

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации (далее ДПП ПК) – программа повышения квалификации для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности Ревматология (код специальности 31.08.46, «Ревматология»), разработана коллективом кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) факультета послевузовского образования ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова в соответствии с Приказом Минобрнауки России Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, утвержденного Приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1089 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.46 Ревматология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 22.10.2014 N 34387), Приказа Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 (ред. от 15.11.2013) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.08.2013 № 29444), Приказа Минтруда России от 29.01.2019 N 50н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-ревматолог" (Зарегистрировано в Минюсте России 26.02.2019 N 53897), Приказа Минздрава России от 07.10.2015 № 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2015 № 39696) и на основании примерной основной образовательной программы дополнительного профессионального образования по ревматологии.

ДПП ПК обсуждена на заседании кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФПО «31» августа 2020 г., протокол № 2

Заведующий кафедрой
Профессор, д.м.н.
(ученое звание или ученая степень)




(подпись)

Н.Л. Шапорова
(Расшифровка фамилии И. О.)

ДПП ПК одобрена цикловой методической комиссией ФПО «29» сентября 2020 г., протокол № 4.

Председатель цикловой методической комиссии
Профессор, д.м.н.

(ученое звание или ученая степень)



(подпись)

Н.Л. Шапорова

(Расшифровка фамилии И. О.)

СТРУКТУРА ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПРОГРАММЫ

1. ЦЕЛЬ

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ: УЧЕБНЫЙ ПЛАН, РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)

- Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий
- Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся
- Учебный, учебно-тематический план дисциплины
- Обучающий симуляционный курс

4. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

5. СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРОГРАММЫ

6. ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

7. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

- Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПК
- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине
- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе .

8. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ, ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине
- Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания
- Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности

9. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ (ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ), А ТАКЖЕ ДРУГИХ ВИДОВ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ И ПОСОБИЙ

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ
по разработке образовательной программы повышения квалификации
послевузовского профессионального образования по специальностям «Ревматология»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Марченко Валерий Николаевич	д.м.н.	профессор	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
2.	Максимов Максим Владимирович	к.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
3.	Филатова Татьяна Анатольевна	нет	ассистент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
4.	Нестерович Ирина Ивановна	д.м.н.	профессор	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
5.	Зинакова Мария Кирилловна	к.м.н.	ассистент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
По методическим вопросам				
6.	Шапорова Наталия Леонидовна	Д.м.н.	Декан факультета послевузовского образования	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова

ДПП ПК по программе повышения квалификации «Избранные вопросы ревматологии», реализуемая ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, представляет собой систему документов, разработанную и утвержденную Университетом с учетом требований рынка труда, на основании федерального государственного образовательного стандарта по соответствующему направлению подготовки высшего образования.

1. ЦЕЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Целью ДПП ПК повышения квалификации по специальностям «Ревматология» является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение им алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению ревматических заболеваний у взрослых по профилю «Ревматология».

Также ДПП ПК (повышение квалификации) направлена на формирование эффективной, качественной, современной образовательной системы в области «Ревматология», призвана обеспечить конкурентоспособность обучающихся в целом на рынке услуг в образовательной, научной, инновационной и профессиональной деятельности.

Цель вида профессиональной деятельности: Профилактика, диагностика, лечение и медицинская реабилитация пациентов с ревматологической патологией.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

(включая описание перечня профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате реализации программы)

В результате освоения программы повышения квалификации у слушателя должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Слушатель, освоивший программу повышения квалификации, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

Слушатель, освоивший программу повышения квалификации, должен обладать профессиональными компетенциями:

Профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

Диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов,

синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);

Лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках ревматологической практики (семейной медицины) (МК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (МК-7);

Реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (МК-8);

Психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (МК-9);

Организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (МК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (МК-11);

КВАЛИФИКАЦИЯ, присваиваемая слушателю, после завершения обучения – врач-ревматолог.

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся обучающиеся

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся слушатели, освоившие программу повышения квалификации:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;

- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- реабилитационная деятельность:*
- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- психолого-педагогическая деятельность:*
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- организационно-управленческая деятельность:*
- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учётно-отчётной документации в медицинской организации и её структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учётом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ :

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача по специальности «Ревматология», способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности «Ревматология», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.
4. Подготовить врача по специальности «Ревматология», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-ревматологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.
6. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов лечения больных;
7. Освоить методы формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения различных возрастно-половых групп оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических мероприятий;
8. Овладеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой;
9. Сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской деятельности;
10. Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии.

Формируемые компетенции

Формирование части компетенций *ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, УК-1*, осуществляется в ходе всех видов занятий, практики а контроль их сформированности на этапе текущей и итоговой аттестации.

Формируемая компетенция	Формулировка
УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках ревматологии
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ПЕРЕЧЕНЬ ПРИОБРЕТАЕМЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ С УТОЧНЕНИЕМ НЕОБХОДИМЫХ ТРУДОВЫХ ДЕЙСТВИЙ (ВЛАДЕНИЕ), ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ.

Оказание специализированной медико-санитарной помощи населению по профилю «Ревматология»	
1. Проведение обследования взрослого населения с целью установления диагноза	
Трудовые действия	Сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя)
	Анализ информации, полученной от пациентов (их законных представителей)
	Проведение осмотра пациента
	Интерпретация и анализ результатов осмотра пациентов

	Оценка тяжести заболевания и (или) состояния пациентов
	Определение диагностических признаков и симптомов болезней
	Формулирование предварительного диагноза и составление плана проведения лабораторных и инструментальных исследований
	Направление пациента на лабораторные и инструментальные исследования при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	Направление пациента на консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и (или) состояниями в том числе неотложными
	Установка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ),
	Оформление заключения с рекомендациями по проведению назначенного лечения в домашних условиях и дате повторной консультации
Необходимые умения	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя)
	Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями
	Проводить осмотр пациентов
	Интерпретировать результаты физикального обследования пациентов различных возрастных групп (пальпация, перкуссия, аускультация)
	Определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий
	Обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального исследования пациента
	Проводить исследования, в том числе инструментальные, и интерпретировать полученные результаты:
	Интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов (рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной клетки, суставов, позвоночника, УЗИ почек и брюшной полости, капилляроскопии, ЭКГ, спирометрии. МРТ)
	Обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам
	Интерпретировать данные, полученные при дополнительных консультациях врачами-специалистами
	Оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациентов
	Установить диагноз с учетом МКБ
	Проводить дифференциальную диагностику больных, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней (МКБ)
	Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи
	Определять медицинские показания для направления пациента с целью оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара
	Пользоваться необходимой медицинской аппаратурой: электрокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное

	мониторирование артериального давления, велоэргометрия, тредмил, спирометрия, капилляроскопия
	Применять законодательные и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере охраны здоровья, регулирующие деятельность медицинских организаций и медицинских работников
Необходимые знания	Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций
	Общие вопросы организации медицинской помощи населению
	Анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности взрослого населения и медицинских работников
	Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний
	Особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма в норме и при патологических процессах
	Методику сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей)
	Методику осмотра и обследования пациентов
	Медицинские показания к использованию современных методов лабораторной диагностики заболеваний
	Медицинские показания к использованию современных методов инструментальной диагностики заболеваний
	Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики основных нозологических форм и патологических состояний у взрослого населения
	Клиническую картину, особенности течения, осложнения заболеваний у взрослого населения
	Клиническую картину состояний, требующих направления пациентов к врачам-специалистам
2. Назначение лечения пациенту и контроль его эффективности и безопасности	
Трудовые действия	Разработка плана лечения больного с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития
	Назначение медикаментозной терапии больному с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	Назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и факторов риска его развития
	Выполнение рекомендаций по немедикаментозной и медикаментозной терапии, назначенной врачами-специалистами
	Оценка эффективности и безопасности медикаментозной терапии больных
	Оценка эффективности и безопасности немедикаментозных методов лечения
	Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками
	Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения
	Определение показаний и вызов бригад скорой медицинской помощи, в том числе специализированных
	Определение показаний и направление на госпитализацию пациента в стационар или дневной стационар

	Участие в консилиумах и/или их проведение
	Оформление заключения для пациента с рекомендациями по проведению назначенного лечения в домашних условиях и дате повторной консультации
	Оценка эффективности проводимого лечения и его коррекция при наличии медицинских показаний
	Повторные осмотры пациента для определения эффективности проводимого лечения
	Проведение лечебных процедур и манипуляций в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	Взаимодействие с социальными службами и страховыми компаниями
Необходимые умения	Составлять и обосновывать план лечения заболевания с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов
	Оценивать эффективность и безопасность медикаментозной терапии
	Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозных методов лечения
	Определять показания к вызову бригад скорой медицинской помощи и госпитализации, в том числе и в дневной стационар
Необходимые знания	Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением
	Современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением
	Порядок оказания паллиативной медицинской помощи
	Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения

	инфекционных заболеваний
	Медицинские показания к оказанию медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара
	Показания к вызову бригады скорой медицинской помощи, в том числе специализированной
3. Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность	
Трудовые действия	Участие в проведении отдельных видов медицинских освидетельствований, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических
	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и работа в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности
	Подготовка необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
	Направление пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу
	Выполнение мероприятий медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Направление пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, к врачу-специалисту для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
Необходимые умения	Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами
	Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Выполнять мероприятия медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Определять врачей-специалистов для проведения реабилитационных мероприятий пациенту, нуждающегося в медицинской реабилитации, с учетом диагноза и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Назначать санаторно-курортное лечение пациенту, нуждающемуся в медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной

	программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи
	Контролировать выполнение и оценивать эффективность и безопасность реабилитационных мероприятий, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
Необходимые знания	Законодательные и иные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности, диспансерного наблюдения пациента
	Порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности пациента
	Порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу
	Признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами
	Правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для оказания специализированной медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу
	Порядки проведения отдельных видов медицинских экспертиз, медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических
	Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде
	Мероприятия по медицинской реабилитации пациента, медицинские показания и противопоказания к их проведению, определять этап реабилитации с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Медицинские показания для проведения отдельных методов медицинской реабилитации в амбулаторных условиях или, при необходимости выработки тактики медицинской реабилитации, направление пациентов на консультацию к врачу физиотерапевту, врачу по лечебной физкультуре, врачу-рефлексотерапевту, врачу мануальной терапии, врачу травматологу-ортопеду (для определения показаний для ортезирования), врачу-психотерапевту, медицинскому психологу, логопеду, учителю-дефектологу (для определения показаний к сурдопедагогической коррекции).
	Медицинские показания для направления пациента, имеющих стойкие нарушения функций организма, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации
	Медицинские показания и противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения в качестве этапа медицинской реабилитации пациента
4. Проведение и контроль эффективности мероприятий по диспансерному наблюдению, профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	
Трудовые функции	Организация и проведение медицинских осмотров с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими

	нормативными правовыми актами и иными документами
	Организация и контроль проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Осуществление диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами
	Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями
	Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Контроль соблюдения профилактических мероприятий
	Определение медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней
	Оформление и направление в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания
	Проведение противозидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний
	Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
	Проведение оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для взрослого населения различных возрастных групп, направленных на формирование элементов здорового образа жизни
	Оценка эффективности профилактической работы с пациентами
Необходимые умения	Проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами
	Организовывать и проводить иммунопрофилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	Проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития
	Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском
	Назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний

	Определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту
	Проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции
	Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела
	Обучать пациента и членов их семей первой помощи при неотложном заболевании (состоянии), развитие которого у пациента наиболее вероятно
Необходимые знания	Нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения
	Принципы диспансерного наблюдения за пациентами с неинфекционными заболеваниями и факторами риска в соответствии нормативными правовыми актами и иными документами
	Перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении медицинских осмотров, диспансеризации
	Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий
	Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела
	Правила обучения оказания первой помощи, проводимой пациентом или его близкими при внезапной остановке сердца, при развитии острого коронарного синдрома, нарушениях ритма и проводимости, гипертоническом кризе, острой сердечной недостаточности, остром нарушении мозгового кровообращения, приступе бронхиальной астмы, гипо- и гипергликемических состояниях.
	Принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям
	Медицинские показания и противопоказания к применению вакцин, возможные осложнения при применении вакцин
	Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, санитарные правила и нормы
	Профилактические мероприятия с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
5. Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	
Трудовые действия	Составление плана работы и отчета о своей работе
	Проведение анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного населения
	Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде
	Оформление и направление в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

	экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания
	Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками
	Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей
Необходимые умения	Составлять план работы и отчет о своей работе, оформлять паспорт врачебного (терапевтического) участка
	Анализировать данные официальной статистической отчетности, включая формы федерального и отраслевого статистического наблюдения
	Работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну
	Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения
	Заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде
	Оформлять и направлять в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания
	Использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»
	Работать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения)
	Контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками
Необходимые знания	Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников
	Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки
	Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника
	Правила оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания
	Должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению, по занимаемой должности
	Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками
	Организация медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника
	Правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения)
6. Оказание медицинской помощи пациентам неотложной и экстренной форме	

Трудовые действия	Оценка состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах
	Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
	Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
	Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
	Оказание медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания))
	Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах
Необходимые умения	Выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
	Выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме
	Выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания
	Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))
	Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме
	Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)
Необходимые знания	Перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов
	Методика сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей)
	Методика физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
	Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания
	Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции)
	Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания
	Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации

3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ: УЧЕБНЫЙ ПЛАН, РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ (УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)

Срок освоения ДПП ПК

- в очной форме обучения составляет 1 месяц (144 часа).

Объем ДПП ПК

Объем программы повышения квалификации по данному направлению составляет 4 зачетных единицы вне зависимости от формы обучения, применяемых образовательных технологий, реализации программы повышения квалификации по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренному обучению.

Трудоемкость дисциплины

№	Вид учебной работы	ВСЕГО ЧАСОВ (КЕ)	Всего ЗЕ
1	Общее количество часов по учебному плану	144	4
2.	Аудиторные занятия, в том числе		
2.1.	Лекции	14	1
2.2.	Клинические (практические) занятия	130	3
2.3.	Семинары		
3.	Итоговая аттестация (часы входят в пункт 2.3)	6	

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем

УЧЕБНЫЙ ПЛАН ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО РЕВМАТОЛОГИИ «Избранные вопросы ревматологии»

№ п/п	Раздел	КЕ (Часы)	ЗЕ (36 ч) 1 неделя	Форма контроля
1.	Основы организации ревматологической помощи	4	0,111	ЗАЧЕТ
2.	Воспалительные заболевания суставов	24	0,667	ЗАЧЕТ
3.	Остеоартроз и метаболические заболевания	9	0,25	ЗАЧЕТ
4.	Спондилоартриты	24	0,667	ЗАЧЕТ
5.	Системные васкулиты	21	0,583	ЗАЧЕТ
6.	Диффузные заболевания	10	0,277	ЗАЧЕТ
7.	ОРЛ. ХРБС	9	0,25	ЗАЧЕТ
8.	Остеопороз	4	0,111	ЗАЧЕТ
9.	Лечение ревматологических болезней	15	0,416	ЗАЧЕТ
10.	Поражение внутренних органов при ревматологических заболеваниях	6	0,168	ЗАЧЕТ
11.	Обучающий симуляционный курс/дистанционный	12	0,5	ЗАЧЕТ
	Итоговая аттестация	6		Экзамен

Итого:	144	4
--------	-----	---

**РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ МОДУЛЕЙ ДПП ПК
(УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН)**

	Всего ЗЕ	Всего КЕ (часов)	В том числе (часы)		Формы контроля
			лекции	Клинические (практические) занятия	
Раздел 1. Основы организации ревматологической помощи					
Основы организации ревматологической помощи	0,111	4	2	2	Зачет
Структура и организация ревматологической службы в системе здравоохранения РФ. Нормативные документы и приказы, регламентирующие деятельность ревматолога в системе здравоохранения РФ	0,111	4	2	2	Тесты, задачи
Раздел 2. Воспалительные заболевания суставов					
Воспалительные заболевания суставов	0,665	24	2	22	Зачет
Методика обследования суставного синдрома и индексы активности в ревматологии	0,083	3	2	1	Тесты, задачи
Основы иммунопатологии ревматоидного артрита	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Ревматоидный артрит (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация))	0,167	6	0	6	Тесты, задачи
Ювенильные артриты (этиология, патогенез,	0,083	3	0	3	Тесты, задачи

классификация)					
Инфекционный артрит	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Болезнь Лайма	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Ювенильные артриты: современные подходы к диагностике и лечению	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Раздел 3. Остеоартроз и метаболические заболевания					
Остеоартроз и метаболические заболевания	0,249	9	2	7	Зачет
Остеоартроз: современные взгляды на этиопатогенез, подходы к комплексной терапии	0,083	3	2	1	Тесты, задачи
Подагра и другие микрокристаллические артропатии	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Артропатии, обусловленные неревматическими заболеваниями. заболеваниях околосуставных тканей.	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Раздел 4. Спондилоартриты					
Спондилоартриты	0,664	24	2	22	Зачет
Методика обследования суставного синдрома и индексы активности у больных со спондилитами	0,083	3	2	1	Тесты, задачи
Основы иммунопатологии серонегативных артритов	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Концепция аксиального спондилоартрита	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Анкилозирующий спондилит	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Псориатический артрит	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Реактивный артрит .	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Артриты, ассоциированные с заболеваниями кишечника	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Ювенильные спондилоартриты: современные подходы	0,083	3	0	3	Тесты, задачи

к диагностике и лечению					
Раздел 5. Системные васкулиты					
Системные васкулиты	0,581	21	2	19	Зачет
Современные представления о системных васкулитах. Основы иммунопатологии васкулитов	0,083	3	2	1	Тесты, задачи
Васкулиты с поражением крупных сосудов. Узелковый полиартериит. Болезнь Такаясу	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Васкулиты с поражением крупных сосудов Болезнь Хортона	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Васкулиты с поражением мелких и средних сосудов. Микроскопический полиангиит. Гранулематоз с полиангиитом.	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Васкулиты с поражением мелких и средних сосудов. Болезнь Чарджа-Штресса.	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Васкулиты с поражением мелких и других сосудов. Болезнь Шенлейн-Геноха, болезнь Винивартера-Бюргера, болезнь Бехчета	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Основные принципы терапии системных васкулитов: индукция ремиссии, поддержание ремиссии, симптоматическая терапия.	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Раздел 6. Диффузные заболевания					
Диффузные заболевания	0,276	10	2	8	Зачет
Системная красная волчанка	0,083	3	2	1	Тесты, задачи
Системная склеродермия	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Воспалительные миопатии	0,055	2	0	2	Тесты, задачи

Болезнь и синдрома Шегрена	0,055	2	0	2	Тесты, задачи
Раздел 7. Острая ревматическая лихорадка Хроническая ревматическая болезнь сердца					
Острая ревматическая лихорадка Хроническая ревматическая болезнь сердца	0,249	9	2	7	Зачет
Современные взгляды на постстрептококковые заболевания человека Первичная и вторичная профилактика ОРЛ	0,083	3	2	1	Тесты, задачи
Митральные ревматические пороки сердца	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Аортальные ревматические пороки сердца	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Раздел 8. Остеопороз					
Остеопороз	0,111	4	0	4	Зачет
Современные взгляды на патогенез и лечение остеопороза	0,111	4	0	4	Тесты, задачи
Раздел 9. Методы лечения ревматологических болезней					
Методы лечения ревматологических болезней	0,416	15	0	15	Зачет
НПВП в практике ревматолога	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Базисные ревматологические препараты	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Локальная терапия в ревматологии	0,083	3	0	3	Тесты, задачи
Генно-инженерная терапия в ревматологии	0,167	6	0	6	Тесты, задачи
Раздел 10. Поражение внутренних органов при ревматологических заболеваниях					
Поражение внутренних органов при ревматологических заболеваниях	0,165	6	0	6	Зачет
Поражение легких у больных ревматологического профиля	0,055	2	0	2	Тесты, задачи
Поражение почек у	0,055	2	0	2	Тесты,

больных ревматологического профиля					задачи
НПВП гастропатия	0,055	2	0	2	Тесты, задачи
Обучающий симуляционный курс	0,5	12	0	12	Зачет
Итоговая аттестация	0	6	0	6	Экзамен
Общий объем подготовки	4	144	14	130	

ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС

Общая длительность симуляционного цикла 12 часов, включает семинарские занятия

Содержание занятия	Используемое оборудование	Длительность работы в симуляционном центре (часы)
Занятие 1 Методика обследования ревматологического больного, аускультация сердца	Анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий.	4
Занятие 2 Оценочные шкалы используемые при обследовании ревматологического больного	Иллюстративный материал по темам занятий.	4
Занятие 3 Внутрисуставные инъекции	Рентгеновские снимки, анатомические муляжи, иллюстративный материал по темам занятий.	4

4. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Дата	Декабрь													
Дата	01.12	02.12	03.12	04.12	05.12	07.12	08.12	09.12	10.12	11.12	12.12	14.12	15.12	16.12
Занятие	Л/П	Л/П	Л/П	П	П	П	Л/П	Л/П	П	П	П	П	Л/П	Л/П
Часов	2/4	2/4	2/4	6	6	6	2/4	2/4	6	6	6	6	2/4	2/4

Дата	Декабрь									
Дата	17.12	18.12	19.12	21.12	22.12	23.12	24.12	25.12	26.12	28.12
Занятие	П	П	П	П	П	П	П	С	С	А

Часов	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Л – лекции; П – клинические (практические) занятия; С – симуляционный курс; А – итоговая аттестация.

5. СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРОГРАММЫ

- 1) Организация ревматологической помощи в РФ.
- 2) Ассоциация ревматологов России. Её роль и связи с практическим здравоохранением .
- 3) Номенклатура и классификация ревматических заболеваний.
- 4) Основы генетики ревматических заболеваний.
- 5) Роль инфекционных факторов в развитии хронического воспаления.
- 6) Возрастные аспекты ревматических заболеваний.
- 7) Методы оценки активности и прогрессирования ревматических заболеваний.
- 8) Рентгенологические методы исследования, применяемые в ревматологии.
- 9) Лабораторные методы диагностики и активности воспаления при ревматических заболеваниях.
- 10) .Иммунологические методы диагностики в ревматологии.
- 11) Компьютерная томография. Особенности применения при различных заболеваниях.

- 12) Денситометрия. Показания. Трактовка результатов.
- 13) Ультразвуковое исследование суставов, преимущества и ограничения.
- 14) Радиоизотопные методы диагностики ревматических заболеваний. Сцинтиграфия.
- 15) Магнитно-резонансная томография. Принцип метода. Диагностические возможности.
- 16) Электромиография в диагностике заболеваний скелетных мышц и периферических нервов.
- 17) Капилляроскопия в диагностике диффузных заболеваний соединительной ткани
- 18) Артроскопия. Показания. Диагностические возможности.
- 19) Лабораторные методы диагностики и активности воспаления при ревматических заболеваниях.
- 20) Иммунологические методы диагностики в ревматологии.
- 21) Принципы диагностической и лечебной пункции суставов, показания, возможные нежелательные явления.
- 22) Морфологические методы диагностики при ревматических заболеваниях.
- 23) Принципы диагностической и лечебной пункции суставов, показания, возможные нежелательные явления.
- 24) Основные группы противоревматических средств.
- 25) Нестероидные противовоспалительные препараты, классификация, механизм действия.
- 26) Взаимодействия с другими лекарственными средствами. Побочные действия, их механизм. Профилактика и лечение.
- 27) Глюкокортикостероиды. Классификация, механизм действия, фармакокинетика. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Глюкокортикостероиды для приёма внутрь. Глюкокортикостероиды для парентерального применения (пульс-терапии).
- 28) Побочные эффекты глюкокортикостероидов, их профилактика и коррекция.
- 29) Базисные противоревматические препараты. Классификация. Фармакокинетика. Взаимодействия с другими лекарственными препаратами. Выбор препарата и дозы при отдельных ревматических заболеваниях.
- 30) Генно-инженерные биологические препараты. Классификация. Механизм действия.
- 31) Генно-инженерные биологические препараты. Показания, противопоказания, побочные эффекты, их профилактика и лечение.
- 32) Противоподагрические средства. Гипоурикемические препараты. Показания к применению. Побочные действия и методы их коррекции. Побочные действия и методы их коррекции.
- 33) Симптом модифицирующие препараты медленного действия. Классификация. Механизм действия. Показания, противопоказания, побочные эффекты, их профилактика и лечение.
- 34) Средства для лечения системного остеопороза. Механизм действия. Показания к применению отдельных препаратов. Противопоказания, побочные эффекты, их профилактика и лечение.

- 35) Локальная инъекционная терапия ревматических заболеваний.
- 36) Ревматоидный артрит: этиопатогенетически значимые факторы. Клинические фенотипы и особенности течения заболевания при различных фенотипах. Критерии ревматоидного артрита (Американская ревматологическая ассоциация, 1987 год). Балльный алгоритм диагностики ревматоидного артрита (в том числе раннего), ACR/EULAR(2010).
- 37) Ревматоидный артрит: шкалы оценки активности заболевания, оценка функциональных нарушений.
- 38) Базисная терапия ревматоидного артрита: препараты и режимы терапии, побочные эффекты, их мониторинг и профилактика
- 39) Инфекционный гнойный артрит. Отличия клиники, диагностических и лечебных подходов
- 40) Суставной синдром при клещевом боррелиозе. Отличия клиники, диагностических и лечебных подходов
- 41) Понятие о негативных спондилоартритах. Заболевания, входящие в группу. Основные этиопатогенетически значимые факторы (генетические, иммунологические), инфекционные факторы, обсуждаемые в качестве патогенетически значимых.
- 42) Концепция аксиального спондилоартрита. Дифференциальный диагноз серонегативных спондилоартритов с другими заболеваниями, проявляющимися болями в спине и суставным синдромом. Критерии постановки диагноза спондилоартрита.
- 43) Анкилозирующий спондилит. Понятие, этиопатогенетически значимые факторы. Критерии диагностики. Шкалы оценки активности Клиническая классификация анкилозирующего спондилоартрита.
- 44) Факторы неблагоприятного прогноза и принципы терапии анкилозирующего спондилита.
- 45) Псориатический артрит. Понятие, этиопатогенетически значимые факторы. Критерии диагностики. Системные проявления.
- 46) Основные принципы лечения больных псориатическим артритом
- 47) Реактивные артриты: клинические проявления, дифференциальный диагноз, принципы терапии.
- 48) Бетта-гемолитический стрептококк группы А как этиологический фактор острой ревматической лихорадки. Патогенез отдельных клинических проявлений и общая схема патогенеза.
- 49) Клиника и диагностика острой ревматической лихорадки. Дифференциальная диагностика острой ревматической лихорадки.
- 50) Лечение и профилактика острой ревматической лихорадки. Профилактика и лечение повторной ревматической лихорадки.
- 51) Хроническая ревматическая болезнь сердца.
- 52) Лечение ревматических пороков сердца. Показания к хирургическому лечению ревматических пороков сердца в зависимости от вида порока. Виды хирургического лечения.
- 53) 1.Остеоартроз. Классификация. Эпидемиология. Факторы риска при отдельных формах. Этиология.Клиническая картина остеоартроза.

- Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение остеоартроза. Общие принципы. Нестероидные противовоспалительные препараты. Симптом-модифицирующие
- 54) Синдром хронической боли в нижней части спины.
 - 55) Болезнь Форестье (идиопатический диффузный гиперостоз скелета. Этиология и патогенез. Клиническая и рентгенологическая картина. Диагностика. Лечение.
 - 56) Остеохондропатии. Ювенильный кифоз (болезнь Шейермана-Мау). Болезнь Осгуда-Шлаттера. Принципы лечения остеохондропатий.
 - 57) Асептические некрозы костей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Инструментальные методы диагностики (рентгенография, магнитно-резонансная томография). Консервативное и хирургическое лечение.
 - 58) Артропатии, обусловленные неревматическими заболеваниями. Поражение опорно-двигательного аппарата при эндокринных заболеваниях.
 - 59) Артропатии при других неревматических заболеваниях: гемофилии, гемохроматозе, амилоидозе, ретикулогистоцитозе, саркоидозе (синдром Лёфгрена).
 - 60) Миофасциальные синдромы грудной клетки.
 - 61) заболевания околосуставных мягких тканей области поясницы и таза. Дифференциальный диагноз болей в поясничной области. Туннельные синдромы области таза: сдавление кожного наружного нерва бедра (болезнь Рота), запирающего нерва.
 - 62) Локальные ревматические заболевания околосуставных мягких тканей нижней конечности. Методы лечения локальных ревматических заболеваний околосуставных мягких тканей.
 - 63) Гипермобильный синдром. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Классификация. Критерии диагноза. Клиника. Возрастные аспекты. Лечение.
 - 64) Первичная фибромиалгия. Этиология. Патогенез. Клиника. Синдром вторичной фибромиалгии.
 - 65) Паранеопластические артропатии. Диагностика. Лечение.
 - 66) Болезнь Педжета. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
 - 67) Дифференциальная диагностика воспалительных и дегенеративных поражений суставов.
 - 68) Дифференциальная диагностика артикулярных и периартикулярных поражений.
 - 69) Дифференциальная диагностика моно- и олигоартритов.
 - 70) Клиническая анатомия, физиология околосуставных мягких тканей, клиническая диагностика основных патологических состояний.
 - 71) Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей в практике ревматолога и терапевта. Классификация. Этиология. Взаимосвязь с основными ревматическими заболеваниями (серонегативные спондилоартриты, гипермобильный синдром и др).
 - 72) Остеопороз. Постменопаузальный остеопороз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиника. Методы диагностики. Профилактика. Лечение.

- 73) Системная красная волчанка. Определение, эпидемиология, Клинические симптомы поражений со стороны органов и систем при системной красной волчанке. Дифференциальный диагноз.
- 74) Оценка активности системной красной волчанки. Индексы активности. Мониторинг активности на фоне терапии. Лечение системной красной волчанки: группы препаратов, режимы терапии, побочные эффекты.
- 75) Системная склеродермия. Определение, эпидемиология, Клинические симптомы поражений со стороны органов и систем при системная склеродермии.
- 76) Системная склеродермия. Дифференциальный диагноз. Диагностические критерии системной склеродермии (АРА и 2013 года) Основные принципы диагностики ранних проявлений системная склеродермия.
- 77) Лечение синдрома Рейно у больных системной склеродермией.
- 78) Заболевания, входящие в группу воспалительных миопатий. Клинические проявления .Диагностические критерии. Алгоритм диагностики у больных мышечной слабостью.
- 79) Клинические проявления дерматомиозита, Клинические проявления полимиозита. Особенности течения ювенильных дермато- и полимиозита. Диагностические критерии.
- 80) Понятие об амиопатическом дерматомиозите. Особенности течения. Диагностика. Понятие об антисинтеазном синдроме. Диагностические критерии. Перекрёст-синдромы у больных воспалительными миопатиями.
- 81) Группы препаратов, применяемых в лечении воспалительных миопатий. Показания, противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии.
- 82) Режимы ГКС терапии у больных с воспалительными миопатиями.
- 83) Показания к иммуносупрессивной терапии у больных воспалительными миопатиями. Биологическая терапия при воспалительных миопатиях: препараты, показания, противопоказания, режимы терапии, побочные эффекты.
- 84) Понятие о ревматической полимиалгии. Эпидемиология, патогенетические особенности, особенности течения (в сравнении с воспалительными миопатиями), диагностические критерии. Перекрёст-синдромы при ревматической полимиалгии. Принципы лечения ревматической полимиалгии.
- 85) Клинические проявления при синдроме Шегрена. Понятие о первичном и вторичном синдроме Шегрена. Заболевания, с которыми наиболее часто ассоциируется вторичный синдром Шегрена. Лечение синдрома Шегрена.
- 86) Понятие о системных васкулитах. Первичные и вторичные системные васкулиты. Номенклатура и классификация системных васкулитов. Классификация Чапел-Хилл (1994 и 2012 г).
- 87) 2.Артериит Такаясу. Определение. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений. Клинические проявления и классификационные критерии артериита Такаясу. Диагностика Лечение артериита Такаясу.
- 88) Гигантоклеточный артериит. Определение. Предрасполагающие факторы,

- особенности патогенеза и иммунных нарушений. Клинические проявления и классификационные критерии гигантоклеточного артериита. Диагностика гигантоклеточного артериита. Лечение гигантоклеточного артериита.
- 89) Узелковый полиартериит. Определение, предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений. . Классификационные критерии артериита узелкового полиартериита. Лечение узелкового полиартериита.
- 90) Понятие об АНЦА-ассоциированных васкулитах.
- 91) Гранулематоз с полиангиитом. Клинические проявления гранулематоза с полиангиитом. Классификационные критерии гранулематоза с полиангиитом. Лечение гранулематоза с полиангиитом.
- 92) Микроскопический полиангиит. Клинические проявления микроскопического полиангиита. Классификационные критерии микроскопического полиангиита. Лечение микроскопического полиангиита.
- 93) Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии в лечении микроскопического полиангиита
- 94) Геморрагический васкулит. Клинические проявления геморрагического васкулита.. Классификационные критерии геморрагического васкулита. Диагностика геморрагического васкулита. Лечение геморрагического васкулита.
- 95) Понятие о криоглобулинемическом васкулите. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений. Типы криоглобулинемии.
- 96) Клинические проявления криоглобулинемического васкулита и особенности поражения внутренних органов. Диагностика криоглобулинемического васкулита. Лечение криоглобулинемического васкулита. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии.
- 97) 34. Синдром Гудпасчера. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений. Клинические проявления синдрома Гудпасчера. Особенности поражения внутренних органов. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
- 98) Лечение синдрома Гудпасчера. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии. Прогноз.
- 99) Заболевания, включённые в группу «вариабельных» васкулитов согласно классификации 2012 года. Клинические симптомы. Диагностические критерии. Принципы терапии.
- 100) Особенности васкулитов, ассоциирующихся с поражением единственного органа.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

Уровень освоения умений:

- 1- иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению
2 - знать, оценить, принять участие
3 - выполнить самостоятельно

1. Клиническое обследование больного		
1.1	Провести сбор жалоб у больного ревматологического профиля Полное клиническое обследование больного по всем органам и системам: анамнез, осмотр, перкуссия, пальпация, аускультация	2-3
1.2	Провести сбор анамнеза заболевания больного ревматологического профиля	2-3
1.3	Провести оценку подвижности позвоночника	2-3
1.4	Провести оценку выраженности энтезитов (индекс MASES)	2-3
1.5	Провести оценку мышечной силы больного ревматологического профиля	2-3
1.6	Провести оценку суставного синдрома больного ревматоидным артритом	2-3
1.7	Составить план диагностического поиска (в том числе иммунологического обследования) у больных с недифференцированный артритом	2-3
1.8	Составить план диагностического поиска (в том числе иммунологического обследования) у больного с недифференцированным спондилоартритом	2-3
2. Лабораторные, функциональные, инструментальные методы исследования.		
2.1	Оценка клинических анализов крови, мочи, кала, мокроты, биохимических анализов крови,	3
2.2	Оценить результаты рентгенографического исследования различных суставных зон больного ревматологического профиля	3
2.3	Подсчитать индекс DAS28 у больных с ревматоидным артритом и псориатическим артритом	3
2.4	Подсчитать индекс BASDAI, ADAS-COЭ, ASDAS-CPБ у больных со спондилитами	3
2.5	Подсчитать индекс активности СКВ (SELENA-SLEDAI)	2
2.6	Оценка результатов серологического исследования (РА, РСК, РНГА, РТГА), антигенов гепатита.	2
2.7	Иммунохимическое исследование (иммуноглобулины).	2
2.8	Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.	3
2.9	Специальные исследования: - эндоскопия (ЭГДС, колоноскопия, ректороманоскопия); - бронхоскопия; - компьютерная томография; - ЭХО- и доплерокардиография; - УЗИ органов брюшной полости, почек; - пробы с физической нагрузкой; - суточное ЭКГ-мониторирование; - коронаро- и ангиография; - биопсия лимфатических узлов, печени, почек; - магнитно-резонансная томография;	1-2
2.10	Оказать первую медицинскую помощь с определением объема и места оказания медицинской помощи пациенту (в ревматологическом отделении, в реанимационном	1-2

	отделении, многопрофильном лечебном учреждении)	
2.11	Определять показания и противопоказания для различных путей введения лекарственных средств (внутрь, внутривенно, внутримышечно, подкожно, внутрисуставно) больного ревматологического профиля	1-2
2.12	Оценить степень утраты трудоспособности (временной, стойкой), прогноз у больного ревматологического профиля	1-2
2.13	Проводить первичную и вторичную профилактику ревматологических заболеваний	1-2
3. Документация, организация врачебного дела.		
3.1	Заполнение и ведение клинической истории болезни, выписки из истории болезни.	3
3.2	Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: амбулаторной карты Ф-025; статистического талона Ф-025/у; листа нетрудоспособности; направления на госпитализацию Ф-28; санаторно-курортной карты Ф-072/у и других.	2-3
3.3	Медико-социальная экспертиза: - направление на МСЭ - вынесение обоснованного решения о состоянии трудоспособности - участие в составлении индивидуальной программы реабилитационных мероприятий по профилактике инвалидности	2-3
3.4	Организация диспансеризации на участке, анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности.	1-2

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

- Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПК
- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе .
- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Требования к уровню подготовки слушателей, необходимому для освоения ДПП ПК, программы повышения квалификации по специальностям 31.08.46 «Ревматология»

К освоению ДПП ПК повышения квалификации по специальностям 31.08.46 «Ревматология» допускаются лица, имеющие высшее образование - специалитет по одной из специальности: "Лечебное дело"; Дополнительное профессиональное образование: подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности: "Ревматология"; подготовка в ординатуре по специальности: «Ревматология» ИЛИ Профессиональную переподготовку по специальности «Ревматология» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по специальности:

"Ревматология", "Терапия" ИЛИ Профессиональную переподготовку по специальности "Терапия»

Методики, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся. Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизированной оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

Итоговая аттестация включает две части:

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

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

1. Описание шкалы оценивания электронного тестирования

– от 0 до 49,9% выполненных заданий – неудовлетворительно;

– от 50 до 69,9% – удовлетворительно;

– от 70 до 89,9% – хорошо;

– от 90 до 100% – отлично

2. Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части зачета:

- соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию);

- умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;

- логичность, последовательность изложения ответа;

- наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;

- аргументированность, доказательность излагаемого материала.

Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части зачета

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

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

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической

последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.

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

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

Характеристика особенностей обучения в Университете. Общие условия реализации программы дополнительного профессионального образования

- Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе .
- Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Университет располагает необходимым профессорско-преподавательским составом (смотри кадровую справку в приложении) и материально-технической базой (смотри справку материально-технического обеспечения в приложении), которые соответствуют действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивают проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебным планом.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной интегральной учебной библиотеке (ТКДБ), включающей в том числе электронно-библиотечную систему, содержащую издания по изучаемым дисциплинам, и к электронной информационно-образовательной среде организации. Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), как на территории Университета, так и вне ее.

Университет на основе научных разработок реализует образовательные программы с использованием электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Для реализации образовательных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в Университете созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды.

Электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, и к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;

- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы;

- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;

- формирование электронного портфолио обучающегося;

- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети Интернет.

Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение программы дополнительного профессионального образования

В Университете организованы учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Данные аудитории укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа используются слайд-лекции с обратной связью (интерактивные), которые представляют собой звуковую дорожку с прикрепленными к ней слайдами, содержащими тематические иллюстрации, графики, схемы, наглядно демонстрирующие оборудование.

При применении электронного обучения, дистанционных образовательных технологий используются виртуальные аналоги в форме обучающих роботизированных компьютерных программ, позволяющих обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Учебно-методическое обеспечение учебного процесса характеризуется наличием разработанных профессорско-преподавательским составом Университета электронных образовательных ресурсов, обучающих компьютерных программ, слайд-лекций с обратной связью, тем творческих работ, заданий для самостоятельной работы обучающегося, оценочных средств для проведения текущего контроля, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине и др. Содержание каждой учебной дисциплины представлено в сети Интернет на сайте Университета.

Программное обеспечение:

- компьютерные обучающие программы;
- тренинговые и тестирующие программы.

Информационные и роботизированные системы, программные комплексы, программное обеспечение для доступа к компьютерным обучающим, тренинговым и тестирующим программам.

Университет обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определяется в рабочих программах дисциплин и подлежит ежегодному обновлению.

Информационное обеспечение учебного процесса определяется возможностью свободного доступа обучающихся к сети Интернет, к Информационно-аналитическому portalу «Российская психология» (<http://rospsy.ru/>), «Psychology OnLine.Net. Материалы по психологии» (<http://www.psychology-online.net/>), к правовым базам данных «Консультант-плюс» или «Гарант», к электронным информационным и образовательным ресурсам ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. (Контракт № 510/15-ДЗ от 10/06/2015 с ООО "Эко-Вектор"; Контракт № 509/15-ДЗ от 03/06/2015 с ООО

"Политехресурс";Контракт №161-ЭА15 от 24/04/2015 с ООО "Эко-Вектор"). База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

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

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

компьютерные обучающие программы;
тренинговые и тестирующие программы;

Электронные базы данных
<http://www.studentlibrary.ru/>

<http://www.bloodjournal.org>

<http://e.lanbook.com/>

<http://www.scopus.com/>

<http://books-up.ru/>

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/>

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

Очная часть обучения проводится на базе кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова, расположенной по адресу: 197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д. 6-8, корпус 5. Для организации и ведения образовательного процесса в распоряжении кафедры имеются два конференц-зала и симуляционный класс. Оснащение учебных помещений представлено ниже:

Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
Конференц-зал № 1 - Доска для фломастера-1 шт. -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлиннитель по 1 шт.) - Компьютер - 1 шт. - Столы – 18 шт. - Стулья – 35 шт. - Табуретки- 4 шт. -Вешалки - 3 шт. (2 большие, 1 малая) - Раковина – 1 шт. - Кушетка – 1 шт.	197022, город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, 5 лит АБ

Симуляционный класс -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлинитель по 1 шт.) - Компьютер - 21 шт. - Столы – 16 шт. - Стулья – 23 шт.	197022, город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, 5 лит АБ
Конференц-зал № 2 - Доска для фломастера-1 шт. -Мультимедийный проектор - 1 шт. (подставка+удлинитель по 1 шт.) - Компьютер - 1 шт. - Столы – 16 шт. -Стулья – 35 шт. -Табуретки- 2 шт.	197022, город Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д.6-8, 5 лит АБ

Профессорско-преподавательский состав, осуществляющий обучение по программе

Смотри кадровую справку в приложении.

8. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ И ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Фонд оценочных средств для проведения аттестации обучающихся по дисциплине

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

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
1	Зачет (оценка)	1-я часть зачета: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием тестовых систем)	Система стандартизированных заданий (тестов)	Описание шкалы оценивания электронного тестирования: – от 0 до 49,9 % выполненных заданий – неудовлетворительно; – от 50 до 69,9% – удовлетворительно; – от 70 до 89,9% – хорошо; – от 90 до 100% – отлично
		2-я часть зачет: выполнение обучающимися	Практико-ориентированные задания	Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части экзамена:

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
		<p>практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий)</p>		<p>– соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию); – умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику; – логичность, последовательность изложения ответа; – наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию; – аргументированность, доказательность излагаемого материала.</p> <p>Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части экзамена</p> <p>Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ</p>

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
				<p>соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если его ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.</p> <p>Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.</p> <p>Итоговая оценка за экзамен</p>

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
				выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практической ориентированной части экзамена

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

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Примеры тестовых заданий:

1	<p>Для каких ревматических заболеваний увеличение СОЭ является диагностическим критерием?</p> <p>А. Остеоартроз В. Системная красная волчанка С. Ревматоидный артрит D. Ревматическая полимиалгия E. Все выше перечисленное</p> <p>Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
2	<p>При каком заболевании отмечается наиболее существенное увеличение концентрации С-реактивного белка?</p> <p>А. Бактериальная инфекция В. Инфаркт миокарда С. Перелом костей D. Ревматоидный артрит E. Системная красная волчанка</p> <p>Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
3	<p>Какие выводы, касающиеся антинуклеарного фактора верны?</p> <p>А. Антинуклеарный фактор является диагностическим критерием СКВ В. Для диагностики системной красной волчанки обладает очень высокой чувствительностью, но низкой специфичностью С. Гомогенное свечение антинуклеарного фактора наиболее специфично для системной красной волчанки D. Частота обнаружения антинуклеарного фактора у здоровых людей не зависит от возраста E. Отсутствие антинуклеарного фактора полностью исключает диагноз системной красной волчанки</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

	Ответ А,В	
4	<p>Какие признаки входят в понятие «Суставной синдром»?:</p> <p>А. Боль и утренняя скованность в суставах В. Припухлость, деформация, дефигурация суставов С. Ограничение движений в суставах D. Все перечисленное</p> <p>Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
5	<p>Какие признаки характеризуют боль в суставах воспалительного характера?:</p> <p>А. Максимально беспокоит по ночам, сопровождается утренней скованностью В. Возникает при смене положения тела С. Купируется покоем D. Усиливается к концу дня E. Сопровождается лихорадкой</p> <p>Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
6	<p>Какие признаки характеризуют боль в суставах механического характера?:</p> <p>А. Усиливается по ночам В. Сопровождается утренней скованностью С. Возникает при смене положения тела, усиливается к концу дня, стихает в покое D. Провоцируется погрешностью в диете E. Локализуется в области энтезисов</p> <p>Ответ С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
7	<p>Для какого заболевания характерна механическая боль в суставах?</p> <p>А. Ревматоидный артрит В. Подагра С. Анкилозирующий спондилит D. Реактивный артрит E. Остеоартрит</p> <p>Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
8	<p>Какое заболевание характеризуется симметричным суставным синдромом?:</p> <p>А. Остеоартрит В. Ревматоидный артрит С. Анкилозирующий спондилит D. Подагра E. Псориатический артрит</p> <p>Ответ В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
9	<p>У больных остеоартритом при наличии болей и отсутствии проявлений синовита препаратом первой очереди лечения является:</p> <p>А. Нестероидный противовоспалительный препарат (неселективный ингибитор ЦОГ1 и ЦОГ2). В. Нестероидный противовоспалительный препарат (селективный ингибитор ЦОГ2). С. Парацетамол.</p> <p>Ответ В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
10	<p>К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия, применяемым для лечения остеоартрита, относятся:</p> <p>А. Хондроитин сульфат.</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8,

	<p>В. Глюкозамин сульфат. С. Сочетание хондроитина сульфата и глюкозамина. D. Нестероидные противовоспалительные препараты. E. Трентал. Ответ В</p>	ПК-9
11	<p>Какие суставы кистей не вовлекаются в патологический процесс при ревматоидном артрите («суставы исключения»)?: A. Пястно-фаланговые суставы B. Проксимальные межфаланговые суставы C. Суставы запястья D. Дистальные межфаланговые суставы E. Суставы пястья Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
12	<p>Для диагностики какого заболевания необходимо одновременное выполнение рентгенографии суставов и кистей и стоп?: A. Анкилозирующий спондилит B. Подара C. Остеоартрит D. Ревматоидный артрит E. Реактивный артрит Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
13	<p>В диагностический алгоритм каких заболеваний входит рентгенологическое или МРТ исследование крестцово-подвздошных сочленений?: A. Ревматоидный артрит B. Остеоартрит C. Подагра D. Ревматический артрит E. Серонегативные спондилдоартриты Ответ E</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
14	<p>Какие показатели включает в себя исследование мочекишлого обмена?: A. Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови B. Клиренс мочевой кислоты C. Суточная экскреция мочевой кислоты с мочой D. Все выше перечисленное E. Уровень мочевины сыворотки крови Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
15	<p>Какие иммунологические показатели исследуют для диагностики раннего ревматоидного артрита?: A. Ревматоидный фактор B. Антинуклеарный фактор C. Антитела к циклическому цитруллиновому пептиду, антитела к цитруллиновому виментину D. Антитела к растворимым внутриядерным антигенам E. АСЛ-О Ответ C</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
16	<p>Какие заболевания обычно предшествуют реактивному артриту?: A. Кишечная или урогенитальная (хламидийная) инфекция B. Инфекция верхних дыхательных путей C. Острая хирургическая патология D. Гипертонический криз</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

	<p>Е. Травма</p> <p>Ответ А</p>	
17	<p>Характерные рентгенологические признаки остеоартроза:</p> <p>А. Эрозии</p> <p>В. Субхондральный склероз</p> <p>С. Остеофиты</p> <p>Д. Кистовидные просветления</p> <p>Е. Остеолиз</p> <p>Ответ В, С</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
18	<p>При каком эндокринном заболевании формируется сустав Шарко:</p> <p>А. Сахарном диабете</p> <p>В. Гипотиреозе</p> <p>С. Гиперпаратиреозе</p> <p>Д. Тиреотоксикозе</p> <p>Е. правильно А и Б</p> <p>Ответ А</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
19	<p>Какие изменения в опорно-двигательном аппарате выявляются при тиреотоксикозе:</p> <p>А. Синдром тугоподвижности суставов</p> <p>В. Узелки Бушара и Гебердена</p> <p>С. Сустав Шарко</p> <p>Д. Гипертрофическая остеоартропатия</p> <p>Е. Правильно А и В</p> <p>Ф. Правильно А и С</p> <p>Ответ Д</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
20	<p>Болезнь Рекленгхаузена (генерализованная фиброзно-кистозная остео дистрофия) встречается при:</p> <p>А. Тиреотоксикозе</p> <p>В. Гиперпаратиреозе</p> <p>С. Сахарном диабете</p> <p>Д. Гипотиреозе</p> <p>Е. Акромегалии</p> <p>Ответ В</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
21	<p>Факторы риска остеопороза:</p> <p>А. Курение</p> <p>В. Пожилой возраст</p> <p>С. Предшествующие переломы</p> <p>Д. Прием глюкокортикостероидов</p> <p>Е. Европейская раса</p> <p>Ф. Правильно А, В, Д</p> <p>Г. Все верно</p> <p>Ответ Г</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
22	<p>Хроническое заболевание, которое характеризуется патологическим ростом и нарушением структуры костей скелета в отдельных местах:</p> <p>А. Остеоартроз</p> <p>В. Остеопороз</p> <p>С. Болезнь Педжета</p> <p>Д. Болезнь Рейтера</p> <p>Е. Остеосклероз</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>

	Ответ С	
23	<p>Препараты применяемые при остеопорозе:</p> <p>А. Препараты кальция и витамина D В. Все верно С. ибандронат D. золендронат Е. алендронат F. Стронция ранелат G. Верно А, С,D,E</p> <p>Ответ В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
24	<p>Что не является основными элементами сустава:</p> <p>А. полость сустава; В. эпифизы костей, образующих сустав; С. суставные хрящи; D. суставная капсула; Е. синовиальная оболочка; F. синовиальная жидкость G. околоуставные ткани</p> <p>Ответ G</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
25	<p>Межфаланговые суставы пальцев по форме суставных поверхностей являются:</p> <p>А. Блоковидные В. Эллипсоидные С. Шаровидные D. Плоские</p> <p>Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
26	<p>По преобладающему патологическому механизму развития поражения суставов выделяют группы суставной патологии кроме:</p> <p>А. Дегенеративные заболевания суставов (артрозы). В. Воспалительные поражения (артриты). С. Травматические повреждения. D. Опухолевые заболевания. Е. Гипермобильность суставов F. Врожденные дефекты развития.</p> <p>Ответ Е</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
27	<p>Отметить характерные признаки генерализованного остеоартроза:</p> <p>А. Узелки Гебердена В. Узелки Бушара С. Суставы Клаттона D. Эрозии тел верхних поясничных и нижних грудных позвонков</p> <p>Ответ А,В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
28	<p>Какие нарушений метаболизма предрасполагают к развитию остеоартроза?</p> <p>А. Тучность В. Гипертиреоз С. Диабет D. Акромегалия Е. Гемохроматоз</p> <p>Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9

29	<p>Что из перечисленного не характерно для остеоартроза?</p> <p>А. Механический тип болей В. Деформация суставов С. Ухудшение общего состояния больных D. Ограничение подвижности суставов E. Преимущественное поражение нагруженных суставов</p> <p>Ответ С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
30	<p>Отметить правильное заключение о подагре:</p> <p>А. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой В. Пик заболеваемости приходится на 25-35 лет С. В период подагрических приступов может развиваться лихорадка D. Выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты E. Действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты</p> <p>Ответ Е</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
31	<p>Отметить основные отличия вторичной подагры от первичной подагры:</p> <p>А. Женщины поражаются чаще, чем мужчины В. Имеется семейная агрегация С. Наблюдается более высокая концентрация мочевой кислоты в сыворотке D. Развивается в более позднем возрасте</p> <p>Ответ В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
32	<p>Отметить правильные заключения, касающиеся концентрации мочевой кислоты в сыворотке:</p> <p>А. Снижается на фоне голодания В. Более высокий уровень у мужчин, чем у женщин С. Увеличивается на фоне лечения глюкокортикостероидами D. Снижается при приеме аспирина в дозе 2 г в день E. Увеличивается при полицитемии F. Снижается на фоне лечения колхицином</p> <p>Ответ А, В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
33	<p>При каких заболеваниях наблюдается гипермобильность суставов?</p> <p>А. Синдром Марфана В. Несовершенный остеогенез С. Гипертиреоз D. синдром Эллерса-Данло</p> <p>Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
34	<p>Какие из перечисленных выводов о контрактуре Дюпюитрена не верны?</p> <p>А. Проявляется болевой сгибательной контрактурой пальцев кисти В. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин С. Имеется семейная агрегация D. Наиболее часто в процесс вовлекается указательный и большой палец E. Часто развивается у алкоголиков</p> <p>Ответ С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
35	<p>К атипичным формам манифестации подагры не относится:</p> <p>А. ревматоидоподобная</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

	<p>В. полиартритическая С. острая D. астеническая форма E. периартритическая Ответ С</p>	ПК-7,ПК-8, ПК-9
36	<p>Какие выводы о плечелопаточном периартрите верны? A. Чаще развивается у больных сахарным диабетом B. Обычно заканчивается спонтанным выздоровлением C. Не связан с синдромом плечо-кисть D. Характерным симптомом является "болезненный сектор" E. Часто развивается двухстороннее поражение Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
37	<p>Отметить правильное заключение о подагре: A. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой B. Пик заболеваемости приходится на 25-35 лет C. В период подагрических приступов может развиваться лихорадка D. Выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты E. Действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты Ответ E</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
38	<p>Причины кальципенической формы остеомаляции: A. Наследственные нарушения синтеза витамина D B. Цирроз печени C. Длительном приеме противосудорожных препаратов D. Повышенная функция паращитовидных желез E. вегетарианской диете F. Беременность Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
39	<p>Что не характерно для синдрома Рейтера: A. Артрит B. Увеит C. Уретрит D. Плеврит E. Энтерит Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
40	<p>СПИД-ассоциированный артрит чаще всего поражает суставы: A. Голеностопные B. Плечевые C. Коленные D. Лучезапястные E. Пястно-фаланговые Ответ А, С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
41	<p>Артропатии при каком инфекционном заболевании носят характер ревматоидного артрита: A. Эпидемический паротит B. Бруцеллез C. Болезнь Лайма D. Ветряная оспа Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
42	<p>Какие выводы о ревматоидном артрите верны?</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

	<p>А. Ревматоидный фактор обнаруживается в сыворотках большинства больных этим заболеванием</p> <p>В. У 25% больных в сыворотках присутствует антинуклеарный фактор</p> <p>С. Поражение щитовидной железы не характерно, не смотря на частое обнаружение антител к тиреоцитам.</p> <p>Д. Увеличена частота носительства HLA-DR4</p> <p>Ответ: А,Д</p>	ПК-7,ПК-8, ПК-9
43	<p>К диагностическим критериям ревматоидного артрита ACR1987 года не относятся</p> <p>А. ревматоидные узелки</p> <p>В. утренняя скованность более 60 минут</p> <p>С. эрозивный артрит рентгенологически</p> <p>Д. симметричный артрит</p> <p>Е. антитела к циклическому цитруллин содержащему пептиду.</p> <p>Ответ Е</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
44	<p>Какие симптомы имеют значение для ранней диагностики ревматоидного артрита?</p> <p>А. Утренняя скованность</p> <p>В. Болезненность при пальпации Ахиллова сухожилия</p> <p>С. Ослабление силы сжатия кисти</p> <p>Д. Латеральная девиация суставов кистей</p> <p>Е. Обнаружение антител к циклическому цитруллин содержащему пептиду</p> <p>Ф. Припухлость проксимальных межфаланговых суставов</p> <p>Ответ:А,С,Ф</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
45	<p>Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите?</p> <p>А. Днстальные межфаланговые суставы</p> <p>В. Проксимальные межфаланговые суставы</p> <p>С. Первый пястно-запястный сустав</p> <p>Д. Суставы шейного отдела позвоночника</p> <p>Е. Суставы поясничного отдела позвоночника</p> <p>Ответ:В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
46	<p>Какие выводы о подкожных ревматоидных узелках верны?</p> <p>А. Обнаруживаются у 25-30% больных ревматоидным артритом</p> <p>В. Наиболее часто локализуются в области локтевого "сгиба"</p> <p>С. Как правило, ассоциируются с выявлением ревматоидного фактора</p> <p>Д. Могут исчезать при назначении базисных противоревматических препаратов</p> <p>Е. Могут быть причиной дисфонии</p> <p>Ф. Редко ассоциируются с развитием ревматоидного васкулита</p> <p>Ответ: А В С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
47	<p>Какие положения о синдроме Фелти верны?</p> <p>А. Развивается как у мужчин, так и у женщин.</p> <p>В. Всегда сочетается с высокими титрами ревматоидного фактора</p> <p>С. После спленэктомии может рецидивировать лейкопения</p> <p>Д. Назначение глюкокортикостероидов приводит к увеличению</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9

	<p>количества лейкоцитов.</p> <p>Е. Может развиваться гепатомегалия</p> <p>Ф. Основной причиной смерти больных является сепсис</p> <p>Ответ: А С D</p>	
48	<p>Для синовиальной жидкости при ревматоидном артрите характерно все, кроме:</p> <p>А. кристаллы мочевой кислоты в поляризационном свете</p> <p>В. прозрачная или опалесцирующая;</p> <p>С. высокая вязкость;</p> <p>Д. высокий нейтрофильный цитоз жидкости;</p> <p>Е. обнаружение рагоцитов и ревматоидного фактора;</p> <p>Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
49	<p>Что такое синдром Каплана?</p> <p>А. Особый вариант ревматоидного артрита с лейкопенией</p> <p>В. Особый вариант ревматоидного артрита с эпизодами высокой лихорадки кожной сыпи на высоте подъема температуры</p> <p>С. Сочетание ревматоидного артрита и системной красной волчанки</p> <p>Д. Сочетание ревматоидного артрита и силикоза</p> <p>Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
50	<p>Какие офтальмологические осложнения могут наблюдаться при ревматоидном артрите?</p> <p>А. Ирит</p> <p>В. Эписклерит</p> <p>С. Хороидоретинит</p> <p>Д. Сухой кератоконъюнктивит</p> <p>Ответ В D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
51	<p>К системным проявлениям ревматоидного артрита являются все, кроме:</p> <p>А. ревматоидные узелки</p> <p>В. вторичный амилоидоз</p> <p>С. кожный васкулит</p> <p>Д. нейропатия</p> <p>Е. поражение легких (интерстициальный фиброз)</p> <p>Ответ В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
52	<p>Отметить наиболее частую причину анемии при активном ревматоидном артрите:</p> <p>А. Дефицит железа</p> <p>В. Гиперспленизм</p> <p>С. Хроническое воспаление</p> <p>Д. Лекарственная терапия</p> <p>Ответ С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
53	<p>К заболеваниям, ассоциируемым с антигеном гистосовместимости HLA B27 относят все, кроме</p> <p>А. анкилозирующий спондилит</p> <p>В. реактивный артрит</p> <p>С. псориазический артрит</p> <p>Д. ревматоидный артрит</p> <p>Е. артрит при хронических воспалительных заболеваниях кишечника</p> <p>Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
54	<p>Для диагностики анкилозирующего спондилита используют следующие диагностические критерии, кроме</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

	<p>А. двусторонний сакроилеит II стадии В. односторонний сакроилеит III стадии С. воспалительная боль в спине D. ограничение подвижности позвоночника, не соответствующей возрастной норме E. ускорение СОЭ более 40 мм/ч Ответ Е</p>	ПК-7,ПК-8, ПК-9
55	<p>Какие из следующих признаков характерны для болезни Стилла взрослых? А. Лихорадка В. Сыпь С. Положительный латекс-тест D. Спленомегалия E. Лимфаденопатия F. Лейкопения Ответ: А В Е</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
56	<p>Отметить наиболее характерные признаки серонегативных спондилоартритов А. Рентгенологические признаки сакроилеита с или без сопутствующего спондилита В. Семейная агрегация С. Носительство HLA-B27 D. Отсутствие ревматоидного фактора E. Развитие несимметричного периферического артрита F. все ответы правильные Ответ F</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
57	<p>Какие признаки позволяют заподозрить анкилозирующий спондилоартрит? А. Боли в пояснице, крестце и позвоночнике В. Появление суставных симптомов у мужчин моложе 40 лет С. Выраженная утренняя скованность D. Улучшение состояния после физических упражнений E. Прогрессирование рентгенологических изменений в периферических суставах Ответ А В С D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
58	<p>Что из перечисленного характерно для анкилозирующего спондилита? А. Чаще развивается у женщин, чем у мужчин В. Чаще развивается у лиц молодого возраста, чем пожилого возраста С. Регулярные физические упражнения противопоказаны D. Регулярные физические упражнения приносят облегчение E. Более высокая смертность от легочных, сердечно-сосудистых и почечных заболеваний, чем в популяции F. Поражение глаз может быть первым проявлением заболевания Ответ В D F</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
59	<p>Какие признаки не встречаются при анкилозирующем спондилите? А. Увеличение СОЭ В. HLA-B27</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9

	<p>С. Сакроилеит D. Энтезопатии E. Ревматоидный фактор Ответ Е</p>	
60	<p>Отметить признаки, характерные для болезни Рейтера: A. Болезненность при пальпации Ахиллова сухожилия B. Частое поражение мелких суставов кистей C. 3.Рецидивирующий ирит D. Аортальная недостаточность E. Частое обнаружение ревматоидного фактора Ответ А С D</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
61	<p>Что из перечисленного характерно для болезни Рейтера? A. Чаще развивается у мужчин B. Отмечается повышенный титр АТ к двуспиральной ДНК C. 3.Имеет хороший прогноз D. Поддается лечению тетрациклином E. Чаще развивается у носителей HLA-B27 Ответ А С Е</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
62	<p>Отметить заболевания, при которых может развиваться двухсторонний сакроилеит: A. Синдром Рейтера B. Псориаз C. Анкилозирующий спондилит D. Ювенильный хронический артрит E. Ревматоидный артрит Ответ А В С</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
63	<p>Для воспалительной боли в спине не характерно A. возникает в возрасте младше 45 лет B. боль в ночные и утренние часы C. сопровождается утренней скованностью D. усиливается при физических нагрузках E. не проходит полностью в покое Ответ D</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
64	<p>Для верификации диагноза аксиального спондилоартрита при отсутствии изменений КПС на рентгенограмме следует использовать A. остеосцинтиграфию B. рентгеновскую томографию КПС C. компьютерную томографию КПС D. МРТ КПС E. УЗИ области КПС Ответ D</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
65	<p>Для псориатического артрита характерно все, кроме A. наличие подкожных узелков B. мутилирующего артрита C. дактилита D. спондилита E. осевого поражения пальцев Ответ А</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
66	<p>Какие выводы об экстраартикулярных проявлениях анкилозирующего спондилита верны?</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,</p>

	<p>А. Острый передний увеит развивается у четверти больных</p> <p>В. 2.Появление сетчатого ливедо и эритемы на лице</p> <p>С. Поражение почек может быть связано с люпус-нефритом</p> <p>Д. Возможно поражение аортального клапан по типу недостаточности</p> <p>Ответ А D</p>	ПК-7,ПК-8, ПК-9
67	<p>Отметить характерные клинические и лабораторные проявления лекарственной красной волчанки:</p> <p>А. Артрит мелких суставов кистей</p> <p>В. Плеврит</p> <p>С. Нефрит</p> <p>Д. Поражение центральной нервной системы</p> <p>Е. Антитела к ДНК</p> <p>Ответ А, В, Е</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
68	<p>Какие признаки системной склеродермии ассоциируются с повышенным риском развития поражения почек?</p> <p>А. Изменения при капилляроскопии</p> <p>В. Антитела к Scl-70</p> <p>С. Отек кистей</p> <p>Д. Поражение кожи живота</p> <p>Е. Поражение пищевода</p> <p>Ответ С, D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
69	<p>Какие признаки позволяют дифференцировать диффузную форму системной склеродермии от CREST-синдрома?</p> <p>А. Феномен Рейно</p> <p>В. Телеангиэктазии</p> <p>С. Подкожный кальциноз</p> <p>Д. Поражение пищевода</p> <p>Е. Ни один из перечисленных</p> <p>Ответ Е</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
70	<p>Отметить характерные клинические проявления CREST-синдрома</p> <p>А. Проксимальная миопатия</p> <p>В. Феномен Рейно</p> <p>С. Поражение кишечника</p> <p>Д. Телеангиэктазии</p> <p>Е. Поражение почек</p> <p>Ф. Легочная гипертензия</p> <p>Ответ В, D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
71	<p>Какие факторы могут провоцировать феномен Рейно?</p> <p>А. Кофеин</p> <p>В. Никотин</p> <p>С. Эмоциональный стресс</p> <p>Д. Бета-блокаторы</p> <p>Ответ А, В, D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
72	<p>Какие признаки не типичны для первичного феномена Рейно?</p> <p>А. Обострение на фоне эмоционального стресса</p> <p>В. Язвы на кончиках пальцев</p> <p>С. Односторонний вазоспазм</p> <p>Д. Начало в детском возрасте (менее 14 лет).</p> <p>Ответ С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9

73	<p>При каких заболеваниях может развиваться феномен Рейно?</p> <p>A. Системная склеродермия B. crest-синдром C. синдром Шарпа D. Подагра.</p> <p>Ответ А, В, С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
74	<p>При каких заболеваниях редко встречается синдром Шегрена?</p> <p>A. Ревматоидный артрит B. Саркоидоз C. Полимиозит D. Системная склеродермия E. Системная красная волчанка</p> <p>Ответ В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
75	<p>Какие признаки характерны для синдрома Шегрена?</p> <p>A. Антитела к Ro/La-антигенам B. Поражение ЦНС C. Поражение малых слюнных желез, подтвержденное при морфологическом исследовании D. Высокие титры ревматоидного фактора</p> <p>Ответ А, С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
76	<p>Что из перечисленного не характерно для полимиозита?</p> <p>A. Атония мочевого пузыря B. Дисфагия C. Осиплость голоса D. Слабость проксимальной мускулатуры конечностей</p> <p>Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
77	<p>Отметить характерные особенности мышечного синдрома при полимиозите:</p> <p>A. Симметричность B. Поражение проксимальной мускулатуры C. Выраженная мышечная слабость D. Все выше сказанное верно</p> <p>Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
78	<p>Отметить наиболее типичные проявления кожного синдрома при дерматомиозите.</p> <p>A. фоточувствительная эритематозная сыпь на лице и груди B. Чешуйчатые пятна, напоминающие псориаз C. Локализация сыпи в подмышечной ямке и в паху D. Развитие сыпи сочетается с кожным зудом</p> <p>Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
79	<p>Какие лабораторные тесты не имеют значения для подтверждения диагноза полимиозит?</p> <p>A. СОЭ B. Антинуклеарный фактор C. Ревматоидный фактор D. Антитела к мышечным антигенам</p> <p>Ответ С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
80	<p>Какие проявления наиболее часто встречаются при смешанном заболевании соединительной ткани?</p> <p>A. Артралгии B. Феномен Рейно</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

	<p>С. Плотный отек кистей D. Гипергаммаглобулинемия E. Увеличение концентрации мышечных ферментов Ответ А, В, Е</p>	
81	<p>Какие клинические и лабораторные нарушения наиболее часто встречаются при антифосфолипидном синдроме? A. Тромбоцитопения B. Ревматоидный фактор C. Поражение клапанов сердца D. Лимфопения E. Гангрена подвздошной кишки. F. Венозный тромбоз Ответ А, F</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9</p>
82	<p>Отметить заболевания, при которых может наблюдаться сетчатое ливедо: A. Системная красная волчанка B. Синдром Снеддона C. Антифосфолипидный синдром D. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура E. Атеросклеротическое поражение сосудов Ответ С</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9</p>
83	<p>При каких ревматических заболеваниях отмечается наиболее высокая частота развития лимфопролиферативных опухолей? A. Системная красная волчанка B. Ревматоидный артрит C. синдром Шегрена D. Системная склеродермия E. Полимиозит Ответ С</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9</p>
84	<p>Какие клинические проявления и лабораторных нарушений наиболее часто выявляются у больных первичным антифосфолипидным синдромом? A. Акушерская патология B. Венозный тромбоз C. Артериальный тромбоз D. Нефрит E. Антитела к ДНК Ответ А, В, С, D</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9</p>
85	<p>Отметить заболевания, при которых наиболее часто выявляется антинуклеарный фактор: A. Системная красная волчанка B. Псориатический артрит C. Ревматоидный артрит D. Системная склеродермия E. Дерматомиозит Ответ А</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9</p>
86	<p>Какие признаки поражения нервной системы наблюдаются при синдроме Шегрена? A. Множественный мононеврит. B. Шизофрения C. синдром запястного канала</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9</p>

	D. синдром Гийена-Барре Ответ D	
87	Отметить диагностические признаки синдрома Бехчета: A. Афтозные язвы в ротовой полости B. Васкулит сосудов сетчатки C. Положительный тест патергии D. Тромбофлебит E. Рецидивирующие язвы половых органов Ответ A, E	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
88	При каких заболеваниях может развиваться синдром Жаку? A. Ревматоидный артрит B. Системная красная волчанка C. Ревматизм D. Системная склеродермия Ответ B	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
89	Отметить признаки рецидивирующего полихондрита: A. Резкая болезненность и покраснение наружного отдела ушной раковины B. Седловидная деформация носа C. Поражение суставов часто является первым проявлением заболевания D. Узловатая эритема E. Хороший эффект при назначении кортикостероидов Ответ A, B	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
90	В группу диффузных болезней соединительной ткани включены все, кроме: A. системная красная волчанка, B. системная склеродермия, C. дерматомиозит (полимиозит), D. диффузный эозинофильный фасцит, E. Болезнь Хортона F. ревматическая полимиалгия. Ответ E	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
91	Характерные признаки дерматомиозита все, кроме: A. Пика заболеваемости – в возрасте 40–60 лет B. Преобладающий пол – женский. C. фотодерматит D. покраснение и шелушение кожи ладоней (рука механика); E. Синдром запястного канала F. Боли в челюсти, усиливающиеся при жевании Ответ F	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
92	При каких васкулитах поражаются преимущественно сосуды крупного калибра? A. Болезнь Бюргера B. Узелковый периартериит C. Артериит Такаясу D. Височный артериит E. Геморрагический васкулит Ответ C	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
93	Какие васкулиты встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста?	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

	<p>А. Геморрагический васкулит В. Височный артериит С. Болезнь Такаясу D. Узелковый периартериит Ответ В</p>	ПК-7,ПК-8, ПК-9
94	<p>Отметить основные проявления гигантоклеточного артериита: А. Ревматическая полимиалгия В. Слепота С. Головная боль D. Боли в челюсти, усиливающиеся при жевании Е. Лихорадка F. Расслаивающая аневризма аорты Ответ А, В, С, D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
95	<p>Отметить частые проявления узелкового периартериита: А. Поражение почек в 80% случаев В. Образование аневризм в сосудах среднего калибра С. Эозинофилия D. Обнаружение HBS-антигена Е. Снижение концентрации СЗ компонента комплемента Ответ В, С, D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
96	<p>Основными диагностическими маркерами синдрома Чарга-Стросса являются все, кроме: А. преобладание женщин; В. Бронхиальная астма (на момент осмотра или в анамнезе) С. микрогематурия без нарушения функции почек) D. эритроцитурия Е. эозинофилия F. АТ к цитоплазме нейтрофилов в сыворотке крови. Ответ D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
97	<p>Второй этап заболевания при синдроме Чарга-Стросса необходимо дифференцировать с: А. синдром Лефлера, В. эозинофильная пневмония С. эозинофильный гастроэнтерит D. бронхиальной астмой Е. хронической крапивницей Ответ А, В, С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
98	<p>Заболевание манифестирующее в детском возрасте: А. Болезнь Kawasaki В. Болезнь Хортона С. Синдром Чарга-Стросса D. Узелковый периартериит Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
99	<p>Какие сосуды поражаются при болезни Kawasaki: А. артерии среднего диаметра, артериолы, вены, венулы, капилляры В. Артерии крупного калибра С. Артерии крупного и среднего калибра D. Могут поражаться любые сосуды Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
100	<p>Поражение органов ЖКТ при болезни Бехчета проявляется в виде:</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

	<p>А. Абдоминалгии В. Диареи С. Перфорации кишки D. Кишечного кровотечения E. Всего перечисленного Ответ E</p>	ПК-7,ПК-8, ПК-9
101	<p>Прогноз для больных с гигантоклеточным артериитом: А. Благоприятный В. Неблагоприятный Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
102	<p>Капиллярит с преимущественным поражением альвеол легких и базальных мембран гломерулярного аппарата почек: А. Синдром Чарга-Стросса В. Синдром Гудпасчера С. Гранулематоз Вегенера D. Болезнь Хортона Ответ В</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
103	<p>Диагностическими маркерами синдрома Гудпасчера являются: А. Заболевание чаще развивается у мужчин 20-30 лет В. Поражаются артерии среднего и мелкого калибра С. Кровохарканье D. Наличие антител к базальным мембранам почки Ответ А, С, D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
104	<p>При болезни Такаясу тип I поражаются: А. артерии отходящие от дуги аорты В. дуга аорты и отходящие от нее артерии; С. брюшной отдел аорты и почечные артерии; D. распространенное поражение аорты. Ответ А</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
105	<p>Вторая, хроническая стадия болезни Такаясу характеризуется: А. проявлениями недостаточности кровообращения, В. отсутствием пульса на лучевых артериях С. некрозы артерий D. болезненности пораженных артерий. Ответ А, В,С,D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
106	<p>Какие васкулиты сопровождаются поражением крупных сосудов А. Узелковый периартериит В. Геморрагический васкулит С. Болезнь Такаясу D. Болезнь Хортона Ответ С, D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
107	<p>Поражение верхних дыхательных путей при гранулематоза Вегенера проявляется: А. синусит; В. ринит; С. средний отит; D. Ларингит E. Тонзилит F. закупорку слуховой трубы. Ответ А, В, С, F</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,ПК-8, ПК-9
108	<p>Осложнения при гранулематозе Вегенера при отсутствии</p>	ПК-1, ПК-2,

	<p>адекватной терапии:</p> <p>А. глухота; В. деструкция носовых костей; С. кровохаркание; D. некротические гранулёмы (формируются в легких); Е. гангрена пальцев стопы; F. трофические язвы; G. пневмоцистная пневмония H. Все верно Ответ Н</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
109	<p>Гриппоподобный синдром в дебюте заболевания наиболее характерен для:</p> <p>А. Синдрома Гудпасчера В. Болезни Бехчета С. Узелкового периартериита D. Микроскопического полиангиита Е. Гранулематоза Вегенера Ответ D, E</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
110	<p>Типичными проявлениями микроскопического полиангиита являются:</p> <p>А. поражения крупных и мелких суставов. В. поражение периферической нервной системы. С. Геморрагический альвеолит. D. Гломерулонефрит Е. Передний увеит Ответ А, В, С, D</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
111	<p>Заболевания, характеризующиеся легочно-почечным синдромом:</p> <p>А. Синдрома Гудпасчера В. Болезни Бехчета С. Узелкового периартериита D. Микроскопического полиангиита Е. Гранулематоза Вегенера Ответ А, D, E</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
112	<p>Для какого заболевания характерен дебют в виде кожных высыпаний:</p> <p>А. Синдрома Гудпасчера В. Болезни Бехчета С. Геморрагический васкулит D. Микроскопического полиангиита Е. Гранулематоза Вегенера Ответ С</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
113	<p>По клиническому течению различают следующие формы Геморрагического васкулита:</p> <p>А. кожная В. суставная С. абдоминальная D. почечная Е. быстroteкущая F. верно А и D Ответ А, В, С, D, E</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9
114	<p>Первыми употребили термин «узелковый периартериит»:</p>	ПК-1, ПК-2,

	<p>А. Куссмауль и Майер В. Вирхов С. Геберден Ответ А</p>	<p>ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
115	<p>Васкулит ассоциированный с вирусными инфекциями: гепатитом В, герпесом, цитомегаловирусной инфекцией: А. Синдрома Гудпасчера В. Узелковый периартериит С. Геморрагический васкулит D. Микроскопического полиангиита Е. Гранулематоза Вегенера Ответ В</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>
116	<p>Впервые описал пурпuru Шенлейн-Геноха: А. Геберден В. Зик С. Вирхов D. Рокитанский Ответ А</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9</p>

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача:

№	Задание	Формируемые компетенции
1	<p>Больной М, 29 лет Жалобы: интенсивные постоянные боли в обоих плечевых суставах, в обоих коленных, левом голеностопном суставах, усиливающиеся при движении, утреннюю скованность 4-5 часов, припухлость левого голеностопного сустава, ограничение движений в плечевых и коленных суставах, боль в грудном отделе позвоночника в ночные и утренние часы: периодическое повышение температуры тела с максимальным уровнем до 38.2 вне зависимости от времени суток, периодическая потливость, общая слабость и потливость при обычных физических нагрузках Анамнез. С 19 летнего возраста рецидивирующие синовиты обоих коленных суставов, купируемые внутрисуставным введением глюкокортикоидов с частотой 1 раз в 2 месяца. После третьего рецидива синовита в качестве базисного лечения назначен сульфасалазин 2 грамма в сутки, который принимал в течение 6 месяцев без какого-либо эффекта, синовиты продолжали рецидивировать, от внутрисуставного введения препаратов отказался, принимал НПВП В связи с неэффективностью консервативной терапии в 20 лет выполнена хирургическая синовэктомия правого коленного сустава, после чего артрит не рецидивировал. С 21 года года неоднократно стационарное лечение в ревматологическом отделении городской больницы по поводу рецидивирующего течения реактивного артрита хламидийной этиологии. Установлена 2 группа инвалидности. Неоднократно назначался метотрексат без эффекта. В 23 года синовэктомия левого коленного сустава, с этого времени значительное ограничение объема движений в коленных суставах с развитием сгибательных контрактур в них. С 26 летнего возраста ухудшение состояния: присоединилась острая боль в тазобедренных суставах, принимал метотрексат 15 мг/неделю, преднизолон 15</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>

	<p>мг/сутки, НПВП. На этом фоне присоединился артрит левого локтевого сустава, стала беспокоить боль в крестце и поясничном отделе позвоночника, появилась утренняя скованность в позвоночнике. В этот период СОЭ 60 мм/час, доза метотрексата увеличена до 25 мг в неделю. Около года назад присоединилась боль в плечевых суставах.</p> <p>В 28 лет лечение в НИИ ревматологии РАН, где впервые выявлен ограниченный псориаз. В настоящее время принимает преднизолон 15 мг/сутки, мелоксикам 15 мг/сутки, метотрексат 25 мг в неделю. Проводимое лечение без существенного эффекта, сохраняются явления суставного синдрома и высокая лабораторная активность (СОЭ-41 мм/час). В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения госпитализирован.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильна. Телосложение нормостеническое. Рост 175, вес 70 кг, ИМТ 24, окружность талии 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, обычной окраски, влажная, в области передней поверхности правого бедра единичный фолликулит, слегка болезненный при пальпации, сыпи нет, псориазические бляшки не обнаружены, кушингоидные черты лица.</p> <p>Ограничено сгибание и разгибание в коленных суставах, сгибательная контрактура коленных суставов. Симптомы Кушелевского положительные с двух сторон. Значительно ограничены ротация, сгибание, отведение в тазобедренных суставах. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений болезненна. Симптом Тамаяера-21 см, симптом Отто-2 см, симптом Шобера-2 см, экскурсия грудной клетки 4 см, синовит левого локтевого, левого коленного сустава, обоих лучезапястных суставов. Счет припухших суставов 4, счет болезненных суставов 8.</p> <p>По другим системам органов без отклонений</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным 2. сформировать план лечебно-диагностического поиска 3. оценить показания к инициации терапии ГИБП, обосновать выбор препарата. 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию больного 	
2	<p>Больной К, 39 лет</p> <p>В 19 лет был комиссован со службы в армии в связи с развитием прободной язвы желудка, по поводу чего проведено оперативное ушивание язвенного дефекта. В последующем каких-либо жалоб со стороны ЖКТ не предъявлял, к врачам не обращался.</p> <p>В течение последних 3 лет стали беспокоить боли в поясничном отделе позвоночника и в области тазобедренных суставов, которые чаще появлялись в первой половине дня, к середине дня расхаживался, и боли не беспокоили. По этому поводу не обращался, терапии не подвергался. В течение последнего года отметил появление ночных болей в спине и ягодичных областях с тенденцией к прогрессированию, стал отмечать некоторое ограничение подвижности в поясничном и грудном отделах (не мог вдохнуть полной грудью). Самостоятельно решил заняться физической культурой, стал посещать спортивный клуб (бассейн и тренажерный зал), на фоне чего</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>самочувствие несколько улучшилось, но боли полностью не прошли и существенно мешали заниматься в зале в первую половину дня.</p> <p>При обращении в аптеку около месяца назад по совету фармацевта стал принимать индометацин в дозе 75 мг в сутки (по 25 мг 3 раза в день), на фоне чего в течение недели боли полностью купированы, но при попытке отмены препарата вновь возобновление всей клинической картины, в связи с чем стал принимать индометацин в большей дозе (150 мг в сутки) на постоянной основе, на фоне чего боли в спине и скованность больше не беспокоили</p> <p>Около 2 недель назад стал отмечать появление болей ноющего характера умеренной интенсивности в эпигастрии, возникающих на голодный желудок, проходящих после приема пищи, появление периодически изжоги и отрыжки кислым, стал неустойчивым стул (несколько раз в неделю появлялся кашицеобразный стул на фоне оформленного), в связи с чем обратился на приме к участковому терапевту.</p> <p>При проведении лабораторных исследований выявлена высокая лабораторная активность (СОЭ 54 мм/ч, СРБ 37 мг/л при норме менее 5 мг/л) без отклонения других показателей, при выполнении УЗИ брюшной полости и копрограммы отклонений не найдено. На ФГДС в антральном отделе желудка обнаружены на фоне яркой гиперемии слизистой 5 небольших язвенных дефектов (предположительно острых) и единичные линейные эрозии с геморрагическими признаками, в области малой кривизны желудка послеоперационный рубец без признаков воспаления. С подозрением на системный васкулит направлен к ревматологу в Городской ревматологический центр.</p> <p>Анамнез жизни без особенностей.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильна. Телосложение нормостеническое. Рост 185, вес 82 кг, ИМТ 24 окружность талии 77 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, обычной окраски, псориатические бляшки не обнаружены. Хорошо развита мускулатура верхних и нижних конечностей.</p> <p>Симптомы Кушелевского положительные с двух сторон. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений болезненна Симптом Тамайера-6 см, симптом Отто-2 см, симптом Шобера-2 см, экскурсия грудной клетки 4 см. Счет припухших суставов 0, счет болезненных суставов 0.</p> <p>При пальпации живота болезненность в эпигастральной области, симптомы напряжения брюшины отрицательные.</p> <p>По другим системам органов без отклонений</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным 2. сформировать план лечебно-диагностического поиска 3. чем обусловлено появление симптомов со стороны ЖКТ, оценить возможность ятрогенного вмешательства и варианты его профилактики 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию больного 	
3	Женщина 66 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на боль в области коленных суставов, возникающую при смене положения тела, максимально выраженную при спуске по лестнице, начале движения	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,

	<p>(стартовые боли). В последние месяцы отмечает припухлость в области левого коленного сустава. При осмотре выявлен синовит левого КС, пальпация коленных суставов болезненна в области гусиной связки, положителен симптом баллотирования надколенника слева, при движении коленных суставов определяется хруст. Температура тела нормальная. Вес тела избыточен, стабильный.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О каком заболевании можно думать? • Какой объем обследования необходимо провести для подтверждения диагноза? • Назначьте лечение. • Составить план реабилитации пациента. • Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. • Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами 	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
4	<p>Мужчина 35 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на боль и припухлость в области ахиллова сухожилия слева, голеностопного сустава справа, коленного сустава слева, плюснефаланговых суставов 2 и 3 пальцев левой стопы, покраснение кожи над пораженными суставами, покраснение слизистой глаз, лихорадку до 39,0 °С без озноба. При сборе анамнеза выяснено, что около 1 месяца назад был эпизод слабо выраженной дизурии. К врачу не обращался. Лабораторно отмечен лейкоцитоз без изменений в лейкоцитарной формуле, повышение СОЭ, повышение СРБ.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О каком заболевании следует подумать? • Какие дополнительные исследования следует выполнить пациенту для подтверждения диагноза? • Назначьте лечение. • Составить план реабилитации пациента. • Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. • Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
5	<p>Мужчина 25 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на боль в области поясницы, максимально проявляющуюся в покое по ночам, со снижением ее интенсивности на фоне движения. Боль и припухлость в области правого коленного сустава с нарушением его функции (практически не может передвигаться без опоры и сопровождения), фебрильную лихорадку в течение нескольких недель. Незначительное облегчение приносит прием НПВП. Снижение массы тела на 10 кг за 2 месяца. Из анамнеза известно, что боль в пояснице беспокоит с 14 лет. Наблюдался неврологом с диагнозом «ДДЗП. Остеохондроз»). Были рекомендованы занятия спортом. Занимался много лет бальными танцами, 6 месяцев назад получил травму правого коленного сустава. С тех пор отмечает дискомфорт в этом суставе, усилилась боль в пояснице, появилась лихорадка. Лечение у невролога без эффекта. При осмотре: бледность кожных покровов, влажность их повышена, выраженная болезненность при пальпации зоны крестцово-подвздошных сочленений, сгибательная контрактура и синовит правого коленного сустава. Лабораторно выявлены анемия (Hb 86 г/л, лейкоциты 15×10^8 /л, без сдвига лейкоцитарной формулы, СОЭ 65 мм/час (по Панченкову), СРБ 230 мг/л при норме <10).</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О каком заболевании необходимо думать? • Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза? • Назначьте лечение. • Составить план реабилитации пациента. • Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. • Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами 	
6	<p>Пациентка 35 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на боль и припухлость в коленных суставах, больше справа. Боль возникает при смене положения тела, усиливается к концу дня, стихает в покое к утру. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились указанные симптомы на фоне усиления физической нагрузки Пациентка регулярно посещает спортивный клуб. Занимается на тренажерах. За месяц до появления болей в суставах существенно увеличила физические нагрузки (дополнительно к обычным занятиям добавила ходьбу на беговой дорожке в течение часа. Не занимается спортом 5 месяцев, но жалобы сохраняются. При осмотре выявлены синовиты обоих коленных суставов, больше справа, хруст при движении в коленных суставах. Функционально ограничений в суставах нет Имеются признаки дисплазии соединительной ткани (сандалевидная стопа», сращенная мочка уха, систолический шум в точке Боткина-Эрба при аускультации сердца – в анамнезе пролапс МК).</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О каком заболевании можно думать? • Какова тактика врача общей практики • Назначьте лечение. • Составить план реабилитации пациента. • Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
7	<p>Женщина 74 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на боль в области левого коленного сустава, его припухлость. Боль беспокоит при ходьбе, усиливается при спуске по лестнице, стихает в покое к утру. Боль возникла около месяца назад на фоне физической нагрузки (поднялась с тяжелой сумкой на 8 этаж в связи с отключением лифта). При опросе по органам и системам сопутствующей хронической патологии не выявлено. АД 130/70 мм.рт.ст., пульс 72 уд. в 1 мин, ритмичный, симметричный. Аускультативно в сердце и легких без отклонений от нормы. В области левого коленного сустава – дефигурация, положительный симптом баллотирования надколенника. Боль при пальпации в области гусиной связки с обеих сторон. Хруст при движении в обоих коленных суставах. Ограничено разгибание и ротация в левом коленном суставе, ограничена внутренняя ротация в левом тазобедренном суставе. Самостоятельно до приема врача выполнила исследование крови: СО10 мм/час, СРБ 2,0 (при норме <10 мг/л.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О каком заболевании можно думать? • Каков план обследования? • Каков план лечения • Составить план реабилитации пациента. • Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>здорового образа жизни в будущем.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами 	
8	<p>К врачу общей практики обратилась женщина 40 лет с жалобами на боли в области коленных суставов, их припухлость. Боли беспокоят при ходьбе, усиливаются при спуске по лестнице. Начало болей связывает с физической нагрузкой: работа на приусадебном участке. При осмотре обращало на себя внимание наличие избыточной массы тела. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено. В области коленных суставов – ограничение разгибания, синовиты с обеих сторон, хруст при движении.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О каком заболевании можно думать? • Каков план обследования? • Каков план лечения? • Составить план реабилитации пациента. • Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. • Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
9	<p>К врачу общей практики обратился мужчина 56 лет с жалобами на боль в области коленных суставов, больше справа, правом плечевом суставе, поясничном отделе позвоночника. Боли возникают при движении, ограничивают подвижность суставов. Ночной сон сохранен. Ограничивают профессиональную деятельность (работает водителем). При осмотре выявлен синовит правого коленного сустава, ограничение движений в правом плечевом суставе. При пальпации определяется болезненность в указанных суставах и поясничном отделе позвоночника.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О каком заболевании можно думать? • Каков план обследования? • Каков план лечения • Составить план реабилитации пациента. • Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. • Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами-специалистами 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
10	<p>К врачу общей практики обратилась женщина 62 лет с жалобами на боли в области наружной поверхности бедра справа с иррадиацией болей в паховую область, возникающую при ходьбе и в положении лежа на правом боку. Боли возникли несколько лет назад без видимой причины и постепенно прогрессируют. При осмотре выявлена болезненность в области правого тазобедренного сустава, усиливающаяся при внутренней ротации, ограничение внутренней и наружной ротации указанного сустава.</p> <p>Вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • О каком заболевании можно думать? • Каков план обследования? • Назначьте лечение. • Составить план реабилитации пациента. • Способы мотивации пациента к приверженности лечению и ведению здорового образа жизни в будущем. • Порядок взаимодействия врача общей практики с врачами- 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	специалистами	
11	<p>Больной Т., 48 лет поступил в стационар планово с жалобами на периодические приступы припухлости и болей ноющего характера, умеренной интенсивности в I плюснефаланговых суставах обеих стоп, с ограничением активных движений, уменьшающиеся при приеме НПВП; периодические боли ноющего характера в шейном отделе позвоночника, сопровождающиеся головной болью, грудном и поясничном отделах позвоночника, с иррадиацией боли в левую половину грудной клетки, усиливающиеся при движении, проходящие в покое;</p> <p>Из анамнеза заболевания известно, что:</p> <p>Считает себя больным в течение последних 15 лет, когда впервые после длительной ходьбы появилась постепенно нарастающая (в течение нескольких часов) интенсивная, жгучая боль и припухлость в I плюснефаланговом суставе левой стопы. Боль купировалась прием Диклофенака 2 таблетки однократно. С 1999 года по 2004 год подобные эпизоды повторялись 2 раз в год. К врачам не обращался, боли купировал самостоятельно приемом НПВП.</p> <p>С 2004 года учащение приступов боли и припухлости в I плюснефаланговом суставе левой стопы до 1 раза в 1-1,5 месяца, увеличение интенсивности и продолжительности болевого синдрома. Самостоятельно принимал НПВП, боли купировались в течение нескольких дней, за медицинской помощью не обращался.</p> <p>С 2013 года отмечает появление острых приступов интенсивной боли, припухлости и покраснения в I плюснефаланговых суставах обеих стоп, после чего обратился на консультацию к ревматологу. В ходе проведенного обследования выявлены: повышенный уровень мочевой кислоты (420 ммоль/л) и гиперхолестеринемия (6,3 ммоль/л).</p> <p>Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабилен. Те-лосложение нормостеническое. Рост 172 см, вес 82 кг, ОТ 93 см, ИМТ 27,7 кг/м². Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, обычной окраски. Видимые слизистые розовые, чистые. ЛОР - органы – без патологических изменений. Пальпация остистых отростков позвонков и паравертебральных областей безболезненная. Болезненности при пальпации в области плюснефаланговых суставов нет. Ревмато-идные узелки не обнаружены. Симптомы сакроилеита отрицательные. Тофусов нет</p> <p>Клинический анализ крови при поступлении: гем.146, эритроциты – 4,4*10¹²/л, ЦП -0,98, гематокрит – 42,5% лейкоциты – 5,1*10⁹/л, (формула не изменена), тромбоциты – 156*10⁹/л, СОЭ 12 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: креатинин 0,078 ммоль/л, АЛТ 21 Е/л, АСТ 24 Е/л билирубин общий 11,0 мкмоль/л (непрямой 9,0 мкмоль/л, прямой 2,0 мкмоль/л), общий белок 73 г/л, глюкоза натощак 5,5 ммоль/л, мочевая кислота 530 мкмоль/л; СРБ 1,30 мг/л</p> <p>Липидный спектр: холестерин 5,85 ммоль/л, ЛПВП 1.23 ммоль/л, ЛПНП 4,03 ммоль/л, ЛПОНП 0,59 ммоль/л, триглицериды 1,29 ммоль/л, коэффициент атерогенности 3,8.</p> <p>Рентгенография стоп: На рентгенограмме стоп определяются признаки поперечного плоскостопия 2 ст. с развитием деформирующего артроза 2 ст. в 1-х плюснефаланговых суставах.</p> <p>Контрольное задание:</p> <p>1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным</p> <p>3. сформировать план лечебно-диагностического поиска</p> <p>4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного</p>	
12	<p>Больной Т., 48 лет поступил в стационар планово с жалобами на периодические приступы припухлости и болей ноющего характера, умеренной интенсивности в I плюснефаланговых суставах обеих стоп, с ограничением активных движений, уменьшающиеся при приеме НПВП; периодические боли ноющего характера в шейном отделе позвоночника, сопровождающиеся головной болью, грудном и поясничном отделах позвоночника, с иррадиацией боли в левую половину грудной клетки, усиливающиеся при движении, проходящие в покое;</p> <p>Из анамнеза заболевания известно, что:</p> <p>Считает себя больным в течение последних 15 лет, когда впервые после длительной ходьбы появилась постепенно нарастающая (в течение нескольких часов) интенсивная, жгучая боль и припухлость в I плюснефаланговом суставе левой стопы. Боль купировалась прием Диклофенака 2 таблетки однократно. С 1999 года по 2004 год подобные эпизоды повторялись 2 раз в год. К врачам не обращался, боли купировал самостоятельно приемом НПВП.</p> <p>С 2004 года учащение приступов боли и припухлости в I плюснефаланговом суставе левой стопы до 1 раза в 1-1,5 месяца, увеличение интенсивности и продолжительности болевого синдрома. Самостоятельно принимал НПВП, боли купировались в течение нескольких дней, за медицинской помощью не обращался.</p> <p>С 2013 года отмечает появление острых приступов интенсивной боли, припухлости и покраснения в I плюснефаланговых суставах обеих стоп, после чего обратился на консультацию к ревматологу. В ходе проведенного обследования выявлены: повышенный уровень мочевой кислоты (420 ммоль/л) и гиперхолестеринемия (6,3 ммоль/л).</p> <p>Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабилен. Те-лосложение нормостеническое. Рост 172 см, вес 82 кг, ОТ 93 см, ИМТ 27,7 кг/м². Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, обычной окраски. Видимые слизистые розовые, чистые. ЛОР - органы – без патологических изменений. Пальпация остистых отростков позвонков и паравертебральных областей безболезненная. Болезненности при пальпации в области плюснефаланговых суставов нет. Ревмато-идные узелки не обнаружены. Симптомы сакроилеита отрицательные. Тофусов нет</p> <p>Клинический анализ крови при поступлении: гем.146, эритроциты – 4,4*10¹²/л, ЦП -0,98, гематокрит – 42,5% лейкоциты – 5,1*10⁹/л, (формула не изменена), тромбоциты – 156*10⁹/л, СОЭ 12 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: креатинин 0,078 ммоль/л, АЛТ 21 Е/л, АСТ 24 Е/л билирубин общий 11,0 мкмоль/л (непрямой 9,0 мкмоль/л, прямой 2,0 мкмоль/л), общий белок 73 г/л, глюкоза натощак 5,5 ммоль/л, мочевая кислота 530 мкмоль/л; СРБ 1,30 мг/л</p> <p>Липидный спектр: холестерин 5,85 ммоль/л, ЛПВП 1.23 ммоль/л, ЛПНП 4,03 ммоль/л, ЛПОНП 0,59 ммоль/л, триглицериды 1,29 ммоль/л, коэффициент атерогенности 3,8.</p> <p>Рентгенография стоп: На рентгенограмме стоп определяются признаки поперечного плоскостопия 2 ст. с развитием деформирующего артроза 2 ст. в</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>1-х плюснефаланговых суставах.</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза 2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным 3. сформировать план лечебно-диагностического поиска 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного 	
13	<p>Больной К., 67 лет с жалобами на симметричные боли в голених и стопах ноющего характера, умеренной интенсивности, возникающие при ходьбе до 200 метров, проходящие в покое; на зябкость нижних конечностей; на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, ноющего характера, умеренной интенсивности, с иррадиацией по латеральным поверхностям обоих бедер, возникающие в покое в утренние часы, купируемые самостоятельно; на утреннюю скованность в позвоночнике в течение 10-15.</p> <p>В 2003 году после падения с высоты собственного роста диагностирован перелом костей левой стопы. Проводилось лечение с наложением лонгеты.</p> <p>С 2004 году беспокоят боли в икроножных мышцах при ходьбе до 500 метров, судороги в мышцах голени и бедер, зябкость нижних конечностей. По этому поводу 2 раза в год проходил лечение в консультативно-диагностическом центре (актовегин, Милдронат, Калий, Магния сульфат, Тиоктоцид).</p> <p>В 2007 году на рентгенограмме поясничного отдела позвоночника выявлена сглаженность лордоза, остеохондроз. В это же время впервые начал отмечать сутулость осанки, коррекции не проводилось.</p> <p>В июне 2014 года при осмотре ревматолога проведена денситометрия, где обнаружен выраженное снижение МПК (уровень Т-критерия -2,6, Z-критерий -1,8) в проксимальных отделах бедра и осевого скелета. Данных за воспалительное поражение суставного аппарата не получено. Рекомендации те же.</p> <p>Не курит, профессиональных вредностей не имеет.</p> <p>Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильный. Телосложение нормостеническое. Рост 165 см, вес 61 кг, ИМТ 22,4 кг/м², окружность талии 91 см. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно в области передней стенки живота. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, обычной влажности, чистая. ЛОР - органы – без патологических изменений. Нарушение осанки в виде кифосколиоза грудного отдела позвоночника влево. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений безболезненна, симптомы сакроилеита отрицательные, тесты поперченного сжатия суставов отрицательные, синовитов нет. Имеется ограничение подвижности позвоночника (симптом Отта 2 см, тест Шобера 4 см), экскурсия грудной клетки – 4 см. Деформация V, IV плюснефаланговых суставов левой стопы, вальгусная деформация коленных суставов. Мышцы голени симметрично атрофичны, кожа голени бледная, сухая, лишена волос. При пальпации мышц голени болезненность отсутствует. При пальпации стоп кожа влажная, холодная на ощупь.</p> <p>Клинический анализ крови: эритроцит 5,0*10¹²/л, гемоглобин 158 г/л, ЦП 0,95, гематокрит 46,2%, тромбоциты 185*10⁹/л, лейкоциты 6,8*10⁹/л, СОЭ 5 мм/ч.</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>Общий анализ мочи: прозрачная, реакция нейтр, уд вес 1,007, лейкоциты 0-1, эпителий плоский 2-3, белка нет, глюкозы нет, кетоновых тел нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: калий 4,6 ммоль/л, натрий 140,0 ммоль/л, билирубин общий 20,1 мкмоль/л, (прямой 4,0 мкмоль/л, непрямой 16,1 мкмоль/л), глюкоза натощак 6,5 ммоль/л, креа-тинин 0,063 ммоль/л, холестерин общий 3,57 ммоль/л, АЛТ 33 Е/л, АСТ 29 Е/л, Кальций общий 2,49 ммоль/л, общий белок 76 г/л, С-реактивный белок 0,30 мг/л.</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза 2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным 3. сформировать план лечебно-диагностического поиска 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного 	
14	<p>Больной Т., 48 лет поступил в стационар планово с жалобами на периодические приступы припухлости и болей ноющего характера, умеренной интенсивности в I плюснефаланговых суставах обеих стоп, с ограничением активных движений, уменьшающиеся при приеме НПВП; периодические боли ноющего характера в шейном отделе позвоночника, сопровождающиеся головной болью, грудном и поясничном отделах позвоночника, с иррадиацией боли в левую половину грудной клетки, усиливающиеся при движении, проходящие в покое;</p> <p>Из анамнеза заболевания известно, что:</p> <p>Считает себя больным в течение последних 15 лет, когда впервые после длительной ходьбы появилась постепенно нарастающая (в течение нескольких часов) интенсивная, жгучая боль и припухлость в I плюснефаланговом суставе левой стопы. Боль купировалась прием Диклофенака 2 таблетки однократно. С 1999 года по 2004 год подобные эпизоды повторялись 2 раз в год. К врачам не обращался, боли купировал самостоятельно приемом НПВП.</p> <p>С 2004 года учащение приступов боли и припухлости в I плюснефаланговом суставе левой стопы до 1 раза в 1-1,5 месяца, увеличение интенсивности и продолжительности болевого синдрома. Самостоятельно принимал НПВП, боли купировались в течение нескольких дней, за медицинской помощью не обращался.</p> <p>С 2013 года отмечает появление острых приступов интенсивной боли, припухлости и покраснения в I плюснефаланговых суставах обеих стоп, после чего обратился на консультацию к ревматологу. В ходе проведенного обследования выявлены: повышенный уровень мочевой кислоты (420 ммоль/л) и гиперхолестеринемия (6,3 ммоль/л).</p> <p>Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабилен. Те-лосложение нормостеническое. Рост 172 см, вес 82 кг, ОТ 93 см, ИМТ 27,7 кг/м². Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, обычной окраски. Видимые слизистые розовые, чистые. ЛОР - органы – без патологических изменений. Пальпация остистых отростков позвонков и паравертебральных областей безболезненная. Болезненности при пальпации в области плюснефаланговых суставов нет. Ревмато-идные узелки не обнаружены. Симптомы сакроилеита отрицательные. Тофусов нет</p> <p>Клинический анализ крови при поступлении: гем.146, эритроциты – 4,4*10¹²/л, ЦП -0,98, гематокрит – 42,5% лейкоциты – 5,1*10⁹/л, (формула не</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>изменена), тромбоциты – 156*10⁹/л, СОЭ 12 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: креатинин 0,078 ммоль/л, АЛТ 21 Е/л, АСТ 24 Е/л билирубин общий 11,0 мкмоль/л (непрямой 9,0 мкмоль/л, прямой 2,0 мкмоль/л), общий белок 73 г/л, глюкоза натощак 5,5 ммоль/л, мочевая кислота 530 мкмоль/л; СРБ 1,30 мг/л</p> <p>Липидный спектр: холестерин 5,85 ммоль/л, ЛПВП 1.23 ммоль/л, ЛПНП 4,03 ммоль/л, ЛПОНП 0,59 ммоль/л, триглицериды 1,29 ммоль/л, коэффициент атерогенности 3,8.</p> <p>Рентгенография стоп: На рентгенограмме стоп определяются признаки поперечного плоскостопия 2 ст. с развитием деформирующего артроза 2 ст. в 1-х плюснефаланговых суставах.</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза 2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным 3. сформировать план лечебно-диагностического поиска 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного 	
15	<p>Больная В., 65 лет, санитарка, поступила в клинику с жалобами на ноющие боли умеренной интенсивности в коленных, правом голеностопном, лучезапястных, мелких суставах кистей, II-III пальцах правой стопы и II пальце левой стопы, усиливающиеся при движении в суставах; на утреннюю скованность в течение 30 минут, нарушения функции кистей; уменьшение объема движений и припухлость коленных суставов; ноющие боли в шейном, грудном и поясничном отделе позвоночника, при движении, в неудобном положении тела, купирующиеся в покое;</p> <p>Из анамнеза заболевания известно:</p> <p>С 1987 года во время отмечает боли в лучезапястных, мелких суставах кистей. По данным рентгенографии стоп выявлены признаки деформирующего артрита плюснефаланговых суставов, СРБ- отр., СОЭ 9 мм/ч</p> <p>В 1996 году перенесла удаление аденоидов, суставной синдром стал постоянным, отмечала боли, припухлость и утреннюю скованность в коленных и мелких суставах кистей, появились боли в коленных, голеностопных суставах. Самостоятельно принимала НПВП местно и внутрь с кратковременным положительным эффектом. К врачам не обращалась.</p> <p>В 2012 году отметила ухудшение состояния в виде усиления болевого синдрома в коленных, голеностопных, мелких суставах стоп и кистей, отсутствие эффекта от НПВП. Госпитализирована в областную больницу г. Вологда, где диагностирован реактивный полиартрит. Проведено лечение: дипроспан в оба коленных сустава, сульфасалазин по 2 таб. 4 раза в сутки. Отмечает улучшение на фоне проводимой терапии, периодические боли в суставах сохранялись, припухлости не отмечала.</p> <p>В 2015 году самостоятельно отменила сульфасалазин в связи с отсутствием видимого эффекта (со слов), беспокоили припухлость и боли в коленных, голеностопных суставах, утренняя скованность в суставах кистей. Обратившись к терапевту рекомендован прием Артрафаон, мидокалм, артрозан при болях.</p> <p>Наследственность: по ревматологической патологии отягощена (Мать страдает ревматизмом, полиартритом; сын – артрит плечевых и локтевых суставов)), отец страдал язвенной болезнью.</p> <p>Вредные привычки: курит с 36 лет по ½ пачки в сутки (9,5 пачка/лет),</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>алкоголь не употребляет.</p> <p>Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост 158 см, вес 80 кг, ИМТ 32,04 кг/м², окружность талии 107 см. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, преимущественно в области живота и бедер. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. Пальпация остистых отростков, паравертебральных точек болезненная в области крестца. Ограничение подвижности во всех отделах позвоночника не определяется. Имеется сколиоз грудного отдела позвоночника влево. Припухлости суставов нет. Болезненность при пальпации дистальных межфаланговых, коленных суставов. Подвижность позвоночного столба не ограничена. Активные и пассивные движения в суставах ограничены в коленных суставах и мелких суставах кистей. Имеется деформация II пальца стопы справа.</p> <p>СОЭ 12 мм/ч, АНФ менее 1:160 (антител не обнаружено), Анти-ССР-14,20 RU/мл (не обнаружено), РФ <20,00 МЕ/мл, Ig A к Chlamidia trachomatis - отрицательный, Ig G к Chlamidia trachomatis отрицательный, HLA B27 – результат отрицательный.</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза 2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным 3. сформировать план лечебно-диагностического поиска 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного 	
16	<p>Больная А., 37 лет, продавец, поступила в отделение ревматологии с жалобами на эпизодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, боль в коленных суставах, высыпания на щеках, одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, «зябкость» и посинение пальцев рук на холоде, выраженную общую слабость и утомляемость, похудание (на 6 кг за 3 мес).</p> <p><i>Анамнез заболевания.</i> Считает себя больной в течение 10 лет. В возрасте 27 лет у нее впервые появилась боль в плечевых, коленных и локтевых суставах, боль и припухлость мелких суставов кистей. При обследовании выявлены перикардит (с минимальным объемом жидкости в перикарде) и следовая протеинурия. Установлен диагноз: «ревматоидный артрит». Назначена терапия НПВС; внутрисуставно вводились кортикостероиды. В последующие годы продолжала принимать НПВС, другой терапии не получала. Эпизодически возникала боль в суставах. Через 2 года перенесла первый эпилептиформный припадок, в последующие годы припадки рецидивировали, протекая по типу <i>petit mal</i>. Больная принимала клоназепам в качестве противосудорожного средства. Состояние оставалось удовлетворительным, хотя наблюдались посинение и выраженная зябкость пальцев рук на холоде. Однажды перенесла тромбоз глубоких вен правой голени; лечилась гепарином, местно использовала троксевазин*. За 2 мес до настоящей госпитализации после инсоляции появилась эритема на лице с повышением температуры тела до 37,5°C. Госпитализирована в отделение ревматологии для уточнения диагноза и коррекции терапии.</p> <p>При осмотре состояние удовлетворительное. Конституция гиперстеническая, повышенного питания. Рост— 166см. Вес— 70кг. На щеках эритематозные высыпания с шелушением и гиперкератозом. Сетчатое ливедо на коже верхних конечностей и бедер. Гипотермия, синюшность пальцев</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>кистей. Хейлит. Энантема на слизистой оболочке твердого нёба. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы диаметром 0,5 см. Тонус и сила мышц достаточные, атрофии не обнаружено. Суставы при осмотре не изменены; пальпация их безболезненна; движения в суставах сохранены в полном объеме. Левая граница относительной тупости сердца смещена кнаружи на 0,5 см. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный. Систолический шум на верхушке сердца и над мечевидным отростком. ЧСС — 100 в минуту. АД— 115/85 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 18 в минуту. Живот обычной формы, при пальпации — мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, размеры по Курлову 11x8x7 см. Селезенка не пальпируется, перкуторно ее размеры 11x5 см. Физиологические отправления в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.</p> <p>Клинический анализ крови: НЬ — 92 г/л; эритроциты — $3,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты— $4,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные — 5 %, сегментоядерные— 68 %, лимфоциты — 18 %, моноциты — 5 %, эозинофилы — 4 %; тромбоциты - $229 \times 10^9/л$; СОЭ — 34 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза— 4,8ммоль/л, холестерин — 4,6 ммоль/л, креатинин —72 мкмоль/л, мочеви́на —4,1 ммоль/л, общий белок— 66 г/л, калий— 4,3 ммоль/л, общее железо сыворотки — 10 мкмоль/л.</p> <p>Иммунологический анализ крови: криопреципитины — +1; анти-ДНК АТ- 54 Ед (N - до 20 Ед); титр АНАТ- 1/320, антикардиолипиновые АТ (igG) - 94 г/л (N - до 30 г/л).</p> <p>роба Кумбса положительная: +3 — с Холодовыми антигенами, +⁴— с тепловыми.</p> <p>Общий анализ мочи: относительная плотность— 1010, белок — 0,9 г/л, эритроциты — 6-8 в поле зрения, лейкоциты — 3-4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 3—5 в поле зрения, зернистые цилиндры - 2 - 4 в поле зрения.</p> <p>ЭхоКГ: аорта не уплотнена, не расширена. Левое предсердие не увеличено. Полость левого желудочка не расширена. Сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная. ФВ-55 %. Зоны дискинезии не выявлены. МЖП и ЗСЛЖ не утолщены. Створки митрального, аортального и трикуспидального клапанов уплотнены. Перикард утолщен. Обнаружены признаки недостаточности митрального (3-й степени), аортального (0—1-й степени), трикуспидального (2-й степени) и легочного (1-й степени) клапанов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие диагностические критерии позволили установить диагноз? С чем мог быть связан длительный промежуток от начала заболевания до установления окончательного диагноза? 3. С чем может быть связано поражение клапанов сердца у данной больной? Какие клинические и лабораторные проявления могут подтвердить данную концепцию? 4. Чем может объясняться развитие у больной эпилептиформных припадков? 5. Какова тактика дальнейшего ведения больной? 	
17	<p>Больная Б. 41 года, работающая кондуктором, обратилась в поликлинику по м/ж со следующими жалобами: периодическая припухлость в околоушных областях, сухость в полости рта, уменьшение отделения слюны с затруднением пищи при глотании, необходимость постоянно запивать</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,</p>

<p>твердую пищу, снижение выделении слезы</p> <p>Анамнез заболевания:</p> <p>Ранее считала себя здоровой.</p> <p>Впервые 10 марта 2011 года появилась болезненность в обеих околоушных областях, в течение следующей ночи отметила появление выраженной припухлости в этой зоне, по поводу чего обратилась к инфекционисту с подозрением на инфекционный паротит, экстренно госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии городской больницы по месту жительства.</p> <p>При поступлении в стационар на основании припухлости и болезненности околоушных желез диагностирован острый сиалоаденит. При исследовании высокая лабораторная активность (СОЭ 46 мм/ч, СРБ 57,3 мг/мл), выявлен ревматоидный фактор в высоком титре (1:256 МЕ/мл). По данным УЗИ шеи подтверждено острое двустороннее воспаление околоушных желез, при стимуляции железы скудное количество мутной слюны. Проведена антибактериальная терапия, промывания слюнной железы, на фоне чего уменьшилась припухлость и боли в околоушных железах, однако, продолжала испытывать сухость во рту, вынуждена была запивать твердую пищу. В связи с сохраняющимися клиническими проявлениями выписана на амбулаторный этап лечения.</p> <p>Через 2 недели после выписки вновь появилась припухлость в области околоушных желез, поднялась температура до 37,5*С, стала отмечать постоянные боли в суставах кисти, коленных, плечевых без припухлости и утренней скованности, в связи с чем обратилась в поликлинику к врачу общей практики.</p> <p>Анамнез жизни без особенностей. В ходе опроса по органам и системам удалось выяснить, что в течение последних 6 месяцев отмечала ощущение «песка в глазах», сухость и жжение в половых путях, по поводу чего не обращалась. В течение года постоянно лечится у стоматолога по поводу рецидивирующего пришеечного кариеса.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 85 кг, окружность талии 110 см. Кожные покровы обычной окраски, сухие, псориатических бляшек нет. Слизистая полости рта сухая, в полости рта минимальное количество густой вязкой слюны. Видимая припухлость в обеих околоушных областях, болезненная при пальпации</p> <p>Пульс 78 ударов в 1 мин, ритм правильный, симметричный, удовлетворительного наполнение и напряжения. АД 120 и 80 мм.рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, I тон сохранен на верхушке, шумы не выслушиваются. Аускультация крупных сосудов без отклонений.</p> <p>Частота дыхательных движений 17 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются.</p> <p>Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненна. Синовитов нет, тесты сжатия суставов безболезненные, ограничения движений не отмечено.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования для подтверждения и дифференциальной диагностики данной патологии необходимо провести. 3. Консультации каких специалистов потребуются для подтверждения 	<p>ПК-10, ПК-11</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

	<p>диагноза.</p> <p>4. Тактика ведения данного пациента с выбором конкретных препаратов.</p>	
18	<p>Больная м., 51 года, кассир, поступила с жалобами на периодические ноющие боли умеренной интенсивности в проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых суставах обеих кистей, правом тазобедренном в покое и при движении; утренняя скованность в мелких суставах кистей до 30-40 минут; слабость мышц плечевого и тазового пояса, периодические боли в мышцах предплечий и бедер; чувство стягивания кожи вокруг рта, предплечий, истончение красной каймы губ; сухость кожных покровов; похолодание рук и ног; затруднение глотания твердой пищи, поперхивание, осиплость голоса.</p> <p>Из анамнеза заболевания известно:</p> <p>С детства отмечает похолодание рук и ног, синюшность кончиков пальцев на холоде.</p> <p>В 2000 году при плановом обследовании диагностирован гепатит С, проведена противовирусная терапия реафероном. В течение 4х месяцев сохранялась фебрильная температура, повышение уровня трансаминаз, затем лабораторные показатели нормализовались.</p> <p>С того же времени отмечает периодический субфебрилитет, потливость, артралгии, миалгии, затруднение глотания, поперхивание.</p> <p>С 2005 года не отмечала субфебрильной лихорадки, состояние стабильное, терапию не принимала.</p> <p>В феврале 2014 года на фоне перенесенной ОРВИ отметила повышение температуры до 39•С, боли в грудной клетке при дыхании, усиление одышки. После обращения к терапевту по м/ж была госпитализирована в стационар с диагнозом правосторонняя пневмония (инфильтрация легочной ткани в S10 правого легкого). После прохождения лечения отмечает улучшение общего состояния, отсутствие болей в грудной клетке, сохранялся кашель с отхождением слизистой мокроты, появилась постоянная осиплость голоса. Рекомендована антигипертензивная терапия (Лориста 25 мг в сутки), на фоне которой уровень АД стабилизировался в диапазоне 120-130/90 мм рт.ст.</p> <p>В марте 2014 года выполнена КТ органов грудной клетки, где выявлена картина буллезной эмфиземы легких, участки снижения пневматизации в кортикальных отделах нижней доли правого легкого. Рекомендована консультация пульмонолога для дифференциальной диагностики с интерстициальными заболеваниями легких. Продолжали сохраняться кашель с отделением слизистой мокроты, осиплость голоса.</p> <p>В феврале 2015 года госпитализирована в ПСПбГМУ им. Павлова для обследования. Выполнены: ЭКГ (синусовая аритмия, увеличение ЛП, ГЛЖ), велоэргометрия (результат отрицательный), денситометрия (признаков снижения МПК не выявлено), исследование ФВД (рестриктивных нарушений нет, умеренные обструктивные нарушения вентилиционной функции легких, бронхоспазм не выявлен), УЗИ органов брюшной полости и почек (диффузные изменения тканей печени и поджелудочной железы, МКБ), КТ органов грудной клетки (КТ-картина деформирующего бронхита, цилиндрических бронхоэктазов в нижней доле левого легкого, единичные воздухоносные кисты в ядерных отделах легких с обеих сторон), ФГДС (рефлюкс-эзофагит, признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, хронический поверхностный гастрит), лабораторное обследование (СОЭ 37 мм/ч, тромбоциты <136*10⁹/л, гемоглобин 131 г/л, глюкоза в капиллярной крови 6,2 ммоль/л, холестерин 5,71 ммоль/л, АЛТ 226 Е/л, АСТ 118 Е/л, АНФ 1:160 мелкогранулярный тип свечения, РФ 26,00 МЕ/мл, АНЦА <1:40, D-димер 570</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>

	<p>мкг/л).</p> <p>Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально лабильна. Телосложение нормостеническое. Рост 164 см, вес 86 кг, ИМТ 31,97 кг/м². окружность талии 110 см. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно в области живота. Кожные покровы умеренно розовые, в области подушечек пальцев гиперемированные, уплотнены в области предплечий, вокруг рта, истончение красной каймы губ, уменьшение апертуры ротовой полости (симптом «кисета»), сухие на ощупь, тургор и эластичности умеренно снижены, видимые слизистые розовые, умеренной влажности, чистые. Отеков нет. Осанка: прямая. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Объем движений в суставах не ограничен. Болезненности и припухлости в суставах при пальпации нет. Деформация дистальных фаланг обеих кистей, гипотрофия мышц и похолодание кожи на ощупь в области дистальных фаланг. Имеется умеренная болезненность при пальпации мышц бедер, плеч, предплечий.</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза 2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным 3. сформировать план лечебно-диагностического поиска 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного 	
19	<p>Больной М, 29 лет</p> <p>Жалобы: интенсивные постоянные боли в обоих плечевых суставах, в обоих коленных, левом голеностопном суставах, усиливающиеся при движении, утреннюю скованность 4-5 часов, припухлость левого голеностопного сустава, ограничение движений в плечевых и коленных суставах, боль в грудном отделе позвоночника в ночные и утренние часы: периодическое повышение температуры тела с максимальным уровнем до 38.2 вне зависимости от времени суток, периодическая потливость, общая слабость и потливость при обычных физических нагрузках</p> <p>Анамнез. С 19 летнего возраста рецидивирующие синовиты обоих коленных суставов, купируемые внутрисуставным введением глюкокортикоидов с частотой 1 раз в 2 месяца. После третьего рецидива синовита в качестве базисного лечения назначен сульфасалазин 2 грамма в сутки, который принимал в течение 6 месяцев без какого-либо эффекта, синовиты продолжали рецидивировать, от внутрисуставного введения препаратов отказался, принимал НПВП. В связи с неэффективностью консервативной терапии в 20 лет выполнена хирургическая синовэктомия правого коленного сустава, после чего артрит не рецидивировал. С 21 года года неоднократно стационарное лечение в ревматологическом отделении городской больницы по поводу рецидивирующего течения реактивного артрита хламидийной этиологии. Установлена 2 группа инвалидности. Неоднократно назначался метотрексат без эффекта. В 23 года синовэктомия левого коленного сустава, с этого времени значительное ограничение объема движений в коленных суставах с развитием сгибательных контрактур в них.</p> <p>С 26 летнего возраста ухудшение состояния: присоединилась острая боль в тазобедренных суставах, принимал метотрексат 15 мг/неделю, преднизолон 15 мг/сутки, НПВП. На этом фоне присоединился артрит левого локтевого сустава, стала беспокоить боль в крестце и поясничном отделе позвоночника, появилась утренняя скованность в</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>позвоночнике. В этот период СОЭ 60 мм/час , доза метотрексата увеличена до 25 мг в неделю Около года назад присоединилась боль в плечевых суставах.</p> <p>В 28 лет лечение в НИИ ревматологии РАН, где впервые выявлен ограниченный псориаз. В настоящее время принимает преднизолон 15 мг/сутки, мелоксикам 15 мг/сутки, метотрексат 25 мг в неделю. Проводимое лечение без существенного эффекта, сохраняются явления сустанвого синдрома и высокая лабораторная активность (СОЭ-41 мм/час). В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения госпитализирован.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильна. Телосложение нормостеническое Рост 175, вес 70 кг, ИМТ 24 окружность талии 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, обычной окраски, влажная, в области передней поверхности правого бедра единичный фолликулит, слегка болезненный при пальпации, сыпи нет, псориазические бляшки не обнаружены, кушингоидные черты лица.</p> <p>Ограничено сгибание и разгибание в коленных суставах, сгибательная контрактура коленных суставов. Симптомы Кушелевского положительные с двух сторон. Значительно ограничены ротация, сгибание, отведение в тазобедренных суставах. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений болезненна Симптом Тамайера-21 см, симптом Отто-2 см, симптом Шюбера-2 см, экскурсия грудной клетки 4 см синовит левого локтевого, левого коленного сустава, обоих лучезапястных суставов. Счет припухших суставов 4, счет болезненных суставов 8.</p> <p>По другим системам органов без отклонений</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным 2. сформировать план лечебно-диагностического поиска 3. оценить показания к инициации терапии ГИБП, обосновать выбор препарата. 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию больного 	
20	<p>Больной К, 39 лет</p> <p>В 19 лет был комиссован со службы в армии в связи с развитием прободной язвы желудка, по поводу чего проведено оперативное ушивание язвенного дефекта. В последующем каких-либо жалоб со стороны ЖКТ не предъявлял, к врачам не обращался.</p> <p>В течение последних 3 лет стали беспокоить боли в поясничном отделе позвоночника и в области тазобедренных суставов, которые чаще появлялись в первой половине дня, к середине дня расхаживался, и боли не беспокоили. По этому поводу не обращался, терапии не подвергался. В течение последнего года отметил появление ночных болей в спине и ягодичных областях с тенденцией к прогрессированию, стал отмечать некоторое ограничение подвижности в поясничном и грудном отделах (не мог вдохнуть полной грудью). Самостоятельно решил заняться физической культурой, стал посещать спортивный клуб (бассейн и тренажерный зал), на фоне чего самочувствие несколько улучшилось, но боли полностью не прошли и существенно мешали заниматься в зале в первую половину дня.</p> <p>При обращении в аптеку около месяца назад по совету фармацевта стал принимать индометацин в дозе 75 мг в сутки (по 25 мг 3 раза в день), на фоне чего в течение недели боли полностью купированы, но при попытке</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>отмены препарата вновь возобновление всей клинической картины, в связи с чем стал принимать индометацин в большей дозе (150 мг в сутки) на постоянной основе, на фоне чего боли в спине и скованность больше не беспокоили</p> <p>Около 2 недель назад стал отмечать появление болей ноющего характера умеренной интенсивности в эпигастрии, возникающих на голодный желудок, проходящих после приема пищи, появление периодически изжоги и отрыжки кислым, стал неустойчивым стул (несколько раз в неделю появлялся кашицеобразный стул на фоне оформленного), в связи с чем обратился на приме к участковому терапевту.</p> <p>При проведении лабораторных исследований выявлена высокая лабораторная активность (СОЭ 54 мм/ч, СРБ 37 мг/л при норме менее 5 мг/л) без отклонения других показателей, при выполнении УЗИ брюшной полости и копрограммы отклонений не найдено. На ФГДС в антральном отделе желудка обнаружены на фоне яркой гиперемии слизистой 5 небольших язвенных дефектов (предположительно острых) и единичные линейные эрозии с геморрагическими признаками, в области малой кривизны желудка послеоперационный рубец без признаков воспаления. С подозрением на системный васкулит направлен к ревматологу в Городской ревматологический центр.</p> <p>Анамнез жизни без особенностей.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильна. Телосложение нормостеническое. Рост 185, вес 82 кг, ИМТ 24 окружность талии 77 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, обычной окраски, псориатические бляшки не обнаружены. Хорошо развита мускулатура верхних и нижних конечностей.</p> <p>Симптомы Кушелевского положительные с двух сторон. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений болезненна Симптом Тамайера-6 см, симптом Отто-2 см, симптом Шобера-2 см, экскурсия грудной клетки 4 см. Счет припухших суставов 0, счет болезненных суставов 0.</p> <p>При пальпации живота болезненность в эпигастральной области, симптомы напряжения брюшины отрицательные.</p> <p>По другим системам органов без отклонений</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным 2. сформировать план лечебно-диагностического поиска 3. чем обусловлено появление симптомов со стороны ЖКТ, оценить возможность ятрогенного вмешательства и варианты его профилактики 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию больного 	
21	<p>Больная К, 54 лет</p> <p>В 49 лет впервые на основании типичной клиники суставного синдрома (поражением суставов кистей, симметричного характера полиартрит с вовлечением более 3 суставных зон с явлениями достоверной утренней скованности и положительным РФ в сыворотке и синовиальной жидкости) диагностирован серопозитивный вариант ревматоидного артрита.</p> <p>В качестве базисной терапии был назначен метотрексат в дозе 15 мг в неделю, однако прием препарат как в таблетированной форме, так и в</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>парентеральной (внутримышечно и подкожно) сопровождался развитием выраженной тошноты и рвоты, в связи с чем был заменен. В качестве альтернативы был назначен сульфасалазин с постепенным доведением дозы до 2 грамм, но при начале приема препарата в данной дозе развитие выраженной токсикодермии, подтвержденной дерматологом, явившейся причиной отмены сульфасалазина.. Рекомендованную терапию лефлюнамидом или циклоспорином А по материальным причинам соблюдать не смогла. В течение 4 месяцев базисная терапия и гидкоксихлорохином в суточной дозе 400 мг признана неэффективной, препарат отменен.</p> <p>В качестве базисного лечения 6 месяцев назад назначен Д-пенициламин (купренил) в дозе 250 мг 2 раза в день. Через 8 недель терапии отмечен существенный регресс суставного синдрома и нормализация лабораторных тестов активности, что позволило констатировать достижение ремиссии РА к 12 недели терапии.</p> <p>В течение последнего месяца стала отмечать появление небольших отеков на голенях с обеих сторон, появление слабости, утомляемости, которые постепенно и неуклонно прогрессировали и в течение недели отеки достигли уровня поясницы, резко снизилась переносимость нагрузок из-за выраженной одышки, но при этом суставной синдром не рецидивировал. Обратилась на прием к терапевту в поликлинику.</p> <p>Были проведены следующие лабораторные тесты: клинический анализ крови без существенных отклонений, СОЭ 18 мм/ч, анализ мочи: относительная плотность - 1016, соломенно-желтая, белок – 6,2 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения Суточная потеря белка – 8,1 г.</p> <p>Биохимический анализ крови: креатинин крови - 0,08 ммоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л, СКФ 65 мл/мин, глюкоза крови 5,1 ммоль/л, общий белок 45 г/л, альбумины 38%, холестерин 11,6 ммоль/л СРБ 3,4 мг/л (норма менее 5 мг/л)</p> <p>С подозрением на гломерулонефрит в рамках системного поражения при РА направлена к ревматологу в Городской ревматологический центр.</p> <p>Анамнез жизни без особенностей, до дебюта РА соматически здорова.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Значительные отеки всего туловища, лица. Пульс 102 удара в минуту, ритмичный, напряжен. АД = 105/70 мм. рт.ст.. Над легкими ясный легочный перкуторный тон, притупление перкуторного тона ниже углов лопаток. Дыхание жесткое, ослаблено в подлопаточных областях. Живот увеличен за счет асцита, мягкий, безболезненный. Печень у реберной дуги, край печени мягкий, безболезненный.</p> <p>Счет припухших суставов 0, счет болезненных суставов 1. ВАШ активности болезни пациентом 20 мм.</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным 2. чем обусловлено появление новой симптоматики в течение последнего месяца, оценить возможность ятрогенного вмешательства и варианты его профилактики и дифференциальной диагностики 3. сформировать план лечебно-диагностического поиска 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию больного 	
22	<p>Больная Е., 27 лет. Жалобы: постоянные боли в проксимальных межфаланговых суставов кистей,</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5,

	<p>лучезапястных, плечевых, коленных суставах, постоянного характера, усиливающаяся в утренние часы, уменьшающиеся при приеме НПВП, с ограничением движения в суставах кистей, лучезапястных, припухлость проксимальных межфаланговых суставов, пястно-фаланговых суставов, лучезапястных суставов с обеих сторон, утренняя скованность в суставах кисти до 120 минут.</p> <p>Анамнез заболевания: Впервые на фоне полного благополучия в январе 2015 года появились боли во 2-3 пястно-фаланговых суставах обеих кистей преимущественно при движениях, Постепенно к концу января 2015 года отметила появление болей во всех проксимальных и пястно-фаланговых суставах обеих кистей. С февраля 2015 года появилась припухлость в пястно-фаланговых суставах обеих кистей, постепенно нарастала скованность в суставах кисти до 1 часа. По совету знакомых стала принимать диклофенак в суточной дозе 100 мг, на фоне приема которого полное купирование болевого синдрома, в связи с чем прекратила прием препарата.</p> <p>Через 3 недели боли возобновились вновь, нарастала утренняя скованность до 120 минут и появились боли и припухлость в обоих лучезапястных суставах, коленных суставах, отметила страдание функциональная способность кисти. В апреле 2015 года обратилась к терапевту, при исследовании СРБ 63,26 мг/мл (норма до 5 мг/л), РФ 1:640 (норма до 1:40), СОЭ 58 мм/ч, в остальном лабораторные тесты без отклонений. Для уточнения диагностического представления, подавления активности в плановом порядке госпитализирована в клинику госпитальной терапии ПСПбГМУ</p> <p>Анамнез жизни: без особенностей (синдрома Рейно, фотосенсибилизации, отягощенной наследственности по псориазу не выявлено).</p> <p>Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Рост 178см, вес 66 кг, ИМТ 24.2, окружность талии 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Пульс 68 ударов в 1 мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнение и напряжения. АД 110/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, I тон больше II тона на верхушке, шумов нет. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Живот не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Отмечается припухлость 2-4 проксимальных межфаланговых и 2-4 пястно-фаланговых суставов обеих кистей, припухлость обоих лучезапястных суставов, положительные тесты сжатия всех м/ф и пястно-фаланговых суставов обеих кистей, коленных, лучезапястных. симптомы сакроилеита отрицательные, подвижность позвоночного столба не ограничена. Снижена сила кисти, подкожных узелков не найдено</p> <p>Лабораторные данные: <i>Клин. анализ крови при поступлении:</i> гем.136, эритро.4.4, ЦП 0,86, гематокрит 38.4, лей 6,1: нейтрофилы 61,1%, лимфоциты 32,8%, моноциты 3,8%, базофилы 0,6%, эозинофилы 1.7%, тромб 207, СОЭ 55 мм/ч. <i>Анализ мочи без патологии</i> <i>Б/х анализ крови:</i> СРБ 71.20 мг/мл. Ревматоидный фактор 1:1280 (норма менее 1:40 IU/ml), <i>Антинуклеарный фактор</i> менее 1:160, <i>Исследование на ИППП:</i> Chlamydia trachomatis, Mycolasma hominis, Mycoplasma genitalium - не выявлено, <i>Рентгенография кистей:</i> без патологии Контрольное задание: 1. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным 2. сформировать план лечебно-диагностического поиска 3. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного</p>	ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
23	Больной Ж., 36 года. Жалобы: на постоянные, с пиком интенсивности в ночные и утренние	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5,

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

ПК-6, ПК-7,
ПК-8, ПК-9,
ПК-10, ПК-11

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

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

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

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

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

Контрольное задание:

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

	терапию данного больного	
24	<p>Больная С, 22 года</p> <p>Обратилась на прием к районному ревматологу со следующими жалобами: интенсивные постоянные боли и выраженная припухлость в правом коленном суставе с ограничением объема движений из-за боли и синовита. Других жалоб нет.</p> <p>Анамнез. Впервые отметила припухлости и болей в коленном суставе без видимых причин около трех месяцев назад. В течение двух недель не обращалась, боль стала нарастать, в связи с чем осмотрена терапевтом по месту жительства, выполнены ряд лабораторных тестов (СОЭ 51 мм/ч, СРБ 36 мг/л при норме менее 5 мг/л, РФ не обнаружен), на рентгенограммах коленных суставов структура сустава не изменена, признаки наличия жидкости в верхнем завороте. Диагностическое представление в пользу правостороннего гонартроза. В течение трех недель принимала по рекомендации терапевта мелоксикам 7,5 мг в сутки, провела курс магнитотерапии, носила эластичный наколенник, однако, динамики синовита не отмечено. Осмотрена ортопедом, исключено травматическое повреждение коленного сустава, рекомендована гипсовая мобилизация и курс антибактериальной терапии. От выполнения рекомендаций ортопеда воздержалась, самостоятельно обратилась к ревматологу в поликлинический диагностический комплекс.</p> <p>Анамнез жизни: ранее соматически здорова, никакой лекарственной терапии не подвергалась. Вредные привычки отрицает. Ведет подвижный образ жизни (посещает пилатес 4 раза в неделю) сохраняется. Фотосенсибилизация положительная (появление розовых пятнистых высыпаний в области декольте в весеннее время). Родной брат страдает псориазом. Синдрома Рейно не описывает. В остальном без особенностей.</p> <p>Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильна. Телосложение нормостеническое Рост 173, вес 51кг. Окружность талии 68 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, обычной окраски, псориазические бляшки не обнаружены.</p> <p>По внутренним органам без патологических отклонений. Определяется выраженный синовит (окружность правого к/с 45 см, левого 39 см) правого коленного сустава. Остальные суставные зоны интактны. Симптомы Кушелевского отрицательные с двух сторон. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений безболезненна Подвижность позвоночного столба не ограничена. Симптом Тамайера-0 см, симптом Отто-5 см, симптом Шобера-8 см, экскурсия грудной клетки 8 см. По другим системам органов без отклонений</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным 2. сформировать план лечебно-диагностического поиска 3. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного 	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
25	<p>Больная К, 54 лет, домохозяйка.</p> <p>С октября 2007 года отмечает появление постоянного сухого кашля, усиливающегося в ночное время суток, осиплость голоса, по поводу чего была госпитализирована в ЛОР-клинику по месту жительства, где патология со стороны ЛОР-органов была исключена. С этого момента стала повышаться температура до 37-38 С, в ноябре 2007 года температура тела выросла до 39,5</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

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

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

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

Для уточнения диагноза планово госпитализирована в клинику госпитальной терапии ПСПБГМУ

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

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

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

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

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

HbsAg, HCVAb – отрицательные.

Цитологическое исследование мокроты: наличие умеренного

	<p>воспалительного процесса. Умеренная макрофагальная реакция (встречаются единичные 0-1 в препарате многоядерные макрофаги). умеренный лимфоцитоз. Небольшая эозинофилия. Слизь – большое количество. Клеточный детрит – умеренное количество.</p> <p>Смыв из бронхов на КУМ: не обнаружены.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрации в лёгочной ткани не определяется. подчёркнуты стенки мелких бронхов во всех отделах обоих лёгких, перибронховаскулярные изменения в базальных сегментах обоих лёгких. Тени металлических скрепок в проекции средней доли. Корни лёгких структурны, не расширены. Диафрагма деформирована плевральными швартами. Сердечная тень в размерах не увеличена.</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза 2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным 3. сформировать план лечебно-диагностического поиска 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного 	
26	<p>Больная С, 62 лет, инженер-технолог заболела 03.02.2007 года остро с развития головных болей (ранее не отмечала) в затылочной области с последующим распространением на теменную с элементами гиперэстезии, фебрильной лихорадки до 38,6, болей в мышцах плеча и надплечий без развития мышечной слабости, ночных проливных потов. Самостоятельно принимала НПВП, под воздействием которых снижалась интенсивность головных болей. Амбулаторно проведен курс антибактериальной терапии без эффекта.</p> <p>19 марта 2007 года с подозрением на внебольничную пневмонию госпитализирована. В стационаре при поступлении сохранялись головные боли с гипэстезией, лихорадка до фебрильных цифр, ночная потливость, боли в мышцах плечевого пояса без ограничения способности к самообслуживанию, похудение с момента развития болезни. Объективно выявлены пальпаторно изменения стенки и пульсации височной артерии справа.</p> <p>При исследовании выявлена высокая лабораторная активность, впервые отмечается легкой степени анемия. Проведено исследование для исключения онкопатологии, гемобластоза (миеломная болезнь, лимфопролиферативное заболевание), очагов инфекции (ФГДС, РРС, ирригоскопия, рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография придаточных пазух носа).</p> <p>Клин. анализ крови при поступлении: гем 91, эритро.3.3, лей 6.9, (с/я 77%, лим 14%, эозин 1%, п/я2%), тромб 572- 793, СОЭ 66-77 калий 4.8, креатинин 0,064, АЛТ 26, билирубин 7,6 (непрямой 0,2, прямой 7,4), общий белок 60 г/л, альбумины , альфа 1 %, альфа-2 % , бета %, гамма %, щелочная фосфотаза 195, амилаза 74, холестерин 5,5, СРБ 106,9 (норма до 10 мг/л).</p> <p>коагулограмма: незначительная склонность к гипокоагуляции, значительная гиперфибриногенемия, положительные паракоагуляционные тесты</p> <p>HBS-АГ отрицательно, HCV отрицательно. АНЦА не обнаружены, АНФ с клеточной линией Нер-2 не обнаружены, ЦИК22 усл.ед, иммуноглобулины М 0,7, G 8,7, РФ 8,0 МЕ/мл,</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

	<p>Рентгенография коленных суставов без патологии</p> <p>Окулист: передняя ишемическая нейропатия правого глаза с частичной атрофией зрительного нерва</p> <p>СКТ головы картина локальной атрофии ткани головного мозга конвекситальных отделов лобных и височных отделов, полушарий мозжечка</p> <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза 2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным 3. сформировать план лечебно-диагностического поиска 4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного 	
27	<p>Больная М., 34 лет, менеджер, обратилась к терапевту по м/ж с жалобами на пятна на коже внутренней поверхности бедер, красного цвета, не выступающие над поверхностью кожи, от 0,1 до 1,0 см в диаметре, общую слабость, припухлость кистей, и коленных суставов, отеки голеней, подъём температуры до 40 градусов в течение 3-х дней.</p> <p>Осенью 2000 года при плановой ФЛГ были выявлены увеличенные лимфатические узлы, диагностическое представление в пользу туберкулёзного бронхоаденита, получала курс противотуберкулёзной терапии без клинического эффект в течение 2,5 лет.</p> <p>В августе 2010 года (через месяц после отпуска на Азовском море) появились пятна на коже внутренней поверхности бедер, красного цвета, не выступающие над поверхностью кожи, от 0,1 до 1,0 см в диаметре. В течение 2-3 дней пятна сливались, приобретали синеватый оттенок, распространялись на кожу голеней, предплечий и передней поверхности живота. На 4-5 день пятна светлели и исчезали, не оставляя следов. Самостоятельно принимала супрастин, тавегил без клинического эффекта. В течение сентября-октября 2010 года 3-4 раза в месяц высыпания повторялись. В ноябре стала отмечать ноющие боли в коленных и голеностопных суставах в период высыпаний, также в период пика высыпаний, отекали голени, припухали кисти и коленные суставы. В ноябре был эпизод высыпаний с подъёмом температуры до 40 градусов в течение 3-х дней.</p> <p>Объективно: состояние относительно удовлетворительное, ЧСС 72 уд/мин, АД 130/90 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.</p> <p>Клин. анализ крови: гем.135, эритро.4.4, ЦП 0,92, гематокрит 39.8, лей 7.3: нейтрофилы 62.7%, лимфоциты 29.0%, моноциты 6.0%, базофилы 0,9%, эозинофилы 1.5% (0.735), тромб 296, СОЭ 6 мм/ч.</p> <p>Б/х анализ3 крови: калий 3.9 натрий 139.2,креатинин 0,060, АЛТ 19, билирубин 13.3 (непрямой 10.3, прямой 3.0), холестерин 4.78, гликемия натощак 5.2 ммоль/л, общий белок 64 г/л.</p> <p>Суточная потеря белка: диурез за сутки 1.80 л, суточная экскреция белка 0.00, СКФ 85.5 мл/мин.</p> <p>АТ к кардиолипину 0.84 (норма), АТ к двуспиральной ДНК 0.019 (не обнаружено). АТ цитоплазме нейтрофилов < 1:40 (норма), АНФ 1:640 гомогенный тип свечения ядра, крупногранулярный тип свечения ядра.</p> <p>НbsAg, HCVAb – отрицательные.</p> <p>Биопсия кожно-мышечного лоскута голени: кусочки кожи с подкожной клетчаткой, с умеренным фиброзом дермы, в одном из сосудов артериолярного типа определяется умеренное утолщение медики за счёт</p>	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

гипертрофии мышечного слоя. Эндотелий микрососудов умеренно утолщен. Фиброзно-жировая ткань с микрососудами, с набухшим эндотелием, имеются единичные участки плазматического пропитывания меди, сосуды малокровны.

Контрольное задание:

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

9. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Основная литература

1. Ревматология. Учебное пособие. Под ред. Шостак Н.А. ГЭОТАР-Мед, 2012 год
2. Ревматология. Клинические лекции: руководство. Под ред. В.В. Бадокина. ГЭОТАР-Мед, 2012 год
3. Рациональная фармакотерапия ревматических болезней. Авторы: Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т. и др. / Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова. ГЭОТАР-Мед, 2010 год-448с.
4. Ревматология. Национальное руководство. Авторы: Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой ГЭОТАР-Мед, 2010 год
5. Ревматология: клинические рекомендации. Авторы: Под ред. С.Л. Насонова ГЭОТАР-Мед, 2010 год
6. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика : руководство / С. П. Филоненко, С. С. Якушин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 173 с. : ил., табл. - (Б-ка врача-специалиста: Ревматология. Травматология)
7. Развитие ревматологии и ревматологической помощи населению в России / О.М. Фоломеева, Ш. Эрдес -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. (ЭБС «Консультант студента».)
8. Руководство по диспансеризации взрослого населения [Электронный ресурс] / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html>
9. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
10. Березин И.И., Медицинские осмотры : руководство для врачей [Электронный ресурс] / И. И. Березин [и др.]; под ред. И. И. Березина, С. А. Бабанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3908-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439081.html>
11. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html>
12. Бржеский В.В., Синдром "сухого глаза" и заболевания глазной поверхности : клиника, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / В. В. Бржеский, Г. Б. Егорова, Е. А. Егоров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3779-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437797.html>

13. Амлаева К.Р., Общие и частные вопросы медицинской профилактики [Электронный ресурс] / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4575-4 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970445754.html>

Дополнительная литература

1. Справочник по ревматологии : пер. с англ. / А. Хаким, Г. Клуни, И. Хак ; под ред. О. М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 554 с., [8] л. цв. ил. : ил., табл.
2. Остеопороз : [руководство] / Г. П. Котельников, С. В. Булгакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 504 с., [4] л. цв. ил. : ил., табл. - (Б-ка врача-специалиста: Травматология. Ревматология. Эндокринология)
3. Нефрология. Ревматология : [учеб. пособие для мед. вузов] / пер. с англ. под ред. Н. А. Мухина ; редакторы: Николас А. Бун [и др.]. - М. : РИД Элсивер, 2010. - 233, [1] с. : ил., таб
4. Методы диагностики ревматических заболеваний: Учебное пособие для терапевтов, ревматологов, врачей общей практики – В.И. Мазуров, И.А. Онущенко. – СПб.: СПбМАПО, 2010. – 2010. – 56 с.
5. Клинические случаи из практики ревматолога. – СПб.: ООО «Феникс», 2010. – 232 с.: ил.
6. Автандилов. Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза. – М.: Медицина, 2004.
7. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патолого-анатомического диагнозов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008.
8. Инструментальные методы диагностики в ревматологии / А.В. Смирнов, Э.С. Мач, С.Г. Раденска-Лоповок, Р.Т. Алекперов -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
9. Котенко К. В., Боль в спине : диагностика и лечение [Электронный ресурс] / К. В. Котенко [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3861-9 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438619.html>
10. Багненко С.Ф., Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации [Электронный ресурс] : метод. рек. / С. Ф. Багненко и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 56 с. - ISBN 978-5-9704-3421-5 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>
11. Циммерман Я.С., Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html>
12. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
13. Филоненко С.П., Боли в суставах: дифференциальная диагностика [Электронный ресурс] / С.П. Филоненко, С.С. Якушин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2980-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429808.html>
14. Кобалава Ж.Д., Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-2772-9 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>
15. Дземешкевич С.Л., Болезни митрального клапана. Функция, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / С.Л. Дземешкевич, Л.У. Стивенсон. - 2-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3219-8 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432198.html>
16. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / В. М. Шипова; под ред. Р. У. Хабриева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430521.html>
17. Медицинская документация: учетные и отчетные формы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Хальфин Р.А. ; Огрызко Е.В., Какорина Е.П., Мадьянова В.В. - Москва : ГЭОТАР-

Медиа, 2014. - . - ISBN ISBN 978-5-9704-2874-0 : Б. ц.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428740.html?SSr=01013415a110207f85cd505khi>
ga

Рецензент:

Шишкин Александр Николаевич,

Заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

Эксперт:

Костик Михаил Михайлович

Профессор кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, главный внештатный специалист ревматолог детский комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга, главный внештатный специалист ревматолог детский Северо-Западного Федерального округа Российской Федерации, д.м.н., доцент.