

№ ОРД- КАРД- 22

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

кафедра внутренних болезней № 4

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от «22» марта 2022 г. №4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине Ревматология

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности **31.08.36 Кардиология,**
утвержденной 30.03.2022 г.

для ординаторов 2 курса

по специальности 31.08.36 Кардиология

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «03» марта 2022 г. (протокол № 13)

Заведующая кафедрой, профессор, д.м.н., Астахова Замира Татарбековна

г. Владикавказ 2022 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств
 - эталоны тестовых заданий
 - ситуационные задачи

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплина Кардиология
Специальность 31.08.36 Кардиология

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов/задач	Код формируемых компетенций
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1.	Ревматология	30/18	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК 6, ПК7,ПК 8, ПК -9

ТЕСТЫ

1К ранним признакам ревматизма относятся:

Ответов несколько

1. малая хорея
2. диастолический шум над аортой
3. артрит
4. узловатая эритема
5. кольцевидная эритема

2Острому течению ревматизма соответствует:

Ответов несколько

1. длительность более 1 года
2. сопровождается артритом
3. высокий титр АСЛ-О
4. повышенный фибриноген
5. возможны артралгии

3Ревматическому миокардиту соответствует:

Ответов несколько

1. вальвулит
2. расширение полостей сердца
3. добавочный третий тон
4. формирование пороков
5. нарушение атриовентрикулярной проводимости

4Какие препараты показаны при затяжном течении ревматизма:

Ответов несколько

1. кортикостероиды

2. цитостатики
3. антибиотики
4. аминохинолоновые производные
5. нестероидные противовоспалительные средства

5К поздним признакам ревматизма относятся

Ответ один

1. полиартрит
2. вальвулит
3. хорея
4. кардит
5. узловатая эритема

6Что из нижеперечисленного указывает на воспалительный характер суставных болей?

Ответов несколько

1. деформация сустава
2. хруст в суставе
3. припухлость сустава
4. гипертермия кожи над суставом
5. боль возникает при нагрузке на сустав

7После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через:

Ответ один

1. 1-2 года
2. 2-3 недели
3. 4 дня
4. 5 месяцев
5. 6 недель

8.В патогенезе ревматизма участвуют механизмы:

Ответов несколько

1. склерозирования
2. тромбообразования
3. токсико-воспалительные
4. иммунные
5. аллергические
- 9.

1ст. активности ревматизма соответствует:

Ответов несколько

1. температура тела 37,1град.
2. выраженная одышка
3. сочетание с артритом
4. АСЛ-0 1:1250
5. С-реактивный белок +

10III-ст.активности ревматизма соответствует:

Ответов несколько

1. температура тела 38 С
2. отсутствие одышки
3. АСГ 1:250
4. серомукоид -0,30
5. С-реактивный белок +++

11Для малой хореи характерны:

Ответов несколько

1. развитие симптомов через 7-10 дней после стрептококковой инфекции
2. головная боль
3. гипотония мышц
4. эпилептиформные судорожки
5. судорожные сокращения мимической мускулатуры

12Лабораторная диагностика,применяемая при ревматизме, позволяет:

Ответов несколько

1. уточнить характер электролитных нарушений
2. определить степень выраженности воспалительных процессов
3. поставить диагноз ревматизма
4. обнаружить иммунологические нарушения
5. определить нарушение соединительной ткани

13 Для ревматического полиартрита характерно:

Ответов несколько

1. стойкая деформация суставов
2. нестойкая деформация суставов
3. поражение средних и крупных суставов
4. летучесть болей
5. исчезновение болей после приема НПВП

14. Непрерывно-рецидивирующему течению ревматизма соответствуют:

Ответов несколько

1. возможная связь с гормональным лечением
2. длительность около 1 года
3. частое формирование пороков
4. необязательное формирование пороков
5. кольцевидная эритема

15 Для первичного ревмокардита характерно:

Ответов несколько

1. экстрасистолия
2. мерцательная аритмия
3. нарушение предсердно-желудочковой проводимости
4. протодиастолический шум на верхушке
5. систолический шум на верхушке

16 Ревматическому эндокардиту соответствует:

Ответов несколько

1. вальвулит

2. формирование пороков
3. нарушение атриовентрикулярной проводимости
4. деформация в суставах

17 Воспалительные изменения при ревматизме проявляются в следующих лабораторных изменениях:

Ответов несколько

1. серомукоид
2. фибриноген
3. церулоплазмин
4. С-реактивный белок
5. ДФА пробы

18 Поражение соединительной ткани при ревматизме проявляются в следую-

щих лабораторных изменениях:

Ответов несколько

1. ревматоидный фактор
2. лейкоцитарный сдвиг влево
3. церулоплазмин
4. ускорение СОЭ
5. ДФА проба

19 Затяжному течению ревматизма соответствует:

Ответ один

1. длительность 3 месяца
2. длительность больше 1 года
3. хороший эффект от аспирина
4. носовые кровотечения
5. полиартрит

20 Какой из признаков более характерен для артрита в отличие от артроза?

Ответ один

1. боли при движении
2. хруст в суставе
3. разрастание кости
4. опухание сустава и повышение кожной температуры
5. ограничение подвижности

21. Подострому течению ревматизма соответствуют:

Ответов несколько

1. длительность около 1 года
2. характерна смена активности
3. часто 11 ст. активности
4. частое формирование пороков
5. длительность 6 месяцев

22. Ревматизм вызывается:

Ответ один

1. стафилококком
2. бета-гемолитическим стрептококком группы С
3. пневмококком
4. бета-гемолитическим стрептококком группы А
5. возбудитель неизвестен

23. Для эндокардита Либмана-Сакса при СКВ присуще:

Несколько ответов

1. наличие "бородавок"
2. грубый систолический шум на верхушке
3. грубый диастолический шум на верхушке
4. ослабление II тона над легочной артерией
5. ослабление I тона на верхушке

24. Для суставного синдрома при геморрагическом васкулите

характерно все перечисленное, кроме:

Один ответ

1. поражение мелких суставов
2. периартикулярный отек

3. связь артралгий с появлением кожных высыпаний

4. поражение крупных суставов

5. боли разной интенсивности

25. К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся:

Несколько ответов

1. базальный пневмосклероз

2. поражение ЖКТ

3. остеолит

4. гиперпигментация кожи

5. телеангиоэктазии

26. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите:

Один ответ

1. дистальные межфаланговые суставы

2. проксимальные межфаланговые суставы

3. первый пястно-фаланговый сустав

4. суставы шейного отдела позвоночника

5. суставы поясничного отдела позвоночника

27. Об активности ревматоидного артрита свидетельствуют:

Несколько ответов

1. ускорение СОЭ

2. высокий титр АСЛ-О

3. повышение АЛТ

4. узелки Гебердена

5. утренняя скованность больше 1 часа

28. Поражение кожи при СКВ состоит из наличия:

Несколько ответов

1. кольцевидной эритемы

2. чешуйчатого лишая

3. "бабочки" типа центробежной эритемы

4. папулезно-пустулезной сыпи

5. сосудистой "бабочки"

29.50-летняя женщина отмечает опухание и тугоподвижность дистальных межфаланговых сусавов кистей. В остальном без особенностей. Вероятный диагноз?

Один ответ

1. деформирующий остеоартроз

2. ревматоидный артрит

3. СКВ

4. склеродермия

5. подагра

30. Больная 53 лет, жалуется на боли в мелких суставах кистей ограничение их подвижности. При осмотре плотные симметричные узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей. При R-графии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев. Название узловатых образований?

Один ответ

1. узелки Бушара

2. узелки Гебердена

3. тофусы

4. ревматоидные узелки

5. ксантомы

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет.

Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9 /л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 2

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и

голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуальноаналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 3

Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год. Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты - $3,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5 \times 10^9 /л$, СОЭ – 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 4

Пациент 3. 43 лет предъявляет жалобы на утомляемость, слабость, головные боли, одышку при ходьбе, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объема движений. Анамнез болезни: болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимал настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости.

Анамнез жизни. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работал бухгалтером, последние 6 лет – заместителем главного бухгалтера предприятия.

Наследственный анамнез: мать страдает сахарным диабетом, отец умер в 52-летнем возрасте от инфаркта миокарда, имел какое-то заболевание суставов. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 180 см, вес – 107 кг, окружность талии – 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий – 18 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная, голосовое дрожание умеренно ослаблено над всей поверхностью легких. Перкуторно – легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см снаружи от правого 8 края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 2 см снаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС – 84 удара в минуту, ритм правильный. АД - 165/95 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 8×5 см.

Лабораторные и инструментальные данные.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – $8,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – 0,033 г/л, эпителий – единичный в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбумины – 55%, глобулины – 45%, билирубин общий – 18 мкмоль/л, прямой – 13 мкмоль/л, непрямой – 5 мкмоль/л, глюкоза – 6,4 ммоль/л, общий холестерин – 7,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,78 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л, содержание фибриногена – 5,3 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, 80 в мин. Горизонтальное пол. эл. оси. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

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

ЗАДАЧА 5

Больная Ш. поступила в клинику по направлению ревматолога с жалобами на слабость, похудение, плотный отек кожи тыла кистей, предплечий, потемнение кожи, зябкость в кончиках пальцев, побеление пальцев на холоде, боли в крупных суставах. Болеет 3 года. В начале появилась зябкость пальцев, цианоз и побеление на холоде. В течение последних 3 месяцев беспокоит слабость, плотный отек кистей, предплечий, температура — 37,5 °С. Обратилась к терапевту, который направил ее на консультацию к ревматологу.

При обследовании в ревматологическом центре — анализах крови: эритроциты — $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 90 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — $8,2 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 53 мм/ч; общий белок — 86 г/л, глобулины — 40 %; АНФ + периферическое свечение. При осмотре: больная пониженного питания, кожа смуглая, уплотнена. Лимфоузлы увеличены. Пульс — 96 в 1 мин. ритм., АД — 100/60 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке. Дыхание в легких везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон — пневмосклеротические хрипы. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания. Что такое CREST-синдром?
3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.

ЗАДАЧА 6

Больная М., 21 год, заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39 °С (рефрактерной к антибиотикам), слабости, похудения, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения подчелюстных и подмышечных лимфоузлов. При осмотре: состояние тяжелое. На лице эритема по типу «бабочки». На слизистой ротовой полости — язвы. Подчелюстные и подмышечные лимфоузлы увеличены. Припухлость коленных, голеностопных, локтевых суставов. Движения в суставах болезненны. Пульс — 118 уд./мин, 8 ритмичный; АД — 150/110 мм рт. ст. Границы сердца: правая смещена на 1 см вправо от правого края грудины, левая — на 2 см левее срединноключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке и в 5-й точке. При перкуссии легких определяется притупление легочного звука нижних отделов. Дыхание везикулярное ослабленное, в нижних отделах легких не проводится. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, мягкая, чувствительная. На голенях есть отеки.

Анализ крови: эритроциты — $2,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $3,2 \cdot 10^9 /л$, тромбоциты — $90 \cdot 10^9 /л$, общий белок — 50 г/л, альбумины — 35 %, α_2 -глобулины — 12 %, γ -глобулины — 28 %. ОАМ: белок — 5 г/сут, уд. вес — 1020, лейкоциты — 6–8 в поле зрения, эритроциты — 20–25 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 3–5 в поле зрения.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией. Назовите иммунологические маркеры заболевания.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.

ЗАДАЧА 7

Больная П., 30 лет, жалуется на зябкость, похолодание и посинение кончиков пальцев, тугоподвижность в мелких суставах кистей рук. Болеет 5 лет. Заболевание возникло после обморожения кистей рук (на холоде были онемение и болезненность в кончиках пальцев рук). Через 3 года, осенью, появился плотный отек тыла кистей и пальцев, уплотнение кожи лица, предплечий, больная стала худеть. В последнее время появились сгибательные контрактуры в пальцах рук и изъязвления на кончиках пальцев. Госпитализирована впервые с целью уточнения диагноза и определения лечения. При осмотре: состояние

средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы цвета «загара». Кожа лица, предплечий уплотнена. Пальцы «муляжные». Телеангиоэктазии на лице, красной кайме губ. Пальцы бледные, холодные на ощупь, на дистальных фалангах симптом «крысиных укусов». Мышцы гипотрофичны. Пульс ритмичный — 90 уд./мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичны. Дыхание везикулярное. Печень, селезенка не пальпируются. ОАК: эритроциты — $4,7 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты — $4,7 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 25 мм/ч. ОАМ: уд. вес — 1020, лейкоциты — 1–2 в поле зрения, белка нет.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания. Что такое CREST-синдром?
3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.

ЗАДАЧА 8

Пациент Ш. 52 лет поступил в клинику с жалобами на одышку, учащенные сердцебиения при повседневной нагрузке, периодические боли в сердце тупого характера, тяжесть в правом подреберье, отеки ног, больше в вечернее время. Заболел в 14 лет, когда через три недели после перенесенной ангины появилась общая слабость, температура, боли и припухлость в коленных суставах. Был поставлен диагноз «острая ревматическая лихорадка». При осмотре на момент поступления: верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье. В точке Боткина и II межреберье справа — систолический и диастолический шум. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонные артерии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание во II межреберье справа от грудины, I и II тоны ослаблены.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Диагностические признаки какого клапанного поражения сердца имеют место у данного больного?
3. Какое дообследование необходимо провести больному? Какие рентгенологические признаки могут помочь в постановке диагноза?
4. Лечебная тактика.

ЗАДАЧА 9

При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх. При аускультации: на верхушке ослабление I тона, там же — систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. На рентгенографии увеличены левые отделы сердца, талия сердца сглажена.

1. Какой порок сердца у данного пациента? Обоснуйте ответ имеющимися диагностическими признаками.
2. Назовите наиболее вероятные причины данного порока.
3. Укажите характерные для данного порока изменения гемодинамики.
4. Укажите методы дообследования больного.
5. Какие рентгенологические признаки характерны для данного порока?

ЗАДАЧА 10

Пациентка П., 59 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, постоянные перебои в работе сердца, увеличение живота, отеки на ногах. Считает себя больной с 13 лет, когда перенесла острую ревматическую лихорадку. В 21 год при обследовании были обнаружены пороки 10 сердца. 10 лет назад впервые сорвался ритм, был восстановлен медикаментозно, однако, впоследствии срывался неоднократно. В течение последних 5 лет ритм не восстанавливается. Настоящее ухудшение состояния развилось в течение последнего месяца без видимых причин. Объективное состояние пациентки средней степени тяжести.

Положение вынужденное: полусидя. Наблюдается акроцианоз, цианоз губ, незначительная одышка при разговоре. Перкуторно отмечается притупление легочного звука над легкими с обеих сторон ниже угла лопатки. Там же дыхание не проводится. Перкуторно правая граница сердца выступает на 2 см от края грудины, левая — до линии axillaries anterior. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Систолидиастолический шум во всех точках. ЧСС — 105 уд./мин, пульс — 89 уд./мин, АД — 125/50 мм рт. ст. Живот увеличен, напряжен (за счет асцита), печень пальпировать не удается. Отеки голеней до уровня верхней трети. Стул: запоры, диурез снижен; пьет около 500 мл/сут, выделяет около 400 мл/сут.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Диагностические признаки какого клапанного поражения сердца имеют место у данной пациентки?
3. Какое обследование необходимо провести в данном случае?
4. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 11

В отделение ревматологии поступил пациент Я. 27 лет (переведен из неврологии) с жалобами на выраженную слабость, похудение (за последние 2 месяца на 15 кг), повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно без ознобов, периодическое появление судорог в нижних конечностях, а также нарушение чувствительности в правой руке и левой ноге. Считает себя больным около года, когда впервые без видимых причин стали появляться судороги и нарушение чувствительности в руках и ногах, иногда повышение температуры тела до субфебрильной, папулезную сыпь на голенях, боль в коленных и голеностопных суставах. Наблюдение и лечение у невролога эффекта не дало. В последние 2 месяца состояние стало прогрессивно ухудшаться: было зафиксировано повышение АД (без клинических проявлений), лихорадка приобрела постоянный характер. Стал сильно худеть. Из перенесенных заболеваний отмечается гепатит В. Пациент много курит, злоупотребляет алкоголем. Несколько раз отбывал наказание в местах лишения свободы. Наблюдался у невролога с диагнозом «полинейропатия алиментарно-токсического генеза». При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пациент гипостеник. Кожные покровы обычной окраски, слизистые иктеричны. На голенях — остаточные явления папулезной сыпи. На теле много татуировок. Температура тела — 37,5 °С. С закрытыми глазами пациент не может оп- 11 ределить до какого пальца левой руки и правой ноги к нему дотрагиваются. В легких дыхание везикулярное, множество сухих рассеянных хрипов по всем полям. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД на правой руке — 220/130 мм рт. ст., на левой — 200/100 мм рт. ст. Печень не увеличена. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Отеков нет. Суставы при осмотре внешне не изменены, признаков воспаления нет. Стул и диурез без особенностей.

ОАК (пациент принес с собой): эритроциты — $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 89 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — $8,2 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 65 мм/ч.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания имеют место у данного пациента?
3. Какое обследование необходимо провести в данном случае?
4. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 12

Пациентка К., медсестра, 39 лет. Поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно, ознобов нет, головокружение, головные боли, иногда есть неприятные ощущения в области сердца, боли в суставах. Считает себя больной около года, когда случайно после занятий аэробикой в конце тренировки не смогла нащупать пульс у себя на правой руке. Была на консультации у хирурга, после чего направлена на обследование в областной центр, где на УЗИ сосудов с доплерографией было выявлено сужение сонных артерий больше слева на 80 %. Направлена на лечение в отделение ангиохирургии. Была проведена операция: шунтирование левой сонной артерии. После операции стала чувствовать себя гораздо хуже: появились все вышеуказанные жалобы, выраженные воспалительные изменения в ОАК (увеличение СОЭ до 60 мм/ч). При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормальное. Кожные покровы чистые, без высыпаний. Келлоидные рубцы на шее слева, симптом Горнера слева. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, незначительно приглушены. АД на правой руке — 180/120 мм рт. ст., на левой — измерить не удастся. Пульс на правой руке — 72 уд./мин, на левой прощупать не удастся. При аускультации выслушивается грубый систолический шум на сонных артериях с обеих сторон и мягкий дующий шум на брюшной аорте. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Стул и диурез без особенностей. Суставы внешне не изменены, без признаков воспаления, движения в полном объеме.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания имеют место у данной пациентки?
3. Какое обследование необходимо провести в данном случае?
4. Какие изменения в общем и биохимическом анализах крови, характерные для данного заболевания, можно обнаружить?
5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 13

Пациентка Б., 24 года, переведена в отделение ревматологии из отделения нефрологии в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль, выраженную слабость, боли ноющего характера в области сердца, боли во всех суставах и мышцах, отеки на лице и на ногах, повышение температуры тела до 39 °С. Заболела около месяца назад после родов. Внезапно начала повышаться температура тела, появилась головная боль, боли в суставах. В это время была эпидемия гриппа, и больная расценила свое состояние как ОРВИ. К врачу обращаться не стала, лечилась народными средствами. В течение 2 недель состояние прогрессивно ухудшалось: похудела на 6 кг, нарастала выраженная слабость, появились отеки на лице и на ногах. Родственники вызвали участкового врача. Были взяты анализы крови и мочи.

ОАК: эритроциты — $2,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 74 г/л, лейкоциты $3,2 \cdot 10^9 /л$, СОЭ — 56 мм/ч. ОАМ: белок — 2,3 г/л, эритроциты — 20–30 в поле зрения, лейкоциты — 15–20 в поле зрения, цилиндры — 5–6 в поле зрения. С диагнозом «острый гломерулонефрит» пациентка экстренно госпитализирована в отделение нефрологии. Однако учитывая многие системные проявления, после консультации ревматолога для дальнейшего обследования, уточнения диагноза и лечения переведена в отделение ревматологии. При осмотре: состояние тяжелое. Положение пассивное. Больная заторможена, но на вопросы отвечает правильно. Нормального телосложения. Температура тела — 38,5 °С. Одутловатость лица, век. Гиперемия щек и спинки носа, высыпания по типу крапивницы по всему телу. Множественные язвочки на слизистой в полости рта, хейлит.

Периферические лимфоузлы до 1 см, безболезненны. Перкуторно над легкими легочный звук, притупление звука с обеих сторон в нижних долях. Дыхание везикулярное, ослабленное, в нижних отделах не проводится, единичные рассеянные сухие хрипы по всем полям. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичны, ЧСС — 110 уд./мин, мягкий дующий систолический шум во всех точках. АД на обеих руках — 160/105 мм рт. ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Отечность голеней. Суставы кистей несколько отечны, при пальпации болезненны. Стул в норме, диурез снижен: выпивает около 1 литра в сутки, выделяет 800 мл.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у данной пациентки?
3. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить пациентке? Какие изменения в общем и биохимическом анализах крови, ОАМ, характерные для данного заболевания, можно обнаружить? Какие иммунологические маркёры могут быть обнаружены при обследовании?
4. Какие инструментальные обследования могут выявить поражение тех или иных внутренних органов у этой пациентки?
5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 14

Пациент Н., 78 лет, поступил в отделение ревматологии для уточнения диагноза и коррекции схемы лечения с жалобами на интенсивные головные боли пульсирующего характера преимущественно в височных областях, головокружения, резкое снижение слуха и остроты зрения, общее недомогание, слабость, периодическое повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С. Заболел около 3 месяцев назад. Обратился за помощью к неврологу, где ему был поставлен диагноз «церебросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия». Проводимое лечение сосудорасширяющими и ноотропными препаратами ощутимого положительного эффекта не дало. Стали ухудшаться слух и зрение, появилась слабость и лихорадка. В общем анализе крови выявлено повышение СОЭ до 55 мм/ч. При осмотре: пациент нормального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы обычного цвета. В области висков наблюдается припухание и пульсация височных артерий, при их пальпации отмечается болезненность. Температура тела — 37 °С. Периферические лимфатические узлы до 0,5 см, безболезненны. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах — пневмосклеротические хрипы. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, аритмичны, единичные экстрасистолы. ЧСС — 68 уд./мин, наблюдается систолический шум на верхушке, во II межреберье справа и в точке Боткина–Эрба. АД на обеих руках — 160/80 мм рт. ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациента?
3. Составьте план обследования для данного пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать это заболевание?
5. Какие изменения можно обнаружить в общем и биохимическом анализах крови?
6. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 15

Пациентка 72 лет поступила в ревматологическое отделение с жалобами на выраженные боли в плечевых суставах, шейном отделе позвоночника, более слабые боли в тазобедренных и коленных суставах, повышение температуры тела до 37,3 °С, Боли усиливаются по ночам, из-за чего больная уже несколько дней не может нормально спать.

Она стала плаксивой, раздражительной. Считает себя больной около 5 месяцев при постепенном появлении болей в суставах. Интенсивность боли была значительно слабее. Пациентка была госпитализирована с диагнозом «первичный остеоартроз», получала стандартное лечение. При обследовании было выявлено повышение СОЭ до 55 мм/ч. После лечения отмечала некоторое улучшение, но в течение последнего месяца состояние значительно ухудшилось: снова появились все вышеуказанные жалобы. При осмотре: состояние удовлетворительное; настроение подавленное. Пациентка отмечает, что значительно похудела за последний месяц, так как из-за болей нет аппетита. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 150/80 мм рт. ст., ЧСС — 72 уд./мин, пульс — 72 уд./мин. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Стул и диурез без особенностей. Суставы внешне не изменены, болезненны при пальпации, признаков воспаления нет. Движения в плечевых суставах ограничены из-за болей. Отмечается болезненность при пальпации шейно-грудного отдела позвоночника, мышц плечевого пояса. При обследовании обнаружено увеличение СОЭ до 60 мм/ч, СРБ — 105 г/л. Пациентке был проведен онкопоиск — опухолей не обнаружено.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациентки?
3. План обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную болезнь?
5. Какой прогноз при этом заболевании?
6. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 16

Пациентка П., 70 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженные боли в левом тазобедренном суставе, в коленных 15 суставах (больше слева), обоих голеностопных суставах, иногда — в мелких суставах кистей. Боли в ногах появляются к концу дня после физической нагрузки, при спуске с лестницы, после длительного сидения (трудно встать со стула). В последнее время стала меняться походка: появилось прихрамывание на левую ногу. Впервые боли в суставах появились около 5 лет назад. Ухудшение произошло около года назад при появлении всех вышеуказанных жалоб. К врачам никогда не обращалась, лечилась народными средствами. Болела редкими простудными заболеваниями, 10 лет назад была сделана холецистэктомия. При осмотре: пациентка повышенного питания. Рост 160 см, вес 95 кг. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычного цвета. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 160/85 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин, пульс — 82 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания. Тазобедренные суставы: отведение, сгибание, ротация в правом суставе болезненны, незначительно ограничены; в левом движения резко ограничены, болезненны. Коленные суставы: небольшая О-образная деформация, дефигурация левого сустава из-за отека. Движения в обоих суставах несколько ограничены из-за боли (больше слева), при движениях слышна крепитация. Голеностопные суставы не деформированы. Отмечается болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника. Симптомов натяжения нет.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациентки?
3. Составьте план обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать это заболевание?

5. Как называются узловатые разрастания в области дистальных и проксимальных фаланг пальцев кистей?
6. Какие изменения можно обнаружить на рентгенограммах суставов?
7. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапах.

ЗАДАЧА 17

Пациентка 68 лет страдает РА около 25 лет. Длительное время постоянно принимает преднизолон (5–10 мг/сут). За время болезни проводилось лечение всеми препаратами базисной терапии, которое не принесло существенного эффекта. В последние 2–3 года сильных болей, припухания в области суставов не отмечает. Однако около 6 месяцев назад стали появляться отеки голеней. Госпитализация связана с необходимостью уточнения диагноза и коррекции схемы лечения. При осмотре: больная повышенного питания, кушингоидной конституции. Положение вынужденное из-за болей в крупных суставах ног при активных движениях. Кожные покровы сухие, есть трофические изменения на коже рук, голеней, деформация суставов кистей (ульнарная девиация, «шея лебедя»), движения в лучезапястных суставах отсутствуют. Деформация коленных суставов (Х-образная), голеностопных суставов, стоп. Движения в тазобедренных, коленных суставах ограничены из-за анкилозов. Массивные отеки голеней до уровня коленных суставов. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 145/100 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Наблюдаются запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости.

ОАК: эритроциты — $3,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 85 г/л, лейкоциты — $8,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 75 мм/ч.

ОАМ: белок — 1,52 г/л, есть сахар, лейкоциты 5–6 в п/зр., эритроциты — 0–1 в п/зр. БАК: мочевина — 14,5 мкмоль/л, креатинин — 190 мкмоль/л, СРБ — 5 г/л, общий белок — 42 г/л, серомукоид — 0,16, ревматоидный фактор (РФ) в пределах нормы.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Какие изменения можно обнаружить на рентгенограммах суставов?
4. Объясните механизм появления отеков у пациентки? С какими отеками их необходимо дифференцировать?
5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 18

Пациентка Х., 56 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на боли коленных и голеностопных суставов, в мелких суставах обеих кистей, резкую слабость и болезненность в мышцах плеч и бедер (самостоятельно не может войти в транспорт, с трудом расчесывается и т. д.). Наблюдается повышение температуры тела до 37,5 °С в течение последнего месяца. Заболела около 6 месяцев назад. Без видимых причин появились боли и припухание мелких суставов кистей с гиперемией и шелушением над ними, общая слабость. Находилась на лечении в одном из ревматологических отделений, где был установлен диагноз «РА», назначена терапия ГКС. Состояние сразу же улучшилось: исчезли явления артрита, кожные изменения, прошла слабость. Принимала ГКС около 3 месяцев с постепенным снижением и дошла до полной отмены. Чувствовала себя хорошо. Летом поехала отдыхать на юг, активно загорала. По возвращении домой постепенно стали появляться вышеуказанные жалобы. Когда появилась лихорадка и больная практически перестала вставать с кровати, вызвали скорую помощь. Пациентка была госпитализирована в отделение ревматологии с целью уточнения диагноза и назначения лечения. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Положение

пассивное. Из-за болезненности и резкой слабости в мышцах не может вставать с постели, удерживать на весу руки, ноги, голову. При пальпации мышц плечевого и тазового поясов отмечается умеренная болезненность. При пальпации суставы кистей болезненны. Над ними выявляется шелушащаяся эритема. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 130/80 мм рт. ст. ЧСС — 80 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Есть запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости.

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какой план обследования необходимо провести?
3. Какие изменения можно обнаружить в общем и биохимическом анализах крови?
4. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.