Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

**Экзаменационный билет № 1**

**по промежуточной аттестации №1**

Инструкция Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания –60 мин

1. Ревматоидный артрит. Патогенез, клиника, диагностические критерии. Лечение.
2. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.

Эталон ответов к экзаменационному билету №1

**1. Ревматоидный артрит. Патогенез, клиника, диагностические критерии. Лечение.**

РА- аутоиммунное РЗ неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита( синовита) и системным воспалительным поражением внутренних органов.

**Патогенез**: с точки зрения патогенетических механизмов, РА-гетерогенное заболевание. В основе лежит генетически детерминированные и приобретенные дефекты нормальных иммунорегуляторных механизмов. Основу пат. процесса составляет системное аутоиммунное воспаление, больше затрагивающее синовиальную оболочку. Ведущий морфологический признак РА-формирование паннуса( очага гиперплазии синовиальной ткани). Инвазивный рост паннуса приводит к разрушению суставного хряща и субхондральной кости. Также отмечают увеличение синовиоцитов типа А( напоминающие макрофаги) и типа В( напоминающие фибробласты). Так же для РА характерно нарушение апоптоза Т клеток. Одним из самых ранних этапов развития считают рост новых сосудов в синовиальной оболочке. Этот процесс ассоциирован с накоплением жидкости в полости сустава и миграцией лимфоцитов.

**Клиника:***1)поражение суставов* **-** обратимые( синовит) и необратимые( эрозии, анкилоз). Наличие утренней скованности не мене 1 часа. Атрофия червеобразных мышц.*2)системные проявление*-васкулит, поражение дыхательной системы( плеврит,фиброз плевры,легочная гипертензия,амилоидоз,бронхоэктазы, фолликулярный бронихолит, аспергиллез диффузное повреждение альвеол), перикардит,миокардит, эндокардит ,синдром Фелти,периферическая невропатия, поражение глаз, гломерулонефрит, кожные проявления (ревматоидные узелки( плотные, безболезненные, локализация в области локтей, отсутствие спаянности)), амилоидоз( одна из основных причин летального исхода)

**Диагностические критерии :***1**утренняя скованность*( не менее 1 часа, в течение 6 нед и более) **.**2. *Артрит 3х и более суставных областей* (проксимальных межфаланговых,пястно-фаланговых,л=запястных,локтевых, коленных, г\стопных, плюснефаланговых в течение 6 нед и более). *3. Артрит суставов кистей. 4. Симметричный артрит. 5. Ревматоидные узелки* ( подкожные расположенные над костными выступами, разгибательными поверхностями конечностей*). 5. РФ положительный. 6. Рентген.изменения* ( костные эрозии, декальцификацию костей).

**Лечение:** 1) Немедикаментозное ( ЛФК, поддержание нормальной ИМТ, сбалансированное питание). 2) Медикаментозное лечение ( НПВП( селективные, неселективные), ГКС, БПВП( метотрексат, лефлуномид, гидроксихлорохин, сульфасалазин, соли золота), биологические препараты ( инфликсимаб, адалимумаб, ритуксимаб). 3) Хирургическое лечение ( эндопротезирование).

**2. приступ бронхиальной астмы.**

Легкая степень: в2 агонисты короткого действия (сальбутамол 2-4 ингаляции каждые 20 мин в течение 1 ч. После часа необходимая доза будет зависеть от тяжести.

Средней степени тяжести: инг. сальбутамола, фенотерола с ипратропиумом (небулайзер), преднизолон 30-60 мг вв, увл.О2 2-4 л в 1 мин.

Тяжелая степень: при сохранении сознания инг.беродуала (небул), увл.О2 (2-4 л в мин), инфузионная терапия: 5% раствор глюкозы вв, 60-150 мг преднизолона вв. При отсутствии сознания и угнетения дыхания: вв 0,18% эпинефрин 0,3 мл каждые 20 мин до получения бронхолитического эффекта, интубация и перевод на ИВЛ.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

**Экзаменационный билет № 2**

**по промежуточной аттестации №1**

Инструкция Внимательно прочитайте задание.

Время выполнения задания –60 мин

1. Спондилоартриты. Патогенез, классификация, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
2. Неотложная помощь при фибрилляции (мерцании) и трепетании предсердий.

**Эталон ответа билте №2**

**Спондилоартриты. Патогенез. Классификация, диф. диагностика, принципы лечения.**

**Спондилоартриты –** группа хронических воспалительных заболеваний позвоночника,суставов, энтезисов, характеризующаяся общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями.

**Патогенез:** фактор риска-генетическая предрасположенность. Молекулярной мимикрии (антигены ряда микроорганизмов обладают схожей с антигеном В27 молекулярной структурой. Из-за этого Т-лимфоциты могут распознавать последний как чужеродный, запуская этим самым каскад патологических реакций. Инфекционные агенты ряда микроорганизмов могут приводить к изменению качественного молекулярного состава антигена В27, что дает повод для активации Т-лимфоцитов с целью элиминации его измененного варианта). Так же возможно что антиген В27 в комплексе с рядом вирусных антигенов формирует повреждающие ревматогенные цитоиммунные комплексы, которые могут вызывать патологические реакции.

**Классификация:** Серонегативный, серопозитивный. Анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, реактивный артрит, ювенильный СпА, недифференцированный СпА, острый передний увеит.

**Диф .диагностика:** Чаще приходится дифференцировать между собой псориатический артрит, РА, анкилозирующий спондилоартрит, реактивный артрит, воспалительные заболевания кишечника ассоциированные по спондилитом. Оценку начинают со сбора анамнеза: для подагрического спондилоартрита характерно наличие в анамнеза псориаза подтвержденного врачом, или наличие псориаза у родственников. Наличие болезни Крона или НЯК характерно для спондилитов ассоциированных с воспалительными заболеваниями кишечника. Для реактивного-характерно четкая связь с предшествующей инфекцией. Клиника: -периферический артрит для РА характерен симметричный артрит, для АС- асимметричный, ПА-асимметричный артрит. Сакроилеит- для АС характерен симметричный, для ПА характерен асимметричный. Объективный осмотр: наличие псориатических бляшек характерно для ПА.. Поражение глаз характерно для РеА, АС. Лабораторная диагностика: + РФ- характерен для РА, HLA B27 характерна для АС, псориатического артрита. Для РеА выявление инфицирования при помощи ИФА, ПЦР. Рентгендиагностика: ПА-( « карандаш в стакане»-остеолиз суставных поверхностей,резорбция концевых фаланг, паравертебральные оссификаты, отсутствие околосуставного остеопороза) , РеА( рыхлая пяточная шпора, гетеротопическая оссификация), АС( квадратизация тел позвонка, симметричные синдесмофиты), РА( эрозии, околосуставной остеопороз).

**Принципы лечения:** 1) немедекаментозное: ЛФК, сбалансированное питание,санаторно-курортное лечение. 2) медикаментозное лечение: НПВП, ГКС системные и внутрисуставные введения, Ингибиторы фактора некроза альфа,БПВП, АБ-терапия с учетом чувствительности при РеА,, хирургическое лечение( эндопротезирование суставов, при заболеваниях кишечника-колонэктомия. ( перитонит,перфорация, токсческая дилатация, профузное кровотечение).

2. **Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе при фибрилляции (мерцании) и трепетании предсердий**

Фибрилляия предсердий (ФП) – это суправентрикулярная тахиаритмия, характеризующаяся некоординированной электрической активацией предсердий с частотой 350 -700 в минуту, которая обуславливает ухудшение сократительной способности предсердий и фактическую потерю фазы предсердного наполнения желудочков.

Врачу на этапе первого контакта с пациентом , имеющим ту или иную форму ФП, необходимо решить несколько достаточно сложных вопросов:

* нуждается ли данный больной в востановлении синусового ритма или ему требуется медикаментозная коррекция частоты желудочковых сокращений
* оценить безопастность восстановления синусового ритма и риск возникновения нормализационных тромбоэмболий:

- длительность более 48 часов

- наличие клапанных пороков сердца

-тяжелых органических поражений миокарда ( постинфарктный кардиосклероз, дилатационная кардиомиопатия , выраженная гипертрофия миокарда)

- заболеваний щитовидной железы ( гипер- и гипотиреоз)

- наличие и тяжесть хронической сердечной недостаточности.

* Если пациент нуждается в восстановлении синусового ритма, то нужно ли это делать на догоспитальном этапе, либо эта процедура должна проводиться в плановом порядке в стационаре после необходимой подготовки
* Если у пациента брадисистолическая форма ФП , каков риск того, что после купирования пароксизма не возникнет необходимость срочно устанавливать электрокардиостимулятор

**Диагностическое обследование**

- собрать анамнез,

- осмотреть пациента,

- измерить пульс и артериальное давление,

- снять ЭКГ

**Лечение и дальнейшая тактика ведения пациента**

Решение вопроса о необходимости восстановления синусового ритма на догоспитальном этапе зависит от 2-ух факторов: формы мерцательной аритмии и от наличия и тяжести расстройств гемодинамики и/или ишемии миокарда.

**Показания к восстановлению синусового ритма на догоспитальном этапе:**

- Длительность мерцательной аритмии < 48 часов.

- Длительность мерцательной аритмии > 48 часов в сочетании с нарушением гемодинамики, ишемией миокарда и ЧСС > 250 в 1 мин

При неустойчивой гемодинамике, потере сознания - терапия электрическим импульсом (**ЭИТ, кардиоверсия**).

**Ранняя кардиоверсия.**

Если длительность эпизода ФП < 48 часов, то применяют

*Гепарин* 5-10 тыс. Ед. в/в и один из антиаритмических препаратов

* *Пропафенон* 450-600 мг внутрь или 2-4 мг/кг в/в за 10 мин
* *Амиодарон* 5-7 мг/кг в течениие 30-60 мин в/в капельно
* *Новокаинамид* 1000 мг в/в струйно медленно

У пациентов с острым коронарным синдромом или ранее диагностированной хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса (ФВ менее 40 %) предпочтение следует отдавать амиодарону, так как препараты 1 класса противопоказаны этой группе лиц. Однако, в целом говоря о купировании ФП, пропафенон является более безопасным , чем амиодарон, а эффект наступает значительно раньше.

**Отсроченнная кардиоверсия**

Если длительность эпизода ФП > 48 часов, то необходима антикоагулянтная подготовка ( варфарин ( с целевыми значениями МНО 2,0- 3,0 ), апиксабан, дабигатран, ривароксабан) в течение 3 недель , затем плановая кардиоверсия ( предпочтительнее электрическая синхронизированная кардиоверсия 200 Дж), после чего вновь назначаются антикоагулянты на 4 недели.

Допустимо проведение ранней кардиоверсии у лиц с пароксизмами ФП > 48 часов и нарушениями гемодинамики ( ишемия миокарда, шок, потеря сознания , острая сердечно-сосудистая недостаточность, инсульт) при условии отсутствия тромбов в полостях сердца по данным чреспищеводной эхокардиоскопии. В этом случае так же обязательна внутривенная инфузия гепарина до увеличения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) в 1,5- 2 раза по сравнению с контрольным значением.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

**Ситуационная задача (кейс-задача) № 1**

**по промежуточной аттестации№4**

|  |  |
| --- | --- |
| \* | Текст элемента задачи (мини-кейса) |
|  |  |
| Н | 001 |
| И | Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.  Вы можете воспользоваться (указать, чем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время выполнения задания – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| У | Пациент В., 23 лет обратился за медицинской помощью к невропалотогу с жалобами на боли в спине, больше поясничном отделе позвоночника а также перемежающую боль в ягодицах с иррадиацией по задней поверхности бёдер вниз до уровня коленных суставов. Боль усиливается в покое, а также в ночное время, при физической нагрузке (движениях) отмечает улучшение.  Анамнез заболевания: вышеуказанные жалобы появились около 6 месяцев назад, за медицинской помощью не обращался, не обследовался, самостоятельно принимал диклофенак с некоторым улучшением. 4месяца назад стал отмечать ухудшение зрения, покраснение и боль в правом глазу. Был осмотрен офтальмологом, выставлен диагноз: Иридоциклит, по поводу чего длительно получал терапию. В последнее время отмечает усиление болевого синдрома, ночью спит плохо, постоянно просыпается из-за боли в спине и ощущения скованности.  Объективно: Пациент нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80мм.рт.ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отёков нет.  Status localis: Болезненность паравертебральных точек в поясничном отделе позвоночника. Некоторое ограничение движений при наклоне вперёд из-за боли.  Лабораторно: ОАК: гемоглобин 134 г/л, эритроциты 4,05х1012/л, лейкоциты 8,8\*109/л, СОЭ 30 мм/ч, Tr 203\*109/л, Нt 35,3%, лейкоформула: п/я 1%, с/я 70%, лф 24%, э 1%, м 4%.  Иммунограмма: СРБ 6,9 мг/л, РФ отриц. HLA-B27 позитивный.  БАК : АСТ 14 Е/л, креатинин 55 мкмоль/л, глюкоза 4,7 ммоль/л, калий 3,7 ммоль/л, натрий 149 моль/л, общий билирубин 4,3 мкмоль/л, общий белок 72,1 г/л.  Был проведён рентген костей таза: Заключение: Суставные поверхности чёткие, ровные, ширина суставных поверхностей равномерная. Вдоль суставной щели с двух сторон определяется узкая полоска кортикальной кости, имеющая чёткий ровный контур. |
| В |  |
| 1 | **Предположите наиболее вероятный диагноз.** |
| 2 | **Обоснуйте поставленный Вами диагноз.** |
| 3 | **Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.** |
| 4 | **Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор** |
| 5 | **Определите прогноз и трудоспособность пациента.** |

**1. Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Аксиальный спондилоартрит, ранняя (нерентгенологическая) стадия, HLA-B27-позитивный, с внескелетными проявлениями (иридоциклит), ФК I.

**2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.**

Диагноз «Аксиальный спондилоартрит» устанавливается согласно классификационным критериям ASAS (2009) для аксиального спондилоартрита при выявлении сакроилиита методом МРТ и наличия одного клинического признака и более, характерного для спондилоартрита (воспалительная боль в спине, артрит, энтезит, увеит, дактилит, псориаз, болезнь Крона/ язвенный колит, хороший ответ на НПВП, семейный анамнез спондилоартрита, HLA-B27, повышенный уровень СРБ).

-Ранняя нерентгенологическая стадия выставляется на сновании отсутствия достоверных рентгенологических изменений в КПС (двусторонний сакроилиит II стадии и выше или односторонний сакроилиит III стадии и выше, оцениваемый по методу Келлгрена) и в позвоночнике (синдесмофиты), но имеется достоверный признак сакроилиита по данным МРТ. В данном случае необходимо дообследование.

ФКI – устанавливается на основании того, что у пациента полностью сохранены самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность.

**3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.**

-Проведения МРТ КПС в режимах Т2 и STIR для определения достоверного признака активного воспаления- остеита в области КПС, характерного для сакроилиита в раннюю стадию.

-Определение в динамике СОЭ, СРБ- лабораторные показатели, отражающие активность системного воспаления.

-Биохимический анализ крови в динамике: АЛТ, АСТ, глюкоза, креатинин, общий белок, калий, натрий – оценка функции печени, почек, а также контроль перед назначением НПВП

-Возможно, проведение эзофагогастродуоденоскопии для исключения патологии со стороны ЖКТ.

**4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор**

-Регулярные физические упражнения- лечебная физкультура (ЛФК) улучшает течение и прогноз заболевания

-Купирование воспаления: НПВП -являются препаратами первой линии. Назначаются длительно при наличии признаков воспаления по данным МРТ до достижения клинической (согласно индексу ASDAS), лабораторной и МРТ-ремиссии.

-Возможно, рассмотрение вопроса о назначении генно-инженерных биологических препаратов- ингибиторов ФНО-α при недостаточной эффективности НПВП и высокой степени активности заболевания.

**5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.**

Прогноз благоприятный при рациональном, комплексном лечении. Профессиональная трудоспособность не утрачена, самообслуживание сохранено (ФК 1)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии

**Ситуационная задача (кейс-задача) № 2**

**по промежуточной аттестации№4**

|  |  |
| --- | --- |
| \* | Текст элемента задачи (мини-кейса) |
|  |  |
| Н | 002 |
| И | Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы.  Вы можете воспользоваться (указать, чем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время выполнения задания – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| У | Больной 64 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.  Анамнез заболевания: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм.  Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. Костно-мышечная система: В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 - 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области I-го и II-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато- багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены.  Лабораторно: Биохимический анализ крови: мочевая кислота - 780 ммоль/л, холестерин крови - 6,7 ммоль/л, триглицериды – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л. |
| В |  |
| 1 | **Предположите наиболее вероятный диагноз.** |
| 2 | **Обоснуйте поставленный Вами диагноз.** |
| 3 | **Составьте план дополнительного обследования пациента.** |
| 4 | **Какой будет Ваша тактика лечения в период острого приступа и в межприступный период?** |
| 5 | **Каким препаратам следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии и почему?** |

Эталон ответов к задаче №2

**1. Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Подагра тофусная, рецидивирующее течение, стадия обострения с поражением суставов (подагрический артрит, рентген-стадия?ФК 2.).Артериальная гипертензия 2 стадия, 2 степень, риск 2. Мочекаменная болезнь.

**2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.**

Диагноз выставлен на основании:

1. Жалоб**:** на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.
2. Анамнеза заболевания: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм.;
3. Объективных данных: В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 - 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато-багрового цвета, горячая. АД-170/105 мм рт.ст. ЧСС-84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии.

* Лабораторных данных: данные БАК: мочевая кислота повышена до 780 мкмоль/л (220-440мкмоль/л), холестерин в пределах нормы (5,2 - 6,2 ммоль/л), триглицириды в пределах нормы (1,7 - 2,2 ммоль/л), ЛПВП –норма (1,0-1,3 ммоль/л),

**3. Составьте план дополнительного обследования пациента.**

* о[бщий анализ крови](http://polismed.com/subject-analiz-krovi-obshhijj.html);биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, общий белок, креатинин, мочевина, мочевая кислота, калий, натрий, кальций) ;[общий анализ мочи](http://polismed.com/subject-analiz-mochi-obshhijj.html)
* иммунограмма (СРБ, ЦИК, РФ), криоглобулины-активность системного воспалительного процесса, тяжести заболевания,исследование синовиальной жидкости суставов;микроскопическое исследование содержимого тофусов
* УЗИ органов брюшной полости, почек; УЗИ суставов стоп, коленных суставов- выявление отложений кристаллов мочевой кислоты.Рентгенография суставов кистей, стоп в прямой проекции; Эхокардиоскопия, ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления – определение состояния миокарда на фоне имеющейся артериальной гипертензии, контроль суточного колебания АД на фоне терапии.

**4. Какой будет Ваша тактика лечения в период острого приступа и в межприступный период?** Лечение острого приступа подагры:

1. Диета. Основная цель диеты – снижение содержания мочекислых соединений в организме. Отказ от приема алкоголя, подслащенных напитков, избегать передания и избегать потребление мяса. НПВП. Колхицин. ГКС - преднизолон 30-35 мг/сут, внутрь (4-6 дней с последующей постепенной отменой)

Лечение в межприступный период: Антигиперурикемическая терапия. - аллопуринол в низкой дозе (50-100мг ежедневно) с последующим увеличением по 50- 100 мг каждые 2-4 недели до достижения целевого уровня мочевой кислоты. Целевой уровень мочевой кислоты при проведении антигиперурикемической терапии ниже 360 мкмоль/л. НПВП при болевом синдроме.

**5. Каким препаратам следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии и почему?** Для коррекции артериальной гипертензии: лозартан.Для коррекции гиперхолестеринемии: фенофибрат. Целесообразно назначение данных препаратов в виду их умеренного урикозурического эффекта.