

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(ГБОУ ВПО СПбГПМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)

КАФЕДРА ПЕДИАТРИИ ИМ. ПРОФЕССОРА И.М. ВОРОНЦОВА ФП И ДПО

**УТВЕРЖДЕНО**

Учебно-методическим советом  
«25» мая 2016 г., протокол № 10

И.о. проректор по учебной работе,  
председатель Учебно-методического совета,  
профессор Орел В.И.



**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ  
КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ СО СРОКОМ ОСВОЕНИЯ  
36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ  
«ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»**

Санкт-Петербург  
2016 г.

## СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» по специальности «Ревматология»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Новик Геннадий Айзикович	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
2.	Кручина Татьяна Кимовна	Д.м.н.	Профессор кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
3.	Слизовский Николай Владимирович	К.м.н., доцент	Доцент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
4.	Аббакумова Лариса Николаевна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
5.	Жданова Марина Владимировна	К.м.н.	Доцент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
6.	Рохлина Фаина Валерьевна	К.м.н.	Ассистент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
7.	Кожевников Алексей Николаевич	К.м.н.	Ассистент кафедры педиатрии им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» по специальности «Ревматология» обсуждена на заседании кафедры педиатрии им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО «28» апреля 2016 г. протокол № 7.

Заведующий кафедрой, проф.  / Г.А.Новик /  
(подпись) (ФИО)

### Рецензенты:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Часнык Вячеслав Григорьевич	д.м.н., профессор	заведующий кафедрой госпитальной педиатрии	ГБОУ ВПО СПб ГПМУ Минздрава России
2	Мельникова Ирина Юрьевна	д.м.н., профессор	заведующая кафедрой педиатрии и детской кардиологии	ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

## **I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**Актуальность** дополнительной профессиональной программы высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» обусловлена многообразием клинических проявлений ревматических заболеваний, большим удельным весом полиорганной патологии, необходимостью формирования широкого врачебного кругозора, совершенствования врачебного мышления, логики и семиотики диагноза. Весьма важным является углубленное изучение современных подходов к диагностике и лечению ревматических заболеваний. При этом важна не только базовая теоретическая составляющая, но и адекватная клиническая подготовка. Осуществлению данной цели служит программа повышения квалификации, в ходе которого происходит дальнейшее углубление теоретической и повышение практической подготовки врачей-ревматологов амбулаторно-поликлинического и стационарного звена.

**При разработке данной программы учтены (использованы) следующие клинические рекомендации** (<http://www.femb.ru/fem1>):

- Ревматология детского возраста (Национальные клинические рекомендации)

**Цель дополнительной профессиональной программы** повышения квалификации врачей «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» по специальности «Ревматология» (далее - программа), в соответствии с положениями частей 1 и 4 статьи 76 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» ФЗ- 273 от 29.12.2012 г., заключается в удостоверении образовательных и профессиональных потребностей, профессионального развития человека, обеспечении соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды.

**Программа может быть использована для обучения врачей следующих специальностей:** ревматология, детская кардиология, педиатрия, общая врачебная практика, терапия, кардиология

Данная программа направлена на совершенствование имеющихся и получение новых компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

Трудоемкость освоения – 36 академических часов.

1 академический час равен 45 минутам.

1 академический час равен 1 кредиту.

Основными компонентами программы являются:

- актуальность;
- цель программы;
- планируемые результаты обучения;
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- учебный план;
- организационно-педагогические условия реализации программы;
- оценочные материалы.

В содержании программы предусмотрены необходимые знания и практические умения по социальной гигиене и организации здравоохранения. Для формирования профессиональных навыков, необходимых для проведения профильной помощи (диагностических исследований) в программе отводятся часы на обучающий симуляционный курс (далее ОСК).

Программа ОСК состоит из двух компонентов:

- 1) ОСК, направленного на формирование общепрофессиональных умений и навыков;
- 2) ОСК, направленного на формирование специальных профессиональных умений и навыков.

Содержание программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модуля являются разделы. Каждый раздел модуля подразделяется на темы, каждая тема на элементы, каждый элемент на подэлементы. Для удобства пользования программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела (например, 1), на втором код темы (например, 1.1), далее – код элемента (например, 1.1.1), затем – код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определённый порядок в перечень вопросов, содержащихся в программе, что в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее УМК).

Учебный план определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение модулей (разделов), устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, ОСК, семинарские занятия, практические занятия), формы контроля знаний.

В программу включены планируемые результаты обучения. Планируемые результаты обучения направлены на совершенствование профессиональных компетенций врача-ревматолога, его профессиональных знаний, умений, навыков. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональными стандартами, квалификационными характеристиками по соответствующим должностям, профессиям и специальностям (или, квалификационным требованиям к профессиональным знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей, которые устанавливаются в соответствии с федеральными законами и иными правовыми актами Российской Федерации о государственной службе).

В дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей-ревматологов «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» по специальности «Ревматология» содержатся требования к аттестации обучающихся. Итоговая аттестация по программе осуществляется посредством проведения зачета и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием программы.

Организационно-педагогические условия реализации программы. Условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» включают:

- а) учебно-методическую документацию и материалы по всем разделам (модулям) специальности;
- б) учебно-методическую литературу для внеаудиторной работы обучающихся;
- в) материально-технические базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки:
  - учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;
  - клинические базы в медицинских организациях, научно-исследовательских организациях Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- г) кадровое обеспечение реализации программы соответствует требованиям штатного расписания кафедры;
- д) законодательство Российской Федерации.

## **II. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ**

**Характеристика профессиональных компетенций врача-ревматолога, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» по специальности «Ревматология»**

**У обучающегося совершенствуются следующие универсальные компетенции (далее - УК):**

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

**У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее - ПК):**

**В диагностической деятельности:**

- 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-1);

**У обучающегося совершенствуются следующие профессионально-специализированные компетенции (далее – ПСК):**

**В диагностической деятельности:**

- способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области ревматологии (ПСК-1);
- способность и готовность анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики лабораторно-инструментального обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики ревматологических заболеваний (ПСК-2);
- способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы ревматологических заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при ревматологических заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в группе ревматологических заболеваний (ПСК-3);

### **Перечень знаний, умений и навыков**

**По окончании обучения врач-ревматолог должен знать:**

- методики обследования суставов;
- лабораторные методы обследования;
- инструментальные методы диагностики;
- ультразвуковые методы исследования;
- классификация лекарственных средств, применяемых в современной ревматологии;
- генно-инженерные биологические препараты
- немедикаментозные методы лечения
- терапия неотложных состояний

**По окончании обучения врач-ревматолог должен уметь:**

- интерпретировать результаты исследований
- определять необходимый объем исследований
- проводить медикаментозное и не медикаментозное лечение больных с ревматологической патологией;
- определять объем терапии и своевременное назначение генно-инженерных препаратов;
- определять показания к проведению инструментальных исследований
- уметь вести медицинскую документацию больных ревматологического профиля.

**По окончании обучения врач-ревматолог должен владеть навыками:**

- навыки клинического обследования пациентов с ревматической патологией;
- овладение тактикой врачебных действий при обследовании и лечении больных с суставной патологией.

### **III. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОМУ ЗАЧЕТУ**

- А. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей продолжительностью 36 академических часов «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» по специальности «Ревматология» проводится в форме зачета и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-ревматолога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.
- Б. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей продолжительностью 36 академических часов «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» по специальности «Ревматология»
- В. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей продолжительностью 36 академических часов «Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний» по специальности «Ревматология» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца – Удостоверение о повышении квалификации.

### **IV. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ**

#### **РАЗДЕЛ 1**

##### **ДЕТСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ. КЛАССИФИКАЦИИ. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ.**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
1.1	Классификации артритов, системных заболеваний соединительной ткани, аутовоспалительных синдромов
1.2	Методы, используемые для диагностики ревматологических заболеваний
1.3	Аутовоспалительные синдромы
1.4	Принципы лечения и группы используемых препаратов

#### **РАЗДЕЛ 2**

##### **РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ СУСТАВОВ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2.1	Ювенильный идиопатический артрит
2.2	Реактивный артрит
2.3	Острая ревматическая лихорадка
2.4	Дифференциальная диагностика

**РАЗДЕЛ 3**  
**СИСТЕМНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
3.1	Системная красная волчанка
3.2	Ювенильная склеродермия
3.3	Ювенильный дерматомиозит
3.4	Антифосфолипидный синдром
3.5	Дифференциальная диагностика

**РАЗДЕЛ 4**  
**СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
4.1	Классификация. Общие понятия.
4.2	Системные васкулиты у детей: клиника, критерии диагностики, лечение
4.3	Дифференциальная диагностика системных васкулитов

**РАЗДЕЛ 5**  
**СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
5.1	Отработка навыков физикального осмотра детей.
5.2	Отработка навыков постановки периферических катетеров, внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций.

**РАЗДЕЛ 6**  
**МАСКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
6.1	Ревматические маски инфекционных заболеваний
6.2	Ревматоидные маски лейкозов
6.3	Ревматоидные маски злокачественных заболеваний у детей.
6.4	Дифференциальная диагностика

## **V. УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

**Цель:** систематизация и углубление профессиональных знаний, умений, навыков, освоение новых знаний, методик, обеспечивающих совершенствование профессиональных компетенций по вопросам диагностики, лечения и реабилитации ревматологических заболеваний у детей.

**Категория обучающихся:** врачи-ревматологи, детские кардиологи, педиатры, врачи общей врачебной практики, терапевты, кардиологи.

Трудоемкость обучения: **36** академических часа

Форма обучения: очная

Режим занятий: 6 академических часов в день

№	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе					Форма контроля
			Лекции	ОСК	ПЗ	СЗ	Ит. Ат	
<b>1</b>	<b>Детская ревматология. Классификации. Общие понятия.</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>4</b>			<b>Текущий контроль (тесты)</b>
1.1	Классификации артритов, системных заболеваний соединительной ткани, аутовоспалительных синдромов		0,5					
1.2	Методы, используемые для диагностики ревматологических заболеваний				4			
1.3	Аутовоспалительные синдромы		0,5					
1.4	Принципы лечения и группы используемых препаратов		1					
<b>2</b>	<b>Ревматические болезни суставов</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>4</b>			<b>Текущий контроль (тесты)</b>
2.1	Ювенильный идиопатический артрит		0,5					
2.2	Реактивный артрит		0,5					
2.3	Острая ревматическая лихорадка		1					
2.4	Дифференциальная диагностика суставного синдрома				4			
<b>3</b>	<b>Системные заболевания соединительной ткани</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>4</b>			<b>Текущий контроль (тесты)</b>
3.1	Системная красная волчанка		0,5					
3.2	Ювенильная склеродермия		0,5					
3.3	Ювенильный дерматомиозит		0,5					
3.4	Антифосфолипидный синдром		0,5					
3.5	Дифференциальная диагностика заболеваний соединительной ткани				4			
<b>4</b>	<b>Системные васкулиты</b>	<b>6</b>				<b>6</b>		<b>Текущий контроль (тесты)</b>
4.1	Классификация. Общие понятия.					2		
4.2	Системные васкулиты у детей: клиника, критерии диагностики, лечение					2		
4.3	Дифференциальная диагностика системных васкулитов					2		
<b>5</b>	<b>Симуляционный курс</b>	<b>6</b>		<b>6</b>				<b>Текущий контроль (оценка практических навыков)</b>
5.1	Отработка навыков физического осмотра детей			3				
5.2	Отработка навыков постановки периферических катетеров, внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций.			3				
<b>6</b>	<b>Маски ревматических заболеваний</b>	<b>6</b>	<b>2</b>		<b>2</b>		<b>2</b>	<b>Текущий контроль (тесты)</b>
6.1	Ревматические маски инфекционных заболеваний		1					
6.2	Ревматоидные маски лейкозов		0,5					
6.3	Ревматоидные маски злокачественных заболеваний у детей.		0,5					
6.4	Дифференциальная диагностика масок ревматических заболеваний				2			
Итоговая аттестация							2	зачет
<b>Всего</b>		<b>36</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	

## VI. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

### Тематика лекционных занятий:

№	Тема лекции	Содержание лекции	Формируемые компетенции
1.	Классификации артритов, системных заболеваний соединительной ткани, аутовоспалительных синдромов	раздел 1.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
2.	Аутовоспалительные синдромы	раздел 1.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
3.	Принципы лечения и группы используемых препаратов	раздел 1.4	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
4.	Ювенильный идиопатический артрит	раздел 2.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
5.	Реактивный артрит	раздел 2.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
6.	Острая ревматическая лихорадка	раздел 2.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
7.	Системная красная волчанка	раздел 3.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
8.	Ювенильная склеродермия	раздел 3.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
9.	Ювенильный дерматомиозит	раздел 3.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
10.	Антифосфолипидный синдром	раздел 3.4	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
11.	Ревматические маски инфекционных заболеваний	раздел 6.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
12.	Ревматоидные маски лейкозов	раздел 6.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
13.	Ревматоидные маски злокачественных заболеваний у детей.	раздел 6.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

### Тематика практических занятий:

№	Тема практических занятий	Содержание практического занятия	Формируемые компетенции
1.	Методы, используемые для диагностики ревматологических заболеваний	раздел 1.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
2.	Дифференциальная диагностика суставного синдрома	раздел 2.4	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
3.	Дифференциальная диагностика заболеваний соединительной ткани	раздел 3.5	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
4.	Дифференциальная диагностика масок ревматических заболеваний	раздел 6.4	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

### Тематика семинарских занятий:

№	Тема практических занятий	Содержание семинара	Формируемые компетенции
1.	Классификация. Общие понятия.	раздел 4.1	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
2.	Системные васкулиты у детей: клиника, критерии диагностики, лечение	раздел 4.2	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3
3.	Дифференциальная диагностика системных васкулитов	раздел 4.3	УК-1, ПК-1, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3

## VII. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

### Основная литература:

1. Детская ревматология. Руководство для врачей. Под редакцией А.А. Баранова, Баженовой. Москва, 2002 г.
2. Е.И. Алексеева, Е.С. Жолобова, Е.Г. Чистякова, С.И. Валиева. Реактивные артриты у детей. Стандарты в диагностике и лечении. 2003г.
3. Е.И. Алексеева Ювенильный ревматоидный артрит. Стандарты в диагностике и лечении. Москва, 2005 г.
4. Е.И. Алексеева, П.Ф. Литвицкий «Ювенильный ревматоидный артрит. Этиология, патогенез, клиника, алгоритмы диагностики и лечения. Москва, 2007г.
5. Анселл Б.М. Ревматические болезни у детей. – М.: Медицина, 1983.
6. Астапенко М.Г., Эрялис П.С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1975.
7. Беленький А.Г. Внутрисуставное и периартикулярное введение кортикостероидных препаратов при ревматических заболеваниях. – М.: Изд. РМАПО, 1997.
8. Беневоленская Л.И. и др. Клинико-генетические аспекты ревматических болезней. – М.: Медицина, 1989.
9. Бунчук Н.В. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия. – М.: МГП "Эрус", 1992.
10. Внутренние болезни / Под ред. Т.Р. Харрисона. – М.: Медицина, 1995-1996. – Т.5,6,7.
11. Гехт Б.И., Ильина Н.А. Нервно-мышечные болезни. – М.: Медицина, 1982.
12. Гусева Н.Г. Системная склеродермия и псевдосклеродермические синдромы. – М.: Медицина, 1993.
13. Детская ревматология. /под ред. Баранова А.А., Баженовой Л.К. Москва, 2002.
14. Доэрти М., Доэрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. – Минск: Тивали, 1993.
15. Клиническая иммунология и аллергология / Под ред. Л.М. Йегера. – Л.; М.: Медицина, 1990.
16. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии / под ред. М.А. Школьниковой и Е.И. Алексеевой. Москва, 2011.
17. Кипервас И.П., Лукьянов М.В. Периферические туннельные синдромы. – М.: Изд. ММА им. И.М. Сеченова. – 1991.
18. Насонов Е.Л. Клиника и иммунопатология ревматических заболеваний. Справочное пособие. – М., 1994.
19. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. – М.: М-Сити, 1996.
20. Насонов Е.Л. и др. Проблема остеопороза в ревматологии. – М.: Стин, 1997.
21. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев В.Ю. Глюкокортикостероиды в ревматологии. – М., 1998.
22. Насонова В.А. Системная красная волчанка. – М.: Медицина, 1972.
23. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. – М.: Медицина, 1989.
24. Педиатрические аспекты дисплазии соединительной ткани. Достижения и перспективы./под ред. С.Ф. Гнусаева, Т.И. Кадуриной, А.Н. Семячкиной. Москва-Тверь-СПб, 2010.
25. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний скелета и суставов. – М.: Медицина, 1969.
26. Попелянский Я.Ю. Заболевания периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1991.
27. Ревелл П.А. Патология костной ткани / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1993.
28. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз. – М.: Крона-пресс, 1996.

29. Руководство по внутренним болезням. Ревматические болезни / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. – М.: Медицина, 1997.
30. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. – М.: Медицина, 1994.
31. Семенкова Е.Н. Системные васкулиты. – М.: Медицина, 1988.
32. Сорока Н.Ф. «Клиническое исследование суставов при ревматических болезнях» Руководство для врачей. Минск. 2006.
33. Справочник по ревматологии. 2-е изд. / Под ред. В.А. Насоновой. – М.: Медицина, 1993.
34. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Медицина, 1989. – Т.1,2.
35. Стерлинг Дж.Вест. Секреты ревматологии / Пер. с англ. – М.: Бинош, 1999.
36. Баранов А.А., Алексеева Е.И., Шувалова М.П., Сырцова Л.Е. Проблемы ревматических болезней у детей в Российской Федерации. Российский педиатрический журнал 2003; 5: 4-10.
37. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Под ред. В.А.Насоновой, Е.Л.Насонова. М.: Литтерра 2003.
38. Edmonds J.P., Scott D.L., Furst D.E., et al. Antirheumatic drugs: A proposed new classification. Arthritis Rheum 1993: 36; 336-9.
39. Алексеева Е.И., Шахбазян И.Е. Принципы патогенетической терапии тяжелых системных вариантов ювенильного ревматоидного артрита. М., 2002.

#### Дополнительная литература:

1. Слизовский Н.В., Масалова В.В., Зинченко М.А. «Артриты у детей» Издательство: Санкт-Петербург Год издания:2004 г. Кол-во страниц: 76 страниц.
2. Слизовский Н.В., Масалова В.В. «Методика обследования детей с патологией опорно-двигательного аппарата и основные клинические симптомы поражения суставов» Издательство: Санкт-Петербург Год издания: 2003 кол-во стр.-33
3. Формуляр лекарственных средств (детский многопрофильный стационар). Глава в методических рекомендациях для организаторов здравоохранения и врачей: «Средства, используемые при лечении инфекционных артропатий у детей» Санкт- Петербург, 2004 год. стр. 69-75. Под ред. А.К.Хаджидиса
4. Воронцов И.М., Иванов А.С. «Ювенильный хронический артрит и ревматоидный артрит у взрослых» Уч. Пособие, ЛПМИ, 1987 г.
5. Аббакумова Л.Н. «Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей» Изд-во СПбГПМА, 2006 год, 46 стр.

#### ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ, ИЗДАННЫХ СОТРУДНИКАМИ КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ пп	Название (кол-во стр. или печ. лист.)	Автор(ы)	Год издания	Издательство	Гриф	Примечание
1.	Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей. - 46 стр.	Аббакумова Л.Н.	2006	Изд-во СПбГПМА		
2.	Методика обследования детей с патологией	Слизовский Н.В., Масалова В.В.	2003	Издательство: Санкт-Петербург		

	опорно-двигательного аппарата и основные клинические симптомы поражения суставов стр.-33					
3.	Артриты у детей 76 с	Слизовский Н.В., Масалова В.В., Зинченко М.А.	2004	СПб: издательство ГПИМА		Учебное пособие [под редакцией И.М. Воронцова].

### Программное обеспечение:

1. Операционные системы: Windows 7, Windows 8, Windows Server 2012
2. Офисные пакеты MS Office 2003, MS Office 2007, MS Office 2010
3. Текстовый редактор Word
4. Антивирусное ПО: антивирус Dr. Web

### Базы данных, информационно справочные системы:

1. Российское образование <http://www.edu.ru> (сайт представляет собой систему интернет-порталов сферы образования, включая федеральные образовательные порталы по уровням образования и предметным областям, специализированные порталы. Законодательство. Глоссарий).
2. Медицина <http://www.medicina.ru> (сайт представляет собой систему интернет-порталов сферы медицины, включая федеральные порталы по разделам медицины, специализированные порталы. Законодательство. Глоссарий).
3. Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования <http://www.sovetnmo.ru>

### МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. СПб ГПМУ, ул. Литовская 2, главный клинический корпус, 4 этаж, кафедра педиатрии им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО
2. СПб ГПМУ, ул. Литовская 2, главный клинический корпус, 4 этаж, педиатрическое отделение №3
3. СПб, В.О. 2-ЛИНИЯ, 47 ДГБ № 2, кардиоревматологическое отделение
4. СПб, Пушкин, Парковая 64/68 ФГБУ НИДООИ им.Г.И.Турнера, отделение ревматоидного артрита (№7).

### VIII. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценивание хода освоения модулей, и проводится в форме тестового контроля.

Итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Ревматология» проводится в форме зачета и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-ревматолога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

## Тесты

**Инструкция:** указать один правильный ответ.

1. Ребенок с острым артритом, лейкоцитозом и синдромом лихорадки с интоксикацией должен быть осмотрен хирургом на предмет исключения:
  - А. остеомиелита и септического артрита
  - Б. остеохондропатии
  - В. синовита
  
2. Врожденные контрактуры суставов верхних и нижних конечностей более характерны для:
  - А. амилоидоза
  - Б. ювенильного ревматоидного артрита
  - В. артрогрипоза
  - Г. детского церебрального паралича
  
3. Ювенильный ревматоидный артрит – это:
  - А. хроническое воспалительное заболевание суставов,
  - Б. хроническое дегенеративное заболевание суставов,
  - В. врожденная патология опорно-двигательной системы,
  - Г. острое воспалительное заболевание с поражением суставов.
  
4. Диагноз ювенильный ревматоидный артрит, моноартикулярный вариант, правомочен в случае исключения:
  - А. туберкулезного процесса
  - Б. пигментного виллезно-нодулярного синовита
  - В. синовиального хондроматоза
  - Г. остеохондропатии
  - Д. всех вышеперечисленных заболеваний
  - Е. не требует исключения данных заболеваний
  
5. Пигментный виллезно-нодулярный синовит это:
  - А. опухолевоподобное заболевание синовиальной оболочки не ясной этиологии
  - Б. заболевание, характеризующееся нарушением созревания хондроцитов
  - В. тотальный гемосидероз
  - Г. тяжелая форма гемохроматоза
  
6. Пигментный виллезно-нодулярный синовит, как правило, характеризуется клинико-инструментальной картиной:
  - А. хронической энтезопатии
  - Б. хронического экссудативно-пролиферативного синовита
  - В. экссудативной артропатией
  - Г. полиартритом с поражением всех крупных суставов
  
7. Окончательный диагноз пигментного виллезно-нодулярного синовита устанавливается методом:
  - А. магнитно-резонансной томографии
  - Б. УЗ-диагностики
  - В. биопсии синовиальной оболочки
  - Г. 3-х фазной остеосцинтиграфии
  
8. Клинико-инструментальная картина туберкулезного артрита, как правило, характеризуется:

- А. не деструктивным полиартритом
- Б. не деструктивных хроническим моноартритом
- В. деструктивным хроническим моноартритом
- Г. экссудативной артропатией

9. Окончательный диагноз туберкулезный артрит устанавливается по результатам:

- А. характерной клинико-инструментальной картины
- Б. характерной артроскопической картины
- В. высева возбудителя из сустава
- Г. иммуноферментного анализа крови

10. Патологический очаг деструкции костной ткани, пронизывающий ростковую зону кости, требует исключения:

- А. туберкулезного процесса
- Б. опухолевого процесса
- В. хронического остеомиелита
- Г. всех выше перечисленных процессов

11. Длительно текущий ревматоидный артрит у детей может приводить к формированию:

- А. дистрофических очагов костной ткани
- Б. глубоких эрозий суставных поверхностей
- В. очагов асептического некроза
- Г. всех вышеперечисленных процессов

12. Длительно текущий ревматоидный артрит у детей может приводить к формированию:

- А. контрактур суставов
- Б. язвенных процессов кожи нижних конечностей
- В. грубых рубцовых деформаций кожи
- Г. тотальной аллопеции
- Д. всех вышеперечисленных процессов

13. Под маской изолированного затяжного подострого коксита у ребенка дошкольного и раннего школьного возраста может протекать:

- А. Болезнь Осгудт-Шляттера
- Б. Болезнь Пертеса
- В. Болезнь Рейтера
- Г. ни один из перечисленных вариантов

14. Реактивный артрит у детей, как правило, ассоциирован

- А. с урогенитальной и кишечной инфекцией
- Б. с различными вирусными инфекциями
- В. с ВИЧ-инфекцией
- Г. с паразитарными инвазиями

15. Дополнительным неинвазивным методом инструментального обследования детей с суставной патологией является:

- А. магнитно-резонансная томография,
- Б. диагностическая артроскопия,
- В. диагностическая пункционная биопсия,
- Г. УЗ-сканирование суставов.

16. Целью проведения рентгенографии и ультразвукового сканирования суставов у детей в случае болевого синдрома является:
- А. оценка анатомической картины и исключение травматических повреждений,
  - Б. поиск признаков характерных для воспалительного процесса,
  - В. исключение костно-хрящевых деструктивных изменений
  - Г. все перечисленные варианты ответов верны
17. Для остеоид-остеомы более характерны:
- А. утренние боли
  - Б. нагрузочные боли
  - В. болевые ощущения в ночные часы
  - Г. для данного опухолевого образования не характерен болевой синдромом
18. Пахидермодактилия это:
- А. врожденное укорочение ногтевых фаланг все пальцев кистей
  - Б. клинический вариант течения дерматомиозита
  - В. фиброматоз кожи пальцев кистей неизвестной этиологии, не воспалительной природы
  - Г. аутовоспалительный синдром с поражением подкожной жировой клетчатки пальцев кистей и стоп
  - Д. вариант течения панникулита
19. Системный вариант ЮРА характеризуется:
- А. гектической лихорадкой более 2-х недель, кожным синдромом, лимфоаденопатией, полисерозитом, гепатоспленомегалией и суставным поражением.
  - Б. кратковременной фебрильной лихорадкой, кожными высыпаниями, конъюнктивитом, артритом и уретритом.
  - В. гектической лихорадкой более 2-х недель, кардитом, кольцевидной эритемой, артралгиями и хорей
  - Г. фебрильной лихорадкой не более 2-х недель, кожным синдромом, гепатоспленомегалией.
20. Постстрептококковый артрит у детей первоначально следует дифференцировать с:
- А. ревматоидным артритом,
  - Б. ревматическим артритом (ревматизм),
  - В. фибромиалгией,
  - Г. нагрузочной артропатией.
21. Очаговую склеродермию у детей следует дифференцировать со всеми заболеваниями, кроме:
- А. атрофодермия
  - Б. эозинофильный фасциит
  - В. псориаз
  - Г. витилиго
22. При недифференцированном очаге кожной атрофии решающее диагностическое значение имеет:
- А. термография кожи
  - Б. УЗ-исследование кожи и подкожной жировой клетчатки
  - В. биопсия кожи
  - Г. ЯМР-исследование
23. Гломерулярное поражение почек у детей, как правило, наблюдается при:
- А. системной красной волчанке

- Б. ювенильном артрите
- В. ревматизме
- Г. очаговой склеродермии

24. Дискоидную форму системной красной волчанки следует дифференцировать со всеми заболеваниями, кроме:

- А. системный васкулит
- Б. витилиго
- В. себорейный дерматит
- Г. псориаз

25. Спектр инфекционных заболеваний, с которым следует дифференцировать СКВ у детей, включает все заболевания, кроме:

- А. боррелиоз
- Б. туберкулез
- В. ВИЧ-инфекция
- Г. сифилис
- Д. стрептодермия

26. Диагностическую ценность при системной красной волчанке представляет выявление

- А. антител к нативной ДНК
- Б. антител к денатурированной ДНК
- Г. антител к митохондриям
- Д. антител к тромбоцитам

27. Признаки, характерные в первую очередь для дерматомиозита

- А. «бабочка» на лице
- Б. остеолит ногтевых фаланг
- В. резкая мышечная слабость
- Г. деформация суставов

28. У детей люпус-нефрит в структуре СКВ, как правило, характеризуется:

- А. изолированным мочевым
- Б. исключительно нефритическим синдромом
- В. исключительно нефротическим синдромом
- Г. может варьировать от мочевого синдрома до развития тяжелого быстро прогрессирующего гломерулонефрита.

29. Выявление болезненности в области крестцово-подвздошных суставов у больного с длительно текущим рецидивирующим моноартритом крупного сустава осевого скелета свидетельствует о:

- А. Болезни Бехтерева
- Б. Пояснично-крестцовом остеохондрозе
- В. Ревматоидном артрите
- Г. Болезни Лайма
- Д. Псориатическом артрите

30. В лабораторной диагностике болезни Бехтерева при клиническом предположении решающим подтверждением диагноза будет:

- А. Длительное повышение СОЭ
- Б. Гипохромная анемия
- В. Повышение СРБ и фракций глобулинов в сыворотке крови

Г. Выявление HLA 27 антигенов

Д. Повышение активности лизосомальных ферментов.

Ответы к тестовым заданиям:

1-А, 2-В, 3-А, 4-Д, 5-А, 6-Б, 7-В, 8-В, 9-В, 10-Г, 11-Г, 12-А, 13-Б, 14-А, 15-А, 16-Г, 17-В, 18-В, 19-А, 20-Б, 21-В, 22-В, 23-А, 24-Б, 25-Д, 26-А, 27-В, 28-Г, 29-А, 30-Г.

Примерная тематика контрольных вопросов:

1. Ювенильный артрит, олигоартрит, варианты течения.
2. Ювенильный артрит, полиартрит, вариант течения
3. Тактика диагностики и терапии острого артрита
4. Методы инструментальной диагностики суставной патологии у детей
5. Методы лабораторной диагностики суставной патологии у детей
6. Хронические энтезопатии детского возраста
7. Неревматические артропатии, диагностика и лечение
8. Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний

Ситуационные задачи

**ЗАДАЧА № 1** Никита, 10 лет, поступил с жалобами на хромоту, боли и ограничения движений в суставах верхних и нижних конечностей, нарушение походки, утреннюю скованность.

Из анамнеза известно, что мальчик от II беременности, родился в срок с массой 4240, длиной тела 57 см. Ранний анамнез без особенностей, рос и развивался по возрасту. Наблюдался у невролога с ППЦНС. Ребенок из группы ЧБД, ежеквартальные эпизоды ОРЗ. В 4 года периодонтит верхней челюсти, двусторонний гайморит, в 6 лет – левосторонняя сегментарная пневмония. ДИ – скарлатина в 7 лет.

Известно, что ребенок заболел остро около 2-х месяцев назад, когда впервые после перенесенного эпизода кишечной дисфункции (диз. группа – отр), которая продолжалась 2-3 дня, на 10-14 день появились боли в суставах нижних конечностей, хромота, явления конъюнктивита правого глаза. Был осмотрен хирургом по месту жительства – заподозрен артрит тазобедренных суставов?, офтальмолог – кератоконъюнктивит правого глаза, назначено обследование и лечение. Со слов матери в динамике у ребенка присоединились боли и ограничения движений правого плечевого, голеностопного суставов, эпизоды ежедневной фебрильной лихорадки. В связи с неясностью картины ребенок был госпитализирован в краевую ЦРБ, где находился 8 дней (кератоконъюнктивит правого глаза, СОЭ 45мм/ч, СРБ 25мг/л, нейтрофиллез, тромбоцитоз, ЭХОКГ и ЭКГ без патологии), получал в/в антибактериальную терапию, НПВС без эффекта. В связи с сохраняющейся картиной артрита и артралгий, ранее зафиксированных эпизодов фебрильной лихорадки, ускоренного СОЭ, ребенку был выставлен диагноз системный вариант ЮРА, дебют? И ребенок по санавиации был доставлен в стационар для лечения и обследования.

При поступлении: состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие неплохое, аппетит сохранен, активен, не лихорадит. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. m – 44,0кг, l – 156 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Катаральных явлений нет. Периферические лимфатические узлы мелкие. Отеков, одышки нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 88/мин. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧД 18/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень край, селезенка (-). Физ.отправления в норме.

Ортопедический статус: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Ходит самостоятельно, хромота на правую конечность. Признаки системной дисплазии соединительной ткани, гипермобильность суставов. Ось позвоночника значительно не искривлена, асимметрия высоты надплечий, высоты лопаток S>D на 1 см. Движения в ШОП, ВНЧС в полном объеме. Длина верхних конечностей D=S, локтевые и лучезапястные суставы внешне не изменены, пассивные движения в полном объеме, безболезненные, отмечается болезненность и ограничение активных движений в

плечевых суставах: D>S, сила мышц не изменена. Дефигурация МФС III п. правой кисти, отек области проксимальной фаланги III пальца справа. Ногтевые ложа не изменены. Длина нижних конечностей S=D, тазобедренные суставы внешне не изменены, болезненность при сгибании, отведении и внутренней ротации D>S, без явного ограничения движений. Коленные суставы внешне не изменены, движения в полном объеме, безболезненные. Дефигурация правого голеностопного сустава, определяется умеренный отек, кожная гипертермия, явления ахиллита, движения болезненные, несколько ограничены. Слева признаков артрита голеностопного сустава не выявлено, явления энтезопатии ахилла. Мелкие суставы стоп не изменены. Плоско-вальгусные стопы. Болезненность и ограничение движений в ПКО, болезненность при пальпации сакроилеальных сочленений.

ОАК СОЭ 46 мм/ч, Hb 109 г/л, Eг 3,97\*10<sup>12</sup>, Tr 476\*10<sup>9</sup>, Leuc 12,3\*10<sup>9</sup>, нейтр 52,5%, э 1,0%, л/ф 36,9%, мон 8,6%.

Б/Х АНАЛИЗ АСЛ-О 134IU/L, СРБ 20мг/л (норма до 5), сиаловые кислоты 3,8мМоль/л, АЛТ – 17IU/L, АСТ- 16IU/L, билирубин 6,9мкМоль/л, железо 6,7 мкМоль/л, глюкоза 5,10мМоль/л, щел.фосфатаза 138IU/L (норма до 362), КФК 19 IU/L, общий белок 73г/л, мочевины 4,0мМоль/л. Фибриноген 5,6 г/л, общий белок 78г/л, альбумины – 32%, глобулины: α1 – 6,2%, α2 – 14,2%, β – 14%, γ – 24,1%. Ig A 0 г/л, Ig G 18,6 г/л (норма 7,0-16), Ig M 1,24 г/л (норма 0,7-2,2).

Иммунология: АНФ в титре 1/160 мелкогранулярный тип свечения (норма менее 1/160), HLAB27 обнаружен. Anti-MCV, anti-CCP отриц.

РНГА с кишечной группой отрицат.

Серия общего анализ мочи сахара нет, белок 0,033-0,066, Eг – нет, Leuc 15-20 в п/зр. 1013-1020

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 83 в мин, положение ЭОС нормальная, ЭПС вертикальная. Умеренные нарушения процессов реполяризация ЛЖ.

УЗИ суставов картина экссудативного синовита правого плечевого сустава, синовит тазобедренных, правого голеностопного суставов.

УЗИ брюшной полости – без патологии.

Рентгенография тазобедренных суставов головки правого и левого бедра сферической формы, центрирована во впадине, бедренный компонент не смещен. СКП 1,0. Деструктивных изменений нет. Реактивные изменения ростковых зон. Вертлужные впадины без патологии.

Рентгенограмма голеностопных суставов и стоп – ось и соотношения в суставах не нарушены, костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено, отмечаются дистрофические изменения зон роста большеберцовых костей D>S.

МРТ правого плечевого сустава признаков остеомиелита головки плечевой кости не выявлено. Синовит с признаками растяжением капсулы сустава. Теносиновит окружающих мышц. Связочный аппарат, структура капсулы сустава не изменены. Хрящевой матрикс без патологии.

Офтальмолог: остаточные явления острого кератоуевита правого глаза. Миопия слабой степени.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Охарактеризуйте суставной синдром.
2. Сделайте заключение по данным инструментального обследования.
3. Сделайте заключение по данным лабораторных методов обследования
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Назначьте дополнительное обследование, консультации специалистов с обоснованием цели.
6. Спектр дифференциальной диагностики.
7. Тактика терапии и наблюдения за ребенком.
8. Дополнительные рекомендации

**ЗАДАЧА № 2** Пациентка А., 15 лет, наблюдается у участкового терапевта в течение 2 недель с жалобами на выраженное недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость, боли в коленных и локтевых суставах. Из анамнеза заболевания: около 1 месяца назад перенесла ангину, лечилась травмами без существенного эффекта. В течение 3 недель отмечает слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,2°C. В течение последней недели присоединились одышка при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, летучие ноющие боли в коленных и голеностопных суставах. Отмечала кратковременный положительный эффект от приема аспирина. Объективно: На коже боковых поверхностей туловища и бедер кольцевидные высыпания бледно-розового цвета, не возвышающиеся над поверхностью кожи и бледнеющие при надавливании. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правый коленный сустав

припухший, температура кожи над ним повышена, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставе. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, выслушивается нежный дующий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область и усиливающийся после приседаний. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb – 126 г/л, эр. -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,95, лейкоц. -  $9,0 \times 10^9$ /л, э - 4%, п/я - 7%, с/я - 52%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 30 мм/час.

2. Фибриноген – 6,2 г/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 34%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 20%,  $\beta$  – 18%,  $\gamma$  – 22%, СРБ - 8,2 мг/л (N=1-6 мг/л).

**ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм появления систолического шума на верхушке?
4. Назовите элементы сыпи у данной больной, механизм их появления.
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

**ЗАДАЧА № 3** Пациент А., 15 лет, доставлен в приемное отделение из детского дома с жалобами на выраженное недомогание, слабость, сердцебиение, повышение температуры тела до 38,5°C, сильнейшие летучие боли в коленных, голеностопных суставах. Из анамнеза заболевания: перенес ангину около 1 месяца назад. Ухудшение самочувствия в течение 3 дней после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Объективно: Больной лежит на кушетке, коленные суставы в вынужденном полусогнутом положении. Кожные покровы гиперемированы, эластичные. В затылочной области, на разгибательной поверхности коленных суставов, в периартикулярных тканях у мест прикрепления сухожилий пальпируются мелкие плотные безболезненные образования. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правый голеностопный и левый коленный суставы припухшие, температура кожи над ними повышена, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставах. Остальные суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 100 уд/мин. I тон на верхушке ослаблен. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правого подреберья безболезненна, размеры печени по Курлову 8×7×5 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb - 115 г/л, эр. -  $3,86 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,95, лейкоц. -  $9,9 \times 10^9$ /л, э - 4%, п/я - 7%, с/я - 52%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 45 мм/час.

2. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок – 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 2-3, эр. – 0-1, эпителий - 1-2 в п.зр.

3. Билирубин общий - 13,5 мкмоль/л, прямой - 4,2 мкмоль/л, непрямой - 9,3 мкмоль/л, фибриноген - 4,8 г/л, общий белок – 50 г/л, альбумины – 30%, глобулины – 70%:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 23%,  $\beta$  – 21%,  $\gamma$  – 20%, СРБ - 9,5 мг/л (N=1-6 мг/л).

**ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Характеристика суставного синдрома

4. Какова причина ослабления I тона на верхушке сердца?
5. Оцените тяжесть состояния больного.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

**ЗАДАЧА № 4** Больная О., 17 лет, студентка/

Предъявляет жалобы на колющие боли в области верхушки сердца различной интенсивности и продолжительности, без связи с физической нагрузкой, чувство нехватки воздуха при обычной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца, периодически – боли в коленных, голеностопных и плечевых суставах, повышение температуры до 38,7°C. Из анамнеза заболевания: с 2 лет частые ангины. В 15-летнем возрасте лечилась в стационаре по поводу болей и припухлости крупных суставов, которые носили «летучий характер», сопровождалась повышением температуры тела до 39,0°C. В последующем наблюдалась и лечилась амбулаторно. Настоящее ухудшение развилось через 3 недели после перенесенной ангины. Объективно: Температура тела 37,8°C. Кожа бледная, на голенях – синюшно-багровые кольцевидные высыпания. Пальпируются увеличенные подчелюстные и передние шейные лимфоузлы с обеих сторон, безболезненные, плотные, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Отеков нет. Умеренная болезненность при пальпации коленных суставов, объем движений ограничен из-за болей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Ритм сердца неправильный, тоны приглушены, I тон на верхушке ослаблен, выслушивается громкий, постоянный, связанный с первым тоном систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, усиливающийся в положении на левом боку и при физической нагрузке. ЧСС 100 уд/мин. Язык обложен беловато-желтым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 8×8×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , Нб – 107 г/л, ЦП – 0,90, СОЭ – 40 мм/час, тромбоциты –  $250 \times 10^9/л$ , лейкоц. –  $9,8 \times 10^9/л$ , п/я – 8%, с/я – 80%, э – 5%, б – 1%, л – 18%, м – 4%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность – 1020, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эпителий - 1-2 в п.зр.
3. Билирубин общий – 19 мкмоль/л, прямой – 4 мкмоль/л, непрямой – 15 мкмоль/л, ПТИ – 80%, общий белок – 58 г/л, альбумины – 40%, глобулины – 60%:  $\alpha_1$  – 5%,  $\alpha_2$  – 19%,  $\beta$  – 16%,  $\gamma$  – 20%., СРБ – 7,1 мг/л (N=1-6 мг/л), фибриноген - 6,2 г/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

**ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм ослабления I тона и появления систолического шума на верхушке.
4. Объясните механизм образования кольцевидных высыпаний на коже голеней. Как они называются?
- 5 Оцените результат ОАК.
- 6 Оцените данные лабораторных методов исследования.
- 7 Обоснуйте окончательный диагноз.

**ЗАДАЧА 5.** Ф.И.О.: Игорь Б. Возраст: 4 года

Диагноз

Основной: Ювенильный дерматомиозит, первично - хроническое течение, I ст. акт.

Данные анамнеза

Госпитализирован в плановом порядке для обследования и подбора терапии.

Мальчик от IV нормально протекавшей беременности, роды II срочные, при рождении вес 3300, рост 53. Привит по возрасту. На грудном вскармливании до 6 месяцев. Весовые прибавки адекватные до 6-8 месяцев, далее развитие гармоничное, однако, соответствовало 1 коридору. Из семейного анамнеза известно, что по линии матери дети рождались маловесные. Стаж болезни 2,5 года. Болен с сентября 2013 года, когда появились и стали нарастать мышечная слабость, снижение двигательной активности, частые падения, утрата навыков бега, невозможность без помощи встать с пола. В это же время появилась периорбитальная эритема. В феврале 2014 года госпитализирован в ВМА. Были исключены миопатия Дюшена, спинальная амиотрофия. Были выявлены кожные проявления: гелиотропный отек век, эритематозный дерматит тыла кистей, проявления васкулита, наличие симптомов миопатии, б/х изменений: ЛДГ до 1005, КФК 194, ЦИК 87, признаки миогенного поражения согласно ЭНМГ. Был получен эффект от терапии преднизолоном в дозе 1 мг/кг ( в течение 3 недель ). Однако, покинув клинику, терапию более не получал.

#### Данные клинического обследования

При поступлении состояние расценено как средней ст. тяжести за счет снижения качества жизни. Объективно обращало внимание отставание в физ.развитии: вес 15кг (3), рост 97,5 (1), что соответствует 2 годам. Мальчик самостоятельно обслуживал себя, однако, все движения медленные, при разговоре заикался, замкнут. При осмотре кожные покровы бледные, разлитое сетчатое ливедо верхней половины туловища. Резкая липоатрофия и мышечная атрофия плечевого пояса. Выражены сосудистые и трофические нарушения: периорбитальная эритема с явлениями капиллярита верхних век, разлитая эритема над коленными суставами, рубчики над проксимальными межфаланговыми суставами кистей, явления хейлита. Полиаденопатия. Диффузное снижение мышечной силы, более проксимальных групп мышц. Тоны сердца ритмичные, брадикардия (до 86 уд.в мин.). В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, печень + 1 см. Физ.отправления в норме. Выявлены кальцинаты мышц верхней трети бедра, ягодиц. Сложность представляла дифференцировка конституциональных особенностей ребенка от течения заболевания. Данные проведенной биопсии кожно-мышечного лоскута позволили судить о сохраняющейся активности воспалительного процесса, что послужило принятию решения о целесообразности начала терапии с проведения курса ПТ с переходом на базисную терапию ГК и МТ в стандартных дозировках.

#### **Клинический анализ крови**

Гемоглобин	111	122	124	г/л
Эритроциты	3.90	4.15	4.19	$10^{12}/$ л
Цветовой показатель	0.84	0.90	0.91	
Тромбоциты	256	304	312	$10^9/$ л
Лейкоциты	6.2	9.2	9.8	$10^9/$ л
Палочкоядерные				%
Сегментоядерные	69	72	65	%
Лимфоциты	20	20	24	%
Моноциты	7	7	11	%
Эозинофилы	4			%
СОЭ	3	3	2	мм/ч

### Биохимический анализ крови

Общий белок	70	г/л
Альбумины	<b>45.4</b>	%
Глобулины: $\alpha 1$	4.0	%
$\alpha 2$	<b>13.3</b>	%
$\beta$	13.4	%
$\gamma$	<b>23.6</b>	%
СРБ	Отр	
Сиаловые кислоты	отр	

АЛТ	19	Кальций общий	2.5
АСТ	26	Кальций ионизированный	1.18
Билирубин общий	12	Фосфор неорганический	1.81
Сахар	4.0	КФК	102
Мочевина	5.5	Калий	4.5
АСЛ-О	<b>600-800</b>	Натрий	140
Креатинин	0.032	ЛДГ	<b>477</b>
$\alpha$ -амилаза	168	$\beta$ -липопротеиды	<b>43</b>
		Холестерин	<b>4.3</b>

### Иммунологическое обследование

Иммуноглобулины в сыворотке крови А – 1,2 ( 0,66-1,2 )

М – 0,78 ( 0,38-0,74 )

G – 10,5 ( 7,01-11,57 )

E – 21,69 ( 0-60 )

Содержание лимфоцитов: Т – 40%, В – 55%, О – 5%. ЦИК – 44.

Фагоцитоз: фаг. акт. 30 мин – 47%, фаг. число – 6,6; фаг. акт. на 60 мин. – 70, фаг. число – 6,7.

Заключение: Снижение относительного содержания Т-лимфоцитов. Умеренная гипериммуноглобулинемия М. Дисфункция фагоцитов.

АНФ – 0,71 ( до 1,1 ); а/т к ДНК нат. – 1,76, денат. – 1,84, фосфол. кл. мембр. – 1,77.

Антиглиадиновые а/т IgA – 0,9 ( до 12 ), Ig G – 0,3 ( до 12 ).

Серологическое исследование крови: а/т к микоплазмам, хламидиям, ВЭБ, токсоплазме, герпесу – не выявлены. Обнаружены поздние а/т к ЦМВ. ПЦР к ВЭБ положительно. НВс, HCV – отрицат.

Мазок из зева: Непатогенные нейсерии в значительном кол-ве, Зеленающий стрептококк небол. кол.

### Анализ мочи

	Уд. вес	сахар	белок	Лейк.	Эритроц.	слизь	бактерии	соли
	1020	-	-	0-1-2	0-0-1	-	-	-
	1010	-	сл	1-2	ед	-	-	-

Проба Сулковича 02.03 – сомнительная (0-1), 13.03 – положительная (1).

### Анализ кала

Яйца глистов не обнаружены, соскоб на энтеробиоз отрицательный.

**Копрограмма:** детрит-2, непереваренная клетчатка-2, переваренная клетчатка-1, крахмал внеклеточный- , крахмал внутриклеточный -1 , жирные кислоты-2, исчерченные мышечные волокна-0-1, неисчерченные - , слизь - , йодофильная флора-

**УЗИ органов брюшной полости и почек - Печень** - край ровный, ткань однородная, мелкозернистая, внутрпеченочные сосуды не расширены, ПЗР пр доли 99, ПЗР лев доли 76, в порта 5мм. **Желчный пузырь** –41/19, перегиб в средней трети, стенки не уплотнены, конкрементов не определяется. **Поджелудочная железа** нормальной эхогенности. **Селезенка** 56\*31, нормальной эхогенности. **Почки** —форма, контур, расположение, подвижность в пределах нормы. RS 65\*26, RD 70\*28. Гипотония чашечек лев.почки. Расширение лоханки пр.почки - 25/12. **Мочевой пузырь** в норме.

#### Электрокардиограмма от

			QRS	0.05	"	RR	0.70-0.90	"
PQ	0.06	"	QT	0.36	"	ЧСС	64-88	уд/мин

**Заключение:** Синусовая аритмия, брадикардия. Укороченный PQ. Неполная блокада пр.ножки пучка Гиса.

**Рентгенограмма № 162** – На рентгенограммах тазобедренных суставов и верхней трети бедер в проекции мягких тканей определяются очаги неоднородной структуры, костной плотности, неправильной формы, различных размеров ( от 2 мм до сгруппированных ).

#### Эхокардиограмма с доплеровским анализом

Морфологические			Гемодинамические		
показатель и	Значение		показатель и	значение	
ДЛА	1.75	мм	Vmk	1.1	м/с
ДАо	1.9	мм	Vтк	0.7	м/с
ДЛП	2.39	мм	Vпк	0.8	м/с
РаскАК	1.26	мм	Vlv ot	1.2	м/с
ДПЖд	1.34	мм	Е/Амк		
ТМЖП	0.54	мм	Е/Атк		
ДЛЖд	3.29	мм	FVJ		
ТЗСЛЖ	0.41	мм	R-R		"
ДЛЖс	1.88	мм	УО		мл
ФВ(%)	74	мм	МО		мл
ФУ(%)	42	мм	ЧСС		уд/мин

**Заключение:** Размеры полостей сердца, толщина и сократительная способность миокарда в пределах нормы. Септальных дефектов нет. Створки клапанов интактны. В полости левого желудочка лоцируется трабекула. При Доплер ЭХО КГ патологические токи крови не зарегистрированы. «Ложная» хорда левого желудочка.

**Фиброзофагогастродуоденоскопия**– Поверхностный антральный гастрит, поверхностный дуоденит.

Микро: Данных за целиакию нет. Хронический дуоденит, активная форма. Н.рулогу не выявлен.

**Офтальмолог**– Передний отрезок не изменен. Глазное дно без очаговых изменений

**Невролог** – Вторичный миопатический синдром на фоне основного заболевания. Рекомендовано к терапии добавить стабилизаторы клеточных мембран.

Проведена биопсия кожно-мышечного лоскута.

Кожа: Тканевая дезорганизация соединительной ткани дермы и сосудов ( мукоидное набухание ), выраженный склероз, сужение просвета мелких сосудов, иногда облитерация их. В артериях – тромбоваскулиты, местами видны муфтообразные густые лимфо-гистиоцитарные с примесью плазмочитов и ед.нейтрофилов инфильтраты. Мышца: очаговая атрофия, местами – исчезновение поперечной исчерченности, межмышечный склероз, очаговая крупноклеточная инфильтрация межучточной ткани, тромбоваскулиты.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Охарактеризуйте суставной синдром.
2. Сделайте заключение по данным инструментального обследования.
3. Сделайте заключение по данным лабораторных методов обследования
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Назначьте дополнительное обследование, консультации специалистов с обоснованием цели.
6. Спектр дифференциальной диагностики.
7. Тактика терапии и наблюдения за ребенком.
8. Дополнительные рекомендации

**ЗАДАЧА 6.**

Валерия А.            Возраст: 13 лет.

Диагноз

Основной: Системная красная волчанка, висцеральная форма, стихание обострения

Вес: 39 кг

Рост:142 см

### Данные анамнеза

Больна с апреля 2013 года, когда на фоне нормальной температуры и хорошего самочувствия появилась пятнистая сыпь различных размеров на ногах, ладонях, ягодицах. Через неделю – боли в ГСС, с трудом ходила. Кратковременные высыпания на лице. Высыпания и боли характеризовались летучестью. Беспокоили боли в животе. Наблюдалась с диагнозами: аллергический дерматит, геморрагический васкулит. Появились припухлость мелких суставов кистей.

В 2013 – стац.лечение в отделении кардиоревматологии ДГБ г.Нижевартовска, где отмечались эпизоды лихорадки до 38.2, сыпь и боли в суставах сохранялись. Получала терапию а/б, антиагрегантами, НПВС, антигистаминными без эффекта. Направлена в Институт ревматологии, где отмечались: суставной синдром (артриты, артралгии), поражение кожи и слизистых (рецидивирующая сыпь, ладонный капиллярит), лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, высокая параклиническая активность (СОЭ 33 мм/час, анемия, гиперальфа2-, гипергаммаглобулинемия, СРБ 1/160), иммунологическая активность (высокие титры АНФ, а/т к ДНК, ЦИК, повышение IgG), мочевого синдром (потеинурия). Получала терапию ГЛКК (Метипред 20 мг/сут в три приема), слабые иммунодепрессанты (Плаквенил). На фоне проводимой терапии состояние улучшилось: уменьшилась лимфаденопатия, исчезли лихорадки, боли в суставах, положительная динамика лабораторных показателей.

В 2014 госпитализация в ПО: на первый план выступали кожные проявления, абдоминальный болевой синдром, повторные рвоты, лихорадки. Иммунологически – высокие титры аутоантител. Также выявлен эрозивный гастрит. Терапия преднизолоном с переносом всей суточной дозы 20 мг на утренний прием.

В 2014 экстренная госпитализация в ДГБ№2 в связи с лихорадками до 40, плохо купируемыми НПВС. Рецидив полиморфных высыпаний. За время госпитализации ухудшение самочувствия: гипотония, тахикардия, рвота «кофейной гущей», «черный стул» (желудочно-

кишечное кровотечение с ДВС синдромом). Диагноз трактовался как недифференцированный васкулит с поражением кожи, сердца, ЖКТ, суставов. Не исключался кардит (появление третьего тона в сердце), аутоиммунный гепатит (повышение трансаминаз). В терапии перевод на в/м инъекции преднизолона с последующим приемом через рот в большей дозе (45 мг/сут) с положительной динамикой. От цитостатиков решено воздержаться в связи с лейкопенией, лимфоцитопенией, проявлениями гепатита.

Повторная госпитализация в ПО№3 в январе 2015 года с обострением заболевания: суставной синдром (скованность, артралгии, умеренно выраженные явления ассиметричного гонита), субфебрильная температура. Параклинически: диспротеинемия. Учитывая рецидивирующий характер заболевания, системность поражения, высокую аутоиммунную активность решено провести ПТ МП+ЦФ. На фоне ПТ – купирование лихорадок, суставного синдрома.

Февраль- март 2015: госпитализация для проведения ПТ. В связи с иммуносупрессией после ПТ№1, ЦФ в курс ПТ№2 не вводился

К моменту настоящей госпитализации: на фоне снижение дозы преднизолона субфебрилитет, явления капиллярита, артралгии.

### Данные клинического обследования

Состояние средней тяжести, умеренная гиперемия миндалин, казеозные пробки справа. Периферические л/у не увеличены. Явления капиллярита на ладонях. Тоны сердца ясные, ритмичны. Дыхание везикулярное, хрипы. Живот мягкий, б/б во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Суставы внешне не изменены, движения в них в полном объеме, б/б.

### **Клинический анализ крови**

Гемоглобин	117	120	120	119	121	г/л
Эритроциты	4.0	4.24	4.27	4.25	4.35	10 <sup>12</sup> /л
Цветовой показатель	0.89	0.86	0.86	0.86	0.85	
Ретикулоциты	5					пром иль
ВСК по Сухареву	4.17		4.15		3.55	мин
Тромбоциты	255	220	235	245	233	10 <sup>9</sup> /л
Лейкоциты	4.0	4.4	<b>3.3</b>	<b>2.5</b>	<b>2.6</b>	10 <sup>9</sup> /л
Палочкоядерные		5	1	1	5	%
Сегментоядерные	65	75	55	56	67	%
Эозинофилы				1	2	%
Базофилы						%
Лимфоциты	30	18	32	35	23	%
Моноциты	5	2	11	6	2	%
СОЭ	5	11	6	7	8	мм/ч

### **Биохимический анализ крови**

Общий белок	69		г/л
Альбумины	<b>41.9</b>		%
Глобулины: α1	4.0		%
α2	<b>13.2</b>		%

β	12.1		%
γ	<b>28.5</b>		%
СРБ	Отриц		
Сиаловые кислоты			

#### АСЛ-«О» 600-800

АЛТ	34	Кальций общий	2.4
АСТ		Кальций ионизированный	1.09
Билирубин общий	10.0	Фосфор неорганический	1.49
Сахар	4.7	Щелочная фосфатаза	159
Мочевина		Калий	4.1
Мочевая кислота		Натрий	141

#### Анализ мочи

	Уд. вес	сахар	белок	Лейк.	Эритроц.	слизь	бактерии	соли
	1005	-	0.065 сут	1-2-3		++	++	-
	1003	-	сл	0-1	1-3	-	-	-

#### Анализ кала

Яйца глистов не обнаружены, соскоб на энтеробиоз отрицательный.

**Копрограмма:** детрит-3, переварив. клетчатка-1, неперев. клетчатка-1, крахмал внеклеточный -, крахмал внутриклеточный -0-1, жир нейтральный -, жир расщепл. тугоплавн. – 0-1, жир расщепл. легкоплавн. – 0-1, исчерченные мышечные волокна - 0-1, неисчерченные - 0, слизь - 0, йодофильная флора не обнаружена.

**УЗИ почек - Почки** —форма, контур, расположение, подвижность в пределах нормы. RS 98\*39, RD 100\*42. Гипотония ЧЛС справа, слева – гипотония в/группы чашечек. В паренхиме почек – единичные яркие эхосигналы. **Мочевой пузырь** в норме.

**ЛОР:** Хронический тонзиллит, стадия компенсации.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Охарактеризуйте суставной синдром.
2. Сделайте заключение по данным инструментального обследования.
3. Сделайте заключение по данным лабораторных методов обследования
4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Назначьте дополнительное обследование, консультации специалистов с обоснованием цели.
6. Спектр дифференциальной диагностики.
7. Тактика терапии и наблюдения за ребенком.
8. Дополнительные рекомендации

#### Практические навыки:

- сбор анамнеза
- клиническая оценка суставного синдрома
- назначения и трактовка результатов рентгенологического исследования суставов
- назначения и трактовка результатов УЗ-исследования суставов
- назначения и трактовка результатов дополнительных инструментальных методов исследования (КТ, МРТ, остеосцинтиграфия, артроскопия)
- назначения и техника выполнения диагностической и лечебной пункции коленного или голеностопного сустава
- назначения и трактовка данных лабораторной картины
- назначения и оценка эффективности НПВС (+ расчет дозировки)

- назначения, оценка эффективности базисной противоревматической терапии (+ расчет дозировки)

### **НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ**

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2012 г. № 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".
5. Приказ Росздрава № 28 от 18.01.2006 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового»
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007 г. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового»
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 1999г №154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. N 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 21 марта 2014 г. N 125н г. Москва "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям"
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 г. N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности"
11. Приказ МЗ РФ № 139 от 04.04.03г. «Об утверждении инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений»