

**Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ – ФИЛИАЛ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

**ОДОБРЕНО**

Учебно-методическим советом

ИГМАПО

«17» апреля 2017 г. протокол № 2

Председатель совета

Заместитель директора

по учебной работе

С.М. Горбачева \_\_\_\_\_

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор ИГМАПО

профессор

В. В. Шпрах

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО  
ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ»**

**Иркутск 2017**

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «РЕВМАТОЛОГИЯ»

### МОДУЛЬ: Б 1.Б1.1. Основы организации ревматологической помощи в РФ»

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Ведение документации . Форма учета и отчетности.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б 1.Б1.1.4

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по документации, нормативно-правовым документам в работе врача ревматолога.

План занятия:

1. Ведение документации.
2. Форма учета и отчетности.
3. Оценка качества оказания ревматологической помощи.

Перечень средств, используемых на занятии: документы, медицинские стандарты, нормативно-правовые документы, учетные формы, формы составления отчета о работе.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Организация работы ревмоцентров и ревматологических отделений

Рубрика /код/ учебного занятия – Б 1.Б1.1.5

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по документации, нормативно-правовым документам в работе врача ревматолога.

План занятия:

1. Изучение организации данных подразделений с позиции нормативно-правовых документов

2. Изучение особенности оказания медицинской помощи и компетенции на уровне стационарного и амбулаторного звена

Перечень средств, используемых на занятии: документы, медицинские стандарты, нормативно-правовые документы, учетные формы, формы составления отчета о работе.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Принципы диспансеризации ревматологических больных

Рубрика /код/ учебного занятия – ОД.О.01.1.1. 6.

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по документации, нормативно-правовым документам в диспансерной работе врача ревматолога.

План занятия:

1. Изучение материала по данной теме

Перечень средств, используемых на занятии: документы, медицинские стандарты, нормативно-правовые документы, учетные формы, формы составления отчета о работе, методические рекомендации и пособия.

Литература:

1. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
2. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).
3. Руководство по диспансеризации взрослого населения [Электронный ресурс] / под ред. Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.

## **МОДУЛЬ: Б1.Б1.2 Медицинская психология и деонтология в практике ревматолога**

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ**

Тема: Информация больных о заболевании

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.2.6.

Продолжительность: 21 час

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по информированию больных о заболевании.

План занятия:

1. Изучение материала по проведению школ для больных по основным ревматическим заболеваниям

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации по школам, методические рекомендации, наглядные пособия для занятий с пациентами, пособий для врачей, диски с записями школ. Участие в подготовке одной из таких школ здоровья.

Литература:

1. Психосоматические расстройства [Электронный ресурс] / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Биомедицинская этика [Электронный ресурс] / Шамов И. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

## **МОДУЛЬ: Б1.Б1.3 Теоретические вопросы ревматологии**

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ**

Тема: Эпидемиология ревматических заболеваний

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.3.3.

Продолжительность: 10 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о распространенности ревматических заболеваний, методах получения эпидемиологических данных и результатах основных эпидемиологических исследованиях в ревматологии, понятие о регистрах, расчет основанных эпидемиологических показателей

План занятия:

1. Изучение материала по эпидемиологии
2. Изучение основных эпидемиологических показателей в ревматологии
3. Анализ ситуации по эпидемиологии ревматических заболеваний в РФ и регионе
4. Выявление региональных особенностей

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, статистические отчеты по ревматологии.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Стандартизация диагностики ревматических заболеваний

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.3.2

Продолжительность: 11 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о диагностических стандартах в ревматологии

План занятия:

1. Изучение материала по стандартизации
2. Знакомство с медицинскими стандартами

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, пособия.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

### МОДУЛЬ: Б1.Б1.4 Методы диагностики в ревматологии

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. Рентгеновские методы

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2

Продолжительность: 12 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Общие вопросы рентгеносемиотики ревматических заболеваний.
2. Рентгенологические методы исследования, применяемые в ревматологии.
3. Диагностические возможности и ограничения.
4. Стандартная рентгенография и томография.
5. Особенности применения при различных заболеваниях.
6. Знакомство с проведением процедуры

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, рентгенограммы.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. КТ и МРТ.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2.2.

Продолжительность: 10 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Компьютерная томография.
2. Магнитно-ядерная резонансная томография.
3. Принципы метода.
4. Диагностические возможности.
5. Знакомство с проведением процедур

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, заключения по КТ и МРТ, снимки.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с

2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. Специальные рентгенологические методы.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2.3

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение материала теоретического по специальным методам рентгенологического исследования в ревматологии
2. Электрорентгенография
3. Артрография
4. Сиалография..

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, заключения по, снимки.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. Денситометрия.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2.4.

Продолжительность: 10 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение материала теоретического по денситометрии
2. Работа в кабинете денситометрии
5. Изучение заключений

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, диагностические заключения.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. УЗС сустава.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2.5

Продолжительность: 10 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение теоретического
2. Работа в кабинете УЗС
3. Изучение и интерпретация заключений

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, диагностические заключения.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.

4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. УЗС сосудов и сердца.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2.6

Продолжительность: 10 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение теоретического
2. Работа в кабинете УЗС
3. Изучение и интерпретация заключений

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, диагностические заключения.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. ЭКГ.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2.7.

Продолжительность: 10 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение теоретического материала
2. Работа в кабинете ЭКГ
3. Техника записи и снятия ЭКГ

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, ЭКГ.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. Радиоизотопные методы.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2.8.

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение теоретического материала
2. Интерпретация заключений

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, заключения, снимки

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Инструментальные методы. Электромиография.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.4.2.9.

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о инструментальных методах диагностики в ревматологии, возможности методик, показания, противопоказания, побочные эффекты, интерпретации полученных заключений.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение теоретического материала
2. Интерпретация заключений
3. Знакомство с проведением методики

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, заключения

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## **МОДУЛЬ: Б.1.Б1.5 Воспалительные заболевания суставов и позвоночника**

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ**

Тема/подтема: Ювенильный ревматоидный артрит.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.5.2.

Продолжительность: 24 часа

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о причинах, диагностике, клинических проявлениях, дифференциальной диагностике и лечении ревматоидного артрита, необходимых в работе ревматолога.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение теоретического материала
2. Решение ситуационных задач, тестов
3. Клинические разборы пациентов

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, пособия, учебно-методические пособия, диски, задачи и тесты

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема/подтема: Серонегативные артриты.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.5.3.

Продолжительность: 32 часа

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний о причинах, дигностике, клинических проявлениях, дифференциальной диагностике и лечении серонегативных артритов, необходимых в работе ревматолога.

План занятия проводится в соответствии с учебными целями раздела:

1. Изучение теоретического материала (серонегативные артриты у взрослых и у детей с использованием дистанционного модуля, псориазический артрит, артропатии при ревматических заболеваниях и дифференциальный диагноз с ними, внесуставные проявления)
2. Решение ситуационных задач, тестов
3. Клинические разборы пациентов

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации, методические рекомендации, пособия, учебно-методические пособия, диски, задачи и тесты, дистанционный модуль по серонегативным артритам. Продолжительность занятий по подтемам приведена в рабочей программе дисциплины.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### **МОДУЛЬ: Б.1.Б1.6 Невоспалительные заболевания суставов, позвоночника и костей**

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Остеоартрит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.6.1.

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по остеоартрозу, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Проводится клинический разбор больных с остеоартрозом, формулируется диагноз и разрабатывается тактика лечения в каждом конкретном случае
5. Решение ситуационных задач по больному с ОА (  
- Формулировка диагноза - Составление плана клинического обследования - Проведение диф. Диагностики - Выработка тактики терапии данного больного с учетом Национальных рекомендаций).
6. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм. Тематические больные. Истории болезни. Методические рекомендации.

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Дегенеративные заболевания позвоночника

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.6.2.

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по дегенеративным заболеваниям позвоночника, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. проводится клинический разбор больных с остеоартрозом, формулируется диагноз и разрабатывается тактика лечения в каждом конкретном случае

5. Разбор больного с дегенеративным заболеванием позвоночника
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение диф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом
6. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни Методические рекомендации

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Другие дегенеративные и метаболические заболевания суставов и позвоночника

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.6.3.

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по дегенеративным заболеваниям позвоночника, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Разбор больного с другими дегенеративными заболеваниями суставов и позвоночника (охронозом; болезнью Форестье; остеохондропатиями; болезнью Остгуда-Шлаттера): - Формулировка диагноза - Составление плана клинического обследования - Проведение диф. Диагностики - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
6. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с

2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Остеопороз

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.6.4

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по остеопорозу, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Разбор больного с остеопорозом - Формулировка диагноза - Составление плана клинического обследования - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
5. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм. Тематические больные Истории болезни, данные денситометрии

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Болезнь Педжета

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.6.5

Продолжительность: 16 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Болезни Педжета, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Разбор больного с Болезнью Педжета - Формулировка диагноза - Составление плана клинического обследования - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
5. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Новообразования костной ткани.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.6.6

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Новообразованиям костной ткани, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Разбор больного с новообразованиями костной ткани - остеосаркома и миеломная болезнь - Формулировка диагноза - Составление плана клинического обследования - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений

## 5. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм. Тематические больные. Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## **МОДУЛЬ: Б.1.Б1.7 Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей**

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Локальные ревматические заболевания околосуставных мягких тканей верхней конечности.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.7.2

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Локальным ревматическим заболеваниям околосуставных мягких тканей верхней конечности, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Разбор больного с локальными ревматическими заболеваниями околосуставных мягких тканей:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение диф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
5. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с

2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Заболевание мягких тканей области плечевого сустава

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.7.3

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по заболеванию мягких тканей области плечевого сустава, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Разбор больного с заболеваниями околоуставных мягких тканей в области плечевого сустава:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение диф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
5. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Локальные ревматические заболевания околоуставных мягких тканей в области шеи и грудной клетки

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.7.4

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Локальным ревматическим заболеваниям околоуставных мягких тканей в области шеи и грудной клетки, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Разбор больного с заболеваниями мягких тканей :
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение диф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
5. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Локальные ревматические заболевания околоуставных мягких тканей области поясницы и таза.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.7.5

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Локальным ревматическим заболеваниям околосуставных мягких тканей области поясницы и таза, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость
4. Разбор больного с заболеваниями мягких тканей :
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение диф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
6. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм. Тематические больные .Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Локальные ревматические заболевания околосуставных мягких тканей нижней конечности.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.7.6

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Локальным ревматическим заболеваниям околосуставных мягких тканей области нижней конечности, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы врачебного обследования пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. Сбор анамнеза, физикальное обследование.
3. Инструментальные методы обследования показания, противопоказания, диагностическая значимость

4. Разбор больного с заболеваниями мягких тканей :
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение диф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
5. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Методы лечения локальных ревматических заболеваний околоуставных мягких тканей.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.7.7

Продолжительность: 16 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Методам лечения локальных ревматических заболеваний околоуставных мягких тканей, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Принципы лечения пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях
2. показания, противопоказания, оценка эффективности терапии
3. освоение методов локальной терапии
4. отработка практических навыков
5. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни методические рекомендации

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.

4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

### **МОДУЛЬ: Б.1.Б1.8 Острая ревматическая лихорадка и ревматические пороки сердца**

#### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ**

Тема: Ревматическая лихорадка. Диагностика, клиника.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.8.2

Продолжительность: 12 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по диагностике и клинике ОРЛ, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Клинический разбор больных с острой ревматической лихорадкой
2. Разбор больного с острой ревматической лихорадкой
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение диф. диагностики
3. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни с результатами обследования – эхокг. Лабораторные показатели и экг

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ**

Тема: Лечение и профилактика острой ревматической лихорадки

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.8.3

Продолжительность: 10 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Лечению и профилактике острой ревматической лихорадки, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Клинический разбор больных с острой ревматической лихорадкой
2. Разбор больного с острой ревматической лихорадкой
3. Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
4. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Ревматическая болезнь сердца.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.8.4

Продолжительность: 20 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Лечению и профилактике острой ревматической лихорадки, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Клинический разбор больных с ревматическими пороками сердца
2. Разбор аускультативной картины и клинических проявлений
3. дифференциальная диагностика
4. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни ЭКГ Рентгенограммы сердца с контрастированным пищеводом Данные ЭхоКГ

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.

4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Лечение ревматических пороков.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.8.5

Продолжительность: 20 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Лечение ревматических пороков, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Клинический разбор больных с ревматическими пороками сердца
2. Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
3. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Крофффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### **МОДУЛЬ: Б.1.Б1.9 Диффузные заболевания соединительной ткани**

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Болезнь Шегрена

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.5

Продолжительность: 4 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Болезни Шегрена, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

- Разбор больного с Болезнью Шегрена:
  - Формулировка диагноза

- Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
- Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Дерматомиозит и полимиозит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.6

Продолжительность: 4 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Дерматомиозиту и полимиозиту, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

Разбор больного с Дерматомиозитом и полимиозитом:

- Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
- Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Смешанное заболевание соединительной ткани.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.7

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Смешанному заболеванию соединительной ткани. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Смешанным заболеванием соединительной ткани:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадокин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Ревматическая полимиалгия

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.8

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Ревматической полимиалгии. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Ревматической полимиалгией:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений

## 2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Антифосфолипидный синдром

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.10

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Антифосфолипидному синдрому достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Антифосфолипидным синдромом:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).
5. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011

## МОДУЛЬ Б.1.Б1.10 Системные васкулиты

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Узелковый полиартериит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.2

Продолжительность: 4 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Узелковому полиартерииту. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Узелковым полиартериитом:

- Формулировка диагноза
- Составление плана клинического обследования
- Проведение дифф. диагностики
- Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений

2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Синдром Чарга-Стросса

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.3

Продолжительность: 4 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Синдрому Чарга-Стросса . достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Синдромом Чарга-Стросса:

- Формулировка диагноза
- Составление плана клинического обследования
- Проведение дифф. диагностики
- Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений

## 2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Геморрагический васкулит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.4

Продолжительность: 4 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Геморрагическому васкулиту достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Геморрагическим васкулитом:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).
5. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Неспецифический аортоартериит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.5

Продолжительность: 4 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Неспецифическому аортоартерииту достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Неспецифическим аортоартериитом:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Гранулематоз Вегенера

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.6

Продолжительность: 4 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Гранулематозу Вегенера достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Гранулематозом Вегенера:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Гигантоклеточный артериит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.7

Продолжительность: 4 часа

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Гигантоклеточному артерииту достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Гигантоклеточным артериитом :
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Болезнь Kawasaki

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.8

Продолжительность: 2 часа

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Болезни Kawasaki достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Разбор больного с Болезнью Kawasaki:
  - Формулировка диагноза
  - Составление плана клинического обследования
  - Проведение дифф. диагностики
  - Выработка тактики терапии данного больного с учетом общепринятых положений
2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## **МОДУЛЬ Б.1.Б1.11 Методы лечения ревматических заболеваний**

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ**

Тема: Лекарственная терапия

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.11.1

Продолжительность: 14 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по терапии в ревматологии достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Рассматриваются вопросы лечения ревматических заболеваний: классификация ревматических препаратов, принципы назначения, методы расчета доз, взаимодействия, побочные эффекты (отдельно по группам препаратов НПВП, ГКС, цитостатики, соли золота, сульфасалазин, аминохинолиновые препараты, противовоспалительные средства, Хондропротективные и другие средства для лечения остеоартроза, Средства для лечения системного остеопороза и остеопении, препараты, влияющие на тонус периферических сосудов, генно-инженерные препараты

(моноклональные антитела, антицитокины) в терапии ревматоидного артрита и серонегативных спондилоартритов, человеческий иммуноглобулин.)

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни методические рекомендации, медицинские стандарты

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Немедикаментозные методы лечения и реабилитация.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.11.2

Продолжительность: 14 часа

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по немедикаментозной терапии в ревматологии достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Изучение вопроса по немедикаментозным методикам и методам реабилитации
2. Изучение применение данных методов в практике (в отделениях ревматологических)
3. Контрольные вопросы, тестовые задания, клинические разборы.
4. Оформление санаторно-курортной карты с рекомендациями.

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни методические рекомендации

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема: Терапия при острых неотложных состояниях в ревматологии

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.11.3

Продолжительность: 16 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний с практическим применением по Терапия при острых неотложных состояниях в ревматологии достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. рассматриваются вопросы неотложной терапии при диффузных заболеваниях соединительной ткани (волчаночном кризисе, острой почечной недостаточности при системной склеродермии, терапия дыхательных расстройств и нарушений глотания при дермато/полимиозите), при острой подагрической почке, при острой сердечной недостаточности. Вс. нарушениями ритма .отеке легких – диагностика и тактика лечения
2. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: Тематические больные Истории болезни методические рекомендации

Литература:

1. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
2. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
3. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
4. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ СЕМИНАРОВ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «Ревматология»

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Лечение и профилактика острой ревматической лихорадки

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.8.3

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятия:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся. Подробно разбирается антибиотикотерапия, противовоспалительное лечение (нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды), этапы реабилитации, санаторно-курортное лечение больных с ревматической лихорадкой, первичная и вторичная профилактика.
3. Разбор тематических ситуационных задач.

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Крофффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).
7. Реабилитация при заболеваниях сердца и сосудов/ С.М. Носков, В.А. Маргазин, А.Н. Шкробко и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 640 с
8. Современные проблемы ревматологии: сб. ст. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Вып. 4/ Ред. А.Н. Калягин, Ред. Л.В. Меньшикова; Иркут. гос. мед. ун-т (Иркутск), Иркут. гос. мед. акад. последипл. образования. - Иркутск, 2012. - 208 с

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Лечение ревматических пороков.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.8.5

Продолжительность: 18 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по лечению больных с ХРБС, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий - 3 семинара по 6 часов :

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся Разбираются принципы терапии при различных вариантах ревматических пороков. определяются возможные комбинации применяемых препаратов, противопоказания к их применению и возможные побочные эффекты.
3. Рассматриваются показания к хирургическому лечению в зависимости от вида порока, виды хирургического лечения, непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения, осложнения в послеоперационном периоде и реабилитация больных после оперативного лечения, методы вторичной профилактики..
4. На семинаре обсуждаются действия врача при критических стенозах на фоне приобретенных пороков сердца, лечение недостаточности кровообращения и различных осложнений (аритмии, тромбоэмболии и др.).
5. Разбор тематических ситуационных задач.

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
5. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
6. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
7. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Диффузные заболевания соединительной ткани.

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.1

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по диффузным болезням соединительной ткани, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий - 3 семинара по 6 часов :

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. Во время изложения материала отражаются современные взгляды на механизм развития ДЗСТ, представляется новая классификация, излагаются основные клинические синдромы, алгоритм физикальной, лабораторной, иммунологической, инструментальной диагностики и дифференциальной диагностики.
4. Разбор тематических ситуационных задач.

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Системная красная волчанка

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.2

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по СКВ, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся - Этиология, патогенез СКВ -Клиническая картина СКВ -Методы диагностики - Основные принципы лечения СКВ - Показания и противопоказания для основных групп лекарственных препаратов при СКВ (ГК, цитостатиков, аминохинолиновых производных, НПВС, антицитоклиновых средств)

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы

3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Системная склеродермия

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.3

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по системной склеродермии достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. разбирается этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина ССД, основные клинические синдромы, поражение внутренних органов, клинические варианты течения, синдром и болезнь Рейно.
4. Приводятся данные лабораторных и инструментальных методов диагностики, критерии диагностики.
5. Разбираются вопросы дифференциального диагноза, основные принципы лечения, диспансеризации и вопросы медико-социальной экспертизы.

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Склеродермоподобные заболевания

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.4

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по склеродермоподобным заболеваниям достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. рассматриваются склеродермоподобные заболевания: очаговая склеродермия, диффузный фасциит, склередема Бушке с приведением клиники, диагностических критериев, принципов терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Болезнь шегрена

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.5

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по болезни шегрена достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. разбирается этиология, патогенез, патоморфология, классификация и клиническая картина б-ни Шегрена.

4. Особое внимание обращается на поражение экзокринных желез, глаз, ксеростомия и ее осложнения, системные проявления, лимфомы.
5. Рассматриваются критерии диагноза, дифференциальный диагноз.
6. Дается понятие синдрома Шегрена при других ревматических заболеваниях.
7. Разбираются основные принципы терапии, локальная терапия, диспансеризация и вопросы медико-социальной экспертизы.

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадочкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Дерматомиозит и полимиозит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.6

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по дерматомиозиту и полимиозиту достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. разбирается этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина ДМ/ПМ (поражение скелетных мышц, системные проявления)
4. клинические варианты течения
5. особенности проявлений в детском возрасте, диагностика
6. дифференциальный диагноз (с невоспалительными миопатиями), критерии диагноза
7. общие принципы лечения, прогноз, диспансеризация и вопросы медико-социальной экспертизы.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.

2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Смешанное заболевание соединительной ткани

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.7

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Смешанному заболеванию соединительной ткани. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. разбирается этиология, патогенез смешанного заболевания соединительной ткани
4. патоморфология, клиническая картина
5. диагностика (особенно роль иммунологических маркеров), дифференциальная диагностика, критерии диагноза
6. подходы к терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Ревматическая полимиалгия

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.8

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Ревматической полимиалгии. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. разбирается этиология, патогенез смешанного заболевания соединительной ткани
4. патоморфология, клиническая картина
5. диагностика, дифференциальная диагностика, критерии диагноза
6. подходы к терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Рецидивирующий полихондрит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.9

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по рецидивирующему полихондриту. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. дается определение понятия, приводится клиника, диагностика, критерии диагноза, обсуждаются особенности терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Антифосфолипидный синдром

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.9.10

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Антифосфолипидному синдрому. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. Приводится клиника
4. разбираются вопросы диагностики, лабораторные методы диагностики, дифференциальной диагностики с первичным антифосфолипидным синдромом
5. принципы лечения
6. обсуждается применение при антифосфолипидном синдроме антитромботических средств, антикоагулянтов прямого и непрямого действия, глюкокортикостероидов, цитостатиков и других лекарственных препаратов
7. отрабатываются вопросы подхода к терапии анемии с учетом причины ее развития
8. Обсуждаются схемы и дозы препаратов, применяющихся в лечении анемии на фоне антифосфолипидного синдрома, а также показания к их применению
9. разбирается вопрос о показаниях к переливанию крови, интенсивные методы терапии, показания к ним.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы

3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Общие представления о системных васкулитах

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.1

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Общим представлениям о системных васкулитах, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. рассматриваются: клиническая анатомия, морфология и физиология сосудов
4. общие представления о гемостазе, реологии, вязкости крови и методах их оценки
5. методы исследования состояния сосудистой системы в ревматологической клинике
6. дается клиническая оценка состояния артериального, венозного русла, микроциркуляции, инструментальная оценка состояния сосудов (ангиография, ультразвуковое исследование, реография и др.)
7. разбирается морфологический метод диагностики поражения сосудов, понятие гранулематозного и негранулематозного воспаления сосудов
8. классификация системных васкулитов
9. основные клинические синдромы при системных васкулитах.

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Узелковый полиартериит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.2

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Узелковому полиартерииту. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. связь с инфицированием вирусом гепатита В
5. морфология, клинические варианты
6. принципы терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Синдром Чарга-Стросса

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.3

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Синдрому Чарга-Стросса. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся

3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. морфология, клинические варианты
5. принципы терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Геморрагический васкулит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.4

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Геморрагическому васкулиту . достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. морфология, клинические варианты
5. принципы терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Неспецифический аортоартериит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.5

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Неспецифическому аортоартерииту . достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. морфология, клинические варианты
5. принципы терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Гранулематоз Вегенера

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.6

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Гранулематозу Вегенера. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

#### План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. морфология, клинические варианты
5. принципы терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

#### Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Гигантоклеточный артериит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.7

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Гигантоклеточному артерииту. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

#### План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. морфология, клинические варианты
5. принципы терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

#### Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с

4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Болезнь Kawasaki

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.8

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Болезнь Kawasaki, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. морфология, клинические варианты
5. принципы терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Облитерирующий тромбангиит

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.9

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Облитерирующему тромбангииту. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. морфология, клинические варианты
5. принципы терапии.

Перечень средств, используемых на занятии: мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ СЕМИНАР

Тема: Болезнь Бехчета. Панникулиты. Узловатая эритема

Рубрика /код/ учебного занятия – Б.1.Б1.10.10

Продолжительность: 6 часов

Дата составления методической разработки: 2017 г.

Дата утверждения на методическом совещании кафедры: 2017 г.

Учебная цель: получение знаний по Болезни Бехчета. Панникулитам. Узловатой эритеме. достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности врача ревматолога.

План занятий:

1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
4. морфология, клинические варианты
5. принципы терапии данных нозологических форм.

Перечень средств, используемых на занятии: Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы

3. Пайл Кевин. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход: пер. с англ./ Кевин Пайл, Ли Кеннеди; Ред. пер. Н.А. Шостак. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с
4. Ревматические заболевания: рук.: в 3 т. / Ред. Джон Х. Клиппел, Ред. Джон Х. Стоун, Ред. Лесли Дж. Кроффорд, Ред. Пейшенс Х. Уайт, Ред. пер. Е.Л. Насонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
5. Ревматология. Клинические лекции / Ред. В.В. Бадюкин. - М. : Литтерра, 2014. - 592 с.
6. Национальное руководство. Общая врачебная практика: в 2 т. Т. I / Ред. И.Н. Денисов, Ред. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с. - (Национальные руководства).

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ по специальности «ревматология» (ординатура)

## КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Катетеризацию мочевого пузыря производят с целью контроля за функциональным состоянием мочевыделительной системы. Для катетеризации необходимо иметь стерильный резиновый катетер, два стерильных пинцета, стерильное вазелиновое масло, ватные шарики, раствор фурацилина 1:5000 или 2% раствор борной кислоты. Все это укладывают на стерильный лоток. Руки обрабатывают.

### Катетеризация мочевого пузыря у женщин

- Обработать руки.
- Надеть маску.
- Со стерильного стола пинцетом в стерильный лоток положить 4 шарика, пинцет, салфетки.
- Закрыть стол.
- Взять стерильным рабочим пинцетом из бикса стерильный катетер. Положить его в стерильный лоток на рабочий стол.
- Стерильным пинцетом смочить стерильные шарики стерильным фурацилином, поливая на шарики из флакона.
- Обработать катетер вазелином.
- Надеть перчатки.
- Уложить больную на спину, колени согнуть, ноги развести.
- Положить под больную судно и клеенку.
- Развести I и II пальцами левой руки большие и малые половые губы, обнажив отверстие мочеиспускательного канала.
- Взять пинцетом шарик со стерильного стола, промокательным движением обработать наружное отверстие мочеиспускательного канала фурацилином. Отработанные шарики сбросить в судно.
- Взять пинцетом катетер со стерильного лотка и ввести в мочеиспускательный канал на 3-5 см, опустить наружный конец в судно.
- Извлечь катетер из мочеиспускательного канала при уменьшении количества выделенной мочи, так чтобы остатки мочи промывали мочеиспускательный канал.

### Катетеризация мочевого пузыря у мужчин

Больного укладывают на спину с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. Между ногами больного устанавливают судно или лоток для сбора мочи. Головку полового члена и область наружного отверстия уретры тщательно протирают шариком с раствором антисептика. Пинцетом берут катетер в 2-3 см от его клюва и смазывают вазелиновым маслом.левой рукой между III и IV пальцами берут половой член в области шейки, а I и II пальцами раздвигают наружное отверстие мочеиспускательного канала. Пинцетом вставляют в наружное отверстие мочеиспускательного канала катетер и, перемещая пинцет, постепенно продвигают катетер. Небольшое ощущение сопротивления при продвижении катетера возможно при прохождении его в истмической части мочеиспускательного канала. Появление из катетера мочи говорит о нахождении его в мочевом пузыре. При выделении мочи отмечают ее цвет, прозрачность, количество.

При неудавшейся попытке вывести мочу мягким катетером прибегают к катетеризации пузыря металлическим катетером, что требует определенных навыков из-за опасности повреждения мочеиспускательного канала.

## ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА

### Катетеризация желудка тонким зондом

Постановка желудочного зонда необходима для промывания желудка и предотвращения аспирации желудочным содержимым во время операции и в послеоперационном периоде. Манипуляцию производят следующим образом. Конец тонкого зонда смазывают вазелиновым маслом, вводят через носовой ход в глотку, заставляя больного глотать, и слегка продвигают зонд по пищеводу. При достижении первой метки на зонде (50 см) конец зонда находится в кардиальном отделе желудка. При переполненном желудке из зонда сразу начинает выделяться его содержимое, которое свободно стекает в таз. Зонд продвигают дальше в желудок до второй метки (конец зонда находится в антральном отделе) и фиксируют полоской пластыря к спинке и боковой поверхности носа.

### Промывание желудка толстым зондом

Оборудование: толстый желудочный зонд, резиновая трубка, воронка вместимостью 1 л, ведро для промывных вод, ведро с чистой водой комнатной температуры 10-12 л, языкодержатель, металлический напалочник, резиновые перчатки, клеенчатый фартук.

- Собрать систему для промывания желудка.
- Надеть на себя и на больного фартуки, усадить больного на стул, завести его руки за спинку стула и зафиксировать их полотенцем или простыней.
- Встать сзади или сбоку от больного.
- Второй палец левой руки с надетым металлическим наконечником или роторасширителем ввести между коренными зубами больного, слегка отвести его голову назад.
- Правой рукой положить на корень языка смоченный водой слепой конец зонда, предложить больному сделать глотательные движения и глубоко дышать через нос.
- Как только больной сделает глотательные движения, провести зонд в пищевод (это нужно делать медленно, так как поспешное введение может привести к закручиванию зонда).

Необходимо запомнить: если при введении зонда больной начинает кашлять, задыхаться, а лицо его становится синюшным, следует немедленно извлечь зонд, потому что он попал в трахею или гортань, а не в пищевод.

- Довести зонд до нужной метки, прекратить дальнейшее его введение, подсоединить воронку и опустить ее до уровня колен больного. Из нее начинает выделяться желудочное содержимое, что свидетельствует о правильном положении зонда.
- Держать воронку слегка наклонно на уровне колен и налить в нее воды.
- Медленно поднять воронку вверх, и как только уровень воды достигнет устья воронки, опустить ее ниже исходного положения, при этом количество введенной воды должно быть равной выведенной.
- Вылить содержимое воронки в таз.
- Повторить процедуру 8-10 раз до чистых промывных вод.

Необходимо запомнить: промывание желудка больному, находящемуся в бессознательном состоянии, при отсутствии кашля и ларингиального рефлекса проводят только после предварительной интубации трахеи.

## ПУНКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

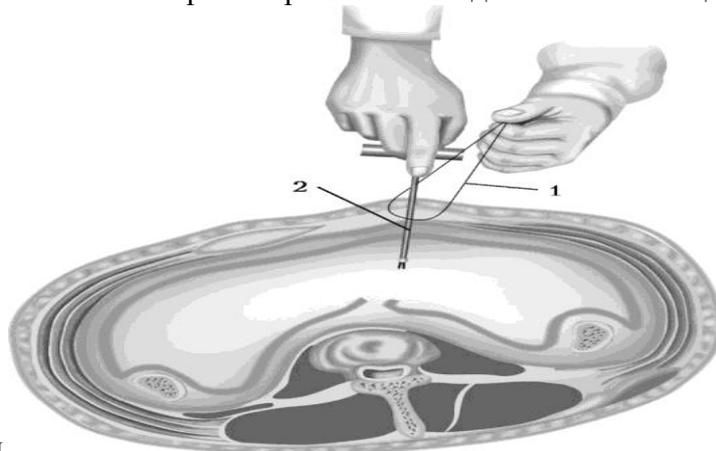
Цель операции: эвакуация асцитической жидкости при водянке брюшной полости.

Методика: прокол производят по срединной линии живота. Точку для прокола избирают на середине расстояния между пупком и лобком. Мочевой пузырь должен быть предварительно опорожнен. Больного усаживают на операционный или перевязочный стол. Операционное поле

обрабатывают спиртом и йодом. Кожу и глубокие слои стенки живота анестезируют 0,5% раствором новокаина. Кожу на месте пункции надрезают кончиком скальпеля. Прокол производят троакаром. Хирург берет инструмент в правую руку, левой смещает кожу и, приставив троакар перпендикулярно поверхности живота, прокалывает брюшную стенку, вынимает стилет и направляет струю жидкости в таз. Чтобы избежать быстрого падения внутрибрюшинного давления во время извлечения жидкости, что может привести к коллапсу, наружное отверстие троакара периодически закрывают. Кроме того, помощник по мере истечения асцитической жидкости стягивает живот полотенцем.

## ЛАПАРОЦЕНТЕЗ

Лапароцентезом называют прокол брюшины с введением в полость дренажной трубки. Пункцию



проводит врач.

1 - лигатура, проведенная через мягкие ткани брюшной стенки; 2 - троакар, введенный в брюшную полость

Показания: асцит, перитонит, внутрибрюшное кровотечение, наложение пневмоперитонеума.

Противопоказания: коагулопатия, тромбоцитопения, кишечная непроходимость, беременность, воспаление кожи и мягких тканей брюшной стенки.

Оборудование и инструменты: троакар для прокола брюшной стенки диаметром 3-4 мм с остроконечным мандреном, дренажная резиновая трубка до 1 м длиной, зажим, шприц объемом 5-10 мл, 0,25% раствор новокаина, емкость для сбора асцитической жидкости, стерильные пробирки, перевязочный материал, стерильные ватные тампоны, стерильный пинцет, кожные иглы со стерильным шовным материалом, скальпель, лейкопластырь.

Методика: врач и ассистирующая ему медицинская сестра надевают шапочки, маски. Руки обрабатывают как перед хирургической операцией, надевают стерильные резиновые перчатки. Необходимо обеспечить полную стерильность троакара, трубки и всех инструментов, соприкасающихся с кожей. Пункцию производят утром, натощак, в процедурном кабинете или перевязочной. Больной опорожняет кишечник, мочевой пузырь. Положение больного сидя, при тяжелом состоянии лежа на правом боку. В качестве премедикации за 30 мин до исследования вводят 1 мл 2% раствора промедола и 1 мл 0,1% раствора атропина подкожно.

Прокол брюшной стенки осуществляется по средней линии живота на середине расстояния между пупком и лонной костью или по краю прямой мышцы живота (перед пункцией необходимо убедиться в наличии свободной жидкости в брюшной полости). После дезинфекции места пункции проводят инфильтрационную анестезию передней брюшной стенки, париетальной брюшины. Для предупреждения повреждения органов брюшной полости целесообразно прошить апоневроз брюшной стенки толстой лигатурой, посредством которой натянуть мягкие ткани и создать свободное пространство между брюшной стенкой и подлежащими органами. Кожу в месте пункции смещают левой рукой, а правой рукой вводят троакар. В ряде случаев перед введением троакара

делают небольшой разрез кожи скальпелем. После проникновения троакара в брюшную полость мандрен извлекают, и жидкость начинает свободно вытекать. Берут несколько миллилитров жидкости для анализа и делают мазки, затем на троакар надевают резиновую трубку, и жидкость вытекает в таз. Выпускать жидкость следует медленно (1 л в течение 5 мин), с этой целью на резиновую трубку периодически накладывают зажим. Когда жидкость начинает вытекать медленно, больного слегка перемещают на левый бок. Если выделение жидкости прекратилось вследствие закрытия внутреннего отверстия троакара петлей кишки, следует осторожно надавить на брюшную стенку, при этом кишка смещается, и ток жидкости восстанавливается. Во время выведения жидкости происходит резкое уменьшение внутрибрюшного давления, что приводит к перераспределению кровотока и в ряде случаев к развитию коллапса. Для профилактики этого осложнения во время выведения жидкости ассистент плотно стягивает живот широким полотенцем. После удаления жидкости троакар извлекают, на кожу в месте пункции накладывают швы (или плотно заклеивают стерильным тампоном с клеолом), накладывают давящую асептическую повязку, помещают на живот пузырь со льдом, назначают строгий постельный режим. Продолжать наблюдение за больным необходимо и после пункции с целью раннего выявления возможных осложнений.

Осложнения.

- Флегмона стенки живота вследствие нарушения правил асептики и антисептики.
- Повреждение сосудов брюшной стенки с образованием гематом брюшной стенки или кровотечения брюшной полости.
- Подкожная эмфизема стенки живота вследствие проникновения воздуха в стенку через прокол.
- Повреждение органов брюшной полости.
- Выделение жидкости из брюшной полости через пункционное отверстие, что связано с опасностью инфильтрации раны и брюшной полости.

## ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

Показания. У здорового человека в плевральной полости находится до 50 мл жидкости. При заболеваниях легких и плевры между листками плевры может скапливаться воспалительная или отечная жидкость, которая отягощает состояние больного и удаляется при плевральной пункции. Если в плевральной полости находится небольшое количество жидкости, то больному делают диагностическую пункцию для определения характера скопившейся жидкости и наличия в ней патологических клеток. Пункцию (прокол) плевры производят для уточнения диагноза, а также для удаления жидкого содержимого из полости плевры. С лечебной целью пункция плевры показана при экссудативных и гнойных плевритах, гемотораксе.

Оборудование и инструменты. Для такой пункции используют шприц на 20 мл и иглу длиной 7-10 см, диаметром 1-1,2 мм с круто скошенным острием, которая соединяется со шприцем через резиновую трубочку. На соединительную трубочку накладывают специальный зажим, чтобы во время пункции воздух не попал в плевральную полость. Для лабораторного исследования нужны 2-3 пробирки. Кроме того, готовят предметные стекла; йод, спирт; коллодий, стерильный лоток с тампонами, палочками с ватой, пинцетом; нашатырный спирт, кордиамин на случай обморочного состояния у слабых больных.

Методика. Больной сидит верхом на стуле, лицом к спинке стула. На ребро спинки кладут подушку, на которую больной опирается согнутыми в локтях руками. Голову можно слегка наклонить вперед или опустить на руки. Туловище немного наклонено в сторону, противоположную стороне пункции. Иногда предлагают больному скрестить руки на груди или положить руку со стороны пункции на голову, на противоположное плечо. Для удаления жидкости из плевральной полости производят пункцию в восьмом межреберье по задней подмышечной линии, а для удаления воздуха - во втором межреберье по средней ключичной линии. При свободном выпоте в плевральном мешке пункцию производят в наиболее низкой точке полости или ниже уровня жидкости, установленной

физикальным и рентгенологическим исследованием. Прокол плевры делают обычно в центре перкуторного притупления, чаще в седьмом- восьмом межреберье по задней подмышечной или лопаточной линии. Тщательно стерилизуют кожу этиловым спиртом, раствором йода. Пункцию производят по

верхнему краю ребра, что предупреждает повреждение межреберных сосудов и нервов. Предварительно выполняют местную анестезию раствором новокаина, который сестра набирает в шприц разового пользования. После местной анестезии мягких тканей прокалывают плевру, что ощущается чувством «провала» иглы. К этому моменту медицинская сестра собирает систему, состоящую из тройника с двумя кранами, один из которых соединен со шприцем, а другой - с аппаратом Боброва. После пункции плевры содержимое из плевральной полости насасывают в шприц. Медицинская сестра переключает переходник таким образом, что закрывается кран, соединяющий шприц с иглой и открывается кран в трубочку, ведущую в аппарат Боброва, куда выпускают жидкость из шприца. Данную процедуру повторяют многократно. При этом медицинская сестра по команде врача проводит подсчет пульса и частоты дыхательных движений, измеряет АД.

По окончании плевральной пункции сестра подает врачу ватный шарик, смоченный спиртом, для дезинфекции места пункции. Затем накладывает стерильную салфетку, фиксируя ее полоской лейкопластыря. После окончания процедуры больного транспортируют в палату на кресле, а дежурная медицинская сестра в течение суток следит за состоянием больного, в том числе за состоянием повязки.

После проведения пункции плевральное содержимое немедленно отправляют в лабораторию в специально маркированной пробирке или чашке Петри. Плевральную жидкость отправляют на анализ в стерильных пробирках с указанием фамилии больного и цели исследования. При значительном скоплении жидкости в плевральной полости можно пользоваться аппаратом Потена (плевроаспиратор). Аппарат представляет собой стеклянный сосуд вместимостью от 0,5 до 2 л с резиновой пробкой, закрывающей расположенное сверху горло сосуда. Через пробку проходит металлическая трубка, которая снаружи делится на 2 колена, закрывающиеся кранами. Одно колено служит для отсасывания насосом воздуха из сосуда и создания в нем отрицательного давления. Другое колено соединяют резиновой трубкой с иглой, находящейся в плевральной полости. Иногда в пробку плевроаспиратора вставлены 2 стеклянные трубки - короткая через резиновую трубку соединяется с насосом, а длинная соединена с резиновой трубкой, надетой на иглу.

Особенность проведения плевральной пункции при пневмотораксе. Помимо аспирации жидкости, пункция плевральной полости может потребоваться по экстренным показаниям при спонтанном пневмотораксе. Еще раз следует подчеркнуть, что пункцию плевры при пневмотораксе необходимо проводить во втором или третьем межреберьях по средней ключичной линии. Техника процедуры не отличается от описанной выше. При неклапанном пневмотораксе отсасывают воздух из плевральной полости шприцем или плевроаспиратором (осторожно). При клапанном пневмотораксе воздух постоянно поступает в плевральную полость во время вдоха, а обратный дренаж отсутствует, поэтому после пункции не накладывают зажим на трубку, а оставляют воздушный дренаж и срочно переправляют больного в хирургическое отделение.

## ЗОНДИРОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ И СВИЩЕЙ

Зондирование полостей и свищей - наиболее простой метод исследования, который может применяться в амбулаторных условиях. При помощи зондов можно определить размеры и содержимое полости, направление и протяженность

свищевого хода, присутствие в них инородных тел. Зонды стерилизуют по правилам асептики. Предварительно моделируют зонд по предполагаемой форме исследуемой полости или канала. Больного укладывают в удобное для зондирования положение, которое определяется ходом свища. Чаще всего зондируют свищевые ходы в области анального отверстия, копчика и

послеоперационных ран. Зонд берут тремя пальцами (большим, указательным и средним) и вводят в наружное отверстие свищевого хода. Осторожно, без насилия, медленно проводят зонд по каналу. При наличии препятствия стараются определить его причину. При помощи зондов можно проводить и различные лекарственные процедуры: введение в свищевые ходы и полости тампонов и дренажей с различными лекарственными препаратами.

Зонды - инструменты, предназначенные для исследования полости и ее содержимого, а также каналов, ходов тела человека как естественных, так и образованных в результате патологического процесса. Зонды также применяются в качестве проводников режущего инструмента и в качестве дилататоров.

Конструкция зондов, их форма и материал для изготовления зависят от цели, для которой они предназначены. Для зондирования зонды изготавливаются из легко гнущегося металла, зонды-проводники изготавливаются из гнущегося и обычной твердости металла, а для исследования содержимого полостей - из резины. В хирургии применяются пуговчатый и желобоватый зонды. Пуговчатый зонд представляет собой круглый, легко гнущийся металлический стержень длиной 15-20 см и толщиной 2-3 мм с булавовидным утолщением на одном или на обоих концах. Если булавовидное утолщение находится лишь на одном конце, то другой конец заканчивается или пластинкой, служащей рукояткой, или ушком, к которому привязывают нитку с резиновой дренажной трубкой. Таким зондом пользуются для проведения дренажа в нужном направлении.

В отоларингологии применяются пуговчатые зонды с рукояткой, находящейся под разным углом к стержню; в гинекологии - длинные, легко гнущиеся, металлические, пуговчатые зонды с нарезками и цифрами и без них. Желобоватый зонд представляет собой изогнутую желобом металлическую пластинку из гнущегося металла длиной 15-20 см и шириной 3-4 мм.

Один конец зонда закруглен, а к другому прикреплена металлическая пластинка с вырезкой посередине. Пластинка служит рукояткой и, кроме того, используется для фиксации и защиты языка при операции надсечения уздечки его. Желобоватый зонд также применяется в качестве проводника режущего инструмента при рассечении во время операции узких, ущемляющих колец, например при фимозе, ущемленной грыже, при непроходимости кишечника и пр. Кольцо рассекают по желобу зонда, введенного под кольцо. Это защищает от режущего



Пуговчатый зонд



зонд

Желобоватый

инструмента окружающие мягкие ткани. По желобу желобоватого зонда производят также рассечение свищевых ходов. Для этих же целей служит желобоватый зонд Кохера - металлическая негнувшаяся пластинка с закругленными краями. Одна треть зонда представляет собой овальную, немного вогнутую пластинку с тремя продольными желобами на вогнутой стороне. На суживающемся конце зонда имеется отверстие, куда продевают лигатурную нить. Остальные две трети зонда занимает более широкая пластинка, которая служит рукояткой. Зонд Кохера применяют также для тупого разъединения тканей (мышц, фасций) и послойного их рассечения при операциях на щитовидной железе, при аппендэктомии и пр.



зонд Кохера

Желобоватый

В глазной практике для слезопроводящих путей применяются главным образом в качестве дилататоров тонкие, цилиндрические, волосяные, двухсторонние зонды, к середине которых для удобства пользования припаяна тонкая металлическая пластинка. Эти же зонды применяются и для зондирования слюнных каналов.



Глазной зонд

## ПУНКЦИЯ СУСТАВОВ

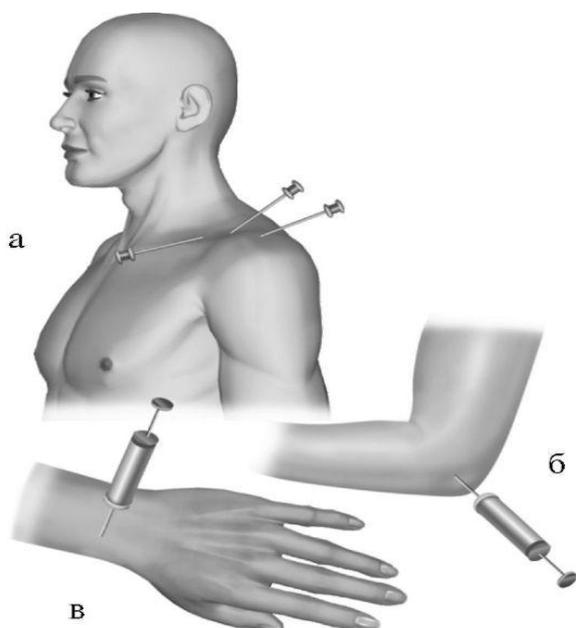
**Показания.** Пункция суставов применяется с диагностической и лечебной целями для определения характера содержимого в нем (выпот, кровь), удаления этого содержимого из полости сустава и введения антисептических растворов или антибиотиков. Для прокола пользуются 10-20-граммовым шприцем, снабженным толстой иглой, реже применяют тонкий троакар (для коленного сустава). Перед проколом сустава проводят подготовку инструментария, рук хирурга и операционного поля, как для всякого хирургического вмешательства.

**Обезболивание** - местная новокаиновая анестезия. Для выполнения прокола сустава рекомендуется, прежде чем сделать вкол иглы, кожу в этом месте сдвинуть пальцем в сторону. Этим достигается искривление раневого канала (где проходила игла) после того как игла будет извлечена, и кожные покровы встанут на место. Такое искривление раневого канала предохраняет от вытекания содержимого сустава после извлечения иглы. Иглу продвигают медленно, до появления ощущения, свидетельствующего о проколе капсулы сустава. После окончания операции иглу быстро извлекают и место прокола заклеивают коллодием или пластырем. Конечность обязательно иммобилизируют гипсовой повязкой или шиной.

## ПУНКЦИЯ СУСТАВОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

### Прокол плечевого сустава

Пункцию плечевого сустава при наличии соответствующих показаний можно производить как с передней поверхности, так и с задней. Для того чтобы сделать прокол сустава спереди, прощупывают клювовидный отросток лопатки и непосредственно под ним делают прокол. Иглу продвигают кзади, между клювовидным отростком и головкой плечевой кости, на глубину 3-4 см. Прокол плечевого сустава сзади проводят через точку, расположенную ниже заднего края верхушки акромиального отростка, в ямке, образованной задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем *m. supraspinatus*. Иглу проводят кпереди по направлению к клювовидному отростку на глубину 4-5 см



Пункция плечевого (а), локтевого (б) и лучезапястного (в) суставов

#### Прокол локтевого сустава

Руку сгибают в локтевом суставе под прямым углом. Вкол иглы производят сзади между латеральным краем olecranon и нижним краем epicondilis lateralis humeri, непосредственно над головкой лучевой кости. Верхний заворот сустава пунктируют над верхушкой локтевого отростка, продвигая иглу вниз и кпереди. Пункцию сустава по медиальному краю локтевого отростка не применяют из-за опасности повреждения локтевого нерва

#### Прокол лучезапястного сустава

Так как суставная капсула с ладонной поверхности отделена от кожи двумя слоями сухожилий сгибателей, то более доступным местом для пункции является тыльно-лучевая поверхность. Вкол производят на тыльной поверхности области сустава в точке пересечения линии, соединяющей шиловидные отростки лучевой и локтевой костей, с линией, являющейся продолжением второй метакarpальной кости, что соответствует промежутку между сухожилиями *m. extensor pollicis longus* et *m. extensor indicis*.

### ПУНКЦИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

#### Пункция коленного сустава

Показания: гемартроз, внутрисуставные переломы.

Техника. Обрабатывают кожу спиртом и йодом. С наружной стороны надколенника анестезируют кожу 0,5% раствором новокаина. Иглу направляют параллельно задней поверхности надколенника и проникают в сустав. Шприцем эвакуируют кровь из сустава. При наличии внутрисуставных переломов после удаления крови в сустав вводят 20 мл 1% раствора новокаина для анестезии места перелома.

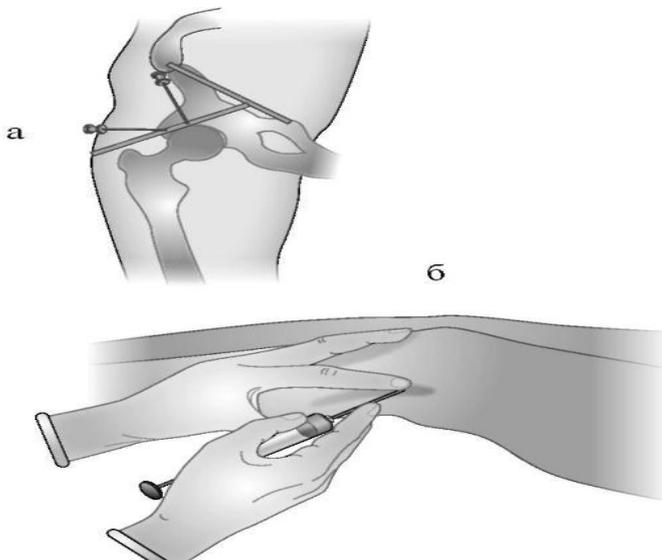


Пункция коленного сустава

Прокол верхнего заворота коленного сустава чаще всего производят у латерального края основания надколенника. Иглу продвигают перпендикулярно оси бедра под сухожилие четырехглавой мышцы на глубину 3-5 см. Из этой точки можно осуществить и пункцию коленного сустава. При этом иглу направляют вниз и внутрь между задней поверхностью надколенника и передней поверхностью эпифиза бедренной кости. Осложнений при соблюдении техники и асептики не наблюдается.

#### Пункция тазобедренного сустава

Пункцию тазобедренного сустава можно осуществить с передней и боковой поверхностей. Для определения точки вкола пользуются установленной схемой проекции сустава. Для этого проводят прямую линию от большого вертела к середине пупартовой связки. Середина этой линии соответствует головке бедра. В установленной таким способом точке делают вкол иглы, которую проводят перпендикулярно плоскости бедра на глубину 4-5 см, пока она не достигнет шейки бедра. Затем иглу поворачивают несколько кнутри и, продвигая ее вглубь, проникают в полость сустава. Пункцию верхнего отдела сустава можно произвести также над верхушкой большого вертела, проводя иглу перпендикулярно длинной оси бедра. По мере проникновения в ткани игла упирается в шейку бедра. Придав игле слегка краниальное направление (вверх), попадают в сустав.

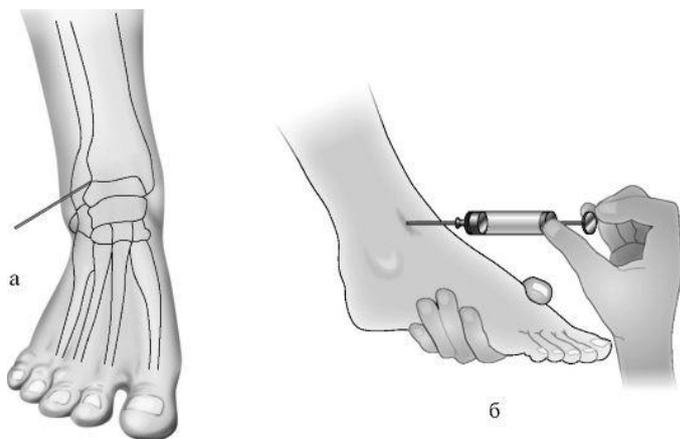


Пункция тазобедренного сустава.

а - схема пункции тазобедренного сустава; б - методика пункции тазобедренного сустава

#### Пункция голеностопного сустава

Пункцию голеностопного сустава можно осуществлять с наружной или внутренней поверхности. Для определения точки прокола пользуются схемой проекции сустава. Точка пункции по наружной поверхности сустава находится на 2,5 см выше вершины латеральной лодыжки и на 1 см кнутри от нее (между латеральной лодыжкой и *m. extensor digitorum longus*). Точка пункции по внутренней поверхности сустава расположена на 1,5 см выше медиальной лодыжки и на 1 см кнутри от нее (между внутренней лодыжкой и *m. extensor halucis longus*). После анестезии мягких тканей в намеченной точке производят пункцию сустава, вводя иглу между таранной костью и лодыжкой. Удаляют жидкость или кровь из полости сустава, при необходимости вводят лекарственное вещество (антибиотики, антисептики).



Пункция голеностопного сустава.

а - схема проекции голеностопного сустава; б - методика пункции голеностопного сустава

### ОСТАНОВКА НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Артериальное кровотечение распознают по алому цвету крови и ее пульсирующей фонтанообразной струе. Такое кровотечение наиболее опасно.

Венозное кровотечение, как правило, не столь интенсивно, струя может быть достаточно мощной, но не пульсирует, а течет непрерывно. Хотя при кровотечениях из подключичных или яремных вен кровь может вытекать прерывистой струей, синхронно дыханию. Цвет крови темно-вишневый.

При капиллярном кровотечении кровь темно-красная, течет со всей поверхности раны, отдельных кровоточащих сосудов не видно. Такое кровотечение наблюдается при неглубоких порезах кожи, ссадинах.

Смешанное кровотечение, как правило, сочетает в себе то или иное количество вышеперечисленных признаков.

### ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ СОСУДА

Метод применяется для временной остановки артериального кровотечения на конечностях, шее, голове. Прижатие производится выше кровоточащего места, там, где нет большого мышечного массива, где артерия лежит не очень глубоко и может быть придавлена к кости. Артерию

сдавливают пальцем, ладонью, кулаком в определенных точках.

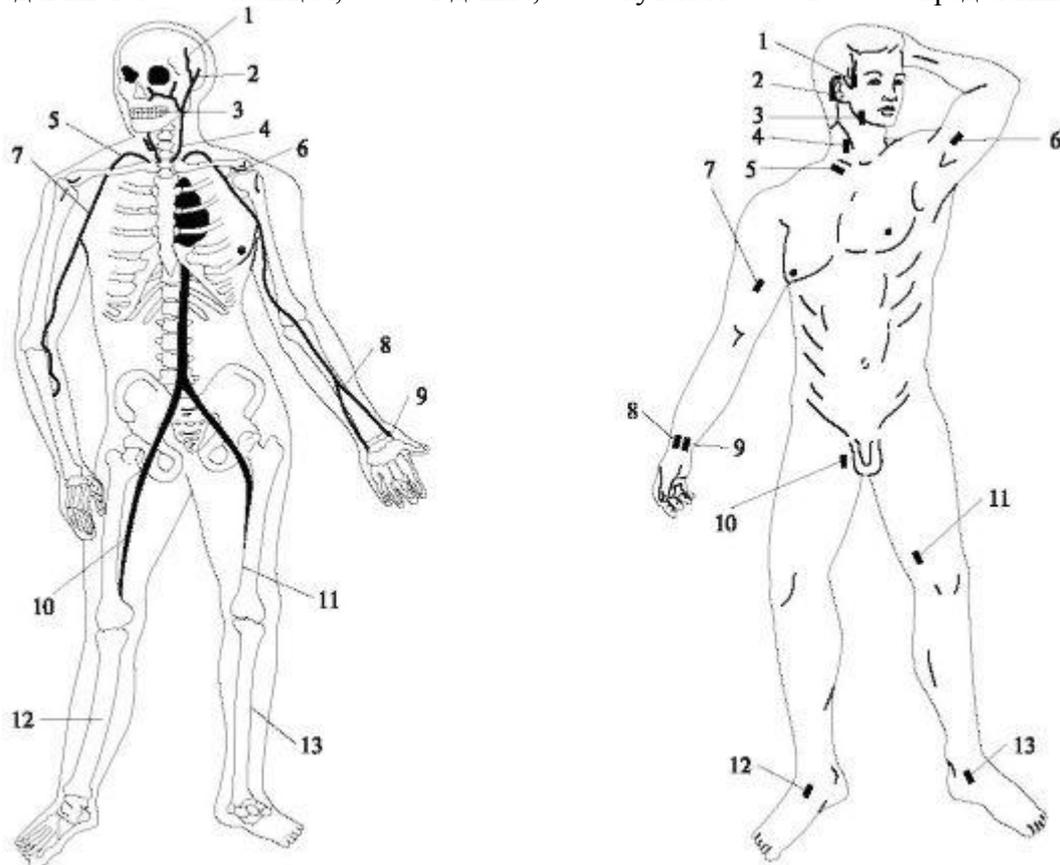


Рис. Временная остановка кровотечения пальцевым прижатием. 1 - височная; 2 - затылочная; 3 - челюстная; 4 - сонная; 5 - подключичная; 6 - подмышечная; 7 - плечевая; 8 - лучевая; 9 - локтевая; 10, 11 - бедренная; 12, 13 - большеберцовая артерия

Надключичная область - место сдавливания подключичной артерии, где ее прижимают к I ребру в точке, располагающейся над ключицей, тотчас кнаружи от места прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы к рукоятке грудины; в подмышечной ямке где подкрыльцовую артерию можно сдавить, прижав к головке плечевой кости; паховый сгиб - область для прижатия общей бедренной артерии к лонной кости; внутренняя поверхность двуглавой мышцы - для артерии руки; шея у внутреннего края грудино-ключичной мышцы, близ ее середины, зона, где сонная артерия прижимается к поперечному отростку VI шейного позвонка; по внутренней поверхности бедра в верхней и средней трети можно попытаться прижать бедренную артерию к бедренной кости; подколенную артерию сдавливают в подколенной ямке, к дистальной части бедренной кости при слегка согнутом коленном суставе; заднюю большеберцовую артерию можно сдавить сразу за внутренней лодыжкой; тыльная артерия стопы прижимается на передней поверхности стопы кнаружи от сухожилия разгибателя большого пальца; на лице можно легко найти поверхностную височную артерию, лежащую непосредственно на кости в точке, находящейся впереди от слухового прохода; кровотечение из щеки легко останавливается прижатием лицевой артерии к горизонтальной части нижней челюсти.

Показания: первые действия по остановке артериального кровотечения; первый перед применением других методов.

- Преимущества:
- быстрота (практически моментальное) применения;
  - возможность использования в анатомически сложных областях (голова, шея, подмышечная, подключичная, паховая области);
  - наиболее щадящий способ остановки кровотечения.

Недостатки:

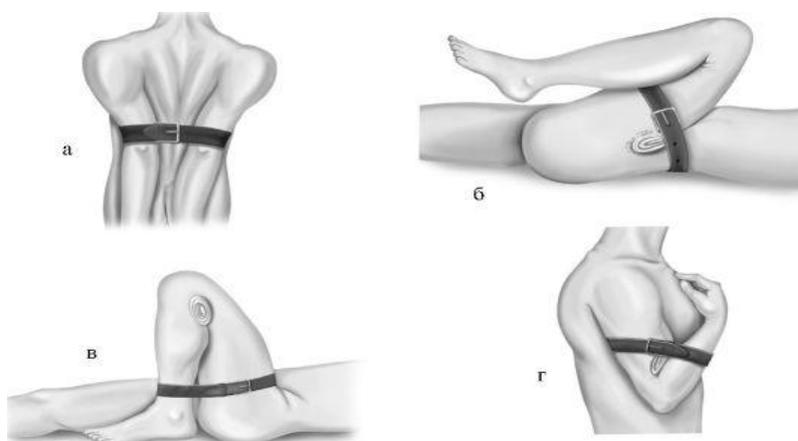
- при пальцевом прижатии сосуда сдавливаются располагающиеся рядом нервные стволы и весьма чувствительная надкостница, что достаточно болезненно;
- длительная остановка кровотечения этим методом невозможна вследствие быстрого утомления руки, оказывающей помощь;
- использование этого способа существенно уменьшает интенсивность кровотечения, но не прекращает его полностью из-за коллатерального кровотока;
- из-за анатомических особенностей расположения артерий (сонной подключичной, подкрыльцовой, подколенной) или сложного характера их повреждения пальцевое прижатие иногда оказывается неэффективно.

В отдельных случаях (наличие стерильных перчаток, хорошая визуализация источника кровотечения) пальцевое сдавление сосуда может быть произведено непосредственно в ране.

При ранениях вен также можно воспользоваться пальцевым прижатием, которое выполняется дистальнее раны.

### ВРЕМЕННАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ МАКСИМАЛЬНЫМ СГИБАНИЕМ КОНЕЧНОСТИ В СУСТАВЕ

Остановка кровотечения максимальным сгибанием в суставе возможна: при повреждениях подключичной и подмышечной артерий путем максимального заведения руки назад и прижатием ее к спине. Таким образом, артерия сдавливается между ключицей и I ребром; при ранении артерий верхней трети бедра и паховой области - сгибанием в тазобедренном суставе (б); при повреждении подколенной артерии - сгибанием коленного сустава (в); в локтевом суставе - при повреждении плечевой артерии в локтевом сгибе (г). Использование данного метода для остановки кровотечений из дистальных отделов конечности возможно, но не целесообразно, так как для таких повреждений существуют другие оптимальные способы.



Остановка кровотечения сгибанием конечности в суставе

Показания:

- остановка всех видов кровотечений из паховой, подколенной и локтевой области;
- первый этап перед применением других методов. Преимущества:
- быстрота применения;
- возможность использования в областях, где расположение сосудов глубоко и труднодоступно (паховая и подключичная область, подколенная и подмышечная ямка);
- возможность применения при минимуме перевязочного материала и подручных средств.

Недостатки:

- пересгибание конечности в суставе может оказаться неэффективно, особенно при повреждении подключичной вены;
- иногда этот способ может оказаться болезненным или некомфортным.

## ДАВЯЩАЯ ПОВЯЗКА

Наложение давящей повязки на область кровоточащей раны вызывает повышение внутритканевого давления и сдавливание просвета поврежденных сосудов, что содействует образованию внутрисосудистого тромба. Квалифицированное наложение давящей повязки способно остановить кровотечение даже из крупного артериального сосуда и в анатомически сложных областях.

Техника наложения давящей повязки: сначала следует проверить, не содержит ли рана чужеродных предметов (осколки стекла, куски дерева или металла), освободить место ранения от одежды и приподнять поврежденную конечность выше уровня сердца, при положении больного лежа. После этого на рану кладут несколько слоев стерильной марли, а при ее отсутствии - прокладку из чистой ткани (носовой платок, кусок простыни и пр.) и плотно прижимают края раны, одновременно сводя их друг с другом как можно ближе. Поверх марли для усиления сдавливания обязательно кладут подушечку из плотного комка ваты или свернутой ткани и туго бинтуют. Ситуация упрощается, если в наличие имеются официальные средства, в частности индивидуальный перевязочный пакет.

Показание: любое ранение, главным образом конечности.

Преимущество: наиболее щадящий и достаточно эффективный способ остановки любого кровотечения. Недостатки:

- не во всех случаях обеспечивает остановку кровотечения при ранении крупных артерий;
- сдавливание тканей вызывает нарушение кровообращения в периферических отделах конечностей.

## НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА

Среди различных способов временной остановки кровотечения наложение жгута является наиболее надежным и достаточно быстрым. Наложением жгута осуществляется круговое сдавливание мягких тканей конечности вместе с кровеносными сосудами и прижатие их к кости. Наложение жгута показано лишь при сильном артериальном кровотечении из артерии конечности, во всех остальных случаях применять данный способ не рекомендуется.

Наибольшее распространение получил эластический жгут Эсмарха. Он представляет собой крепкую эластичную резиновую трубку или полоску длиной до 1,5 м, к концам которой прикреплены цепочка и крючок, используемые для его закрепления, либо другие приспособления.

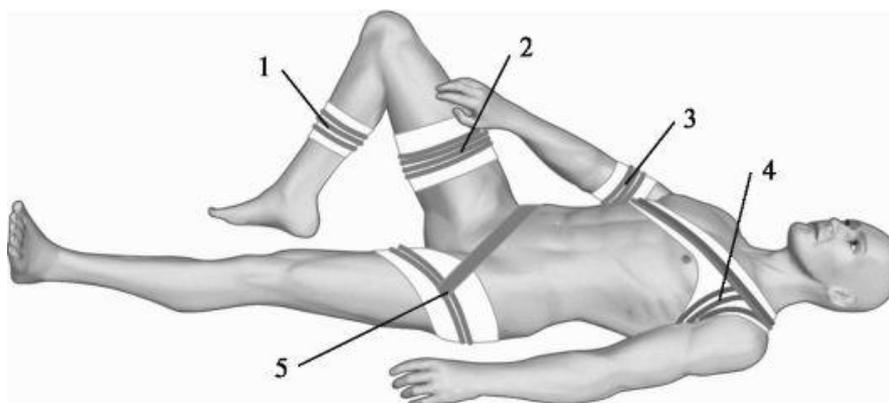
При отсутствии стандартного жгута возможно использование различных подручных устройств (закрутка, жгут с пелотом, любая прочная резиновая трубка диаметром 1-1,5 см, резиновый бинт, ремень, платок, кусок материи и др.), пневмоманжеты от тонометра

При этом лишь необходимо помнить, что грубые жесткие предметы, типа проволоки или веревки применять не рекомендуется из-за опасности повреждения нервов.

Техника наложения резинового жгута: для предупреждения ущемления кожи под жгут подкладывают полотенце, одежду раненого и т.д. Конечность несколько поднимают вверх, жгут подводят под конечность, растягивают и несколько раз обертывают вокруг конечности, не ослабляя натяжения, до прекращения кровотечения. Туры жгута должны ложиться рядом друг с другом, не

ущемляя кожи. Концы жгута фиксируют при помощи цепочки и крючка поверх всех туров. Ткани должны стягиваться лишь до остановки кровотечения.

При правильно наложенном жгуте артериальное кровотечение немедленно прекращается, конечность бледнеет, пульсация сосудов ниже наложенного жгута прекращается. Чрезмерное затягивание жгута может вызвать размозжение мягких тканей (мышцы, нервы, сосуды) и стать причиной развития параличей конечностей. Слабо затянутый жгут кровотечения не останавливает, а наоборот, создает венозный застой (конечность не бледнеет, а приобретает синюшную окраску) и усиливает венозное кровотечение. Жгут должен лежать так, чтобы он бросался в глаза. После наложения жгута следует провести иммобилизацию конечности. В связи с полным прекращением кровообращения в конечности при наложении кровоостанавливающего жгута создается прямая угроза омертвления, поэтому жгут не должен сдавливать конечность более 2 ч. Однако если есть возможность, то каждый час жгут надо снимать и проверять, не остановилось ли кровотечение и не пора ли заменить жгут давящей повязкой. Если оно продолжается, кровоточащую артерию надо прижать на протяжении, а жгут повторно наложить через 15 мин несколько выше или ниже. И опять не более чем на час. В сопроводительном документе раненого или на кусочке белой клеенки, прикрепленном к жгуту, необходимо обязательно указать точное время (часы, минуты) наложения жгута, подпись оказавшего помощь. Типичные места наложения жгута Эсмарха для остановки кровотечения указаны на рис. Однако существует мнение, что наложение жгута на предплечье некоторыми считается мало эффективным вследствие глубокого расположения сосудов между двумя костями предплечья. Кроме того,



Типичные места наложения жгута Эсмарха для остановки кровотечения.

1 - на голень; 2 - на бедро; 3 - плечо; 4 - плечо (высокое) с фиксацией к туловищу;

5 - на бедро (высокое) с фиксацией к туловищу

следует помнить о том, что наложение жгута на середине плеча противопоказано из-за возможности сдавливания лучевого нерва.

Показания:

- травматическая ампутация конечности;
- невозможность остановить кровотечение другими известными средствами.

Преимущества:

- достаточно быстрой и самый эффективный способ остановки кровотечения из артерий конечности.

Недостатки:

- применение жгута ведет к полному обескровливанию дистальных отделов конечностей за счет сдавления не только поврежденных магистральных сосудов, но и коллатералей, что в течение более 2 ч может привести к гангрене;
- сдавливаются нервные стволы, что является причиной посттравматических плекситов с последующим болевым и ортопедическим синдромом;

- прекращение кровообращения в конечности снижает сопротивляемость тканей инфекции и уменьшает их регенеративные способности;
- использование жгута может стать причиной выраженного ангиоспазма и привести к тромбозу оперированной артерии;
- восстановление кровообращения после применения жгута способствует развитию турникетного шока и острой почечной недостаточности;
- использование жгута невозможно на туловище или ограничено в анатомически трудных областях.

Ошибки:

- использование его без показаний т.е. при венозном и капиллярном кровотечении;
- наложение на голое тело;
- далеко от раны;
- слабое или чрезмерное затягивание;
- плохое закрепление концов жгута;
- отсутствие сопроводительной записки;
- использование более 2 ч;
- закрытие жгута повязкой или одеждой.

Противопоказания: не рекомендуется накладывать жгут на конечности, пораженные острой хирургической инфекцией, или при поражении сосудов (артериосклероз, тромбофлебит и др.), так как это может способствовать распространению процесса или развитию эмболии.

Техника кругового перетягивания конечности скручиванием подсобных средств: применяемый для закрутки предмет свободно завязывают на нужном уровне. В образованную петлю проводят палку или дощечку и, вращая ее, закручивают петлю до полной остановки кровотечения, после чего палку фиксируют к конечности. Наложение закрутки - довольно болезненная процедура, поэтому необходимо под закрутку, особенно под узел, что-либо подложить. Все ошибки, опасности и осложнения, наблюдаемые при наложении жгута, и область применения, полностью относятся и к закрутке.

Хотелось бы еще раз акцентировать внимание на том, что по опыту сосудистой хирургии необоснованное применение жгута имеет место в 70-80% случаев. Это происходит в случаях повреждения вен, разможжениях конечности, ушибленных и рваных ранах, когда достаточно эффективна правильно наложенная давящая повязка.

## ТАМПОНАДА РАНЫ

Эффективный способ остановки кровотечения в анатомически сложных областях таз, шея, живот, грудь, ягодицы, т.е. там, где магистральные артерии расположены достаточно глубоко за слоем мышц и применение жгута и давящей повязки проблематично. Особенно это целесообразно при наличии узких раневых каналов в большом мышечном массиве (ранение подключичной, подкрыльцовой артерии).

Для тампонады раны марлевый тампон вводят инструментом, туго заполняя раны с усилием необходимым для остановки кровотечения.

Показания: кровотечения из ран на туловище и шее.

Преимущества: возможность эффективного и безопасного применения в анатомически сложных зонах.

Недостатки:

- трудности применения на догоспитальном этапе;
- наличие практических навыков;
- возможность инфицирования раны и распространения продолженного тромбоза.

## МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Для остановки капиллярных и паренхиматозных кровотечений либо кровотечений из некрупных сосудов мышц и костей, особенно у больных со склонностью к гипокоагуляции, кровоостанавливающее действие усиливается при применении гемостатической губки. Использование губки при кровотечениях из крупных сосудов неэффективно.

Гемостатическая губка (гемостатическая губка с амбеном, гемостатическая губка коллагеновая, «Тахокомб»): внешне имеет вид пластины из высушенной пены и представляет собой нативную плазму с добавлением тромбoplastина и хлорида кальция. Современная ее модификация сделана из животного коллагена со связанным с ним факторами свертываемости крови: тромбином, фибриногеном и ингибиторами фибринолиза. После контакта с кровоточащей раной или другими жидкостями факторы свертывания крови растворяются и создают связи между носителем - коллагеном и раневой поверхностью. Расщепляя пептиды, тромбин конвертирует фибриноген в фибрин. Подобно двухкомпонентному клею раневая поверхность и коллаген склеиваются вместе во время полимеризации. Ингибиторы фибринолиза предотвращают преждевременное растворение фибрина плазмином. Компоненты губки деградируют в организме под действием ферментов в пределах 3-6 недель.

Методика применения: соблюдая стерильность, ножницами вскрывают пакет и достают пластину с губкой. Дозировка зависит от размера раны, которая должна быть закрыта. Пластина с гемостатиком должна закрывать область, на 1-2 см большую, чем непосредственная поверхность раны. Если для этого требуется несколько пластин, они должны накладываться друг на друга краями. Если рана небольшая, то препарат можно резать стерильными ножницами до необходимого размера. Перед наложением на поверхность раны кровь должна быть максимально удалена, что достигается быстрым осушиванием марлевыми салфетками. После чего кусочки губки придавливаются марлевым шариком к кровоточащей поверхности в течение 3-5 мин. Губка может помещаться в марлевый тампон для рыхлой тампонады полости. Тампон извлекают через 24 ч. При необходимости измельченной губкой покрывают всю раневую поверхность, также допустимо распылять шприцем или распылителем.

Показания:

- капиллярные и паренхиматозные кровотечения, кровотечения из костей, мышц, носовые, десневые и др. наружные кровотечения;
- те же виды кровотечений у больных с нарушением свертываемости крови (тромбоцитопеническая пурпура, лейкозы, геморрагические тромбоцитопатиями, болезнь Рандю-Ослера, цирроз печени, местном повышении фибринолитической активности крови и общем фибринолизе и др.);
- продолжающееся кровотечение при использовании давящей повязки и тампонады раны.

Преимущества: высокая эффективность и безопасность.

Недостатки: возможны аллергические реакции.

## НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЗАЖИМА

В качестве способа временной остановки кровотечения в условиях оказания первой медицинской помощи данный метод применяют в исключительных случаях при кровотечениях из глубоко лежащих сосудов таза и брюшной полости. Наложение кровоостанавливающего зажима на поврежденный сосуд с оставлением его в ране является одним из наиболее надежных способов остановки кровотечения.

Техника применения: если источник кровотечения четко не визуализируется, края раны раздвигают крючками. Накладывать желателен стерильный, кровоостанавливающий зажим следует осторожно, в «сухой» ране, как можно ближе и перпендикулярно к месту повреждения сосуд. Это необходимо для того, чтобы не выключать коллатерали и не нанести дополнительную травму

артерии, что может усложнить выполнение восстановительной операции на сосудах. Зажимы оставляют в ране и закрывают асептической повязкой.

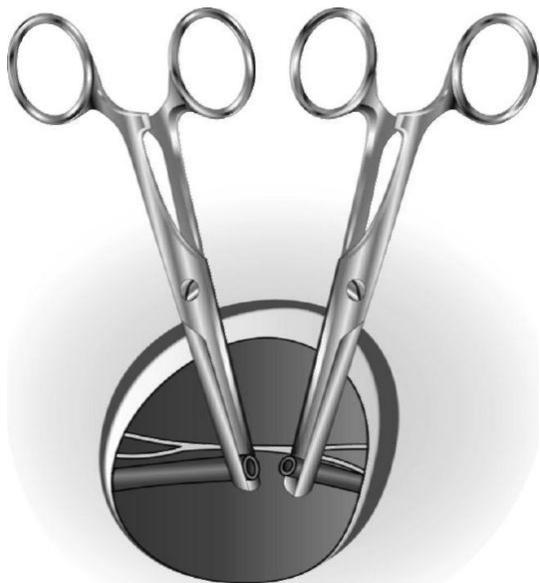
Показания: зияющие раны с четкой визуализацией источника кровотечения в сложных анатомических зонах при невозможности и неэффективности других способов.

Преимущества:

- высокая эффективность;
- сохранение коллатерального кровообращения.

Недостатки:

- опасность повреждения близлежащих нервов;
- вероятность раздавливания сосудов на большом протяжении;
- необходимость хирургических навыков.



#### Наложение кровоостанавливающих зажимов на сосуд в ране

Наложение кровоостанавливающих зажимов в ране в качестве способа временной остановки кровотечения на артериальные не магистральные сосуды может быть и способом окончательной остановки кровотечения. Для этого поврежденный сосуд под зажимом нужно перевязать стерильной тонкой нитью. При кровотечении, чтобы кровотечение из мелких сосудов окончательно остановилось, иногда достаточно зажим наложить и подержать в течение 10-15 мин, а затем, закрутив несколько раз по оси, снять.

Таким образом, алгоритм остановки наружного кровотечения выглядит следующим образом: прежде всего определяют вид кровотечения, которое может быть артериальным (магистральным, не магистральным) венозным, капиллярным и смешанным.

Капиллярное кровотечение останавливают наложением обычной повязки. Кровоостанавливающее действие усиливается при рыхлом тампонировании раневой поверхности стерильными салфетками с 3% перекисью водорода либо при наложении на рану гемостатической губки.

Венозное кровотечение - давящая повязка при травме конечностей, на туловище и шее - тампонада раны. На время подготовки перевязочного материала кровотечение можно уменьшить, подняв конечность вверх, прижав пальцем поврежденный сосуд (дистальнее) раны, или, в крайнем случае, положив дистальнее раны «венозный жгут», сдавливающий только вены и не нарушающий артериальное кровообращение. Об эффективности «венозного» жгута судят по прекращению кровотечения при отчетливой пульсации артерий ниже раны.

Артериальное кровотечение из немагистрального сосуда останавливается, как и венозное, давящей повязкой или тампонадой. Для подготовки к наложению повязки кровоточащий сосуд сжимают выше (проксимальнее) раны. При артериальном кровотечении из магистрального сосуда в качестве

первой меры следует производить пальцевое сдавление или максимальное сгибание в суставе, а затем накладывать давящую повязку. Если повязка промокает кровью («капает»), выше раны следует наложить жгут и вновь попытаться осуществить гемостаз давящей повязкой, усилив локальное сдавление поврежденного участка или зафиксировав конечность в положении максимального сгибания. Только неэффективность этих мер диктует необходимость применения жгута. Кровотечение из анатомических областей, недоступных для давящей повязки и жгута, останавливают тампонадой, а при ее неэффективности - кровоостанавливающим зажимом.

Во всех случаях после временной остановки кровотечения необходимо приподнять травмированную конечность выше туловища, что уменьшает поступление крови, улучшает возможность для образования тромба. Подводя итог вышесказанного, хотелось бы подчеркнуть, что судьба пострадавшего с наружным кровотечением зависит прежде всего от быстрых и правильных действий лиц, оказывающих первую медицинскую помощь, и оказывают ее не сосудистые хирурги, а врачи общей практики.

#### Условия и требования к внутрисуставному и периартикулярному введению глюкокортикостероидных (ГКС) препаратов

Методические указания №2001/25 Министерство здравоохранения Российской Федерации

#### Показания к внутрисуставному и периартикулярному введению глюкокортикостероидных препаратов:

1. Активный артрит, особенно с выпотом в полость сустава (при ревматоидном артрите, серонегативных спондилоартритах, системных заболеваниях соединительной ткани и др.).
2. Реактивный синовит различного генеза (при остеоартрозе, подагрическом артрите, травме и др.).
3. Периритриты, тендиниты, тендовагиниты, бурситы, энтезиты и др. - неинфекционного генеза! При определении показаний к локальному введению ГКС-препаратов необходимо учитывать следующие моменты:
  - А. Методика используется предпочтительно при наличии воспаления в ограниченном числе суставов и/или периартикулярных структур.
  - Б. В случае распространенного поражения препарат вводится в наиболее воспаленный(ые) сустав(ы).
  - В. Локальная терапия ГКС-препаратами также показана при необходимости ликвидации (уменьшения) воспаления и болей в суставе или околоуставных мягких тканях у пациентов с противопоказаниями к другим видам терапии (лекарственная аллергия, язвенная болезнь верхних отделов ЖКТ в стадии обострения и др.) или при недостаточной эффективности системного противовоспалительного лечения.

#### Противопоказания к локальной терапии глюкокортикостероидными препаратами

Абсолютные:

1. Инфекционный (септический) воспалительный процесс в суставе или околоуставных тканях, общее инфекционное заболевание.
2. Патологическая кровоточивость (эндогенная или вызванная применением антикоагулянтов).
3. Отсутствие признаков воспаления в суставе - "сухой сустав", невоспалительный характер боли (например: остеоартроз без синовита).
4. Выраженная костная деструкция и деформация сустава (резкое сужение суставной щели, анкилоз), нестабильность сустава как исход артрита.
5. Асептический некроз формирующих сустав эпифизов костей, выраженный околоуставной остеопороз, чрессуставной перелом кости.

Относительные:

1. Общее тяжелое состояние пациента.

Неэффективность (или кратковременность) действия двух предыдущих инъекций (с учетом нижеуказанных индивидуальных свойств применявшихся ГКС-препаратов).

Материально-техническое обеспечение метода. Для проведения внутри- или околоуставных манипуляций с введением ГКС-препаратов в стационаре и/или в поликлинике оборудуется отдельный процедурный кабинет, соответствующий по асептическим свойствам чистой перевязочной, с предпроцедурной. Пациент снимает шерстяную и мешающую одежду, надевает чистую сменную обувь (тапочки), при длинных волосах - косынку на голову. В кабинете должны находиться:

- кушетка (стол) для пациента высотой 75-85 см для проведения манипуляций на нижних конечностях; возле кушетки (стола) желательно иметь деревянные ступеньки для больного;
- стул и столик для больного при работе на верхних конечностях;
- шкафчик с аптечкой неотложной помощи, включая ампулы седуксена или реланиума);
- столик для бикса со стерильным материалом, флаконами с 70-90% спиртом и раствором йода, ампулами с физиологическим раствором и анестетиками (2% лидокаин -; 0,5% новокаин); бактерицидным пластырем; ампулами (флаконами) с лекарственными ГКС-препаратами для внутрисуставного введения:
  - дипроспан - в 1 ампуле 7 мг бетаметазона, трикорт - или кеналог - в 1 флаконе 40 мг триамсинолона, метипред - в 1 флаконе 40 мг метилпреднизолона, гидрокортизон-ацетат в 1 флаконе 125 мг, в 1 ампуле - 50 мг препарата;
- стерильные шприцы (одноразовые) 2, 5 и 20 мл атравматичные одноразовые иглы диаметром 1,2-2,0 мм;
- стерильные резиновые перчатки;
- штатив с пробирками для синовиальной жидкости, направляемой на исследование в лабораторию;
- емкость (лоток, тазик) для слива получаемой при пункции сустава жидкости;
- столик (тумбочка) для медицинских документов, включая журнал для ежедневной регистрации выполняемых в кабинете процедур;
- клеенчатые подкладные (под конечности) подушечки размером 15x30 см и 25x40 см.

Процедуру проводит врач, владеющий техникой внутрисуставного и периартикулярного введения ГКС-препаратов. Врач нехирургического профиля должен получить специальную подготовку по данной методике и иметь соответствующий сертификат. При выполнении процедуры врачу должна помогать медицинская сестра, владеющая элементами работы операционной сестры. Врач и медсестра одеты в чистые халаты, шапочки и маски. Врач работает в стерильных перчатках, обрабатывая их после каждого больного спиртом. Больной предварительно должен принять душ (ванну) и надеть чистое белье. Предполагаемое место инъекции при необходимости должно быть выбрито.

Описание метода. Алгоритм проведения внутрисуставного или околоуставного введения ГКС-препаратов в каждом случае состоит из следующих этапов:

1. Постановка общего диагноза (при его отсутствии). Оценка локального - суставного, периартикулярного - статуса пациента. Определение наличия показаний и отсутствия противопоказаний к локальному применению ГКС-препаратов. Определение места (сустава, области) планируемой инъекции. Получение информированного согласия больного на выполнение данной процедуры. После выполнения вышеуказанных предварительных действий приступают к следующему этапу.
2. Выбор препарата. Требуется соблюдение ряда условий и учет индивидуальных свойств

препаратов.

А. При выраженном локальном воспалении и боли, преимущественно у больных с хроническими ревматическими заболеваниями, предпочтительно использовать ГКС-препараты длительного действия:

а) дипроспан (бетаметазон)

включает быстро- и медленно растворимые соли, обладает быстрым (через 1-3 часа после введения) и пролонгированным противовоспалительным и обезболивающим действием (до 4-6 недель), не вызывает местных микрокристаллических реакций, не оказывает местнодистрофического действия на ткани, широко рекомендуется как для внутрисуставного, так и периартикулярного введения при различных артритах, вторичных синовитах, бурситах, периартритах и т.п., назначается как однократно (при локализованном воспалении), так и повторно (при наличии соответствующих показаний);

б) трикорт, кеналог (препараты триамсинолона)

длительность противовоспалительного и анальгезирующего эффекта - до 3-4 недель, могут вызывать через 6-12 час после инъекции кратковременное микрокристаллическое воспаление сустава (предупреждать пациента!), обладают выраженным местнодистрофическим действием вплоть до развития локализованной атрофии кожи, сухожилий, нервных стволов при повторных введениях, используются только для введения в полость сустава или бursы (артриты, синовиты, бурситы), не показан для периартикулярного применения в мягкие околосуставные ткани (при периартритах, энтезитах, тендовагинитах и др.), не рекомендуется для повторного введения в суставы кистей (во избежание нежелательного косметического эффекта - кожной атрофии), особенно у детей и женщин.

Б. При умеренно выраженном местном воспалительном процессе может использоваться препарат средней длительности действия:

метипред (метилпреднизолон)

обладает умеренным противовоспалительным и обезболивающим эффектом, длительность действия до 1,5-2 недель, может вызвать через 1-3 часа после введения кратковременное локальное микрокристаллическое воспаление сустава (предупреждать пациента!), не вызывает местнодистрофического действия, рекомендуется и для внутри- и для околосуставного введения, в том числе - повторного, при умеренно выраженных локальных воспалительных и болевых синдромах, связанных с ревматическими заболеваниями, посттравматическими реакциями и др.

В. При умеренно и слабо выраженных артритах, вторичных синовитах, бурситах и околосуставных процессах возможно применение короткодействующего препарата:

гидрокортизон-ацетат

обладает более слабым, по сравнению с другими, действием, длительность эффекта - до 1-1,5 недель, нередко вызывает кратковременное локальное микрокристаллическое воспаление (предупреждать пациента!), не обладает местнодистрофическим эффектом, может назначаться как однократно, так и повторно.

3. Определение дозы препарата. Содержимое 1 ампулы или флакона каждого из

вышеперечисленных ГКС-препаратов соответствует 1 целой дозе. Непосредственно перед введением все ГКС-препараты (кроме гидрокортизона) обычно разводятся стерильным физраствором или 0,5% раствором новокаина (3-5 мл - для крупного и среднего сустава, 1 мл - для мелких суставов). Доза вводимого препарата зависит от размера сустава: в крупный сустав (коленный, плечевой) вводится 1 целая доза (содержимое 1 ампулы или флакона).

Инъекции ГКС в тазобедренный сустав должны проводиться только при наличии абсолютных показаний, преимущественно в условиях стационара, выполнять процедуру должен только опытный специалист.

в средние суставы (локтевые, голеностопные, лучезапястные) вводится не более 1/2 дозы препарата, в мелкие суставы (межфаланговые, пястно- и плюснефаланговые) вводится по 1/4-1/5 дозы (по 0,2-0,3 мл разведенного в 1 мл препарата).

4. Определение кратности процедур и промежутка между ними. Однократная процедура состоит обычно из введения препарата в 1 крупный, или 2 средних, или 3-5 мелких суставов. Кратность определяется индивидуально: оцениваются результаты каждой предыдущей процедуры, устанавливаются показания для ее повторения. Назначение (применение) инъекционных ГКС-препаратов внутри- или околоуставно в виде "курса" недопустимо! В случае недостаточного (кратковременного) эффекта после первой инъекции возможно ее повторение через 4-5 дней. При неэффективности последней - отказ от дальнейшей локальной терапии ГКС!

Промежуток между повторными инъекциями длительно действующих препаратов в один и тот же сустав должен быть не менее 1-2 месяцев, среднедействующих - 2-3 недели, короткодействующих - 5-7 дней: при несоблюдении указанных промежутков имеется опасность проявления нежелательного системного эффекта ГКС и развитие (усиление) дистрофических процессов в суставном хряще и подлежащей кости (вплоть до асептического некроза). В случаях выраженного обострения полиартрита возможно проведение серии из 2-3 в/суставных инъекций в течение 2-3 недель (по 1 процедуре в неделю) в различные воспаленные суставы.

5. Проведение процедуры. Внутри- или периартикулярное введение ГКС-препаратов производится после выполнения предыдущих этапов при строгом соблюдении всех вышеуказанных условий и требований. Процедура выполняется в соответствии с техническими правилами, известными владеющему методикой специалисту. При проведении манипуляции целесообразно дополнительно к вышесказанному выполнить следующие действия:

- пациенту с повышенной психоэмоциональной реактивностью предварительно ввести подкожно седуксен (реланиум),
- при манипулировании на мелких суставах конечностей предупредить пациента об особой болезненности этой процедуры,
- при наличии выпота - перед введением ГКС-препарата - эвакуировать воспалительную жидкость из полости сустава,
- после проведения манипуляции, особенно на нагрузочном суставе, обеспечить максимально возможный покой конечности в течение 3-4 часов,
- в медицинском документе пациента (амбулаторная карта, история болезни) и в регистрационном журнале сделать запись о выполненной процедуре с указанием даты, ФИО пациента (в журнале), локализации инъекции, названия и дозы введенного препарата и подписью врача, выполнившего процедуру

Эффективность использования метода. При строгом соблюдении вышеприведенного алгоритма, выполнении условий и требований всех его этапов, безусловном учете индивидуальных показаний и противопоказаний и технически правильном проведении манипуляции, местный противовоспалительный и обезболивающий эффект достигается в 85-90% случаев, при этом опасность развития осложнений практически отсутствует. Ценность метода повышается в связи с возможностью его использования не только в стационаре, но

и в поликлинике. Внутрисуставное введение ГКС-препаратов применяется в клинике института каждому 3-му больному. В специально оборудованном процедурном кабинете поликлиники института за год выполняется 2,5-3 тыс. внутрисуставных и периартикулярных манипуляций. Локальное введение ГКС-препаратов как вспомогательный метод лечения ревматологического больного позволяет сократить время госпитализации на 5-10 дней. До 50-70% амбулаторных больных с воспалительным процессом, ограничивающимся 1-2 локализациями, сохраняют или быстро восстанавливают трудоспособность после 1-2 процедур. Метод нашел широкое применение во многих ЛПУ России, но должен применяться при условии неукоснительного выполнения всех положений настоящего Указания.

Заболевания околосуставных мягких тканей: клиника, особенности локальной терапии кортикостероидами.

Важность вопроса: Группа больных с воспалительными процессами в околосуставных мягких тканях многочисленна в практике врачей общего профиля, невропатологов, ревматологов. В то же время не всегда уделяется должное внимание дифференциальной, а, самое главное, топической диагностике этих состояний. В данном случае это вряд ли оправдано, так как все подобные процессы, как правило, легко поддаются локальной терапии анестетиками и кортикостероидами при условии точного введения препарата в очаг поражения. С другой стороны - отсутствие эффективной терапии может значительно снижать функциональную способность больного, вплоть до инвалидизации (например - фиброзирующий капсулит плеча, как следствие плохо леченого плече - лопаточного периартрита и т.д.)

Общие положения: К околосуставным тканям относят сухожилия мышц, их синовиальные влагалища, места прикрепления сухожилий к кости - энтезисы, слизистые сумки -бурсы, связки, фасции, апоневрозы, мышцы, окружающие сустав. Воспалительный процесс может быть локализован в любом из этих образований и, соответственно, быть определен как тендинит (воспаление сухожилия), тендовагинит (воспаление сухожильного влагалища), бурсит (воспаление сумки), тендобурсит (воспаление сухожилия и сумки), энтезиты/энтезопатии (воспаление энтезисов), лигаментиты (воспаления связок), фиброзиты (воспаления апоневрозов и фасций), миотендиниты (воспаление участков мышц прилегающих к сухожилию).

На практике часто пользуются термином -периартрит для описания поражения любых околосуставных мягкотканых структур. Как уже говорилось, для успешной терапии нужно стремиться к более точной топической диагностике, пытаться ответить на вопрос "Что поражено?" - сухожилие, bursa и т.д., и какая конкретно мышца или сумка. Так, например, под обобщенным диагнозом - плече - лопаточный периартрит, часто скрываются различные по локализации процессы - субакромиальный бурсит, субдельтовидный бурсит, тендинит длинной головки бицепса, тендинит подостной мышцы и т.д. Отдифференцировать эти состояния возможно даже не прибегая к специальным методам исследования

Этиология и патогенез: Все заболевания околосуставных мягких тканей можно разделить на: 1. первично-воспалительные, когда воспалительный процесс переходит с прилежащих структур, чаще всего с суставов при артритах. 2. первично-дегенеративные, когда развитие воспаления связано с микротравматизацией сухожилий, связок при чрезмерных нагрузках и (или) при нарушении трофики в мягких тканях. Нейротрофические расстройства способствуют более частому развитию плече-лопаточного периартрита (ПЛП) у лиц с корешковыми синдромами в шейном отделе позвоночника. Эти же механизмы лежат в основе возникновения ПЛП после перенесенного инфаркта миокарда. Эндокринные нарушения, вызывающие ухудшение обменных процессов в тканях, объясняют более частое развитие периартритов у женщин в период менопаузы. У больных с врожденной неполноценностью соединительной ткани (диффузной дисплазией соединительной

ткани) микротравматизации сухожилий и связок возникают даже при незначительных физических нагрузках, с последующим развитием воспалительных явлений. Эта ситуация чаще всего является причиной болей в области суставов у лиц молодого возраста.

Общие принципы диагностики: Клинически - поражения околоуставных мягких тканей проявляются болью в области сустава и двигательными расстройствами. В этой ситуации диф.диагноз прежде всего проводится с поражением собственно суставов (см. таблицу).

#### Определение характера поражения опорно-двигательного аппарата

ПРИЗНАК	АРТРИТ	ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ТКАНЕЙ
Характер боли	Постоянная, как в покое, так и при движении	Возникает при определенных движениях
Локализация боли	Разлитая, по всей проекции сустава	Локальные, больной указывает точку максимальной боли
Активные и пассивные движения	Уменьшение объема как активных, так и пассивных движений	Уменьшение объема активных при сохранении объема пассивных движений
Характер отечности	Определяется выпот в суставе, утолщение синовиальной оболочки	Асимметрия, связь отечности с конкретной бурсой, сухожильным влагалищем

Из инструментальных методов для диагностики периартикулярных поражений используется термографическое исследование, основанное на разнице температурных градиентов ( $d T$ ). Увеличение  $d T$  наблюдается при синовитах и периаартритах, но значение его при периаартритах значительно ниже. Для точной топической диагностики периартикулярных поражений с успехом используется ультразвуковое исследование суставов, которое помогает выявить наличие экссудата в bursaх и синовиальных влагалищах, латентно протекающие разрывы сухожилий и связок, увидеть точную локализацию очага воспаления.

Общие подходы к лечению:

- 1) Исключение провоцирующих факторов - ограничение нагрузки на пораженную конечность, при выраженном воспалении - полный покой конечности.
- 2) Противовоспалительная терапия - НПВС, местное использование мазей с противовоспалительным действием (Фастум-гель, Долгит, Диклофенак-гель и т. д.), компрессы с 30-50% р-ром димексида на зону наибольшей болезненности, локальное введение кортикостероидов в пораженную структуру.
- 3) Улучшение обменно - трофических процессов - после уменьшения выраженности воспалительной р-ии (уменьшение болевого синдрома, отсутствие ночных болей) - магнитотерапия, лазеротерапия, эл/форез с димексидом, рапой, грязевые аппликации
- 4) Реабилитация - ЛФК. При стихании воспалительных явлений, но сохраняющемся снижении объема активных движений - массаж с разработкой сустава, бальнеотерапия.

## Локальная терапия кортикостероидами больных с воспалением околосуставных тканей.

При отсутствии противопоказаний к данному виду лечения, нет смысла медлить с проведением этой процедуры. Больные, как правило, хорошо переносят инъекции. При соблюдении техники и использовании современных препаратов осложнения практически отсутствуют, а, при правильной топической диагностике и введении препарата точно в очаг воспаления, удается быстро купировать воспалительный процесс, и избежать перехода заболевания в хронические формы, трудно поддающиеся терапии.

Для периартикулярного введения лучше использовать препараты группы Бетаметазона - целестон (короткодействующий) или дипроспан (длительнодействующий). Возможно так же использование гидрокортизона. Препараты вводятся с местными анестетиками (новокаином или лидокаином) в одном шприце. Дозы и число инъекций зависят от локализации. Использование препаратов триамсинолона (кеналог) для лечения тендинитов нежелательно, т.к. они могут вызывать дистрофические процессы в связках, сухожилиях, вплоть до разрыва последних. Кеналог предназначен для введения в полые синовиальные структуры - бursы, синовиальные влагалища, полость сустава, поэтому, если нет уверенности в точном попадании, лучше пользоваться другими препаратами.

Поражения периартикулярных тканей в различных регионах конечностей.

### 1. Область плечевого сустава.

#### Субакромиальный бурсит

Субакромиальная bursa отделена от полости плечевого сустава капсулой с проходящим в ее толще сухожилием надостной мышцы. В латеральную сторону bursa продолжается в поддельтовидную bursa. Сверху bursa ограничена акромионом и торако-акромиальной связкой. Субакромиальный бурсит чрезвычайно часто является причиной боли в области плечевого сустава у больных РА, в то время, как истинный артрит плечевого сустава встречается значительно реже.

Диф. диагноз проводят с артритом плечевого сустава (см. таблицу), артритом ключично-акромиального сустава, тендинитом надостной мышцы. Для этого используют пробу Дауборна или тест "болезненной дуги". Больной отводит выпянутую руку в сторону до касания уха и медленно ее опускает. При субакромиальном бурсите и тендините надостной мышцы боль возникает в середине движения (отведение на 60-120 градусов). При патологии ключично-акромиального сустава наблюдается болезненность при приближении выпянутой руки к уху (верхний сектор - последние 15-20 градусов дуги). Подтверждает диагноз пальпаторная болезненность в проекции ключично-акромиального сустава. Для того, чтобы исключить тендинит надостной мышцы, проводят тест сопротивления активному отведению плеча. Прижав руку больного к туловищу просят отвести руку в сторону. Происходит напряжение надостной мышцы при неподвижной руке. При субакромиальном бурсите проба безболезненна, тогда как при тендините надостной мышцы возникает боль в области плеча.

Лечение: Эффективно введение кортикостероидов в субакромиальную bursa.

Дозы: 10-20 мг кеналога (0,5 мл) или 4 мг дипроспана (0,5 мл). Иглу вводят в пространство между наиболее выступающей частью акромиона и головкой плечевой кости по наружной поверхности плеча строго горизонтально, на глубину 2-3 см. Правильное попадание в bursa приносит быстрое и длительное освобождение от боли, восстанавливается функция отведения (больной может расчесать волосы). Как правило бывает достаточно одной инъекции.

## Тендиниты мышц вращающей манжетки плеча.

Вращающая манжета плеча образована 4 - мя мышцами: надостной, подостной, малой круглой и подлопаточной. Надостная, подостная и малая круглая мышцы начинаются на задней поверхности лопатки и прикрепляются к большому бугорку плечевой кости. Эти мышцы участвуют в отведении и наружной ротации плеча. Подлопаточная мышца начинается на передней поверхности лопатки и прикрепляется к малому бугорку плечевой кости. Она участвует во внутренней ротации плеча.

Тендиниты этих мышц - наиболее распространенная причина болей в области плечевого сустава, что связано с прохождением сухожилий в узких анатомических каналах и большой нагрузкой, приходящейся на эти мышцы.

Для поражения мышц манжетки характерна боль в верхне-наружном отделе плеча, иногда с иррадиацией в локоть. Боль, как правило, возникает после необычных физических нагрузок. Например - работа с высоко поднятыми руками при покраске потолков и т.д. Чаще поражаются сухожилия надостной мышцы. Возникает боль в среднем секторе дуги при пробе Дауборна и боль при сопротивлении активному отведению плеча (см. "Субакромиальный бурсит").

При поражении подостной/малой круглой мышц положительна проба сопротивления активной наружной ротации плеча. Для этого больной сгибает руку в локтевом суставе на 90 градусов. Врач одной рукой прижимает локоть больного к туловищу, другой рукой фиксирует предплечье и просит больного толкать руку наружу, оказывая сопротивление этому движению. В момент проведения пробы возникает боль в верхнем отделе плеча.

При поражении подлопаточной мышцы положительна проба сопротивления активной внутренней ротации. Проводится аналогично описанной выше, только больного просят толкать руку внутрь.

Иногда определяется пальпаторная болезненность в проекции пораженных сухожилий. Больного просят положить руку на противоположное плечо. Под выступающим участком акромиона по направлению к большому бугорку пальпируют сухожилия надостной, подостной, малой круглой мышц. Затем больной заводит руку за спину. Под передним отделом акромиального отростка по направлению к малому бугорку пальпируют сухожилие подлопаточной мышцы.

Лечение: Показано введение кортикостероидов в сухожилие пораженной мышцы. Для определения места инъекции можно ориентироваться на наиболее болезненные точки. Препаратом выбора является дипроспан. Доза 2-4 мг (0,2-0,5 мл) с 0,5 мл 2 % новокаина. Препарат вводят в плотные структуры под высоким давлением. Иногда проводят инъекции в несколько точек. Тендиниты склонны к хроническому течению, поэтому инъекции приходится повторять 4/3 несколько месяцев.

## Тендинит длинной головки бицепса

Сухожилие длинной головки бицепса проходит по межбугорковой борозде в капсулу плечевого сустава. Выпячивание синовиальной оболочки плечевого сустава создает синовиальное влагалище для этого сухожилия.

При тендините сухожилия длинной головки бицепса возникает боль в верхне-передних отделах плеча. Боль возникает после физических нагрузок, связанных с перенапряжением двуглавой мышцы (поднятие тяжестей). При пальпации определяется болезненность в межбугорковой борозде. Отведение и ротация плеча как правило не нарушены. Для выявления поражения сухожилия бицепса, проводят тест сопротивления активной супинации кисти. Положение руки больного такое же, как при исследовании вращающей манжеты. Врач обеими руками обхватывает кисть больного и просит его совершить активную супинацию кисти, сопротивляясь этому движению - при поражении длинной головки возникает боль.

Лечение: Вводят 2-4 мг дипроспана с 0,5 мл 2% новокаина в межбугорковую борозду до достижения плотных структур.

## 2. Область локтевого сустава

### Наружный эпикондилит ("локоть теннисиста")

К латеральному надмыщелку плечевой кости прикрепляются мышцы, участвующие в разгибании кисти, - длинный и короткий лучевые разгибатели запястья (мышцы сжатого кулака) и плече-лучевая мышца. Воспаление сухожилий этих мышц в месте прикрепления их к кости носит название латерального эпикондилита. Мышцы являются слабыми сгибателями предплечья, поэтому при их поражении функция локтевого сустава практически не страдает.

Этой патологией, как правило, страдают люди старше 35 лет. Появлению боли в области локтевого сустава предшествует необычная нагрузка- работа на садовом участке, занятия спортом после большого перерыва и т.д. Пациент точно указывает место наибольшей болезненности, соответствующее наружному надмыщелку плечевой кости. Возможна иррадиация боли вниз по наружной поверхности предплечья до кисти. Боль легко воспроизвести при сопротивлении активному разгибанию в лучезапястном суставе.

Лечение: Локальное введение Дипроспана или Гидрокортизона очень эффективно. Закономерным является усиление симптомов эпикондилита в первые сутки после инъекции (реакция тканей не кристаллы гидрокортизона). Об этом следует предупредить больного. Улучшение наступает на 2-й день, при необходимости процедуру повторяют через 10 дней. Доза вводимого препарата -10-15 мг гидрокортизона или 2-4 мг дипроспана с 1,0 мл 0,5% новокаина.

### Внутренний эпикондилит ("локоть гольфиста")

Поражаются сухожилия мышц, прикрепляющихся к медиальному надмыщелку- круглый пронатор, локтевой и лучевой сгибатели кисти, длинная ладонная мышца. Медиальный эпикондилит встречается реже наружного. Определяется пальпаторная болезненность в месте прикрепления мышц. Возможна иррадиация боли по локтевой поверхности предплечья до кисти. Боль также воспроизводится при сопротивлении активному сгибанию в лучезапястном суставе при супинированном предплечье.

Лечение: Техника локального введения дипроспана с новокаином (гидрокортизона) и дозы препаратов аналогичны описанным выше для наружного эпикондилита, но ткани здесь менее плотные. Следует помнить, что между внутренним надмыщелком плеча и локтевым отростком проходит локтевой нерв и при неаккуратном введении можно его травмировать.

### Бурсит локтевого отростка

Поверхностная сумка локтевого отростка располагается над возвышением локтевого отростка, и не сообщается с полостью локтевого сустава. Воспаление сумки встречается изолированно как следствие хронической травмы задне-нижней поверхности локтя (у водителей автомобилей, упирающих локоть в дверцу), или в сочетании с артритами при подагре и РА. В области локтевого отростка возникает малоблезненное округлое образование размером до куриного яйца мягкой консистенции. Оно становится хорошо заметным при разогнутой в локтевом суставе руке. При изолированном бурсите функция локтевого сустава заметно не страдает.

Бурсу пунктируют в месте наибольшей флюктуации, получаемая жидкость часто имеет геморрагический характер (следствие травматизации уже воспаленной бурсы). При исключении инфекционной этиологии бурсита после эвакуации выпота вводят 30-40 мг Гидрокортизона или Триамсинолона.

### 3. Область кисти

#### Нодулярный теносиновит сгибателей пальцев.

Поражаются сухожилия сгибателей пальцев или кольцевидная связка в области м/фаланговых суставов. Развивается синдром "щелкающего пальца", что связано с появлением на сухожилии сгибателя узелка (следствие первичного или вторичного дистрофически-воспалительного процесса), который затрудняет скольжение сухожилия во влагалище на уровне фиброзных каналов в области

суставов, а затем и полностью блокирует движение.

Типичны жалобы больного на ощущение щелчка при сгибании-разгибании пальца. При прогрессировании процесса палец застывает в положении сгибательной или разгибательной контрактуры. При осмотре пальпируется узелок на ладони или ладонной поверхности пальца в проекции сухожилия сгибателя.

Лечение: Эффективно введение кортикостероидов в сухожилие сгибателя. Инъекцию проводят в положении ладонями вверх. Иглу продвигают в направлении сухожильного влагалища под углом 30-45 градусов. Обычно используют короткодействующие кортикостероиды - 12-18 мг Гидрокортизона(1-1,5 мл суспензии). При необходимости инъекцию повторяют 2-3 раза с интервалом в неделю. Более мощные препараты применяют редко. При длительно протекающем процессе и отсутствии эффекта от введения ГК целесообразно применение препаратов гиалуронидазы в виде электрофореза или аппликаций. Редко приходится прибегать к хирургическому вмешательству.

Ганглий (гигрома) - узелок, величиной с горошину или чуть больше, располагающийся на тыле кисти или в области лучезапястного сустава в проекции сухожильных влагалищ разгибателей. Представляет собой грьжевидное выпячивание синовиального влагалища. Боль или дискомфорт возникают при движениях пальцами. Содержимое ганглия - синовиальная жидкость. Лечение: пункция и введение небольшой дозы кортикостероидов. Редко необходимо хирургическое вмешательство.

Экссудативный тендовагинит разгибателей пальцев - часто сопровождается воспалительные артропатии области кисти. Проявляется ограниченной припухлостью на дорсальной стороне л/запястного сустава. Диф.диагноз проводят с артритами л/запястного и луче-локтевого суставов, которые тоже сопровождаются отеком тыла кисти. Для этого просят больного сгибать и разгибать кисть. При тендовагините разгибателей во время разгибания кисти припухлость смещается в дистальном направлении, повторяя движение сухожилий. Лечение: Пункцируют синовиальное влагалище в месте наибольшей отечности, удаляют экссудат и вводят 0,2-0,5 мл целестона (дипроспана). При необходимости процедуру повторяют.

Стенозирующий теносиновит длинного абдуктора и короткого разгибателя 1-го пальца (Болезнь Де-Кревена). Заболевание описано около 100 лет назад как профессиональная болезнь прачек. Сухожилия длинного абдуктора и короткого разгибателя 1-го пальца проходят в 1-ом канале тыльной связки. Сужение этого канала в следствии воспалительных явлений приводят к сдавлению сухожилий и развитию клиники болезни Де-Кревена. В настоящее время заболевание встречается у молодых женщин в первые месяцы после родов (резкое увеличение домашней нагрузки) и у больных синдромом гипермобильности во 2-й половине жизни. Клиника заключается в появлении приступов сильной боли в области, находящейся на 1,5-2 см проксимальнее основания 1-го пальца ("анатомическая табакерка"). Можно увидеть и отечность в этом месте. Удобный диагностический тест- воспроизведение болевого приступа при приведении 1 пальца к ладони, фиксация его другими пальцами и пассивном или активном отведении кулака в сторону локтя. Диф.диагноз проводят с лучевым стилоидитом, при котором максимальная болезненность локализуется проксимальнее, над шиловидным отростком, и усиливается при активной супинации запястья. Наиболее эффективное лечение болезни Де-Кревена - введение в сухожильное влагалище указанных мышц смеси 12-20 мг Гидрокортизона и 1мл 0,5% новокаина (или 0,5 мл целестона с новокаином). Препарат вводят в область анатомической табакерки по направлению к сухожилиям. Иногда проводят инъекцию в несколько точек. Как правило, одной процедуры бывает достаточно.

Лучевой стилоидит - тендопериостит сухожилия длинного супинатора предплечья в месте его прикрепления к шиловидному отростку лучевой кости. Болеют главным образом женщины 40-60 лет (наиболее часто портнихи).Стилоидит обычно бывает правосторонним ,что указывает на

значение частой микротравматизации в следствии особенностей профессиональной деятельности. Главный клинический признак-боль в области шиловидного отростка луча (несколько выше внутреннего края л/запястного сустава), усиливающаяся при супинации предплечья. В этой области часто обнаруживается локальная припухлость. На рентгенограмме выявляют периостальную реакцию и остеопороз шиловидного отростка. Диф.диагноз проводят с болезнью Де-Кревена (см. выше). Лечение: Болезнь плохо поддается терапии. Иногда бывает эффективно введение дипроспана в дозе 0,3 мл в место прикрепления сухожилия супинатора. Инъекцию повторяют с интервалом 2-3 недели.

Локтевой стилоидит - тендовагинит локтевого разгибателя кисти или стенозирующий лигаментит 4 канала тыльной связки кисти, в котором проходит сухожилие локтевого разгибателя кисти. Встречается гораздо реже лучевого стилоидита. Причиной заболевания является травма этой области или профессиональная микротравматизация (у швей, машинисток и т.д.). Клинически - спонтанные боли в области шиловидного отростка локтевой кости, усиливающиеся при лучевом отведении кисти и иррадиирующие в 4-5 палец. Над шиловидным отростком пальпируется локальная болезненная припухлость. Лечение: Такое же, как при лучевом стилоидите.

#### 4. Область тазобедренного сустава.

Трохантерит, подвертельный бурсит.

Воспаление сухожилий в месте их прикрепления к большому вертелу - трохантерит - нередкая причина болей в области тазобедренного сустава. Это заболевание часто осложняет течение умеренно выраженного остеоартроза у женщин 40-60 лет. И проявляется болями, иррадиирующими по наружной поверхности бедра. Типичная жалоба больного - невозможность лежать на определенном боку. Имеет место отчетливая локальная болезненность в области трохантера, сохраненность объема ротации бедра и боль при сопротивлении активному его отведению. Клинически, энтезопатия трохантера (трохантерит) неотличима от подвертельного бурсита - воспаления небольшой бурсы, так же находящейся в этой области. Но это и не имеет практического значения, так как и в том и другом случае терапия одинакова. Лечение: Эффективно введение кортикостероидов в область большого вертела. Техника инъекций проста. Иглу ( 0,8 - 40 мм), при выраженной п/к клетчатке- (0,8 - 70 мм), направляют перпендикулярно поверхности кожи до упора в трохантер. Инфильтрируют всю болезненную область как можно ближе к кости смесью 80 - 125 мг гидрокортизона или 8 мг Бетаметазона, с 6 - 10 мл 0,5% новокаина. Эффект как правило полный и длительный.

Энтезопатия седалищного бугра - воспаление сухожилий в месте прикрепления к седалищному бугру. Встречается как в рамках какого либо серо-негативного спондилоартрита ( реактивный артрит, болезнь Бехтерева ), так и самостоятельно. Седалищный бугор находится в нижней части ягодицы и испытывает большую нагрузку в положении больного сидя, особенно на жестком основании. Типичная жалоба больного на боль именно в этом положении, в меньшей степени при ходьбе в момент отрыва ноги от пола. Лечение: Так же эффективна локальная терапия кортикостероидами. Пальпаторно определяют точку наивысшей болезненности соответствующую седалищному бугру. Иглу направляют перпендикулярно кожной поверхности в сторону бугра до упора в костную ткань и инфильтрируют болезненную область 40 - 60 мг гидрокортизона (0,5-1,0 мл дипроспана) с 3 - 4 мл 0,5% новокаина. Игла 08 - 40 мм.

#### 5. Область коленного сустава

Препателлярный бурсит.

В области коленного сустава можно столкнуться с изолированными бурситами (препателлярный и инфрапателлярный). Препателлярная bursa расположена поверхностней надколенника и не сообщается с полостью сустава. Причиной возникновения бурсита чаще является хроническая травма надколенника (работа на коленях), иногда -подагра. Редко встречаются гнойные бурситы, всегда как следствие острой травмы с нарушением целостности кожных покровов. Клинически препателлярный бурсит характеризуется появлением на передней поверхности сустава локальной малоболезненной припухлости. Лечение: Проводят пункцию бursы, при которой можно получить вязкую жидкость. Редко удается убрать ее полностью. После исключения инфекционного характера бурсита, в сумку вводят 20-40 мг Гидрокортизона или 0,5 мл дипроспана. Рецидивов бурсита можно избежать, исключив этиологический фактор ( защита коленного сустава при хронической травме, контроль уровня мочевой кислоты при подагре).

Анзериновый бурсит (энтезопатия области "гусиной лапки").

" Гусиная лапка" представляет собой место прикрепления к большеберцовой кости сухожилия портняжной мышцы, изящной и полусухожильной мышц, где располагается небольшая bursa. Это место находится на 3-4 см ниже проекции щели коленного сустава по медиальной его поверхности. Воспаление этой области очень часто развивается у тучных женщин, страдающих артрозом коленных суставов. Типичны жалобы больного на боль при ходьбе в указанном месте. Боль усиливается при подъеме по лестнице (в отличие от болевого с-ма при артрозе -усиление болей при спуске ). Характерны "стартовые боли"-после длительного сидения начало ходьбы вызывает боль. Больной указывает пальцем болезненную точку, соответствующую расположению анзериновой сумки. При осмотре здесь определяется резкая пальпаторная болезненность площадью 3-4 кв.см. Часто симптомы энтезопатии беспокоят больного больше, чем проявления собственно гонартроза. Лечение: Очень эффективно введение кортикостероидов в область бursы. Игла 0,8-40 мм вводится в точку максимальной болезненности перпендикулярно поверхности кожи, продвигается в ткани до упора в костную поверхность. Для инфильтрации используют смесь 0,5-1 мл целестона с 2 - 3 мл 0,5% новокаина (необходимость более мощных препаратов возникает редко, обычно это бетаметазон). Инфильтрируют всю болезненную область, стараясь вводить препарат как можно ближе к костной поверхности. При правильном проведении процедуры боль должна исчезнуть через 3-4 минуты.

Энтезопатии боковой поверхности наколенника.

Другая возможная локализация энтезопатий - это нижнебоковая поверхность надколенника с латеральной или медиальной стороны (сопутствует гонартрозу). Диагноз устанавливают путем пальпации, отмечая, что пациент больше всего реагирует на давление в вышеуказанных точках. Их может быть несколько по обеим сторонам надколенника. Показано, что перипателлярное введение мягко действующих препаратов ( гидрокортизона) у данной категории больных оказывает не меньший, а часто и больший эффект в сравнении с внутрисуставным введением. Учитывая, что при остеоартрозе введение в сустав кортикостероидов предполагает их влияние на обмен хряща и предпринимается только при явном синовите, подобный подход может быть методом выбора для категории больных с болевым синдромом и отсутствием явного синовита.

6. Область голеностопного сустава и стопы.

Теносиновит перонеальной мышцы.

Сухожилие мышцы проходит под латеральной лодыжкой, при его воспалении можно видеть колбасовидной формы утолщение по ходу сухожильного влагалища. При ходьбе больные отмечают боль в этом месте. Лечение заключается в введении в сухожильное влагалище 30-40 мг Гидрокортизона или 10 мг Триамсинолона с новокаином (0,3 мл дипроспана). Иглу направляют по

ходу сухожилия под лодыжку. Введение должно быть относительно свободным, при сопротивлении току жидкости иглу перемещают в тканях до тех пор, пока оно не исчезнет. При инъекции в сухожильное влагалище оно равномерно увеличивается в объеме. Тендинит ахиллова сухожилия (ахиллоденция), заднетаранный бурсит - состояние, часто встречающееся при серонегативных спондилоартритах. Грубое поражение ахиллова сухожилия можно увидеть у больных с синдромом гипермобильности суставов с выраженным плоскостопием, как правило, в возрасте старше 30 лет. При ахиллоденции возникает отечность и боли при нагрузке в области хорошо известного сухожилия или в месте прикрепления сухожилия к пяточной кости. В последнем случае боли могут быть связаны с бурситом заднетаранной сумки, которая здесь располагается. Боли при этом носят мучительный характер и наиболее выражены при ходьбе и длительном стоянии. Лечение: В область ахиллова сухожилия ни в коем случае не следует вводить препараты Триамсинолона. Известно много случаев последующего разрыва сухожилия, которые были следствием местно-дистрофического эффекта этого препарата. Гидрокортизон и Бетаметазон являются препаратами выбора при этой патологии. Небольшой иглой вводят дробно суспензию кортикостероида с новокаином в 2-4 наиболее болезненные точки по ходу сухожилия. При заднетаранном бурсите препарат вводят непосредственно в бурсу. При этом иглу направляют с латеральной стороны чуть выше заднего пяточного бугра и медленно продвигают в сторону бурсы до ощущения "провала". В этот момент можно получить несколько капель жидкости. При отсутствии жидкости в бурсе правильность введения препарата поможет проверить добавление к кортикостероиду 0,3-0,5 мл 2% новокаина. После успешной инъекции через несколько минут боль проходит.

#### Подпяточный бурсит.

Подпяточная bursa располагается на нижней поверхности пяточной кости в месте прикрепления подошвенного апоневроза. Боль в области пятки носит название талалгии и может быть дистрофического и воспалительного генеза. Воспалительная талалгия является обычным (а иногда и единственным) проявлением некоторых серонегативных спондилоартропатий (урогенный реактивный артрит, болезнь Бехтерева). Дегенеративный характер энтезопатии с формированием пяточных шпор (обызвествление энтезиса) обычен у людей старшего возраста. Лечение: Инъекционная терапия кортикостероидами талалгии часто более эффективна, чем другие методы лечения (физиотерапия, рентгенотерапия). При умеренных болях при нагрузке используют вкладыш под пятку из плотноэластического материала с вырезом, соответствующим болевой точке. Часто этого бывает достаточно при дистрофическом происхождении болей у людей старшего возраста, через некоторое время боли самостоятельно стихают. При недостаточном эффекте и при воспалительной талалгии в болевую точку вводят кортикостероид. Проведения инъекции в пяточную область болезненно, при этом распирающие боли связаны с мелкоячеистым строением клетчатки вокруг апоневроза и обилием болевых рецепторов в этой области. Добавление анестетика к кортикостероиду не уменьшает болевых ощущений, так как максимально боль выражена в момент введения (и анестетика в том числе). После определения точки наибольшей болезненности и тщательной обработки поля йодом и спиртом иглу вводят с медиальной или нижней стороны к пяточному бугру до упора в костную поверхность. Суспензию препарата вводят при значительном сопротивлении ткани. Редко возникает необходимость вводить более 1 мл смеси. Точное попадание препарата - залог эффекта. Добавление к суспензии местного анестетика (2% новокаина, лидокаина) позволяет уже в первые минуты после инъекции судить о ее точности - пальпаторная боль должна исчезнуть. При недостаточном эффекте или рецидивах боли инъекцию повторяют через 2-4 недели. В связи с болезненностью процедуры лучше сразу использовать длительно действующие препараты - дипростан.