**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 «**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав. каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия № 33 на тему:

**Диагностика и лечение острой ревматической лихорадки в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Диагностика и лечение острой ревматической лихорадки в амбулаторных условиях».** (50мин)**Актуальность темы.** Несмотря на уменьшение распространенности течение последних 20-ЗО лет, ревматизм остается частой причиной необратимых морфологических изменений в сердце (приобретенных пороков сердца, тяжелых форм м миокардиодистрофии), которые могут привести к инвалидизации детей, подростков, взрослого населения. Учитывая полигенных тип наследования заболевания, весьма актуальными являются вопросы семейной профилактики ревматизма. Течение ревматизма у детей присущ ряд особенностей, которые нередко затрудняют своевременную диагностику этого заболевания.

**План занятия:**

1. Определение ОРЛ.
2. Этиология и клиническая картина ОРЛ.
3. Дифференциальная диагностика ОРЛ.
4. Алгоритм диагностики ОРЛ учетом клинических и лабораторно-инструментальных данных в амбулаторных условиях.
5. План лечения ОРЛ в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение ОРЛ.
2. Охарактеризуйте ОРЛ.
3. Перечислите классификацию ОРЛ.
4. Назовите симптомокомплекс, характерный для ОРЛ.
5. Расскажите клинические симптомы, характерные для ОРЛ.
6. Проведите дифференциальную диагностику ОРЛ.
7. Расскажите алгоритм диагностики ОРЛ с учетом клинических и лабораторно-инструментальных данных в амбулаторных условиях.
8. Составьте план лечения при ОРЛ в амбулаторных условиях.

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления ОРЛ.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента ОРЛ.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
* Владеть техникой правильной пальпации щитовидной железы.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональныедисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Костно-суставная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями костно-суставной системы.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями костно-суставной системы.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Гормональные препараты
* Витамины
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ОКС в амбулаторных условиях.
	2. Диагностика и лечение стабильной стенокардии напряжения в амбулаторных условиях.

**Уровни усвоения:** 2,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;
* осуществлять профилактику заболевания;

***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* этиологию и симптомы, особенности течения ОРЛ;
* дифференциальную диагностику ОРЛ.
* особенности диагностики ОРЛ с учетом инструментально-лабораторных исследований в амбулаторных условиях;
* принципы фармакотерапии в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом;
* правила заполнения медицинской документации;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает: ОРЛ.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ОРЛ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы ОРЛ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему.Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 3 мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов  | 7 мин |
| 4 | Изложение новой темы  | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Преподавате ль предлагает план изучения нового материала с целью последовательного изложения материала.(информационный блок) | Записывают план и конспектируют новый материал  | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентац. материал, натурщик. Градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. Лекарственные препараты (аннотации) | 30 мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Перечень уровневых задач  | 8 мин |
| 6 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 2мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

* 1. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗСР РК, 2016
	2. Клинические рекомендации «Ревматология», 2-е издание исправленное и дополненное/ под ред. Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 738 с.
	3. Каратеев Д..Е, Олюнин Ю.А., Лучихина Е.Л. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 — шаг вперед к ранней диагностике//Научно-практическая ревматология, 2011 , №1, С 10-15.
	4. Ревматология, Под ред. Н.А. Шостак, 2012г.
	5. Ревматология: Клинические рекомендации / под ред. Акад. РАМН Е.Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
	6. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход, Пайл К., Кеннеди Л. Перевод с англ. / Под ред. Н.А. Шостак, 2011г.

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Ситуационные задачи**

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

 Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Больной Г. 26 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке. В анамнезе - частые ангины в детстве. В возрасте 12 лет у больного был эпизод болей в коленных суставах в течение недели. На фоне приема Диклофенака боли прошли через 1 неделю. В течение последних трех лет отмечает ухудшение переносимости физических нагрузок из-за одышки. Толерантность к нагрузкам резко снизилась за последние 6 месяцев: одышка стала возникать при ходьбе с обычной скоростью. К врачам не обращался. Неделю назад отметил приступ частого неритмичного сердцебиения, купировавшийся самостоятельно через 5 часов.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ, кончика носа, «румянец» щек, в лѐгких хрипов нет, ЧДД - 24 в минуту, перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке - трѐхчленный ритм, хлопающий первый тон, диастолический шум. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень: +2 см от края рѐберной дуги, селезѐнка не пальпируется.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Определите и обоснуйте наиболее вероятную причину заболевания у пациента.

3. Чем обусловлен трѐхчленный ритм, выявленный при аускультации пациента?

4. Что Вы ожидаете выявить у пациента при ультразвуковом исследовании сердца?

5. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

1. Наиболее вероятный диагноз у данного больного «ревматический порок сердца»: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия с развитием сердечной недостаточности. Обоснованием является наличие у пациента прямых аускультативных признаков стеноза левого атриовентрикулярного отверстия: диастолический шум на верхушке, хлопающий первый тон в сочетании с тоном открытия митрального клапана (дополнительный тон). В анамнезе у больного в детстве типичные ревматические атаки, быстро купировавшиеся приемом НПВС. Характерные для НКIIБ одышка и увеличение печени: +2 см от края рѐберной дуги,

2. Изолированный митральный стеноз практически всегда является следствием ревматической лихорадки. На эту этиологию косвенно указывают молодой возраст пациента (атеросклероз маловероятен), частые ангины в детстве (очаг стрептококковой инфекции), эпизод артралгии в анамнезе (ревматическая атака?). Анамнез заболевания и клиническая картина не соответствуют диагнозу инфекционного эндокардита: нет лихорадки, спленомегалии, порок, выявляемый у пациента, является стенозом митрального отверстия, а не недостаточностью митрального клапана. Поражение клапанов сердца при системной красной волчанке, сифилисе также может приводить к формированию недостаточности митрального клапана, а не к стенозу митрального отверстия.

3. Трѐхчленный ритм при митральном стенозе обусловлен появлением добавочного тона в диастолу - тоном открытия митрального клапана, аускультативным феноменом, выявляемым у больных с митральным стенозом. Он образуется вследствие того, что склерозированные, сросшиеся створки митрального клапана не могут полностью отойти к стенкам желудочка, поэтому при ударе о клапан струи крови, изливающейся из предсердия, возникают звуковые колебания.

4. При ультразвуковом исследовании сердца у данного пациента можно определить расширение левого предсердия, увеличение градиента давления на митральном клапане, повышение давления в лѐгочной артерии. При митральном стенозе быстро развивается дилатация левого предсердия (у пациента выявлены еѐ перкуторные признаки - расширение границы сердца вверх). Дилатация левого желудочка для данного порока не характерна. Вследствие уменьшения площади левого атриовентрикулярного отверстия увеличивается градиент давления на митральном клапане. Повышение градиента давления на левый желудочек/аорту наблюдают и при другом пороке - стенозе устья аорты. Для

митрального стеноза характерно развитие активной лѐгочной гипертензии, еѐ клиническое проявление у данного пациента – одышка.

5. У пациента в настоящий момент отсутствуют признаки активности ревматического процесса, следовательно, нет необходимости приѐма противовоспалительной терапии. Необходим общий анализ крови, анализ на СРБ, АСЛ-О, ЭКГ, холтеровское трѐхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма. В связи с появлением осложнений порока сердца в виде сердечной недостаточности, возможных пароксизмов фибрилляции предсердий пациенту показано оперативное лечение - митральная комиссуротомия или протезирование митрального клапана. Появление фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом сопряжено с высоким риском тромбоэмболий в сосуды большого круга кровообращения. Для профилактики тромбоэмболий больному показан пожизненный приѐм непрямых антикоагулянтов - варфарина с целевым уровнем МНО-2,0-2,5. С целью лечения сердечной недостаточности диуретики - Тригрим 10 мг утром.

**Краткое содержание темы:**

**Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)** — постинфекционное осложнение А-стрептококкового тонзиллита (ангины) или фарингита в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (ревмокардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки), развивающееся у предрасположенных лиц (главным образом, молодого возраста, от 7-15 лет) в связи с аутоиммунным ответом организма на антиген стрептококка и перекрѐстной реактивностью со схожими аутоантигенами поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии).

**Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС)** **-**заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного краевого фиброза клапанных створок или порока сердца (недостаточность и/или стеноз), сформировавшихся после перенесѐнной острой ревматической лихорадки.

**Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9[1,2,5,7,9,15]**: смотрите Приложение 1 к КП.

**Дата разработки протокола:**2016 год (пересмотренный с 2013 года).

**Пользователи протокола:**врачи общей практики, терапевты, ревматологи, кардиохирурги, кардиологи.

**Категория пациентов:**взрослые.

**Шкала уровня доказательности:**

|  |  |
| --- | --- |
| **А** | Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. |
| **В** | Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким  (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию. |
| **С** | Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию. |
| **D** | Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов. |

**Классификация**

**Классификация:**

**Клинические формы:**
· Острая ревматическая лихорадка;
· Повторная ревматическая лихорадка.

**Клинические проявления:**
· Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки;
· Дополнительные: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозиты.

**Исходы:**
А. Выздоровление;
Б. Хроническая ревматическая болезнь сердца :
· без порока сердца;
· с пороком сердца.

**Недостаточность кровообращения:**
· По классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко (стадии 0, I, IIА, IIБ, III);
· По классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации — NYHA (функциональные классы 0, I, II, III, IV).

**Особые случаи:**
· Изолированная («чистая») хорея при отсутствии других причин;
· «Поздний» кардит — растянутое во времени (>2 мес) развитие клинических и инструментальных симптомов вальвулита (при отсутствии других причин);
· Повторная ОРЛ на фоне хронической ревматической болезни сердца (или без неѐ).

**Диагностика (амбулатория)**

ДИАГНОСТИКА НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

**Диагностические критерии:** для диагностики ОРЛ применяют критерии Киселя—Джонса, пересмотренные Американской кардиологической ассоциацией.

Большие критерии:
·  Кардит;
· Полиартрит;
· Хорея;
· Кольцевидная эритема;
· Подкожные ревматические узелки.

Малые критерии:
· Клинические: артралгия, лихорадка;
· Лабораторные: увеличение СОЭ, повышение концентрации СРБ;
· Удлинение интервала Р—R на ЭКГ, признаки митральной и/или аортальной регургитации при эхокардиографии;

Данные, подтверждающие предшествовавшую БГСА-инфекцию:
1. Положительная БГСА-культура, выделенная из зева, или положительный тест быстрого определения группового БГСА-Аг.
2. Повышенные или повышающиеся титры противострептококковых Aт.

Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых критериев в сочетании с данными, подтверждающими предшествовавшую БГСА-инфекцию, свидетельствует о высокой вероятности ОРЛ.

**Жалобы:**
· повышение температуры тела чаще до субфебрильных цифр;
· мигрирующие боли, симметричного характера  в крупных суставах (чаще всего коленных);
· перикардиальные боли;
· одышка при обычной физической нагрузке;
· учащенное сердцебиение;
· утомляемость, общая слабость;
· признаки хореи (гиперкинезы -  множественные насильственные движения мышц лица, туловища и конечностей, эмоциональная лабильность, изменение поведения).
Повторная атака (рецидив) ОРЛ провоцируется БГСА-инфекцией и проявляется преимущественно развитием кардита.

**Анамнез:**
Дебют ОРЛ в среднем начинается  через 2—4 недели после эпизода острой стрептококковой инфекции носоглотки. Внезапно повышается температура до фебрильных цифр, появляются симметричные мигрирующие боли в крупных суставах  и признаки кардита (перикардиальные боли, одышка, сердцебиение и др.).  Чаще у  детей наблюдается моносиндромное течение с преобладанием признаков артрита или кардита или — редко — хореи. Столь же остро - по типу «вспышки» ОРЛ развивается у школьников среднего возраста и солдат-новобранцев, перенесших эпидемическую БГСА-ангину. Для подростков и молодых людей характерно постепенное начало — после стихания клинических проявлений ангины появляются субфебрильная температура, артралгии в крупных суставах или только умеренные признаки кардита.
Повторная атака (рецидив) ОРЛ провоцируется БГСА-инфекцией и проявляется преимущественно развитием кардита.

**Физикальное обследование:**
Температурная реакция варьирует от субфебрилитета до фебрильной.

*Кожный синдром*:
· *Кольцевидная эритема* (бледно-розовые кольцевидные высыпания на туловище и проксимальных отделах конечностей, но не на лице; не сопровождающиеся зудом, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не оставляющие после себя следов) — характерный, но редкий (4—17% всех случаев ОРЛ) признак.
· *Подкожные ревматические узелки* (мелкие узелки, расположенные в местах прикрепления сухожилий в области коленных, локтевых суставов или затылочной кости) — характерный, но крайне редкий (1—3% всех случаев ОРЛ) признак.

*Поражение суставов*:
преобладающая форма поражения в современных условиях — олигоартрит, реже — моноартрит.
В патологический процесс вовлекаются коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые суставы. Характерны: доброкачественность, летучесть воспалительных поражений с переменным, часто с симметричным вовлечением суставов. В 10-15% случаев выявляются полиартралгии, не сопровождающиеся ограничением движений, болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления. Суставной синдром быстро разрешается на фоне НПВП, деформации не развиваются.

*Поражение сердца*:
· Систолический шум, отражающий митральную регургитацию, имеет следующие характеристики: по характеру длительный, дующий; имеет разную интенсивность, особенно на ранних стадиях заболевания; существенно не изменяется при перемене положения тела и фазы дыхания; связан с I тоном и занимает большую часть систолы, и оптимально выслушивается на верхушке сердца и проводится в левую подмышечную область.
·  Мезодиастолический шум (низкочастотный), развивающийся при остром кардите с митральной регургитацией, имеет следующие характеристики: часто следует за III тоном или заглушает его, выслушивается на верхушке сердца в положении больного на левом боку при задержке дыхания на выдохе.
· Протодиастолический шум, отражающий аортальную регургитацию, имеет следующие характеристики: начинается сразу после II тона, имеет высокочастотный дующий убывающий характер, лучше всего прослушивается вдоль левого края грудины после глубокого выдоха при наклоне больного вперѐд, как правило, сочетается с систолическим шумом.
· Изолированное поражение аортального клапана без шума митральной регургитации нехарактерно для ОРЛ.
· Исходом кардита является формирование РПС. Частота развития РПС после первой атаки ОРЛ у детей составляет 20 — 25%. Преобладают изолированные РПС, чаще — митральная недостаточность. Реже формируются недостаточность аортального клапана, митральный стеноз и митрально-аортальный порок. Примерно у 7—10% детей после перенесѐнного ревмокардита развивается пролапс митрального клапана.
· У подростков, перенесших первую атаку ОРЛ, пороки сердца диагностируются в 1/3 случаев. У взрослых пациентов данный показатель составляет 39-45% случаев. Максимальная частота формирования РПС (75%) наблюдается в течение 3 лет от начала болезни. Повторные атаки ОРЛ, как правило, усугубляют выраженность клапанной патологии сердца.

*Поражение нервной системы****:*** в 6-30% случаев выявляются признаки малой хореи (гиперкинезы, мышечная гипотония, статокоординационные нарушения, сосудистая дистония, психоэмоциональные нарушения). У 5— 7% больных хорея выступает единственным признаком ОРЛ. Хорее больше подвержены девочки 10-15 лет.  Продолжительность хореи- 3-6 месяцев. Обычно хорея заканчивается выздоровлением.

**Лабораторные исследования[1-5, 12,13]:**
· общий анализ крови (ОАК): увеличение СОЭ, возможно лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево;
· биохимический анализ крови (АлТ, АсТ, общий белок и фракции, глюкоза, креатинин, мочевина, холестерин);
· коагулограмма;
· иммунологический анализ крови: С реактивный белок (СРБ) (положительный),  Ревматоидный фактор (РФ) отрицательный, Антистрептолизин-О (АСЛ-О) повы­шенные или что важнее повышающи­еся в динамике титры;
· бактериологическое исследование: мазок из зева  на определение  В-гемолитического стрептококка группы А (БСГА)- выявление в  мазке из зева БГСА, мо­жет быть как при активной инфекции, так и при носительстве.

**Инструментальные исследования[1,-5,12,13]:**
· ЭКГ: уточнение характера нарушений сердечного ритма и проводимости (при сопутствующем миокардите);
· Рентгенография органов грудной клетки: с диагностической целью. (Возможны признаки ревматического пневмонита)
· ЭхоКГ:  необходима для ди­агностики клапанной патологии серд­ца и выявления перикардита. При отсутствии  вальвулита ревмати­ческую природу миокардита или пери­кардита следует трактовать с большой осторожностью.
· рентгенография суставов для дифференциальной диагностики с другими артритами.
· компьютерная томография высокого разрешения при особых случаях, для выявления признаков ревматического пневмонита, тромбоэмболии в мелкие ветви легочной артерии.

**Диагностический алгоритм:**

**Диагностика (стационар)**

ДИАГНОСТИКА НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1- 5,7,9,10,14,16,]

**Диагностические критерии**

**Диагностический алгоритм:**см. амбулаторный уровень.

**Перечень основных  диагностических мероприятий:**
Лабораторные исследования:
· ОАК: 24  параметра;
· Биохимический анализ крови: креатинин, общий белок, К+, Na+, АЛТ, АСТ, общий и прямой билирубин, глюкоза, СРБ, РФ;
· Коагулограмма (МНО, фибриноген,  АЧТВ,  ПВ-ПТИ);
· Определение содержания   АСЛ О (оценка в  динамике);
· ОАМ: физико-химические свойства и мочевой осадок;
· Реакция  микропреципитации с кардиолипиновым антигеном;
· Кал на гельминты и простейшие.

Инструментальные исследования:
· ЭКГ;
· рентгенография органов грудной клетки;
· ЭхоКГ.

**Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**
Лабораторные исследования:
·  ВИЧ для пациентов в группе риска;
· маркеры гепатитов В и С.

Инструментальные исследования:
· Выявление гемокультуры (при наличии  синдрома лихорадки);
· Компьютерная томография  легких с контрастированием в  (выявление  признаков  ревматического   пневмонита,    тромбоэмболии  мелких ветвей легочной артерии);
· УЗИ - комплекс (ОБП и почек);
· ФГДС (клиника желудочной диспепсии,  эрозивно-язвенные изменения    ЖКТ);
· Рентгенография суставов (при явлениях артрита суставов кистей/стоп).

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [1-3,5-8,11]:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Диагноз*** | ***Обоснование для дифференциальной диагностики*** | ***Обследования*** | ***Критерии исключения диагноза*** |
| **Инфекционный эндокардит** | быстро прогрессирующие деструктивные изменения сердечного клапана (-ов) и симптомы застойной недостаточности кровообращения  | ЭхоКГКровь на стерильность | Чаще болеют люди пожилого возраста; лихорадочный синдром не купируется полностью только при назначении НПВП характерны прогрессирующая слабость, анорексия, быстрая потеря массы тела;вегетации на клапанах сердца при эхокардиографии; |
| **Неревматический миокардит** | острое, подострое или хроническое воспалительное поражение миокарда, которое может манифестировать общевоспалительными, кардиальными симптомами | ЭКГ, ЭхоКГ, КФК, Мв-КФК, тропонины | Отсутствуют клинические и инструментальные признаки поражения клапанов сердца а также лабораторные признаки воспаления. На ЭКГ выявляются изменения свойственные миокардиту. Отсутствует артрит.  |
| **Идиопатический пролапс митрального клапана.** | •  синдром кардиалгии:  постоянные боли в районе сердца, как правило,  колющего, ноющего, или сжимающего характера, не усиливающиеся при физической нагрузке.Аускультативно систолический шум на верхушке сердца | ЭКГ, ЭхоКГ. | Астенический тип конституции и фенотипические признаки, указывающие на врождѐнную дисплазию соединительной ткани (воронкообразная деформация грудной клетки, сколиоз грудного отдела позвоночника, синдром гипермобильности суставов, раннее развитие плоскостопия и др.). Большинство больных имеют астенический тип конституции и фенотипические признаки, указывающие на врождѐнную дисплазию соединительной ткани (воронкообразная деформация грудной клетки, сколиоз грудного отдела позвоночника, синдром гипермобильности суставов, плоскостопия и др.). |
| **Эндокардит Либмана-Сакса** | Поражение клапанов сердца. | ЭКГ, ЭхоКГАНА, антитела к двуспиральной ДНК, антитела к кардиолипину, В2 гликопротеину.Sm антиген. | Обнаруживается при СКВ в развѐрнутой стадии заболевания (при наличии других характерных симптомов) и относится к категории признаков высокой активности болезни. |
| **Постстрептокок-ковый реактивный артрит** |   | ЭКГ, ЭхоКГ | Может встречаться и у больных среднего возраста, развивается после относительно короткого латентного периода от момента перенесѐнной БГСА-инфекции глотки, персистирует в течение длительного времени (около 2 мес), протекает без кардита и недостаточно оптимально реагирует на терапию противовоспалительными препаратами. |
| **Синдром PANDAS** | Клинико-диагностический симптомокомплекс сходен с симптоматикой малой хореи | ЭКГ, ЭхоКГ, ЭЭГ, МРТ головного мозга, консультация невропатолога. | Развитие типично для детей препубертатного возраста. К числу наиболее типичных проявлений относятся различные обсессии (навязчивости), по сути - волевые неконтролируемые усилия или действия (компульсии). Диагностическое значение при PANDAS имеет и стойкий эффект антибактериальной противострептококковой терапии.  |
| **Клещевая мигрирующая эритема** | Наличие высыпания по типу кольцевидной эритемы | Сбор эпидемиологического анамнеза.Серологическое исследованиеКонсультация инфекционистаЭКГ, ЭхоКГ | патогномоничный признак ранней стадии лайм-боррелиоза - высыпания (в отличие от кольцевидной эритемы) развиваются на месте укуса клеща, обычно достигают больших размеров (6-20 см в диаметре), часто появляются в области головы и лица (особенно у детей); характерны жжение, зуд и регионарная лимфаденопатия.  |

**Лечение (амбулатория)**

ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

**Тактика лечения**

Амбулаторное лечение показано:
· пациентам с хронической ревматической болезнью сердца для проведения противорецидивной терапии;
· при хронической, в том числе застойной сердечной недостаточности  на фоне хронической  ревматической болезни сердца
·  для продолжения лечения после выписки из стационара с ОРЛ и повторной ревматической лихорадкой.

**Немедикаментозное лечение:**
· Режим 2;
· Диета №10;
· Санация миндалин.

**Медикаментозное лечение:**
Лечение ОРЛ включает этиотропную антибактериальную терапию, противовоспалительную терапию.

Цель этиотропной терапии- воздействие на стрептококковую инфекцию. Для этого применяются антибиотики с учетом чувствительности стрептококка.

Патогенетическая терапия направлена на подавление воспалительного процесса, т.е. на лечение собственно ревматической лихорадки.

Глюкокортикоиды применяют при ОРЛ, протекающей с выраженным карди­том и/или полисерозитами. Преднизолон назначают взрослым и подросткам в дозе 20 мг/сут, детям — 0,7—0,8 мг/кг в 1 приём утром после еды до достиже­ния терапевтического эффекта (в сред­нем в течение 2 нед). Затем дозу по­степенно снижают (на 2,5 мг каждые 5-7 дней) вплоть до полной отмены. Об­щая длительность курса составляет 1,5-2 мес.

НПВП назначают при слабо выраженном вальвулите, рев­матическом артрите без вальвулита, ми­нимальной активности процесса (СОЭ <30 мм/ч), после стихания высокой ак­тивности и отмены ГК, при повторной ОРЛ на фоне РПС. НПВП назна­чают взрослым и подросткам до 3-х раз в сутки до нормализации показа­телей воспалительной активности (в среднем в течение 1,5-2 мес). При не­обходимости курс лечения НПВП может быть удлинён до 3—5 мес.

Симптоматическая терапия заключается в коррекции ЗСН, которая может развиться вследствии активного вальвулита или у больных с ревматическими пороками сердца.

Терапия  синдрома ХСН.
Подходы к терапии застойной сердечной недостаточности у больных ОРЛ и РПС имеют ряд особенностей. В частности, при развитии сердечной декомпенсации как следствия острого вальвулита (что, как правило, бывает только у детей) при­менение кардиотонических препаратов нецелесообразно, поскольку в этих слу­чаях явный терапевтический эффект может быть достигнут при использова­нии высоких доз преднизолона (40-60 мг вдень).
У пациентов с вялотекущим кардитом на фоне РПС при выборе ЛС, приме­няемых в терапии застойной сердечной недостаточности, следует учитывать их возможное взаимодействие с противо­воспалительными препаратами.

Основные группы ЛС, применяемых в лечении застойной сердечной недоста­точности у больных ОРЛ и РПС:
Диуретики, В-Адреноблокаторы, Ингибиторы АПФ, Сердечные гликозиды. Дозы и схемы применения вышеуказан­ных ЛС аналогичны таковым при лече­нии застойной сердечной недостаточно­сти иной этиологии.

**Перечень основных лекарственных средств:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Лекарственное средство (международное непатентованное название)** | **Фармакологические группы** | **Способ введения** | **Разовая доза** | **Кратность применения** | **Длительность курса лечения** | **Уровень доказательности** |
| **Антибактериальные препараты:** |
| Бензилпенициллина натриевая соль | В лактамный антибиотик | в/м, в/в | 1млн ЕД; | 4 раза в сутки | 7-10 дней | УД – В[17-21, 23,24] |
| Амоксициллин+клавулановая кислота | полусинтетический пенициллин и ингибитор β-лактамаз+клавулановая кислота. | внутрь | 625мг | 3–4 раза в сутки | 7-10 дней | УД – В [17-21, 23,24] |
| Цефуроксим | Цефалоспориновый антибиотик II поколения | внутрь | 250 мг | 2 раз в сутки | 7-10 дней | УД – В [19] |
| Цефексим  | Цефалоспориновый антибиотик III поколения | внутрь | 400 мг | 2 раз в сутки | 7-10 дней | УД – В [19] |
| Азитромицин | Антибиотик группы макролидов | внутрь | 500 мг | 2раз в сутки | 7-10 дней | УД – В[17,18, 19] |
| Бензатина бензилпенициллин  | антибиотик группы пенициллинов пролонгированного действия. |  в/м | 2,4 млн | 1раз в 3 недели | круглогодично | УД – В[17-21, 23,24] |
| **Глюкокортикостероидная терапия:** |
| преднизолон  | Синтетический глюкокортикостероидный гормональный препарат | внутрь  | 5 мг | 1-2 раз в сутки |  1,5-2 месяца | УД – В[17-21, 25-26] |
| метилпреднизолон  | Синтетический глюкокортикостероидный гормональный препарат | внутрь  | 4 мг | 1-2 раза в сутки | 1,5-2 месяца | УД – В [17-21, 25-26] |
| **Нестероидные противовоспалительные препараты:** |
| Диклофенак | Производный уксусной кислоты | Внутрь   | 75,100 мг | 3 раз в сутки | 1,5-2 месяца | УД – В[17-21, 25] |
| Диклофенак | Производный уксусной кислоты | в/м;  | 75 мг 2,0-3,0 мл | 1-3 раза в сутки | 5 дней | УД – В[17-21, 25] |
| Ацеклофенак | Производный уксусной кислоты | внутрь | 100мг | 1-2 раза в сутки | 1,5-2 месяца | УД – В[17-21, 25] |
| мелоксикам | производноеоксикама, селективный ингибитор ЦОГ-2 | внутрь | 7,5-15 мг | 1-2 раза в сутки | 1,5-2 месяца | УД – В[17-21, 25] |
| мелоксикам | производноеоксикама, селективный ингибитор ЦОГ-2 | в/м | 15 мг 1,5 мл | 1 раз в сутки | 5 дней | УД – В[17-21, 25] |
| эторикоксиб | Коксибы | внутрь  |  60 мг 90мг120 мг | 1 раз в сутки | 1,5-2 мес | УД – В[17-21, 25] |

**Перечень дополнительных лекарственных средств:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Лекарственное средство (международное непатентованное название)** | **Фармакологические группы** | **Способ введения** | **Разовая доза** | **Кратность применения** | **Длительность курса лечения** | **Уровень доказательности** |
| **Антиагреганты:** |
| Ацетилсалициловая кислота | Производное салициловой кислоты | Внутрь | 50 мг75 мг100 мг | 1раз в сутки | длительно | УД – В[17-18, 21-23] |
| **Антикоагулянты:** |
| Варфарин | Непрямой антикоагулянт | внутрь | 2,5-7,5 мг | 1-2 раза в сутки | длительно | УД – В [17-18, 21-23] |
| **Препараты, влияющие на микроциркуляцию:** |
| Пентоксифиллин | Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина  | в/в | 100-300 мг | 1раз в день | курсами | УД – С [28] |
| **Ингибиторы АПФ:** |
| Эналаприл | гипотензивное, вазодилатирующее, кардиопротективное, натрийуретическое | внутрь | 2,5-5 мг | 1-2 раза в сутки | длительно | УД – А[17,18, 21-22] |
| Фозиноприл | гипотензивное, вазодилатирующее, кардиопротективное, натрийуретическое | внутрь | 2,5мг5мг10 мг/сут | 1 раз в сутки | длительно | УД – А[17,18, 21-22] |
| **Антогонисты кальция:** |
| Дилтиазем | Антогонист кальциевых каналов | внутрь  | 180-360 мг | 2 раза в сутки | длительно | УД – В[17,18, 21-22] |
| Верапамил | Антогонист кальциевых каналов | внутрь | 240-480 мг | 3-4 раза в сутки | длительно | УД – В[17,18, 21-22] |
| Амлодипин | Антогонист кальциевых каналов | внутрь | 2,5-20 мг | 1-2 раза в сутки | длительно | УД – В[17,18, 21-22] |
| **Бета-блокаторы:** |
| Метопролол | Бета-адреноблокатор  | внутрь | 6,25мг12,5мг25 мг | 1-2 раза в сутки | длительно | УД – В[17,18, 21-22] |
| Карведилол | Бета-адреноблокатор  | внутрь | 3,125-6,5 мг | 2 раза в сутки | длительно | УД – В[17,18, 21-22] |
| Бисопролол | Бета-адреноблокатор | внутрь | 1,75-2,5 мг | 1 раза в сутки | длительно | УД – В[17,18, 21-22] |
| **Блокаторы рецепторов ангиотензина:** |
| Валсартан | Антагонист рецепторов ангиотензина II | внутрь | 20-40 мг | 1 раза в сутки | длительно | УД – А[17,18, 21-22] |
| **Сердечные гликозиды:** |   |
| Дигоксин | Сердечный гликозид | внутрь | 0,25-0,5 мг | 1-2 раза в сутки | курсами | УД – А[17,18, 21-22] |
| Дигоксин | Сердечный гликозид | в/в | 0,25 мг | 1-2 раза в сутки | курсами | УД – А[17,18, 21-22] |
| **Диуретики:** |
| Фуросемид | Петлевой диуретик | внутрь | 40 мг | 1 раз в сутки | курсами | УД – А[17,18, 21-22] |
| Фуросемид | Петлевой диуретик | в/м, в/в | 20-40 мг | 1 раз в сутки | курсами | УД – А[17,18, 21-22] |
| Гидрохлортиазид | производные бензотиадиазина | внутрь | 25-100 мг | 1 раз в сутки | курсами | УД – В [17,18, 21-22] |
| Торасемид | Петлевой диуретик | внутрь | 5-10мг | 1 раз в сутки | курсами | УД – А[17,18, 21-22] |
| Спиронолактон | Калийсберегающий диуретик | внутрь | 25-100мг | 1-2 раза в сутки | курсами | УД – А[17,18, 21-22] |

**Другие виды лечения:**нет.

**Показания для консультации специалистов:**
· консультация невропатолога показана в случае развития неврологической симптоматики для уточнения характера и степени поражения нервной системы и подбора симптоматической терапии;
· консультация отоларинголога  - для уточнения   патологии ЛОР-органов, выбора тактики лечения;
· консультация кардиолога – при явлениях острой/хронической сердечной недостаточности,   сложных нарушениях   ритма и проводимости для коррекции терапии;
· консультация кардиохирурга – при подозрении на вовлечение в патологический процесс  сердечных клапанов с формированием порока (ов) сердца (стеноз/недостаточность), инфекционного эндокардита с низкой эффективностью проводимой терапии.

**Первичная профилактика:** Первичная  профилактика  для    уровня ПМСП
Своевременная  адекватная   ан­тимикробная терапия острой и хрони­ческой рецидивирующей БГСА — ин­фекции верхних дыхательных путей (тон­зиллит и фарингит).
Антимикробная терапия острого БГСА –тонзиллита.

**Вторичная профилактика:**
Цель — предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания у лиц, перенесших ОРЛ. Вторичную профилактику начинают ещё в стаци­онаре сразу после окончания этиотропной антистрептококковой терапии.
· Бензатина бензилпенициллин — ос­новное лекарственное средство (ЛС), применяемое для вторич­ной профилактики ОРЛ - в/м 1 раз в 3 нед  взрослым и подросткам 2,4 млн ЕД.
· Длительность вторичной профилак­тики для каждого пациента устанав­ливается индивидуально. Как пра­вило, она должна составлять для больных, перенесших ОРЛ без карди­та (артрит, хорея), — не менее 5 лет после атаки или до 18-летнего воз­раста (по принципу «что дольше»).
· для больных с излеченным кардитом без порока сердца - не менее 10 лет после атаки или до 25-летнего воз­раста (по принципу «что дольше»).
· для больных со сформированным пороком сердца (в т.ч. оперирован­ным) — пожизненно.
Наиболее эффективной лекарствен­ной формой бензатина бензилпени­циллина является экстенциллин. Из оте­чественных ЛС рекомендуется би­циллин-1, который назначают в вы­шеуказанных дозах 1 раз в 7 дней.

**Пациенты с ревматическими пороками сердца:**
В соответствии с данными экспертов Американской кардиологической ас­социации все больные с РПС входят в категорию умеренного риска развития инфекционного эндокардита. Этим па­циентам при выполнении различных ме­дицинских манипуляций, сопровождаю­щихся бактериемией (экстракция зуба, тонзиллэктомия, аденотомия, операции на желчных путях или кишечнике, вме­шательства на предстательной железе и т.д.), необходимо профилактическое на­значение антибиотиков.

*При манипуляциях на полости рта, пи­щеводе, дыхательных путях:*
· Стандартная схема -  взрослым внутрь за 1 ч до процедуры амоксициллин 2 г;
· При невозможности приёма внутрь - взрослым в/в или в/м за 30 мин до процедуры ампициллин 2 г;
· При аллергии к пенициллину -  взрос­лым внутрь за 1 ч до процедуры клиндамицин 600 мг, или цефалексин 2 г, или цефадроксил 2 г, или азитромицин 500 мг, или кларитромицин 500 мг При аллергии к пенициллину и невоз­можности приёма внутрь  взрослым за 30 мин до процедуры клиндамицин в/в 600 мг или цефазолин в/м или в/в 1 г .

*При манипуляциях на желудочно-ки­шечном или урогенитальном трактах:*
· Стандартная схема - взрослым амо­ксициллин 2 г внутрь за 1 ч до проце­дуры или ампициллин 2 г в/м или в/в за 30 мин до процедуры;
· При аллергии к пенициллину  взрос­лым ванкомицин 1 г в/в в течение 1 — 2 ч, введение закончить за 30 мин до процедуры.

**Мониторинг состояния пациента:**
· Рекомендуются диспансеризация и врачебный осмотр четыре раза в год.
·  Рекомендуются наблюдение у врача общей практики, ревматолога, кардиохирурга.

**Индикатор эффективности лечения:**

**Госпитализация**

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [1- 5]

**Показания для плановой госпитализации** **[1- 5]:**
· ОРЛ  с и без вовлечения клапанного аппарата сердца;
· повторные атаки ревмокардита;
· застойная сердечная недостаточность на фоне ревматической болезни сердца, подострая левожелудочковая недостаточность.

**Показания для экстренной госпитализации:**нет.

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 «**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры Председатель УМС

 Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Зав. каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия № 34 на тему:

**Ведение острой ревматической лихорадки в амбулаторных условиях.**

по дисциплине: **«Поликлиническая терапия»**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560000) Лечебное дело**

 Составитель: Абдраева Ф.А.

**Тема практического занятия:**

**«Ведение острой ревматической лихорадки в амбулаторных условиях».** (50мин)

**Актуальность темы.** Несмотря на уменьшение распространенности течение последних 20-ЗО лет, ревматизм остается частой причиной необратимых морфологических изменений в сердце (приобретенных пороков сердца, тяжелых форм м миокардиодистрофии), которые могут привести к инвалидизации детей, подростков, взрослого населения. Учитывая полигенных тип наследования заболевания, весьма актуальными являются вопросы семейной профилактики ревматизма. Течение ревматизма у детей присущ ряд особенностей, которые нередко затрудняют своевременную диагностику этого заболевания.

**План занятия:**

1. Ознакомление с тактикой ведением больных ОРЛ в амбулаторных условиях;
2. Демонстрация практических навык по чек-листу;
3. Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Цель практического занятия:**

1. Методическая цель – организовать и провести занятие в соответствии с требованиями рабочей программы с применением различных методов и способов обучения для достижения поставленных целей.
2. Учебные цели:

- Повторить классификацию и клинические проявления ОРЛ.

- Изучить диагностику, принципы лечения в амбулаторных условиях согласно диагнозу.

- Повторить методы клинического обследования пациента ОРЛ.

- Дать студентам представление об этапах диагностического поиска.

- Сформировать тактику оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в условиях поликлиники.

1. Формировать общие и профессиональные компетенции:

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. Тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
* Владеть техникой правильной пальпации щитовидной железы.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональныедисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Костно-суставная система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями костно-суставной системы.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями костно-суставной системы.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  | * Гормональные препараты
* Витамины
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

* 1. Диагностика и лечение ОКС в амбулаторных условиях.
	2. Диагностика и лечение стабильной стенокардии напряжения в амбулаторных условиях.

**Уровни усвоения:** 2,3

 2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* установить диагноз на основании клинических и лабораторных исследований в амбулаторных условиях.
* осуществлять фармакотерапию в соответствии с диагнозом в амбулаторных условиях;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). | **РОт**: Знает и понимает: ОРЛ.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ОРЛ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы ОРЛ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек - листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель. лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы  | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

* + 1. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗСР РК, 2016
		2. Клинические рекомендации «Ревматология», 2-е издание исправленное и дополненное/ под ред. Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 738 с.
	1. Каратеев Д..Е, Олюнин Ю.А., Лучихина Е.Л. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 — шаг вперед к ранней диагностике//Научно-практическая ревматология, 2011 , №1, С 10-15.
	2. Ревматология, Под ред. Н.А. Шостак, 2012г.
	3. Ревматология: Клинические рекомендации / под ред. Акад. РАМН Е.Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
	4. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход, Пайл К., Кеннеди Л. Перевод с англ. / Под ред. Н.А. Шостак, 2011г.

**Дополнительная литература:**

1. Доказательная медицина. Клинические рекомендации для практикующих врачей. ГЕОТАР МЕД, 2002.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 5. Лекционный материал.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)







**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-8** - способен проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию;**ПК-15**- способен назначать больным с наиболее часто встречающимися внутренними болезнями адекватное лечение в соответствии с диагнозом.**ПК-16**- способен осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней, направлять на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке. | **РО-8** - Может анализировать и интерпретировать полученные данные и назначать адекватное лечение и оказать первичную врачебную помощь, принимать решения при возникновении неотложных и угрожающих жизни ситуацияхпри неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков. | **РОд- 1:****Знает и понимает**:- проведение с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществление общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**Умеет:****-** проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний (ПК-8),**Владеет**: - навыками осуществления общеоздоровительных мероприятий по формированию здорового образа жизни с учетом факторов риска, давать рекомендации по здоровому питанию (ПК-8);**РОд-2:** **Знает и понимает**:- назначение больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Умеет:**- назначать больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).**Владеет**:- методами назначения больным с наиболее часто встречающимися терапевтическими заболеваниями у взрослого населения в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом (ПК-15).я | **РОт**: Знает и понимает: ОРЛ.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз ОРЛ с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать у больного, симптомы ОРЛ;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать диагноз, руководствуясь современной классификацией;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой врачебной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с диагнозом. |
| **РОд-3:****Знает и понимает**:- осуществление взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16).**Умеет:**- осуществлять взрослому населению первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях (ПК-16).**Владеет**:- методами осуществления взрослому населению первой врачебной помощи в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях в клинике внутренних болезней в амбулаторных условиях (ПК-16). |