федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности
_____ О.Н. Барканова
«26» 08 2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕЙ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНАМ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ-

программы ординатуры

по специальности 31.08.46 Ревматология

Для обучающихся 2025, 2026 годов поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2026

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ. СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС» ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ 2025, 2026 ГОДОВ ПОСТУПЛЕНИЯ ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 РЕВМАТОЛОГИЯ

ПЕРЕЧЕНЬ УНИВЕРСАЛЬНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВЫПУСКНИКОВ И ИНДИКАТОРЫ ИХ ДОСТИЖЕНИЯ

Коды компетенций	Название компетенции	Содержание и структура универсальных компетенций и индикаторы их достижения		
		ИД ПК-1 знания	ИД ПК-2 умения	ИД ПК-3 навыки
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в ревматологии; научные идеи и тенденции ревматологии 2 – структурно-функциональные особенности соединительной ткани, опорно-двигательнного аппарата человека; основные принципы функционирования опорно-двигательнного аппарата, соединительной ткани, ее взаимосвязь с другими органами и системами;	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников; 2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - возрастные особенности опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; современные классификации различных ревматологических заболеваний 2 клиническую симптоматику и патогенез основных ревматологических заболеваний; основные методы лабораторной и инструментальной диагностики ревматологических заболеваний; 3 - основные дифференциально-диагностические критерии различных ревматологических заболеваний; основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии .	1 - определять клинические симптомы и синдромы, характерные для различных ревматологических заболеваний; 2 - назначать методы обследования, необходимые для диагностики разных ревматологических заболеваний у населения; планировать лабораторное и функциональное обследование лиц различного возраста; 3 - правильно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования при наиболее часто встречающихся у населения ревматологических заболеваниях.	1- навыками определения симптомов, характерных для различной ревматологической патологии; методикой сбора ревматологического анамнеза, в том числе у детей раннего возраста; навыками проведения клинического обследования при различной ревматологической патологии; 2 - дифференциальной диагностикой основных ревматологических заболеваний человека; навыками интерпретации результатов обследования у пациентов ревматологического профиля; 3- навыками формулировки диагноза в соответствии с современными классификациям и рекомендациями
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации	Принципы и методы оказания медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени, а так же принципы и методы оказания первой медицинской помощи при ревматологических неотложных состояниях.	Оказывать неотложную помощь в очагах катастроф и на этапах медицинской эвакуации и владеть методами и навыками оказания первой медицинской помощи при ревматологических неотложных состояниях

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ[1] И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФАКУЛЬТАТИВА

Основная литература:

1. **Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины[2]**

А. Основная литература:

1. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных и экстремальных состояниях: учебник / И. П. Левчук, С. Л. Соков, А. В. Курочка, А. П. Назаров. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-7581-2, DOI: 10.33029/9704-5518-0-PRI-2020-1-288. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475812.html . - Режим доступа: по подписке.

2. Геккиева, А. Д. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии: учебное пособие / А. Д. Геккиева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с.: ил. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4996-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449967.html

3. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 896 с. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-7735-9. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970477359.html . - Режим доступа : по подписке.

4. Первая помощь и медицинские знания: практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И. , Миннуллина И. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-5426-8. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html

5. Багненко, С. Ф. Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутия, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 888 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6239-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462393.html

6. Интенсивная терапия / под ред. Гельфанда Б. Р. , Заболотских И. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 928 с. - ISBN 978-5-9704-4832-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448328.html

7. Тараканов, А. В. Лекарства при оказании скорой медицинской помощи : руководство для врачей / А. В. Тараканов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-5850-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970458501.html

8. Алгоритмы диагностики и лечения коматозных состояний / А. А. Демидов, Т. Н.

[1] Изменения в учебно-методическом обеспечении дисциплины утвержден на заседании кафедры (протокол №4 от 12.05.2025 г.)

[2] Изменения в учебно-методическое обеспечение дисциплины утверждены кафедральным заседанием (протокол №4 от 12.05.2025 г.)

Панова, А. Т. Абдрашитова и др. - Астрахань : Астраханский ГМУ, 2018. - 92 с. - ISBN 9785442404074. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/algoritmy-diagnostiki-i-lecheniya-komatoznyh-sostoyanij-10784536

9. Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семеновой Т. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4977-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449776.html . - Режим доступа : по подписке.

10. Поликлиническая терапия : учебник / под ред. О. Ю. Кузнецовой, Е. В. Фроловой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 800 с. - ISBN 978-5-9704-7562-1, DOI: 10.33029/9704-7562-1-PTK-2023-1-800. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970475621.html . - Режим доступа: по подписке.

11. Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html . - Режим доступа : по подписке.

12. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-3273-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант врача". - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html . - Режим доступа : по подписке.

13. Пиманов С. И. Гастроэнтерология / С. И. Пиманов. - Витебск : ВГМУ, 2018. - 286 с. - ISBN 9789854669298. - Текст : электронный // ЭБС "Букап" : [сайт]. - URL : https://www.books-up.ru/ru/book/gastroenterologiya-12102458/

14. Дементьев, А. С. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи / сост.: А. С. Дементьев, И. Р. Манеров, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с. - (Стандарты медицинской помощи). - ISBN 978-5-9704-3670-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436707.html

Б. Дополнительная литература:

Насонов, Е. Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4261-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442616.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-7448-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474488.html . - Режим доступа : по подписке.

Дополнительная литература:

1. Анкилозирующий спондилит : учебное пособие / Е. В. Капустина, Т. Ю. Большакова, П. А. Шестерня [и др.]. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 70 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/131415 Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

2. Бадокин, В. В. Ревматология. Клинические лекции / под ред. проф. В. В. Бадокина - Москва : Литтерра, 2014. - 592 с. - ISBN 978-5-4235-0123-5. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501235.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

3. Иммунодепрессивные препараты в терапии ревматических заболеваний : учебное пособие / составитель Н. Н. Политова. — Киров : Кировский ГМУ, 2016. — 67 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/136068 Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

4. Каган, И. И. Клиническая анатомия сердца : иллюстрированный авторский цикл лекций / Каган И. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4805-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448052.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

5. Котенко, К. В. Боль в суставах / К. В. Котенко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 560 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - ISBN 978-5-9704-5232-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452325.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

8. Котенко, К. В. Боль в спине : диагностика и лечение / К. В. Котенко [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3861-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438619.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

9. Левчук, И. П. Поражения кожи при болезнях внутренних органов : иллюстрированное руководство для врачей / И. П. Левчук, С. Л. Соков, А. В. Курочка, А. П. Назаров. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-5379-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453797.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

10. Общая врачебная практика (семейная медицина). Сборник ситуационных задач по внутренним болезням и другим частным вопросам : учебное пособие / О. С. Кобякова, Е. В. Немеров, И. В. Захарова [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2018. — 93 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/113543 Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

11. Остеопороз у детей и подростков : учебно-методическое пособие / составители : Н. Г. Киселева Т. Е. Таранушенко. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2018. — 46 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/131472 Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

12. Сахин, В. Т. Анемия хронических заболеваний / под общ. ред. Крюкова Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5923-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459232.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

13. Хардикова, С. А. Пузырные дерматозы, коллагенозы : учебное пособие / С. А. Хардикова, П. Н. Пестерев. — Томск : СибГМУ, 2015. — 113 с. — ISBN 978-5-98591-148-3. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/105969 Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

14. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "ревматология" : приказ МЗ РФ № 900н от 12.11.2012. –

2012. – URL: https://medbase.ru/book/Pr00030.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

15. Ревматология / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с. – URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970416501.html ISBN 978-5-9704-1650-1 Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

16. Методы оценки воспалительной активности и эффективности терапии при спондилоартритах / Годзенко А.А., Корсакова Ю.Л., Бадокин В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970424582.html ISBN 978-5-9704-2458-2 Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

17. Периоперационное ведение пациентов с ревматоидным артритом, нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов нижних конечностей. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ". - 2012: URL: https://medbase.ru/book/MIR001998.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

18. Клинические рекомендации. Ревматоидный артрит. ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ". Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ, 2024. - URL https://medbase.ru/book/GLR005988.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

19. Клинические рекомендации. Псориаз артропатический. Псориатический артрит. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ" . – 2024. - Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. URL: https://medbase.ru/book/GLR005820.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

20. Клинические рекомендации. Коксартроз. ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ

ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ РОССИИ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ "СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ". Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ, 2024. - Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ, URL: https://medbase.ru/book/GLR005944.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

21. Клинические рекомендации. ГОНАРТРОЗ. ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ РОССИИ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ "СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ". Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ, 2024. – URL: https://medbase.ru/book/GLR005945.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

22. Клинические рекомендации. Системная красная волчанка. ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ".- проект документа. – 2022. – URL: https://medbase.ru/book/MIR003456.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

23. Болезнь Стилла взрослых. Основы диагностики и лечения. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ". – 2022. - URL: https://medbase.ru/book/MIR003454.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

24. Спондилоартриты - основы диагностики и лечения. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ" .- 2021. - URL:

https://medbase.ru/book/MIR000701.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

25. Системная красная волчанка. АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ РЕВМАТОЛОГОВ. - - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - URL: https://medbase.ru/book/GLR005812.html . - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

26. Клинические рекомендации. Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО" АССОЦИАЦИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ХИРУРГОВ РОССИИ Евразийская ассоциация кардиологов ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ" МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЩЕСТВО" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "ФЕДЕРАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ "РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО РЕНТГЕНОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ". - Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ . – 2024. - URL: https://medbase.ru/book/GLR005744.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

27. Юношеский артрит с системным началом. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ". – 2017.- URL: https://medbase.ru/book/GLR001819.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

28. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. - АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ). – 2019. - URL: https://medbase.ru/book/GLR004339.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

29. Диагностика и лечение волчаночного нефрита. - АССОЦИАЦИЯ НЕФРОЛОГОВ ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ НЕФРОЛОГОВ "РОССИЙСКОЕ ДИАЛИЗНОЕ ОБЩЕСТВО". – 2021. - URL: https://medbase.ru/book/GLR000794.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

30. Особенности течения Long-COVID инфекции. Терапевтические и реабилитационные мероприятия. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ" НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО "НАЦИОНАЛЬНОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ИНФЕКЦИОНИСТОВ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТОЛОГИИ "СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ" . – 2021. - URL: https://medbase.ru/book/MIR000699.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

31. Диагностика и лечение первичного остеоартрита. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ" . – 2022. - URL: https://medbase.ru/book/GLR003455.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

32. Семейная средиземноморская лихорадка (Наследственный семейный амилоидоз). - АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ РЕВМАТОЛОГОВ АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ГЕНЕТИКОВ : клиническая рекомендация. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - URL: https://medbase.ru/book/GLR004142.html . - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

33. Остеопороз : клиническая рекомендация. ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЭНДОКРИНОЛОГОВ" ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПО ОСТЕОПОРОЗУ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

"АССОЦИАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ РОССИИ" МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ ГИНЕКОЛОГОВ-ЭНДОКРИНОЛОГОВ" ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГОВ И ГЕРИАТРОВ". - Одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - URL: https://medbase.ru/book/GLR000139.html . - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

34. Ведение больных узловатой эритемой. - ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ". – 2016. - URL: https://medbase.ru/book/GLR000623.html Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

35. Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации : национальное руководство / под ред. В. А. Епифанова, М. С. Петровой, А. В. Епифанова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-9028-0. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970490280.html. - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

36. Инфекции и ревматические заболевания / под ред. А. М. Лилы, Б. С. Белова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-8690-0, DOI: 10.33029/9704-8690-0-IRD-2024-1-184. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970486900.html . - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

37. Ревматоидный артрит : руководство для врачей / под ред. А. М. Лилы. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-8340-4, DOI: 10.33029/9704-8340-4-REV-2024-1-272. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970483404.html . - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

38. Системная склеродермия / Л. В. Иваницкий, И. В. Объедков, Е. И. Курбатова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 88 с. - ISBN 978-5-9704-8231-5, DOI: 10.33029/9704-8231-5-SSC-2023-1-88. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970482315.html - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

39. Шперлинг, М. И. Экстрагенитальная патология и беременность. Диагностика и лечение / М. И. Шперлинг, Н. В. Шперлинг. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-8001-4, DOI:

10.33029/9704-8001-4-SSE-2024-1-208. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970480014.html . - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

40. Остеопороз : руководство для врачей / под ред. О. М. Лесняк. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7145-6, DOI: 10.33029/9704-7145-6-OML-2023-1-752. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970471456.html - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

41. Ревматические заболевания и поражения глаз : руководство для врачей / А. А. Годзенко, И. Ю. Разумова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - URL: https://medbase.ru/book/ISBN9785970470565.html ISBN978-5-9704-7056-5 Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

42. Диагностика суставного синдрома: учебное пособие / Шилова Л.Н., Левкина М.В., Черкесова Е.Г., Королева М.В.. – 2-е изд..,переработанное и дополненное. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2022- 64 с. - Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/295931 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

43. Шилова Л. Н. Системная склеродермия : учебное пособие / Шилова Л.Н. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2016- 72 с. – Текст : непосредственный.

44. Основные синдромы при поражении почек в практике терапевта: учебное пособие./ Левкина М.В., Шилова Л.Н., Александров А.В. [и др.]. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2024- 96 с. - Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/418967 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

45. Интерстициальные заболевания легких в практике терапевта : учебное пособие / Черкесова Е.Г., Шилова Л.Н., Левкина М.В. [и др.]. – Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2024. - 96 с. - Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: https://e.lanbook.com/book/418970 . — Режим доступа: для авториз. пользователей.

Интернет-ресурсы, периодические издания (специальные, ведомственные журналы):

№	Наименование информационного ресурса	Ссылка на интернет-источник
1.	Большая медицинская библиотека	http://med-lib.ru

2.	Веб ресурс для врачей для поиска медицинской информации на английском языке *(профессиональная база данных)*	http://www.medscape.com
3.	Волгоградское областное научное общество анестезиологов	1. http://www.volganesth.ru/
4.	Единая реферативная библиографическая база данных (*профессиональная база данных)*	http://www.scopus.com
5.	Журнал: Виртуальные технологии в медицине	http://medsim.ru/
6.	Протоколы ведения больных *(профессиональная база данных)*	http://www.rspor.ru/index.php?mod1=protocols&mod2=db1
7.	Сайт Минздрава России	http://www.rosminzdrav.ru
8.	Сайт общероссийской общественной организации «Российское общество симуляционного обучения в медицине» (РОСОМЕД)	http://rosomed.ru/
9.	Сайт Российского кардиологического журнала	http://www.roscardio.ru/flash/izdatelstvo/klinpractica.pdf
10.	Федерация анестезиологов и реаниматологов РФ	http://www.far.org.ru/
11.	Электронная библиотечная система	http://www.bibliomed.ru
12.	Рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского совета по реанимации (пересмотр 2015 г.)	https://cprguidelines.eu/sites Russian_translation_guidelines.pdf)
13.	Европейский совет по реанимации	www.erc.edu
14.	Рекомендации Европейского совета по реанимации	www.cprguidelines.eu
15.	Национальный совет по реанимации	www.rusnrc.com
16.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы», 2016 г	http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/135
17.	Клинические рекомендации МЗ РФ «Хроническая обструктивная болезнь легких», 2018 г.	http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/908
18.	Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению спонтанного пневмоторакса. Ассоциация торакальных хирургов Российского общества хирургов, 2014 г	http://thoracic.ru/wpcontent/uploads
19.	Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при тромбоэмболии легочной артерии. Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи», 2014 г.	http://www.minzdravrb.ru/minzdrav/docs/smp/tela.doc
20.	Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской	http://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend

	помощи при желудочно-кишечном кровотечении, 2016 г.	
21.	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и терапии анафилаксии Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ), 2015г.	http://nrcii.ru/docs/KR_po_anafilaksii_24.12.2015.pdf
22.	Клинические рекомендации «алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». Российская ассоциация эндокринологов ФГБУ Эндокринологический научный центр, 2019 г.	https://minzdrav.govmurman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/CD7.pdf
23.	Алгоритмы ведения пациента с гипертоническим кризом (Практические рекомендации по артериальной гипертонии (2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension) Европейского Общества Гипертонии (European Society of Hypertension, ESH) и европейского Общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) 2013 г)	https://scardio.ru/content/activities/2015/Algorythms_GK.pdf
24.	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы. Российское респираторное общество, 2016 г.	http://www.spulmo.ru/download pdf
25.	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечнососудистыми заболеваниями» с изменениями и дополнениями от 14 апреля 2014 г. Зарегистрировано в Минюсте РФ 29 декабря 2012 г.	http://base.garant.ru/70299174/
26.	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 июля 2016 г. № 455н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при кардиогенном шоке».	http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71348356/#review

Фонд оценочных средств (компетентностный подход)
для дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов. Симуляционный курс»

вариативная дисциплина части, формируемой участниками образовательных отношений, основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.46 Ревматология

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 - основные понятия, используемые в ревматологии; научные идеи и тенденции ревматологии;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	РАЗВИТИЕ АУТОИММУНИТЕТА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО а) снижением супрессорной функции Т-клеток изменением антигенного состава тканей б) подавлением созревание Т-лимфоцитов в) появлением новых популяций лимфоцитов, реагирующих с аутоантигенами г) нарушением барьеров между внутренней и внешней средой организма	а) снижением супрессорной функции Т-клеток изменением антигенного состава тканей	№12 стр 30
2.	ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ СЛЕДУЮЩИХ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ а) нейтрофилов б) макрофагов и лимфоцитов в) тучных клеток г) лимфоцитов и фибробластов	б) макрофагов и лимфоцитов	№12 стр 10
	Выберите несколько правильных ответов		

1.	ФАКТОРАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЮТСЯ: а) целостность кожных покровов б) бактерицидное действие желудочного сока в) нормальная бактериальная флора кишечника г) фагоцитоз	а) целостность кожных покровов б) бактерицидное действие желудочного сока г) фагоцитоз	№15 стр14
2.	КАКИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ: а) васкулит головного мозга б) эндокардит Либмана - Сакса в) остеолиз ногтевых фаланг пальцев рук г) волчаночная нефропатия	а) васкулит головного мозга б) эндокардит Либмана - Сакса г) волчаночная нефропатия	№15, стр 50
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Ревматоидный артрит – это 2. Системная красная волчанка – это 3. Системная склеродермия – это 4. Дерматомиозит – это 5. Подагра – это А. аутоиммунное хроническое мультисистемное заболевание с преимущественным поражением соединительной ткани, гиперпродукцией антинуклеарных антител, с многочисленными клиническими проявлениями, поражающее любые органы и системы, волнообразным течением, чередованием ремиссий и обострений. Б. прогрессирующее заболевание с характерными изменениями кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов (легких, сердца, почек, пищеварительного тракта) и распространенными вазоспастическими нарушениями (синдром Рейно), в основе которых лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и сосудов по типу облитерирующего эндартериолита.	1. Ревматоидный артрит – это иммунно-воспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействие факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета. 2. Системная красная волчанка - это аутоиммунное хроническое мультисистемное заболевание с преимущественным	№4 гл.1

	В. Системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и\или генетическими факторами. Г. Идиопатические воспалительные миопатии, характеризующиеся системным поражением поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры с нарушением двигательной функции, а при ДМ – также поражением кожи в виде эритемы и отека. Д. иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействие факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета	поражением соединительной ткани, гиперпродукцией антинуклеарных антител, с многочисленными клиническими проявлениями, поражающее любые органы и системы, волнообразным течением, чередованием ремиссий и обострений. 3. Системная склеродермия – это прогрессирующее заболевание с характерными изменениями кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов (легких, сердца, почек, пищеварительного тракта) и распространенными вазоспастическими нарушениями (синдром Рейно), в основе которых лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и сосудов по типу облитерирующего эндартериолита. 4. Дерматомиозит – это идиопатические воспалительные миопатии, характеризующиеся системным поражением поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры с нарушением двигательной функции, а при ДМ – также поражением кожи в виде эритемы и отека. 5. Подагра – это системное тофусное	

		заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и\или генетическими факторами.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°С, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах легких при глубоком вдохе, кашле. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах легких - жесткое дыхание, шум трения плевры. Периферические	Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Гломерулонефрит, нефротическая форма. Нефротический синдром. Полиартрит. Миокардит. Плеврит. Панцитопения. Дисковидна эритема.	№15, стр 55

	отеки нижних конечностей. В анализах крови – анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, измененные эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г. Предварительный диагноз.		
2.	Женщина 48 лет, продавец, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 10 часов, похудание. Больна 11 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,1°С. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание. При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные,	Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность 3, эрозивный (R ст – IV), АЦЦП – положительный, ФК – 3. Анемия средней степени тяжести, вторичная.	№12, стр38

	подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III 15 дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объем активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – 2,2×1012/л, лейкоциты - 8,8×109 /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – 418,1×109 /л. Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 16%, β – 19%, γ – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл). Поставьте диагноз.		
3.	Больной 64 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них. Анамнез: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3-4 мм.	Хроническая тофусная подагра. Поражение суставов, почек (нефролитиаз). Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия II степени, риск сердечнососудистых осложнений 4 ст. Метаболический синдром. Дислипидемия.	№1, гл13

	Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 - 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1 и 2 плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синеватобагрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Мочевая кислота - 780 ммоль/л, холестерин крови - 6,7 ммоль/л, триглицериды – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л. Вопрос: Предположите наиболее вероятный диагноз.		
4.	Больной Ю. 53 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. 13 Анамнез: болеет с 35 лет, вначале появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°С. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 150/100 мм рт. ст. ЧСС - 74 удара в минуту. ЧДД - 18 в минуту. Температура тела 37,3°С. Отмечается выраженный грудной	Анкилозирующий спондилоартрит. Развёрнутая стадия. BASDAI 3,2. BASFI 3,0. Двухсторонний сакроилиит, стадия 3. Функциональная недостаточность суставов I.	№3, стр16

	кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставов. Активные и пассивные движения вызывают боль. Пробы: симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера – 65 см, Форестье - 22 см, проба подбородок-грудина – 5 см, экскурсия грудной клетки - 100-96 см (4 см). Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленениях: Деформирующий спондилез, двусторонний сакроилиит, стадия 3. Общий анализ крови: эритроциты - 4,2×1012/л, Hb - 122 г/л, тромбоциты - 220×109 /л, лейкоциты - 10×109 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 18 мм/ч. Иммунологические тесты: С-реактивный белок – 5 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный. Общий анализ мочи – норма. Поставьте диагноз.		
5.	Больная 42 лет, домохозяйка, обратилась к врачу-терапевту участковому со следующими жалобами: в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3°С. Домашнюю работу выполняет с трудом. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны	Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП+, эрозивный, развёрнутая клиническая стадия, умеренная активность (DAS28=5,0), рентгенологическая стадия II, функциональный класс недостаточности суставов II.	№12 стр 37

	сердца ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны. Общий анализ крови: лейкоциты - 9,0×109 /л, СОЭ - 35 мм/час. Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор (РФ) – 1:80. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) – 375,8 Ед/мл. Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные узуры костей. Вопрос. Предположите наиболее вероятный диагноз.		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	К «малым» диагностическим критериям подагры относятся	А) припухание и/или боль в плюснефаланговом суставе Б) тофусы В) гиперурикемия Г) субкортикальные кисты без эрозий выявляемые при рентгенографии	№1, гл13
2.	Для идиопатического дерматомиозита характерны клинические симптомы	А) гелиотропная сыпь Б) симптом Готтрона Д) дисфония Е) нарастающая проксимальная мышечная слабость	№15 , стр 67
3.	Рентгенологическими признаками ревматоидного артрита являются	А) эпифизарный остеопороз Б) сужение суставной щели В) эрозии (узуры суставных поверхностей	№12, стр 33

		Г) анкилозирование наиболее пораженных суставов на поздней стадии заболевания	
4.	Для III рентгенологической стадии при ревматоидном артрите характерны	А) околосуставной остеопороз, Б) сужение суставных щелей В) множественные (> 5) костные эрозии, подвывихи в суставах	№12, стр 33
5.	Для реактивного артрита характерны клинические проявления:	а) ассиметричный артрит суставов нижних конечностей, б)энтезопатии, в)односторонний саркоилеит	№4 гл.7

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 – структурно-функциональные особенности соединительной ткани, опорно-двигательного аппарата человека; основные принципы функционирования опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, ее взаимосвязь с другими органами и системами

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ ВЫПОЛНЯЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФУНКЦИИ, КРОМЕ а) опорной б) метаболической в) защитной	г) нейроэндокринной	№11, стр 10

	г) нейроэндокринной		
2.	ПРОТЕОГЛИКАНЫ ОСНОВНОГО ВЕЩЕСТВА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ а) поддерживание уровня гидратации б) способствование организации коллагеновых волокон в) придают вязкоэластические свойства г) способствуют межмолекулярному скреплению структуры коллагена	г) способствуют межмолекулярному скреплению структуры коллагена	№11, стр11
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	КАКИЕ КЛЕТКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ БИОСИНТЕЗ КОЛЛАГЕНА: а) фибробласты б) эпителий хрусталика и роговицы в) хондробласты г) синовиоциты	а) фибробласты в) хондробласты г) синовиоциты	№11, стр 10
2.	КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВОЛОКОН СОДЕРЖАТСЯ В СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ? а) коллагеновое волокно б) эластическое волокно в) ретикулярное волокно г) волокно Пуркинье все вышеперечисленные волокна обнаружены в соединительной ткани	а) коллагеновое волокно б) эластическое волокно в) ретикулярное волокно	№11, стр 9
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Соединительные ткани — это _____ 2. Рыхлая волокнистая неоформленная соединительная ткань - это_____ 3. Тучные клетки (тканевые базофилы) – это_____ 4. Основное вещество – это_____ 5. Фибробласты – это_____ А) комплекс мезенхимных	1. Соединительные ткани — это комплекс мезенхимных производных, состоящий из клеточных дифферонов и большого количества межклеточного вещества (волокнистых структур и аморфного вещества),	№11, стр 7

	производных, состоящий из клеточных дифферонов и большого количества межклеточного вещества (волокнистых структур и аморфного вещества), участвующих в поддержании гомеостаза внутренней среды и отличающихся от других тканей меньшей потребностью в аэробных окислительных процессах. Б) студнеобразная гидрофильная среда, отличающаяся лабильностью и способная к изменению своей консистенции и функциональных особенностей, состоящее из гликозаминогликанов, протеогликанов, гликопротеидов, воды и неорганических солей. В) ткань, образующая строму многих органов, адвентициальная оболочка сосудов, располагается под эпителиями - образует собственную пластинку слизистых оболочек, подслизистую основу, располагается между мышечными клетками и волокнами Г) клетки, содержащие в цитоплазме много базофильных гранул, в которых находятся биологически активные вещества: гистамин, гепарин и др. Д) клетки, синтезирующие компоненты межклеточного вещества: белки, из которых образуются волокна, и элементы основного вещества.	участвующих в поддержании гомеостаза внутренней среды и отличающихся от других тканей меньшей потребностью в аэробных окислительных процессах. 2. Рыхлая волокнистая неоформленная соединительная ткань – ткань, образующая строму многих органов, адвентициальная оболочка сосудов, располагается под эпителиями - образует собственную пластинку слизистых оболочек, подслизистую основу, располагается между мышечными клетками и волокнами. 3. Тучные клетки (тканевые базофилы) – клетки, содержащие в цитоплазме много базофильных гранул, в которых находятся биологически активные вещества: гистамин, гепарин и др. 4. фибробласты - клетки, синтезирующие компоненты межклеточного вещества: белки, из которых образуются волокна, и элементы основного вещества. 5. Основное вещество – это студнеобразная гидрофильная среда, отличающаяся лабильностью и способная к изменению своей консистенции и	

		функциональных особенностей, состоящее из гликозаминогликанов, протеогликанов, гликопротеидов, воды и неорганических солей.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная Н., 42 лет, инженер, предъявляет жалобы на припухлость и боли в проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах, которые беспокоят больную во вторую половину ночи и первую половину дня, к вечеру боли стихают, на утреннюю скованность, длящуюся первую половину дня, утомляемость и недомогание. Несмотря на боли в суставах, пациентка обслуживает себя самостоятельно: одевается, принимает пищу без посторонней помощи, но остальные виды деятельности (непрофессиональная и профессиональная) резко ограничены. Считает себя больной в течение 6 лет, когда после перенесенной ангины впервые появились боли в левом коленном суставе. Два года назад после острого респираторного заболевания возникли боли во II, III, IV проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, затем - в запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах. Суставы опухали. Обратилась к врачу, который назначил больной прием диклофенака 100 мг в сутки. Боли несколько уменьшились, но	Диагноз: Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный вариант, АЦЦП позитивный, развернутая клиническая стадия, эрозивный (стадия II) с системными проявлениями (ревматоидные узелки), высокая активность (DAS 28 6,82). ФК 3.	№12, стр 46

	полностью не купированы. В связи с отсутствие эффекта от лечения и для уточнения диагноза больная госпитализирована. Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,4°С. На разгибательной поверхности верхней трети предплечий, вблизи от локтевых суставов пальпируются подкожные, сравнительно плотные, безболезненные образования размером от 0,5 до 2–3 см., локализующиеся подкожно. Пульс 90 ударов в 1 мин., ритмичный. Слегка приглушен I тон на верхушке. В легких дыхание везикулярное с жестковатым оттенком. При осмотре суставов определяется их припухлость, местное повышение температуры, болезненность и ограничение объема движений в перечисленных выше суставах количество болезненных суставов 14, припухших 11). На разгибательной поверхности обеих рук в области олекранона выявляются узелки, сравнительно плотные, безболезненные, размером до 2,0 см. Интенсивность боль по шкале ВАШ – 8 см. Анализы крови: эритроциты – 3,9·1012/л, гемоглобин - 102 г/л, цв. пок. – 0,86. Лейкоциты – 8,4·109 /л, СОЭ 45 мм/час. СРБ 36 мг/л (N – 6 мг/л). Общий белок -72 г/л, альбумины - 40,2%, глобулины: б1 – 8,2%, б2 – 12,8%, в – 14,2%, г – 24,6%. А/Г – 0,7. РФ (ИФА методом 1:640 при норме менее 1:40), титры АЦЦП 38 ЕД/мл (N < 5 ед/мл).. Антинуклеарный фактор не обнаружен. Рентгенограмма суставов кисти - определяются небольшое сужение суставных щелей и незначительное разрушение хряща и кости – единичные эрозии костей в области проксимальных межфаланговых суставов и пястнофаланговых суставов. ВОПРОС: Сформулируйте клинический диагноз.		
2.	Больная И., 18 лет, студентка. 32 Жалобы на высыпания на щеках	СКВ, подострое течение с поражением	№4, стр 92

	розового цвета, боли и припухлость лучезапястных, коленных суставов и пястно-фаланговых суставов, боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием, повышение температуры тела до 38,70С, повышенное выпадение волос. Больна в течении 3 месяцев. Заболевание началось с повышения температуры, появления розовых высыпаний на щеках, болей в суставах и мышцах. За 3 месяца похудела на 5 кг. За неделю до поступления появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе. При осмотре очаги облысения на голове, припухлость и болезненность вышеуказанных суставов, эритематозные высыпания сливного характера на щеках и спинке носа, шум трения плевры над нижними отделами правого легкого, тахикардия до 100 ударов в минуту, температура тела 37,80С. Лабораторные данные: в анализе крови: лейкоциты – 3,2х109/л, эритроциты 3,6х1012/л, НВ – 102 г/л, СОЭ – 32 мм/час. В крови обнаружены LE – клетки 5 на 1000 лейкоцитов. Вопросы. Сформулируйте диагноз.	кожи (эритема, аллопеция), суставов (полиартрит), мышц (миозит), легких (сухой плеврит), анемия (аутоиммунная?), легой степени тяжести. АКТ2. LE-феномен.	
3.	Больная 41 лет, аграном, 3 месяца назад после ОРЗ отметила появление умеренной болезненности и припухлости II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, утренней скованности в течение 6 часов. Суставной синдром сопровождался общей слабостью, повышением температуры тела до 37,3°С. При осмотре кожные покровы физиологической окраски, чистые. Пальпируются подмышечные лимфатические узлы размером с горошину, плотные, безболезненные. АД=120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=76 в минуту. Дыхание везикулярное. Отмечается	Ревматоидный артрит, полиартрит с системными проявлениями (лимфаденопатия, субфебрилитет, анемия), серопозитивный, активность II степени. II стадия. ФН II.	№12, стр 45

	дефигурация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, болезненность вышеперечисленных суставов. Активные и пассивные движения в них ограничены и болезненны. При обследовании: эритроциты=3,5х10/л, гемоглобин=110 г/л, лейкоциты=9х10/л, СОЭ=30 мм/час, СРБ=21 мг/мл. РФ=64 ЕД/мл. ЦИК=78 ед. опт. пл. На рентгенограмме суставов кистей обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов. Ваш диагноз.		
4.	Девочка 13 лет стала часто жаловаться на плохое самочувствие, почти постоянно отмечается субфебрильная температура, которая не снижается после приема жаропонижающих средств. Из анамнеза известно: часто ОРВИ. Перенесла ветряную оспу в 5 лет, без осложнений, привита по возрасту, в 6 месяцев после прививки АКДС была гипертермия, сопровождавшаяся приступом клонико-тонических судорог. В настоящее время учится в школе, часто устает. Данные объективного осмотра: правильного телосложения, температура тела 37.90С, на коже лица на переносице и скуловых дугах имеются симметрично расположенные папулезные высыпания, сливающиеся. Зев розовый, отеков нет, суставы не изменены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости сердца: правая - по правой парастернальной линии, верхняя – II ребро, левая – на 0.5 см кнаружи от средне-ключичной линии, ЧСС 90 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, систолический шум занимает 2/3 систолы, проводится на аорту. Живот мягкий, печень	Системная красная волчанка. подострое течение, с поражением кожи (люпус-бабочка), сердца (миокардит), почек (люпус-нефрит). АКТ2.	№4, глава 11

	выступает на 3 см из-под ребра по среднеключичной линии. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, моча цвета «мясных помоев». Стул нормальный. Со стороны нервной системы патологии не выявлено.		
5.	Мальчик 5 лет, осмотрен участковым педиатром в связи с подъемом температуры до 38,70С, отеком и резкой болезненностью правого коленного сустава. В связи с подозрением на остеомиелит правого колена, направлен в хирургическое отделение детской больницы. В приемном отделении остеомиелит исключен. Мальчик госпитализирован в терапевтическое отделение. Данные анамнеза: от 1-й беременности, протекавшей без особенностей. Мать страдает хроническим тонзиллитом, часто болеет ангинами, систематического лечения не проводит. Род в срок, вес при рождении 3200 г, длина 51 см, закричал сразу. До 3-х месяцев находился на естественном вскармливании, за это время прибавил 2,5 кг. Затем был переведен на искусственное вскармливание. Прививки по возрасту. В 1 год 2 мес. перенес ОРВИ с обструктивным бронхитом. Далее прививки не проводились по требованию матери. В 3 года перенес скарлатину, 2-3 раза в год болеет ОРВИ с бронхообструкцией. За 3 недели до настоящего заболевания вместе с матерью переболел ангиной. Затем стал вялым, отмечалась бледность кожи, синева под глазами. Во сне стал обильно потеть. Данные объективного осмотра при поступлении: состояние средней тяжести, вялый, бледный. На сгибательных поверхностях предплечий и на туловище отмечается бледно-розовая кольцевидная сыпь до 5мм в диаметре. Зев чистый, миндалины гипертрофированы, чистые. Зубы кариозные. В легких дыхание везикулярное, число	Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), полиартрит, НК II А (ФКII).	№4 гл.2

	дыханий 32 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца громкие. Частота сердечных сокращений 122 в минуту (во сне 120 в минуту). При перкуссии: правая граница сердца - по правому краю грудины, левая – на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии на уровне 5 ребра, верхняя-2 межреберье. Систолический шум занимает всю систолу, связан с I тоном, проводится за пределы сердца. Живот мягкий, печень +1 см по среднеключичной линии, селезенка + 0,5 см. Дизурии нет, стул нормальный. Координационные пробы выполняет уверенно. Осмотр сустава: правый коленный сустав увеличен в размерах, горячий на ощупь, кожа гиперемирована. Объем движений резко ограничен. Локтевой сустав слева ограничен в движении, болезненный при пальпации. Данные проведенного обследования: Общий анализ крови: Нв-102 г/л, эр-3,5 х 1012/л, л-18,2 х 109 /л, п/я-8, с/я-32, э-5, м-5, лимф.-50, СОЭ-52 мм/час. Биохимия крови: белок- 72 г/л, альбумины-54%, альфа-1 глобулины-4%, альфа-2 глобулины - 12%, бетта-10%, гамма - 20%, мочевина-3,1 ммоль/л, СРБ -++++, серомукоид - 0,4 ед., титр АСЛО- 1:1250. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 120 в минуту, PQ-0,22” Вольтаж зубцов снижен, отклонение электрической оси сердца влево. Ваш диагноз.		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Развитию первичного остеоартрита способствуют	А) генетические факторы б) нарушения статики в) дисплазии, приводящей к изменению конгруэнтности суставных	№7, гл 10

		поверхностей г) перегрузки суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом, ожирением	
2.	К общим клиническим чертам ДЗСТ относятся:	А) системность поражения, клинический полиморфизм Б) сочетание 6с аллергией и парааллергией В) наличие маркеров аутоиммунного и иммунокомплексного воспаления Г) патогенетическая терапия гормонами и цитостатиками Д) артралгии или артриты, миозиты, серозиты, васкулиты	№1 гл.4
3.	Для начальной стадии системной склеродермии характерно	а) синдром Рейно, б) суставной синдром в) плотный отек кожи, г) редко — висцериты	№4 , гл 12
4.	Для суставного синдрома при ревматоидном артрите характерно	А) утренняя скованность Б) симметричное поражение прокси-мальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, плюснефаланговых суставов В) деформация кисти по типу «рука с лорнетом» Г) ульнарная девиация в пястно-фаланговых суставах кисти, обычно развивающаяся через 1—5 лет после начала болезни; поражение пальцев кистей по типу «бутоньерка» или «шея	№12,стр 39

		лебедя»	
5.	СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭЛЕМЕНТОВ	а) клеток в) коллагеновых г) эластиновых волокон д) ретикулярных волокон	№11, стр 10

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 -критически оценивать поступающую информацию вне зависимости от ее источника; управлять информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	КОМПОНЕНТАМИ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ ... а) Синовиальная оболочка, капсула сустава б) Хрящ, синовиальная оболочка, синовиальная жидкость в) Капсула сустава, синовиальная жидкость г) Костная ткань, хрящ	б) Хрящ, синовиальная оболочка, синовиальная жидкость	№7, глава 2
2.	ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ... а) Порфирия б) Общий атеросклероз сосудов в) Нарушение углеводного обмена г) Амилоидоз	г) Амилоидоз	№1, глава 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА НАЗНАЧАЮТ ... а) 80-100 мг преднизолона в сутки б) 80 мг преднизолона в сутки в) 40-60 мг преднизолона в сутки	а) 80-100 мг преднизолона в сутки; г) пульс-терапию метилпреднизолоном	№2, глава 9

	г) пульс-терапию метилпреднизолоном		
2.	СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ... а) Гранулематоз с полиангиитом б) Гигантоклеточном артериите в) Узелковом периартериите г) Геморрагическом васкулите д) Артериите Такаясу	б) Гигантоклеточном артериите; д) Артериите Такаясу	№1, глава 8
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1) Артериит Такаясу – это _____ 2) Узелковый полиартериит – это _____ 3) Болезнь Кавасаки это _____ 4) Микроскопический полиангиит это ____ а) некротизирующий артериит с поражением артерий среднего и мелкого калибра, протекающий без гломерулонефрита или васкулита артериол, капилляров, венул и не ассоциированный с АНЦА; б) это некротизирующий васкулит с отсутствием (или небольшим количеством) иммунных депозитов, с преимущественным поражением мелких сосудов (капилляров, венул, артериол); в) артериит, часто гранулематозный, с преимущественным поражением аорты и/или ее главных ветвей; г) артериит преимущественно средних и мелких артерий, сочетающийся с синдромом поражения кожи, слизистых оболочек и лимфатических узлов.	Артериит Такаясу – артериит, часто гранулематозный, с преимущественным поражением аорты и/или ее главных ветвей. Узелковый полиартериит – это некротизирующий артериит с поражением артерий среднего и мелкого калибра, протекающий без гломерулонефрита или васкулита артериол, капилляров, венул и не ассоциированный с АНЦА. Болезнь Кавасаки – это артериит преимущественно средних и мелких артерий, сочетающийся с синдромом поражения кожи, слизистых оболочек и лимфатических узлов. Микроскопический полиангиит – это некротизирующий васкулит с отсутствием (или небольшим количеством) иммунных депозитов, с преимущественным поражением мелких сосудов (капилляров, венул, артериол).	№7, глава 11

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная 46 лет, жалуется на периодически возникающую общую слабость в течение нескольких лет, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад, после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3оС. Боли в области сердца, сердцебиение, одышка. Домашнюю работу выполняет с трудом. Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Пальпируются лимфатические узлы в подчелюстной области, подмышечные размером с горошину, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ослабление I тона, систолический шум на верхушке. ЧСС – 96 в мин. АД = 130/80 мм рт.ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны. Общий анализ крови: лейкоциты 9,0х109/л, СОЭ 35 мм/час. Биохимическое исследование крови: С-реактивный белок 25 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 127 Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен остеопороз, сужение суставной щели, единичные эрозии костей. ВОПРОСЫ:	Ревматоидный артрит, II рентгенологическая стадия	№12, стр. 32

	1. Оцените рентгенограмму.		
2.	Больная М. 20 лет, была направлена в стационар с жалобами на боли в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа, повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 1,5 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи после пребывания на солнце. С лета настоящего года после гиперинсоляции и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отѐки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты -	Люпус-нефрит, протеинурия, лейкоцитурия	№1, глава 4.

	1,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевина - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α1 – 4%, α2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл. ВОПРОСЫ: 1. Оцените общий анализ мочи.		
3.	Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость. Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС	Ревматоидный артрит, II рентгенологическая стадия	№12, стр. 32

	– 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рѐберной дуги. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,5×1012/л, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – 8,6×109/л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч. Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α1 – 6%, α2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л). Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл. На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счѐт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений. ВОПРОСЫ: 1. Определите рентгенологическую стадию заболевания.		
4.	Больная К. 25 лет обратилась к врачу с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов,	Утренняя скованность более 1 часа; полиартрит, симметричный,	№12, стр. 39

	утреннюю скованность в суставах кистей до обедая, похуданиеа на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость. Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала Диколофенак, а затем Нимесулид с некоторым положительным эффектом. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 ºС. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5×0,5 см. Коленные суставы дефигурированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6. В лѐгких дыхание с жѐстким оттенком, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезѐнка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 86,4 г/л, лейкоциты - 9,1×109/л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 76 мм/час (по Вестергрену). СРБ - 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л). Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястный костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых проксимальных суставов справа. ВОПРОСЫ:	поражение суставов кистей, наличие ревматоидных узелков, рентгенологические изменения (околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей).	

	1. Перечислите диагностические критерии ревматоидного артрита, присутствующие у больной.		
5.	Больной Р. 45 лет обратился к врачу с жалобами на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Анамнез: болеет с 30 лет, вначале появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°С. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 140/90 мм рт. ст. ЧСС - 74 удара в минуту. ЧДД - 18 в минуту. Температура тела 37,3°С. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставов. Активные и пассивные движения вызывают боль. Пробы: симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера – 65 см, Форестье - 22 см, проба подбородок-грудина – 5 см, экскурсия грудной клетки - 100-96 см (4 см). Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленениях: Деформирующий спондилѐз, двусторонний сакроилиит, стадия 3. Общий анализ крови: эритроциты - 4,2×1012/л, Hb - 122 г/л, тромбоциты - 220×109/л, лейкоциты - 10×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 18 мм/ч. Иммунологические тесты: С-реактивный белок – 5 мг/л,	Анкилозирующий спондилоартрит. Развёрнутая стадия	№3, стр. 12.

	ревматоидный фактор – отрицательный. Общий анализ мочи – норма. ВОПРОСЫ: 1. Назовите нозологию и оцените стадию данного заболевания.		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите основные клинические проявления подагры	1) рецидивирующие атаки острого артрита, 2) очаговое накопление кристаллов уратов с образованием тофусов в тканях (в области суставов, мягких тканей, различных органах), 3) нефролитиаз, 4) подагрическая нефропатия.	№1, глава 13
2.	Назовите критерии воспалительной боли в спине ASAS (2009)	1) Возраст начала менее 40 лет. 2) Постепенное начало. 3)Улучшение после выполнения физических упражнений. 4) Отсутствие улучшения в покое. 5)Ночная боль (с улучшением при пробуждении). Боль в спине считается воспалительной при наличии минимум четырех признаков из пяти.	№1, глава 2
3.	Назовите 5 степеней активности СКВ по индексу SLEDAI2K или Selena SLEDAI	1) нет активности (SLEDAI 0 баллов), 2) низкая активность (SLEDAI 1-5 баллов), 3) средняя степень активности (SLEDAI 6-10 баллов), 4) высокая степень активности (SLEDAI 11-19 баллов),	№1, глава 4

		5) очень высокая степень активности (SLEDAI более 20 баллов).	
4.	Назовите варианты течения ССД	1) Острое; 2) Подострое; 3) Хроническое; медленнопрогрессирующее .	№1, глава 6
5.	Назовите классификационные критерии артериита Такаясу	1) Возраст моложе 40 лет; 2) Перемежающаяся хромота; 3) Ослабление пульса на плечевой артерии; 4) Разница АД на правой и левой руке более 10 мм рт.ст. 5) Шум на подключичных артериях или брюшной аорте; 6) Изменения при ангиографии.	№1, глава 8

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 - избегать автоматического применения стандартных приемов при решении профессиональных задач; использовать системный комплексный подход при постановке диагноза и назначении необходимой терапии.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ (ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА :...	г) Ревматоидные узелки	№1, глава 1

	а) Пролиферация синовиоцитов, фибробластов б) Лимфоцитарная, плазмоклеточная, макрофагальная инфильтрация в) Отложение фибрина г) Ревматоидные узелки		
2.	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СУСТАВ ЯВЛЯЮТСЯ ... а) Наличие выраженного воспалительного процесса б) Инфекционный процесс в суставе в) Незначительные признаки воспаления в суставе	б) Инфекционный процесс в суставе	№7, глава 12
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ДИЕТОТЕРАПИЯ ПОДАГРЫ ВКЛЮЧАЕТ ... а) Ограничения суточного потребления белков б) Малокалорийной диеты в) Ограничения растительной клетчатки г) Ограничение углеводов д) Отказ от алкоголя	а) Ограничения суточного потребления белков д) Отказ от алкоголя	№1, глава 13
2.	ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ ... а) Артериолы б) Капилляры в) Сосуды среднего калибра г) Сосуды любого диаметра д) Крупные сосуды	а) Артериолы б) Капилляры	№1, глава 6
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Анкилозирующий спондилит – это _____ 2. Аксиальный спондилоартрит – это _____ 3. Нерентгенологический аксиальный спондилоартрит – это _____ а) спондилоартрит с преимущественным поражением позвоночника и периферических суставов. б) спондилоартрит, имеющий сходную клиническую картину с АС при отсутствии рентгенологических признаков достоверного сакроилеита.	Анкилозирующий спондилит - хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением	№1, глава 2

	в) хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов.	в патологический процесс энтезисов и периферических суставов. Аксиальный спондилоартрит - спондилоартрит с преимущественным поражением позвоночника и периферических суставов. Нерентгенологический аксиальный спондилоартрит - аксиальный спондилоартрит, имеющий сходную клиническую картину с АС при отсутствии рентгенологических признаков достоверного сакроилеита.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной 20 лет обратился к врачу с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры. Анамнез: заболел вчера, после сильного переохлаждения, когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°С. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота. Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°С, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лѐгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях	Геморрагический васкулит, подострое течение, активность II степени, с поражением кожи, суставов, абдоминальным и почечным синдромом	№ 1, глава 8.

	обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 21,0×109/л, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час. Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предположительный диагноз.		
2.	Пациентка К. 65 лет предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 30 мин. Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала Диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъѐме и спуске по лестнице из-за боли в суставах. Сопутствующие заболевания: около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт. ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес - 96 кг, рост - 162 см. Узелковая деформация II-V дистальных межфаланговых суставов	Показано пероральных НПВП с наименьшим кардиоваскулярным риском, при наличии реактивного синовита коленных суставов возможно внутрисуставное введение глюкокортикостероидов, а также необходимо назначение препаратов Хондроитин и\или Глюкозами сульфатов на срок не менее 6 месяцев с последующими повторными курсами.	№ 2, глава 14.

	и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Дефигурация коленных суставов за счет периартикулярного отѐка, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объѐм движений не изменѐн, пальпация и движения умеренно болезненны.. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 7,2×109/л, СОЭ - 13 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии. Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок - 8 мг/л. Общий анализ мочи без патологии. ВОПРОСЫ: 1. Назначьте медикаментозную терапию		
3.	Больной Л. 50 лет поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющие боли в плюснефаланговых суставах I пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру и при движениях, ограничение объѐма движений суставах, отѐчность голеней и стоп, повышение АД до 160/110 мм рт. ст, ноющие боли в правой поясничной области. Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда впервые на фоне полного благополучия появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы около двух часов ночи, вследствие чего больной не мог вновь заснуть. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой	Необходимые исследования: сывороточный уровень мочевой кислоты и её экскреция с мочой; ЭКГ, суточное мониторирование АД, ЭхоКГ; рентгенография поражённых суставов, анализ крови на ревматоидный фактор; фракции липидов; определение уровня гликемии натощак и глюкозотолерантный тест; биопсия тофуса; консультации врача-уролога, врача-эндокринолога, сахарного диабета. Кроме того, для оценки функции печени и почек необходимо до	№ 1, глава 13

	и блестящей. Повысилась температура тела до 38,2°С. Болевой синдром не купировался приемом Парацетамола. Кроме того, появились резкое ограничение движений в этом суставе, болезненность при дотрагивании до него, соприкосновении с простыней. К утру интенсивность боли заметно ослабела, но припухлость сустава сохранялась. К врачам пациент обращаться не стал, ничем не лечился; через 2-3 суток боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы купировались полностью, через несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава. Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год, с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава. Обратился к врачу-терапевту участковому. Был назначен Индометацин в дозе 150 мг/сут, на фоне приема которого болевой синдром регрессировал. В дальнейшем пациент отметил, что частота приступов артрита составляла ранее 1 раз в год, а с течением времени кратность обострений болезни увеличилась до 3-4 раз в год. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Рост - 166 см, вес - 94 кг. Окружность талии - 107 см. Дефигурация голеностопных суставов, более выраженная справа, I плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Движения в суставах с болезненным ограничением. На медиальном крае правой стопы обнаружен тофус до 6 мм в диаметре. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 16 в минуту. Перкуторный звук ясный лѐгочный над всеми лѐгочными полями. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД - 160/80 мм рт. ст., ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот	начала антигиперурикемической терапии определить уровень мочевины и креатинина сыворотки, показатели печёночной функции (трансаминаза, билирубин, щелочная фосфатаза).	

	мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю рѐберной дуги. Периферических отѐков нет. ВОПРОСЫ: 1. Составьте план дополнительного обследования пациента.		
4.	Больная М. 21 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39°С, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных лимфоузлов. На щеках яркий румянец. Беспокоят острые боли в нижних отделах лѐгких при глубоком вдохе, кашле. При осмотре: состояние тяжѐлое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных и локтевых суставов, кожа над ними горячая. Движения в этих суставах болезненны. В области декольте дисковидные высыпания. Пульс - 118 в минуту, ритмичный. АД - 190/40 мм рт. ст. Правая граница относительной тупости сердца на 1 см смещена вправо от правого края грудины, верхняя - достигает III ребра, левая - на 1,5 см левее левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке, ритм галопа. В нижнезадних отделах лѐгких - жѐсткое дыхание, шум трения плевры. Периферические отѐки нижних конечностей. В анализах крови – анемия, тромбоцитопения, лейкопения. В анализах мочи выраженная протеинурия, изменѐнные эритроциты, зернистые и восковидные цилиндры, суточная потеря белка 4 г. ВОПРОСЫ: 1. Сформулируйте предположительный диагноз.	Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Гломерулонефрит, нефротическая форма. Нефротический синдром. Полиартрит. Миокардит. Плеврит. Панцитопения. Дисковидна эритема.	№ 1, глава 4.
5.	Пациентка Н. 65 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных	Базисная терапия (хондропротекторы) -	№ 1, глава 12

	межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отѐков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 68 в минуту. АД - 140/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 6,7×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей,	Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат НПВП. ГК внутрисуставно при наличии синовита. Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно. ЛФК, массаж, физиотерапия (магнитотерапия, УВЧ, ультразвук). Местная терапия (НПВП, Димексид). Санаторно-курортное лечение.	

	субхондральный склероз, краевые остеофиты. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз. ВОПРОСЫ: 1. Назначьте лечение.		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите внесклетные проявления АС	1) увеит; 2) воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит); 3) псориаз; 4) IgA-нефропатия; 5) нарушение проводимости сердца и аортит.	№1, глава 2
2.	Назовите варианты течения СКВ	1. Рецидивирующеремиттирующее; 2. Хронически активное; 3. Ремиссия СКВ.	№1, глава 4
3.	Назовите основные стадии развития подагры	1) бессимптомная гиперурикемия с отсутствием депозитов МУН; 2) бессимптомная гиперурикемия с наличием депозитов МУН, но без симптомов или анамнеза подагры (отсутствия приступов артрита и тофусов); 3) депозиты МУН с текущим (острый подагрический артрит) или предшествующим эпизодом подагрического артрита (межприступный	№1, глава 13

		период при отсутствии артрита на текущий момент); 4) хроническая тофусная подагра (пациенты с тофусами, хроническим артритом, эрозиями по данным радиологических методов, функциональными нарушениями).	
4.	Назовите клинические формы ССД	1) Диффузная форма; 2) Лимитированная форма; 3) ССД без склеродермы, или висцеральная форма; 5) Перекрестная форма.	№1, глава 6
5.	Назовите классификационные критерии узелкового полиартериита	1) Снижение массы тела; 2) Сетчатое ливедо; 3) Боль в яичках; 4) Слабость или боли в голенях; 5) Невропатия; 6) Диастолическое АД >90 мм рт.ст.; 7) Повышение в крови уровня мочевины или креатинина.	№1, глава 8

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- навыками сбора, обработки, критического анализа и систематизации профессиональной информации; навыками управления информацией (поиск, интерпретация, анализ информации, в т.ч. из множественных источников;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

Выберите один правильный ответ			
1.	Критерием ремиссии ревматоидного артрита является значение DAS28: а) менее 2,6; б) менее 3,2; в) более 3,2; г) более 5,1.	а) менее 2,6	№1, Глава 1
2.	Целевой уровень мочевой кислоты сыворотки крови при лечении аллопуринолом составляет: а) менее 260 мкмоль/л; б) менее 320 мкмоль/л; в) менее 360 мкмоль/л; г) менее 420 мкмоль/л.	в) менее 360 мкмоль/л	№1, Глава 13
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Для определения рентгенологической стадии остеоартроза по Келлгрену-Лоуренсу оценивается: а) ширина суставной щели; б) пролиферация костной ткани; в) состояние периартикулярных тканей; г) состояние субхондральной кости.	а) ширина суставной щели б) пролиферация костной ткани г) состояние субхондральной кости	№2, Тема 14
2.	В расчете индекса DAS28 используются: а) оценка больным состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале; б) оценка врачом состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале; в) число болезненных суставов; г) число припухших суставов; д) СОЭ или С-реактивный белок.	а) оценка больным состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале в) число болезненных суставов г) число припухших суставов д) СОЭ или С-реактивный белок	№2, Тема 11
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Главным отличительным признаком первой рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Стейнброккеру является наличие ___ 1. Главным отличительным признаком второй рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Стейнброккеру является наличие ___ 2. Главным отличительным признаком третьей рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Стейнброккеру является наличие ___	1. Главным отличительным признаком первой рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Стейнброккеру является наличие околосуставного остеопороза. 2. Главным отличительным признаком второй рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Стейнброккеру	№1, Глава 1

	3. Главным отличительным признаком четвертой рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Стейнброккеру является наличие ___ а) единичных эрозий б) множественных эрозий в) околосуставного остеопороза г) признаков костного анкилоза.	является наличие единичных эрозий. 3. Главным отличительным признаком третьей рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Стейнброккеру является наличие множественных эрозий. 4. Главным отличительным признаком четвертой рентгенологической стадии ревматоидного артрита по Стейнброккеру является наличие признаков костного анкилоза.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент П., 29 лет, обратился с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника, преимущественно в утреннее время, несколько усиливающуюся после физической нагрузки, боль иррадиирует в паховую область справа, правое бедро, а также на утреннюю скованность в позвоночнике продолжительностью до 1 часа. Из анамнеза известно, что впервые боли в нижней части спины появились 8 лет назад. В 23 года перенес иридоциклит. 1. Назовите наиболее вероятный диагноз.	Анкилозирующий спондилит с внеаксиальными проявлениями.	№1, Глава 2
2.	При осмотре пациента Н., 32 лет: экссудативных изменений в суставах не выявлено. Отмечается сглаженность поясничного лордоза и	Рентгенография, МРТ, КТ илеосакральных сочленений, позвоночника.	№1, Глава 2

	напряжение прямых мышц спины. Болезненность при пальпации остистых отростков и по паравертебральным линиям в грудном и поясничном отделах позвоночника, а также при пальпации грудино-реберных и грудино-ключичных сочленениях. Симптом Кушелевского положительный. Симптом Томайера 23 см. Положительные симптомы Шобера и Отта. Ограничение экскурсии грудной клетки. 1. Перечислите основные методы инструментальной диагностики.		
3.	Пациент И.., 26 лет, обратился с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника, усиливающуюся в ночное время, утреннюю скованность в позвоночнике длительностью более 30 минут. Из анамнеза известно, что впервые боли в нижней части спины появились 8 лет назад. При объективном осмотре отмечается симптом Кушелевского положительный, симптом Томайера 23 см, положительные симптомы Шобера и Отта, ограничение экскурсии грудной клетки. 1. Назовите достоверные признаки заболевания, которые можно ожидать у данного пациента на МРТ илеосакральных сочленений.	Достоверный сакроилеит при МРТ - не менее двух участков субхондрального отека костного мозга в области КПС или по одному участку, но на двух последовательных МРТ-срезах и более.	№1, Глава 2
4.	Пациентка В. 60 лет предъявляет жалобы на боли в коленных, голеностопных суставах, усиливающиеся к вечеру, отечность коленных суставов, хруст в коленных суставах при движениях. Больна около 5 лет, начало заболевания связывает с физическими перегрузками. При осмотре больная повышенного питания. Коленные суставы отечные, сгибание в них несколько ограничено и болезненно, при активных и пассивных движениях грубый хруст.	Генерализованный остеоартроз.	№1, Глава 12

	На кистях рук отмечается безболезненная деформация отдельных дистальных межфаланговых суставов в виде плотных узелков. 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.		
5.	Пациентка А., 40 лет, после перенесенного переохлаждения отмечает в течение 10 лет боли в мелких суставах обеих кистей, в лучезапястных и коленных суставах на фоне повышения температуры тела, уменьшающиеся после приёма НПВП. Отмечает длительные боли в суставах при движениях и в покое, длительную скованность и ограничение движений в суставах. При осмотре: деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных коленных суставов, болезненность суставов при пальпации, уплотнение и отечность периартикулярных тканей, выраженное ограничение объема в суставах, ульнарная девиация кистей. 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.	Ревматоидный артрит, поздняя клиническая стадия.	№1, Глава 1

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите внескелетные проявления анкилозирующего спондилита.	1. увеит; 2. воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит); 3. псориаз; 4. IgA-нефропатия; 5. нарушение проводимости сердца и аортит.	№1, Глава 2
2.	Перечислите возможные осложнения системной склеродермии.	Выраженный феномен Рейно - дигитальные язвы, некрозы.	№1, Глава №6

		Инфицирование кожных язв, развитие остеомиелита. ССС - аритмии, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), внезапная смерть. Легочный фиброз, ЛАГ - дыхательная недостаточность. ЖКТ - стриктуры нижней трети пищевода;аноректальная недостаточность - недержание кала (редко). Хроническая болезнь почек (ХБП) (редко). Туннельные синдромы - запястного канала, сдавления локтевого, большеберцового нервов (редко).	
3.	Перечислите пять основных клинических форм псориатического артрита.	1. Преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп, дистальная форма. 2. Асимметричный моно- или олигоартрит. 3. Симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма. 4. Псориатический спондилит. 5. Мутилирующий артрит.	№1, Глава 3
4.	Назовите индекс, использующийся для оценки активности системной красной волчанки в клинической практике.	SLEDAI 2K или SLENA/SLEDAI	№1, Глава 4
5.	Дайте определение антифосфолипидному синдрому.	симптомокомплекс, включающий рецидивирующие тромбозы (артериальный и/или венозный), акушерскую патологию (чаще синдром потери плода) и связанный с	№1, Глава 5

		синтезом антител к фосфолипидам	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 - навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Рентгенологические симптомы склерозирования костной ткани более характерны для а) остеоартроза; б) ревматоидного артрита; в) ревматической лихорадки; г) склеродермии.	а) остеоартроза	№1, Глава 12
2.	Укажите концентрацию мочевой кислоты в сыворотке крови, при которой диагностируется гиперурикемия у мужчин: а) более 460 мкмоль/л; б) более 420 мкмоль/л; в) более 400 мкмоль/л; г) более 360 мкмоль/л.	г) более 360 мкмоль/л.	№1, Глава 13
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Диагноз подагры не вызывает сомнения в случае выявления а) кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости; б) кристаллов мочевой кислоты в тофусе; в) стойкой гиперурикемии; г) остеофитов на рентгенограмме суставов.	а) кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости; б) кристаллов мочевой кислоты в тофусе; в) стойкой гиперурикемии;	№1, Глава 13
2.	Иммунологическая характеристика ревматоидного артрита основана на оценке а) ревматоидного фактора;	а) ревматоидного фактора; б) антител к циклическому	№1, Глава 1

	б) антител к циклическому цитруллинированному пептиду; в) С-реактивного белка; г) СОЭ.	цитруллинированному пептиду;	
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Главным отличительным признаком первой рентгенологической стадии остеоартроза по Келлегрену-Лоуренсу является наличие ___ 2. Главным отличительным признаком второй рентгенологической стадии остеоартроза по Келлегрену-Лоуренсу является наличие ___ 3. Главным отличительным признаком третьей рентгенологической стадии остеоартроза по Келлегрену-Лоуренсу является наличие ___ 4. Главным отличительным признаком четвертой рентгенологической стадии остеоартроза по Келлегрену-Лоуренсу является наличие ___ а) небольшого сужения суставной щели, единичных остеофитов; б) сомнительных признаков; в) почти непрослеживающейся суставной щели, грубых остеофитов; г) умеренного сужения суставной щели, множественных остеофитов.	1. Главным отличительным признаком первой рентгенологической стадии остеоартроза по Келлегрену- Лоуренсу является наличие сомнительных признаков. 2. Главным отличительным признаком второй рентгенологической стадии остеоартроза по Келлегрену- Лоуренсу является наличие небольшого сужения суставной щели, единичных остеофитов. 3. Главным отличительным признаком третьей рентгенологической стадии остеоартроза по Келлегрену- Лоуренсу является наличие умеренного сужения суставной щели, множественных остеофитов. 4. Главным отличительным признаком четвертой рентгенологической стадии остеоартроза по Келлегрену- Лоуренсу является наличие почти непрослеживающейся суставной щели, грубых остеофитов. __	№1, Глава 12

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

1.	Больной Ф., 40 лет. Заболел 2 дня назад, когда среди ночи проснулся от болей в правой стопе. Накануне чувствовал себя хорошо. К утру боль в стопе стала интенсивной в покое, появились отек и покраснение стопы, наступить на больную ногу было невозможно из-за резких болей. В объективном статусе: повышение температуры тела до 38ºС, абдоминальное ожирение, АД 150/100 мм рт ст, ЧСС 80 в мин, выраженный отек тыла правой стопы с гиперемией и гипертермией кожи, резкая болезненность при дотрагивании до стопы, невозможность движений в стопе из-за болей. 1. Составьте план обследования больного.	ОАК, мочевая кислота, липидный спектр, креатинин, мочевина, СРБ, глюкоза, ОАМ, рентгенография стоп, УЗИ почек	№1, Глава 13
2.	Пациентка В. 52 года, поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженную общую слабость, потерю массы тела, отек кожи рук, ощущение покалывания в пальцах рук, бледность и посинение пальцев на холоде, раны на кончиках пальцев, боли в суставах рук и ног. Считает себя больной в течение 3,5 лет. Начиналось заболевание с ощущения покалывания кончиков пальцев рук, побеление пальцев на холоде. Последние несколько месяцев пациентку беспокоит выраженная общая слабость, отек рук и незаживающие раны на кончиках пальцев, повышение температуры тела до 37,2-37,4о С. Направлена в ревматологическое отделение для верификации диагноза. 1. Составьте план обследования больного.	ОАК, биохимический анализ крови, АНФ, антиScl70, антицентромерные антитела, Антитела к РНК полимеразе III, Манометрия/рентгенография пищевода. Эндоскопия/*pH*-метрия. Рентгенография, компьютерная томография высокого разрешения, функция внешнего дыхания, сцинтиграфия, торакоскопическая биопсия легких. Допплер-ЭхоКГ, ЭКГ, рентгенография, катетеризация правого желудочка, ЭКГ, Монитор-ЭКГ, ЭхоКГ, сцинтиграфия. Суточное мониторирование АД, анализ мочи, определение креатинина, электролитов, ренина крови, проба Реберга, общий анализ крови,	№2, Тема 7

		офтальмоскопия, биопсия почки Капилляроскопия.	
3.	Пациентка У., 55 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на температуру 37,2-37,4оС в течение месяца, припухлость суставов кистей, стоп, ограничение подвижности в них, утреннюю скованность в суставах верхних и нижних конечностей. При объективном осмотре: имеется симметричное поражение лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, плюстнефаланговых суставов. Над поверхностью указанных суставов отмечается гиперемия кожи, локальная гипертермия. Активные и пассивные движения в суставах ограничены. 1. Составьте план обследования больного.	ОАК, биохимический анализ, ОАМ, РФ, АЦЦП, рентгенография кистей, МРТ кистей, УЗИ кистей, рентгенография ОГК	№1, Глава 1
4.	Пациентка К., 24 года, обратилась в поликлинику с жалобами на небольшое повышение температуры (до 37,5о С), выраженную общую слабость, боли в суставах рук, коленных и голеностопных суставах, увеличение подмышечных лимфоузлов. Считает себя больной около полугода, связывает заболевание с переохлаждением. При объективном осмотре: состояние средней степени тяжести. На лице отмечается эритема, особенно на щеках и в области спинки носа. Подмышечные лимфатические узлы увеличены (размеры превышают 15 122 мм в диаметре), плотные, безболезненны. Отмечается отечность мелких суставов кистей, голеностопных и коленных суставов, движения в них ограниченны. Число сердечных сокращений - 108 уд/мин. АД - 140/100 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Границы сердца не изменены. При аускультации легких определяется	Антинуклеарные антитела, Антитела к двуспиральной ДНК, Наличие антител к ядерному антигену Sm (Anti-Sm), АФЛ: - положительный ВА; - ложноположительная реакция Вассермана; - средний или высокий титр антител к кардиолипину уровня (иммуноглобулины А, G или М); - положительный результат теста на анти-β_2-гликопротеин I (иммуноглобулины А, G или М). • Низкий комплемент: - низкий C_3; - низкий C_4; • Положительная реакция Кумбса	№2, Тема 5

	жесткое дыхание, в нижних отделах - ослабленное. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез в норме. Плотный отек в области стоп, голеней. 1. Назовите иммунологические лабораторные показатели, необходимые для постановки диагноза.		
5.	Первородящая 26 лет поступила в родильный дом при доношенном сроке беременности. Жалобы при поступлении на периодическое мелькание мушек перед глазами, боли в подложечной области. Данная беременность третья, первая и вторая закончились самопроизвольным выкидышем в сроке 17-18 недель гестации. При объективном осмотре: отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. При аускультации легких определяется везикулярное дыхание. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Число сердечных сокращений 95 в 1 мин. Артериальное давление 115/65 мм. рт. ст., симметричное на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул в норме. Диурез достаточный. 1. Составьте план обследования больного.	- Антитела к кардиолипину иммуноглобулина G или иммуноглобулина M-изотипов, - Антитела к β2-гликопротеину I иммуноглобулина G и/или иммуноглобулина M-изотипов, - ВА в плазме, - коагулограмма	№1, Глава 5

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите лабораторные признаки болезни (синдрома) Шегрена.	положительный АНФ; положительный АНФ + РФ; наличие анти-SSA/Ro- и/или анти-SSB/La-антиядерных антител.	№1, Глава 11

2.	Назовите критерии ВОЗ (Т-критерий) диагностики остеопороза.	Показатели Т-критерия: Норма от +2,5 до -1,0 СО от пиковой массы кости, Остеопения от -1,0 до -2,5 СО от пиковой массы кости, Остеопороз от -2,5 СО и ниже от пиковой массы кости, Тяжелый ОП от -2,5 СО и ниже от пиковой массы кости с наличием в анамнезе одного и более переломов.	№1, Глава 15
3.	Назовите лабораторные показатели, определяемые при остеопорозе.	общий клинический анализ крови; кальций и фосфор в сыворотке крови; клиренс креатинина; щелочная фосфатаза; общий белок и фракции электрофорезом у больных с переломом позвонка; паратгормон; 25-(OH)-D3.	№1, Глава 15
4.	Назовите методы диагностики сиаладенита при болезни (синдроме) Шегрена.	Сиалография околоушной слюнной железы с йогексолом (обнаружение полостей >1 мм в диаметре характерно для паренхиматозного паротита). Биопсия малых слюнных желез нижней губы (обнаружение одного фокуса клеток и более в поле зрения в среднем при просмотре не менее четырех малых слюнных желез является диагностичным). Биопсия увеличенных околоушных/поднижнечелюстных слюнных и слезных желез (в целях диагностики MALT-лимфомы).	№1, Глава 11

		Сиалометрия (снижение стимулированной секреции слюны <2,5 мл за 5 мин используют для объективизации степени ксеростомии). УЗИ и МРТ слюнных желез (для оценки структуры, размеров и локализации внутрижелезистых лимфатических узлов и паренхимы желез).	
5.	Назовите иммунологические исследования при подозрении на идиопатические воспалительные миопатии.	Антинуклеарные антитела (АНА), миозит-специфические [анти-Jo-1, анти-Mi-2, частицы сигнального распознавания (SRP) и др.] и миозит-ассоциированные [анти-RNP, анти-Sc170, антицентромерные, антител к антигену Смита, анти-Ro (SSA) и анти-La (SSB)] антитела.	№1, Глава 7

синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 - возрастные особенности опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; современные классификации различных ревматологических заболеваний

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ПОТЕРЯ ГЛЮКОЗАМИНОГЛИКАНОВ ХРЯЩА гиалуроновой кислоты хондроитин-4-сульфата хондроитин-6-сульфата кератосульфата	б) хондроитин-4-сульфата	№7, гл 5
2.	ОСОБЕННОСТЬЮ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ ОБЩИМ ИЗ НИХ ЯВЛЯЕТСЯ мукоидное набухание фибриноидные изменения и фибриноидный некроз деструкция внутренней эластической мембраны инфильтрация стенки лимфоцитами, нейтрофилами, плазматическими клетками, эозинофилами	б) фибриноидные изменения и фибриноидный некроз	№1 гл.8
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	КАКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПЛОТНОЙ ОФОРМЛЕННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: а) сухожильно-связочный аппарат б) хрящевая и костная ткань в) строма внутренних органов г) лимфоидная ткань	а) сухожильно-связочный аппарат б) хрящевая и костная ткань в) строма внутренних органов	№4, гл12
2.	НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ а) дети и подростки заболевают ревматизмом чаще, чем взрослые б) у детей и подростков чаще, чем у взрослых развиваются туберкулезный и септический артриты в) остеохондропатии являются "привилегией" подросткового возраста	а) дети и подростки заболевают ревматизмом чаще, чем взрослые б) у детей и подростков чаще, чем у взрослых развиваются туберкулезный и септический артриты в) остеохондропатии являются "привилегией"	№4 гл.18

	г) гипермобильность суставов отмечается только у детей	подросткового возраста	
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. «БОЛЬШИЕ» КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ – это_____ 2. «БОЛЬШИЕ» КРИТЕРИИ ПОДАГРЫ это_____ 3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА СТИЛЛА - это_____ 4. Диагностические критерии болезни Шейерманна – Мау – это_____ 5. БОЛЕЗНЬ ПЕРТЕСА – это_____ А) ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема Б) асептический некроз головки бедренной кости в детском возрасте В) Наличие кристаллов мочевой кислоты в синовиальной жидкости, наличие тофусов, содержание кристаллов мочевой кислоты в которых подтверждено химически или поляризационной микроскопией Д) полисерозит, гепатолиенальный синдром; макулопапулезная сыпь. Г) выраженная сутулость и умеренные боли в позвоночнике, отсутствие поражений крестцово-подвздошных суставов, отсутствие лабораторных признаков воспалительного процесса.	1. «БОЛЬШИЕ» КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ – это ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема; 2. «БОЛЬШИЕ» КРИТЕРИИ ПОДАГРЫ 3.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА СТИЛЛА - это полисерозит, гепатолиенальный синдром; макулопапулезная сыпь. 4.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БОЛЕЗНИ ШЕЙЕРМАННА – МАУ – это выраженная сутулость и умеренные боли в позвоночнике, отсутствие поражений крестцово-подвздошных суставов, отсутствие лабораторных признаков воспалительного процесса. 5.БОЛЕЗНЬ ПЕРТЕСА – это асептический некроз головки бедренной кости в детском возрасте	№4 гл.1

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	У 62-летней женщины в течение 11 лет синдром Рейно. В последний год	Системная склеродермия,	№4, гл12

	появились симптомы артрита мелких суставов кистей, затруднения при глотании твердой пищи, похудание. В общем анализе крови: СОЭ – 22 мм в час, Нв-125 г/л.	хроническое течение, II стадия, активность II степени, синдром Рейно, полиартралгия, эзофагит.	
2.	56– летняя женщина госпитализирована с жалобами на боли и ограниченное движение в межфаланговых суставах кистей. При осмотре в области дистальных межфаланговых суставов выявлены плотные узелки размером 0,5 см, умеренно болезненные при пальпации. Суставы незначительно деформированы, движения в них ограничены. При рентгенографии обнаружено сужение суставной щели, множественные остеофиты, остеосклероз. Наиболее вероятный диагноз?	Остеоартрит с поражением мелких суставов (геберденовский вариант), стадия 3.	№7, гл 5
3.	Больная Н., 42 лет, бухгалтер, предъявляет жалобы на припухлость и боли в проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах, которые беспокоят больную во вторую половину ночи и первую половину дня, к вечеру боли стихают, на утреннюю скованность, длящуюся до 14.00 часов, утомляемость и недомогание. Несмотря на боли в суставах, пациентка обслуживает себя самостоятельно: одевается, принимает пищу без посторонней помощи, но остальные виды деятельности (непрофессиональная и профессиональная) резко ограничены. Считает себя больной в течение 4 лет, когда после перенесенной ангины впервые появились боли в левом коленном суставе. Два года назад после острого респираторного заболевания возникли боли во II, III, IV проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, затем - в	Рематоидный артрит, полиартрит, серопозитивный вариант, АЦЦП-позитивный, развернутая клиническая стадия, эрозивный (стадия IIb) с системными проявлениями (ревматоидные узелки), высокая активность (DAS 28 6,82). ФК 3.	№12, стр 46

	запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах. Суставы опухали. Обратилась к врачу, который назначил больной прием диклофенака 100 мг в сутки. Боли несколько уменьшились, но полностью не купированы. В связи с отсутствие эффекта от лечения и для уточнения диагноза больная госпитализирована. Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,4°С. На разгибательной поверхности верхней трети предплечий, вблизи от локтевых суставов пальпируются подкожные, сравнительно плотные, безболезненные образования размером от 0,5 до 2–3 см., локализующиеся подкожно. Пульс 90 ударов в 1 мин., ритмичный. Слегка приглушен I тон на верхушке. В легких дыхание везикулярное с жестковатым оттенком. При осмотре суставов определяется их припухлость, местное повышение температуры, болезненность и ограничение объема движений в перечисленных выше суставах количество болезненных суставов 14, припухших 11). На разгибательной поверхности обеих рук выявляются узелки, сравнительно плотные, безболезненные, размером до 2,0 см. Интенсивность боль по шкале ВАШ –8 см. Анализы крови: эритроциты – 3,9·1012/л, гемоглобин - 102 г/л, цв. пок. – 0,86. Лейкоциты – 8,4·109/л, СОЭ 45 мм/час. СРБ 36 мг/л (N – 6 мг/л). Общий белок -72 г/л, альбумины - 40,2%, глобулины: α1 – 8,2%, α2 – 12,8%, β – 14,2%, γ – 24,6%. А/Г – 0,7. РФ (ИФА методом 1:640 при норме менее 1:40), титры АЦЦП 38 ЕД/мл (N < 5 ед/мл).. Антинуклеарный фактор не обнаружен. Рентгенограмма суставов кисти - определяются небольшое сужение суставных щелей и незначительное разрушение хряща и кости – единичные эрозии костей в области		

	проксимальных межфаланговых суставов и пястно-фаланговых суставов. ВОПРОСЫ: Сформулируйте клинический диагноз		
4.	Больная 47 лет обратилась к врачу с жалобами на боли в обоих коленных суставах умеренной интенсивности, возникающие по утрам, усиливающиеся при ходьбе, сопровождающиеся припухлость и ограничением разгибания в них, сопровождающиеся ощущением скованности в них по утрам продолжительностью до 1 часса Около 6 месяцев назад появились периодические не интенсивные боли в коленных суставах, не обращалась. В течение последних 4 недель боль стала постепенно нарастать, 5 дней назад отметила припухлость обоих коленных суставов и ограничение в разгибании их, в связи с чем обратилась на прием к участковому терапевту Объективный осмотр. Состояние больной удовлетворительное, повышенного питания (ожирение II степени, объем тали 101 см). Кожные покровы чистые. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 125/80 мм. рт. ст. Данные объективного исследования в пределах возрастной нормы, патологических изменений не выявлено. Коленные суставы дефигурированы за счет суставного выпота (симптом баллотирования наколенника положительный с обеих сторон) с болезненностью и умеренным повышением кожной температуры над ними, сгибание в коленных суставах ограничено. Изменений со стороны других суставов не определяется (количество болезненных суставов 2, количество припухших суставов 2), выраженность боли по ВАШ 78 мм. Сформулируйте предварительный диагноз.	Предварительный диагноз: Вероятный ревматоидный артрит, олигоартрит, очень ранняя клиническая стадия, умеренная степень активности, ФК I	№12, стр 46

5.	Больной Р. 74 лет. Жалобы на боль «механического» характера в коленных, лучезапястных, плечевых суставах, ограничение подвижности коленных, плечевых суставах. Болен в течение 5 лет. Боли в суставах появились постепенно, медленно нарастали. Периодически возникала припухлость коленных суставов, проходящая в течение месяца на фоне терапии НПВП. Последнее ухудшение в течение 2-х недель, когда после непривычной физической нагрузки вновь возникла припухлость и усилились боли в левом коленном суставе, боли приобрели постоянный характер. При осмотре припухлость, небольшое повышение температуры кожи над левым коленным суставом, болезненность при пальпации медиальной части суставной щели. При рентгенологическом исследовании определяются: сужение суставной щели левого коленного сустава, остеофитоз, субхондральный остеосклероз, рентгенопозитивная полоска в области суставной щели, параллельная суставной поверхности большеберцовой кости. Предполагаемый диагноз?	Остеоартрит, с преимущественным поражением коленных суставов (двустаронний гонартроз), вторичный синовит левого коленного сустава, стадия 3. ФНС2	№7, гл 5

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА УЧИТЫВАЮТСЯ ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ:	а) серопозитивность или серонегативность по ревматоидному фактору, б) число пораженных суставов в) наличие системных проявлений	№8 гл 4
	ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ:	А. Эзофагит Б. Синдром Рейно В. Кальциноз кожи Г. Телеангиэктазии Д. Склеродактилия	№4, гл12

	ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЮТСЯ:	А. Значительное повышение в крови КФК Б. Симметричная проксимальная мышечная слабость В. Отек и эритема открытых частей тела Г. Морфологически – дегенерация, фрагментация и фиброз мышечных волокон	№1 гл.7
	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ПРИ СКВ ЯВЛЯЮТСЯ:	А. Язвы полости рта Б. Фотодерматит В. Дискоидные высыпания Г. Эритема в области скуловых дуг и носогубной складки	№4, гл11
	ОСНОВНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ОСТЕОАРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:	А. Крепитация при движениях в суставе Б. Деформация сустава за счет костных разрастаний. В. Деформация суставов и ограни-чение подвижности (тугоподвижность); Г. Скованность в суставе меньше 30 минут.	№7, гл. 5

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 клиническую симптоматику и патогенез основных ревматологических заболеваний; основные методы лабораторной и инструментальной диагностики ревматологических заболеваний;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ антитела к цитоплазме нейтрофилов антигладкомышечные антитела антинуклеарные антитела антитела к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте	г) антитела к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте	№4, гл11
2.	ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ остеоартрита саркоидоза костно-суставного туберкулеза ревматоидного артрита склеродермии	д) склеродермии	№4, гл12
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ продуктивные васкулиты спазм артериол склероз и облитерация стенок сосудов некротические изменения стенки сосудов	продуктивные васкулиты спазм артериол склероз и облитерация стенок сосудов	№4, гл12
2.	ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ИЗ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО: диффузный пневмофиброз базальный пневмофиброз адгезивный плеврит рестриктивный тип нарушения вентиляции эмфизема легких	диффузный пневмофиброз базальный пневмофиброз адгезивный плеврит рестриктивный тип нарушения вентиляции	№4, гл12
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Острая ревматическая лихорадка 2. Подагра 3. Остеоартрит 4. Синдром Рейтера 5. Ревматоидный артрит А. Протекает в виде острых атак с воспалением плюснефаланговых суставов 1 пальца, R – логически - очаговая деструкция эпифиза кости Б. Артрит сочетается с уретритом и коньюнктивитом В. Полиартрит имеет «летучий» характер, длится не более 2 – 3	1. Острая ревматическая лихорадка В. Полиартрит имеет «летучий» характер, длится не более 2 – 3 месяцев, хорошо поддается терапии НПВС 2. Подагра А. Протекает в виде острых атак с воспалением плюснефаланговых суставов 1 пальца, R –	№4 гл.1

	месяцев, хорошо поддается терапии НПВС Г. Поражение дистальных межфаланговых суставов кисти, узелки Гебердена и Бушара Д. Стойкая полиартралгия, скованность движений по утрам, деформация и полная потеря подвижности сустава.	логически - очаговая деструкция эпифиза кости 3. Остеоартрит Г. Поражение дистальных межфаланговых суставов кисти, узелки Гебердена и Бушара 4. Синдром Рейтера Б. Артрит сочетается с уретритом и коньюнктивитом 5. Ревматоидный артрит Д. Стойкая полиартралгия, скованность движений по утрам, деформация и полная потеря подвижности сустава.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная С. поступила в клинику по направлению ревматолога с жалобами на слабость, похудение, плотный отек кожи тыла кистей, предплечий, потемнение кожи, зябкость в кончиках пальцев, побеление пальцев на холоде, боли в крупных суставах. Болеет 3 года. В начале появилась зябкость пальцев, цианоз и побеление на холоде. В течение последних 3 месяцев беспокоит слабость, плотный отек кистей, предплечий, температура — 37,5 °С. Обратилась к терапевту, который направил ее на консультацию к ревматологу. При обследовании в ревматологическом центре — анализах крови: эритроциты — 3,1 1012/л, Hb — 90 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — 8,2 109/л, СОЭ — 53 мм/ч; общий белок — 86 г/л, глобулины — 40 %; АНФ + периферическое свечение. При осмотре: больная пониженного питания, кожа смуглая, уплотнена. Лимфоузлы увеличены. Пульс — 96 в 1 мин. ритм, АД — 100/60 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке. Дыхание в легких	Системный склероз, 2-я степень активности, течение хроническое. 2. Плотный отек, синдром Рейно, гиперпигментация кожи. CREST- синдром — это симптомокомплекс, включающий кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилию, телеангиоэктазии. 3. Р-графия ОГК с контрастированием пищевода, ЭХО-КГ. 4. Таблетки преднизолона (5 мг, № 100, назначаются внутрь в дозе 15–20 мг/сут), купренила (250 мг, № 100; капсулы по 150 и 250 мг, № 100; препарат принимается внутрь по 125–500 мг через сутки натощак). Антагонисты кальция (нифедипин — 10 мг, № 50 (1 т. 3 раза в день);	№4, гл12

	везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон — пневмосклеротические хрипы. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги. 1. Сформулируйте диагноз. 2.Перечислите диагностические критерии заболевания. Что такое CREST-синдром? 3.Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией. 4.Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.	дилтиазем — 60 мг, № 30 (1 т. 2–3 раза в сутки). Дезагреганты (таблетки пентоксифиллина — 100 мг и 400 мг (400 мг 3 раза в сутки). ФТЛ.	
2.	Больная М., 21 год, заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39 °С (рефрактерной к антибиотикам), слабости, похудания, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения подчелюстных и подмышечных лимфоузлов. При осмотре: состояние тяжелое. На лице эритема по типу «бабочки». На слизистой ротовой полости — язвы. Подчелюстные и подмышечные лимфоузлы увеличены. Припухлость коленных, голеностопных, локтевых суставов. Движения в суставах болезненны. Пульс — 118 уд./мин, 8 ритмичный; АД — 150/110 мм рт. ст. Границы сердца: правая смещена на 1 см вправо от правого края грудины, левая — на 2 см левее срединно- ключичной линии. Тоны сердца ослаблены, систолический шум на верхушке и в 5-й точке. При перкуссии легких определяется притупление легочного звука нижних отделов. Дыхание везикулярное ослабленное, в нижних отделах легких не проводится. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, мягкая, чувствительная. На голенях есть отеки. Анализы крови: эритроциты — 2,8 · 1012/л, лейкоциты — 3,2 · 109/л, тромбоциты — 90 · 109/л, общий белок — 50 г/л, альбумины — 35 %, α2-глобулины — 12 %, γ-глобулины — 28 %. ОАМ: белок — 5 г/сут, уд. вес — 1020, лейкоциты — 6–8 в поле зрения, эритроциты — 20–25 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 3–5 в поле зрения. 1. Сформулируйте диагноз. 2.Перечислите диагностические критерии заболевания. 3.Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.	Системная красная волчанка (СКВ), острое течение, 3-я степень активности, люпус-нефрит с нефротическим синдромом, полисерозит (перикардит, плеврит), эритема лица по типу «бабочки», язвы слизистой полости рта, полиартрит. 2. Диагностические критерии СКВ у больной: эритема — «бабочка», язвы слизистой ротовой полости, артрит 2 и более суставов, серозит, поражение почек (протеинурия > 0,5 г/сут), гематологические нарушения (лейкопения, тромбоцитопения). 3. Р-графия ОГК, ЭХО-КГ, проба Реберга. Иммунологические маркёры заболевания: АНФ, АТ к ДНК. 4. ГКС (таблетки преднизолона — 5 мг, № 100 (1 мг/кг веса). Цитостатики (флакон циклофосфана с сухим веществом для инъекций по 200 мг, 500 мг и 1000 мг, № 10 (200 мг в/м 2 раза в неделю) в сочетании с пульс-терапией ГКС (солу-медрол — 1000 мг в/в капельно, № 3).	№4, гл11

	Назовите иммунологические маркёры заболевания. 4.Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.		
3.	Больная П., 30 лет, жалуется на зябкость, похолодание и посинение кончиков пальцев, тугоподвижность в мелких суставах кистей рук. Болеет 5 лет. Заболевание возникло после обморожения кистей рук (на холоде были онемение и болезненность в кончиках пальцев рук). Через 3 года, осенью, появился плотный отек тыла кистей и пальцев, уплотнение кожи лица, предплечий, больная стала худеть. В последнее время появились сгибательные контрактуры в пальцах рук и изъязвления на кончиках пальцев. Госпитализирована впервые с целью уточнения диагноза и определения лечения. При осмотре: состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Кожные покровы цвета «загара». Кожа лица, предплечий уплотнена. Пальцы «муляжные». Телеангиоэктазии на лице, красной кайме губ. Пальцы бледные, холодные на ощупь, на дистальных фалангах симптом «крысиных укусов». Мышцы гипотрофичны. Пульс ритмичный — 90 уд./мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичны. Дыхание везикулярное. Печень, селезенка не пальпируются. ОАК: эритроциты — 4,7 · 1012/л, лейкоциты — 4,7 · 109/л, СОЭ — 25 мм/ч. ОАМ: уд. вес — 1020, лейкоциты — 1–2 в поле зрения, белка нет. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите диагностические критерии заболевания. Что такое CREST-синдром? 3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.	Системный склероз, 2-я степень активности, течение хроническое. Синдром Рейно, плотный отек кожи, склеродактилия, телеангио- эктазия. CREST-синдром — это симптомокомплекс, включающий кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилию, телеангиоэктазию. Р-графия ОГК с контрастированием пищевода, ЭХО-КГ. Таблетки преднизолона — 5 мг, № 100 (внутрь в дозе 15–20 мг/сут); купренила — 250 мг, № 100; капсулы по 150 мг и 250 мг, № 100 (внутрь по 125–500 мг через сутки натощак). Антагонисты кальция: нифедипин — 10 мг, № 50 (1 т. 3 раза в день; дилтиазем — по 60 мг, № 30 (1 т. 2–3 раза в сутки). Дезагреганты: таблетки пентоксифиллина — 100 мг и 400 мг (400 мг 3 раза в сутки).	№4, гл12
4.	Пациент Ш. 52 лет поступил в клинику с жалобами на одышку, учащенные сердцебиения при повседневной нагрузке, периодические боли в сердце тупого характера, тяжесть в правом подреберье, отеки ног, больше в вечернее время. Заболел в 14 лет, когда через три недели после перенесенной ангины появилась общая слабость, температура, боли и припухлость в коленных суставах. Был поставлен диагноз «острая	ХРБС: сочетанный аортальный порок сердца (стеноз и недостаточность). ХСН ФК 3 (Н II Б). Аортальный стеноз. Аортальная недостаточность. ЭКГ, ЭХО-КГ, Р-графия сердца с	№4 гл.2

	ревматическая лихорадка». При осмотре на момент поступления: верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье. В точке Боткина и II межреберье справа — систолический и диастолический шум. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонные артерии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание во II межреберье справа от грудины, I и II тоны ослаблены. 1. Сформулируйте диагноз. 2.Диагностические признаки какого клапанного поражения сердца имеют место у данного больного? 3.Какое дообследование необходимо провести больному? Какие рентгенологические признаки могут помочь в постановке диагноза? 4.Лечебная тактика.	контрастированием пищевода, ОАК, ревмопробы, титр АСЛ-О, посев из зева. Аортальная конфигурация: увеличение 1-й и 4-й дуги по левому контуру сердца на обзорной рентгенограмме грудной клетки. Талия сердца подчеркнута. Сердечные гликозиды: дигоксин — 0,00025 г, № 50 (1 т. утром.) Диуретики: индапамид — 2,5 мг, № 30 (1 т. утром); фуросемид — 0,04 г, № 50 (1 т. утром, натощак), ампулы по 2 мл 1%-ного р-ра (0,02 г), в/в струйно по 2–4 мл; верошпирон — 0,025 мг, № 30 (по 1 т. 1–2 раза в день). Ингибиторы АПФ: таблетки эналаприла — 2,5 мг, 10 мг и 20 мг, № 20 (2,5 мг 2 раза в день, поддерживающая доза — 10 мг 2 раза в день) и др. Метаболические препараты: милдронат — 250 мг, № 40 (1 капс. 3 раза в день), предуктал — 20 мг, № 60 (1 т. 3 раза в день), флакон неото- на — 50 мл, № 6 (в/в капельно 1 раз в день).	
5.	При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх. При аускультации: на верхушке ослабление I тона, там же — систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. На рентгенографии увеличены левые отделы сердца, талия сердца сглажена. Какой порок сердца у данного пациента? Обоснуйте ответ имеющимися диагностическими признаками. Назовите наиболее вероятные причины данного порока. Укажите характерные для данного порока изменения гемодинамики.	Недостаточность митрального клапана. Имеющиеся диагностические признаки: ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной артерией. Границы сердца смещены влево и вверх. Талия сердца сглажена. Ревматическая болезнь сердца, миксоматозная дегенерация, травма.	№4 гл.2

	Укажите методы дообследования больного.	Обратный ток крови из левого желудочка в левое предсердие, сниженный сердечный выброс, выраженная гипертрофия левого желудочка, повышение давления в легочной артерии, нормальное артериальное давление. ЭКГ, ЭХО-КГ, Р-графия сердца с контрастированием пищевода, ОАК, титр АСЛ-О, посев из зева. Талия сердца сглажена. 2-я и 3-я дуги по левому контуру сердца увеличены. Пищевод отклонен по дуге большого радиуса.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ	а) в течение нескольких десятилетий жалобы могут отсутствовать б) характерна стенокардия в) характерны обмороки, возможна внезапная смерть	№4 гл.2
2.	ПРИЧИННЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА МОГУ БЫТЬ	а)стрептококковая инфекция в)применение антибиотиков и/или сульфаниламидов г)пищевая аллергия	№1 гл.8
3.	ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА НАБЛЮДАЮТСЯ	а)увеит б)афтозный стоматит и язвы слизистой половых органов г)тромбофлебит поверхностных и глубоких вен	№1 гл.10
4.	ИШЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ПРОЯВЛЯЕТСЯ	а)головокружением, обмороками, ортостатическим коллапсом	№1 гл.8

		б)гипотрофией мышц плечевого пояса г)болями в нижних конечностях и их похолодания д)систолическим шумом над сонными и плечевыми артериями	
5.	ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ЯВЛЯЮТСЯ	а) симметричность и болезненность мышц плечевого пояса при пальпации б) скованность в плечевом поясе на протяжении 1 часа и более в) снижения массы тела	№1 гл.9

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	3 - основные дифференциально-диагностические критерии различных ревматологических заболеваний; основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА? А) Азатиоприн Б) Коринфар В) Преднизолон Г) Делагил Д) Колхицин	В) Преднизолон	№1 гл.7
2.	ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО ОПРАВДАНО ПОДКЛЮЧЕНИЕ К ТЕРАПИИ	в) синтетических простагландинов	№4 гл.21

	А) цитостатических иммунодепрессантов Б) диуретиков В) синтетических простагландинов Г) ингибиторов ФНО-альфа		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ЭФФЕКТ МЕТОТРЕКСАТА СВЯЗАН СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ МЕХАНИЗМАМИ: а) ингибирования активности интерлейкина-1 б) уменьшения синтеза иммуноглобулина М в) уменьшения синтеза ДНК г) нарушения метаболизма фолиевой кислоты д) торможения активности коллагеназы	а) ингибирования активности интерлейкина-1 б) уменьшения синтеза иммуноглобулина М в) уменьшения синтеза ДНК г) нарушения метаболизма фолиевой кислоты	№5, стр 10
2.	НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОТЕКЕ ЛЕГКИХ) У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ ВСЕХ УКАЗАННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ: а) внутривенное медленное введение 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида б) внутривенное введение 20-120 мг фуросемида (лазикса) в) внутривенное медленное введение при недостаточности митрального клапана и аортальных пороках - строфантина 0.5-0.75 мл 0.05% раствора г) внутривенное введение при митральном стенозе 1 мл 0.05% раствора строфантина	а) внутривенное медленное введение 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида б) внутривенное введение 20-120 мг фуросемида (лазикса) в) внутривенное медленное введение при недостаточности митрального клапана и аортальных пороках - строфантина 0.5-0.75 мл 0.05% раствора	№4 гл.21
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Преднизолон - 2. Д-пеницилламин - 3. Диклофенак-натрий - 4. Трентал - 5. Никотиновая кислота -	1. Преднизолон - Д. Иммунодепрессивное действие 2. Д-пеницилламин - Б. Антифиброзное средство	№4 гл.21

	А. Противовоспалительное действие Б. Антифиброзное средство В. Сосудорасширяющее средство Г. Улучшение микроциркуляции Д. Иммунодепрессивное действие	3. Диклофенак-натрий - А. Противовоспалительное действие 4. Трентал - Г.Улучшение микроциркуляции 5. Никотиновая кислота - В. Сосудорасширяющее средство	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациентка 72 лет поступила в ревматологическое отделение с жалобами на выраженные боли в плечевых суставах, шейном отделе позвоночника, более слабые боли в тазобедренных и коленных суставах, повышение температуры тела до 37,3 °С, Боли усиливаются по ночам, из-за чего больная уже несколько дней не может нормально спать. Она стала плаксивой, раздражительной. Считает себя больной около 5 месяцев при постепенном появлении болей в суставах. Интенсивность боли была значительно слабее. Пациентка была госпитализирована с диагнозом «первичный остеоартроз», получала стандартное лечение. При обследовании было выявлено повышение СОЭ до 55 мм/ч. После лечения отмечала некоторое улучшение, но в течение последнего месяца состояние значительно ухудшилось: снова появились все вышеуказанные жалобы. При осмотре: состояние удовлетворительное; настроение подавленное. Пациентка	1. Ревматическая полимиалгия. 2. Заболевание надо дифференцировать с ревматоидным и псориатическим артритами, с парапротеинемическими гемобластозами (миеломная болезнь), полимиозитом, системными васкулитами, гиперпаратиреозом, острыми инфекциями. 3.Единственным эффективным средством лечения являются ГКС. Начальная доза преднизолона — 15 мг/сут. При стабилизации клинико-лабораторных данных — постепенное снижение дозы до полной отмены.	№1 гл. 9

	отмечает, что значительно похудела за последний месяц, так как из-за болей нет аппетита. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 150/80 мм рт. ст., ЧСС — 72 уд./мин, пульс — 72 уд./мин. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Стул и диурез без особенностей. Суставы внешне не изменены, болезненны при пальпации, признаков воспаления нет. Движения в плечевых суставах ограничены из-за болей. Отмечается болезненность при пальпации шейно-грудного отдела позвоночника, мышц плечевого пояса. При обследовании обнаружено увеличение СОЭ до 60 мм/ч, СРБ — 105 г/л. Пациентке был проведен онкопоиск — опухолей не обнаружено. 1.Сформулируйте предварительный клинический диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную болезнь? Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.		
2.	Пациентка Б., 24 года, переведена в отделение ревматологии из отделения нефрологии в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль, выраженную слабость, боли ноющего характера в области сердца, боли во всех суставах и мышцах, отеки на лице и на ногах, повышение температуры тела до 39 °С. Заболела около месяца назад после родов. Внезапно начала повышаться температура тела, появилась	1. Системная красная волчанка, острое течение, 3-я степень активности, люпус-нефрит с нефротическим синдромом, люпус-кардит, нейро-люпус, пульмонит, полисерозит, полиартрит, стоматит, хейлит, эритема лица по типу «бабочки»,	№4, гл11

	головная боль, боли в суставах. В это время была эпидемия гриппа, и больная расценила свое состояние как ОРВИ. К врачу обращаться не стала, лечилась народными средствами. В течение 2 недель состояние прогрессивно ухудшалось: похудела на 6 кг, нарастала выраженная слабость, появились отеки на лице и на ногах. Родственники вызвали участкового врача. Были взяты анализы крови и мочи. ОАК: эритроциты — 2,1 $*10^{12}$/л, Hb — 74 г/л, лейкоциты 3,2 $*10^{9}$/л, СОЭ — 56 мм/ч. ОАМ: белок — 2,3 г/л, эритроциты — 20–30 в поле зрения, лейкоциты — 15–20 в поле зрения, цилиндры — 5–6 в поле зрения. С диагнозом «острый гломерулонефрит» пациентка экстренно госпитализирована в отделение нефрологии. Однако учитывая многие системные проявления, после консультации ревматолога для дальнейшего обследования, уточнения диагноза и лечения переведена в отделение ревматологии. При осмотре: состояние тяжелое. Положение пассивное. Больная заторможена, но на вопросы отвечает правильно. Нормального телосложения. Температура тела — 38,5 °С. Одутловатость лица, век. Гиперемия щек и спинки носа, высыпания по типу крапивницы по всему телу. Множественные язвочки на слизистой в полости рта, хейлит. Периферические лимфоузлы до 1 см, безболезненны. Перкуторно над легкими легочный звук, притупление звука с обеих сторон в нижних долях. Дыхание везикулярное, ослабленное, в нижних отделах не проводится, единичные рассеянные сухие хрипы по всем полям. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичны, ЧСС — 110 уд/мин, мягкий дующий систолический шум во всех точках. АД на обеих руках — 160/105 мм рт. ст. Печень не увеличена, живот мягкий,	лихорадка. Симптоматическая артериальная гипертензия. 2.ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости, РРГ, биопсия почки (для уточнения морфологического варианта нефрита), Р-графия ОГК, консультация невролога. 3. В данном случае лечение необходимо начинать с проведения пульс-терапии ГКС в сочетании с цитостатическими препаратами (1000 мг солу-медрола в/в капельно в течение 3 дней. Затем больную следует перевести на пероральный прием ГКС (преднизолон или метилпреднизолон + 600–1000 мг циклофосфамида в/в капельно однократно). Далее циклофосфамид можно вводить в/в капельно по схеме: 600–1000 мг 1 раз в месяц в течение 6 месяцев, затем перевести больную на пероральный прием цитостатиков (азатиоприн). Доза подбирается индивидуально. Симптоматическая терапия состоит из НПВС, гипотензивных препаратов (ингибиторы АПФ), мочегонные препараты и др.	

	безболезненный. Отечность голеней. Суставы кистей несколько отечны, при пальпации болезненны. Стул в норме, диурез снижен: выпивает около 1 литра в сутки, выделяет 800 мл. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. Какие инструментальные обследования могут выявить поражение тех или иных внутренних органов у этой пациентки? Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе		
3.	Мужчина 34 лет обратился в клинику по поводу болей в нижней части спины и ягодицах, в позвоночнике, длящихся около года. Он жалуется на утреннюю скованность в течение 2 часов, которая уменьшается после различных движений и упражнений. 6 месяцев назад перенес эпизод внезапно возникшей боли в правом глазу, который был расценен как ирит и купирован глазными каплями, содержащими стероиды. У отца пациента были похожие боли в спине. При осмотре: суставы без видимых изменений. Пробы Томайера, Шобера, Форестье, Отта положительны. Со стороны внутренних органов особенностей нет. Сформулируйте предварительный диагноз. Перечислите диагностические критерии заболевания. Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.	1. Анкилозирующий спондилоартрит с системными проявлениями (ирит), центральная форма. 2. Боль и скованность в поясничном отделе позвоночника, длительностью не менее 3 месяцев, не уменьшается в покое; боль и скованность в грудном отделе позвоночника; ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника; ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки; рентгенологические признаки сакроилеита: симметричного II степени или одностороннего III–VI степени. 3. рентгенография крестцово-позвоночных сочленений, позвоночника, ОАК, ОАМ, ревматоидный	№3, стр 15

		фактор, общий белок и белковые фракции, кровь на HLA B-27. 4. НПВС (индометацин — 25 мг, № 30 (по 1 т. 3 раза в день); капсу- лы ретард — 75 мг, № 10 (1 раз в день); найз — 100 мг, № 20 (1 т. 2 раза в день) или мелоксикам — 7,5 мг, № 20 (1 т. 3 раза в день). Сульфосалазин — 0,5 г, № 80 (1 т. в день — 1-я неделя, 2 т. в день — 2-я неделя, 3 т. в день — 3-я неделя, 4 т. в день — 4-я неделя и т. д.). ЛФК, массаж, физиопроцедуры, санаторно-курортное лечение.	
4.	Мужчина 27 лет, строитель, обратился с жалобами на боли и припухлость правого голеностопного сустава. Указанные явления появились 2 месяца назад. В прошлом травм голеностопного сустава не было. При опросе пациента установлено, что 3 недели назад был короткий эпизод покраснения глаз, 2 раза возникали боли при мочеиспускании. Пациент сексуально активен, имеет несколько партнерш. Температура тела 38,2 °С. Голеностопный сустав опухший, горячий на ощупь, кожа под суставом гиперемирована, движения ограничены из-за болей. Пальцы правой ноги диффузно опухшие и болезненные. На головке полового члена и в области отверстия мочеиспускательного канала — гиперемия. Сформулируйте предварительный диагноз.	Болезнь Рейтера. 2. Артрит, конъюнктивит, поражение кожи и слизистых, уретрит. 3. Обнаружение хламидий и другой внутриклеточной инфекции в соскобах слизистой уретры (метод РИФ, ПЦР, ИФА). 4. Антибактериальные препараты: макролиды (азитромицин (сума-мед) в 1-й день — 1 г/сут, далее — 0,5 г 1 раз/сут и т. д. в течение 10 дней), фторхинолоны (ципрофлоксацин — 400 мг 2 раза в день в течение 10 дней) с последующим подтверждением	№4 гл. 7

	Перечислите диагностические критерии заболевания. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.	этиологической излеченности. НПВС: диклофенак — 50 мг (1 т. 3 раза в день); ретард — 100 мг (1 т. в день), раствор для инъекций — 3 мл (75 мг), № 5 (в/м 1 раз в день); найз — 100 мг, № 20 (по 1 т. 2 раза в день) или мелоксикам — 7,5 мг, № 20 (по 1 т. 3 раза в день). ГКС в полость голеностопного сустава однократно (кеналог — ам- пулы по 1 мл (40 мг) (1 мл в/суставно); дипроспан — ампулы по 1 мл (2 мг) и 1 мл (5 мг) — по 1 мл в/суставно при отсутствии эффекта от НПВС. Лечение у уролога.	
5.	Больная Ш., 45 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, стоп, в крупных суставах конечностей, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда. Болеет 7 лет. Неоднократно лечилась в стационаре. Постоянно принимала 7,5 мг преднизолона в сутки, НПВС (по 50–75 мг/сут вольтарена или по 0,5 г/сут напроксена). При осмотре: дефигурация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. ОАК: эритроциты — 3,6 · 1012/л, Hb — 116 г/л, лейкоциты — 9 · 109/л, СОЭ — 50 мм/ч. Рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение сус- тавных щелей, множественные эрозии и узуры в области	Ревматоидный артрит, серопозитивный (негативный), 3-я степень активности, стадия III, ФНС (1–2). 2. Диагностические критерии ревматоидного артрита у больной: утренняя скованность более 1 часа, поражение 3 и более суставов, поражение кистей, симметричность поражения, наличие ревматоидного фактора, рентгенологические признаки. 3. ОАК, общий белок и белковые фракции, ОАМ, кровь на	№12, стр 53

	проксимальных межфаланговых суставов. Сформулируйте предварительный диагноз. Перечислите диагностические критерии заболевания. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией. Выпишите рецепты.	ревмато- идный фактор, антитела к циклическому цитрулиновому пептиду (анти- ССР), рентгенография кистей рук. 4. НПВС: диклофенак — 50 мг (1 т. 3 раза в день); ретард — 100 мг (1 т. в день), раствор для инъекций — 3 мл (75 мг), № 5 (в/м 1 раз в день); найз — 100 мг, № 20, (по 1 т. 2 раза в день) или мелоксикам — 7,5 мг, № 20 (по 1 т. 3 раза в день). Базисные препараты: метотрексат — 15 мг в неделю (инъекционно) и др. Фолевая кислота по 1 таб. 3 раза (вне дни приема метотрексата)	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ (УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ, ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА) ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ:	а) назначения преднизолона 1 мг/кг в сутки б) пульс-терапии циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд в) назначения циклофосфана в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь	№1, гл8
2.	НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ВКЛЮЧАЕТ	а) пульс-терапию метилпреднизолоном 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд б) пульс-терапию циклофосфаном в) плазмаферез	№1, гл7

3.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ	а) D-пеницилламин в средних и больших дозах б) Вазодилататоры в) Средства, корригирующие нарушенный гемостаз	№4, гл12
4.	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ВКЛЮЧАЕТ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ	а) реконструктивные операции на сосудах б) использование антиагрегантов в) назначение глюкокортикостероидов	№1, гл8
5.	ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ	а) назначения глюкокортикостероидов в низких дозах - 10-15 мг в сутки б) назначения цитостатиков д) трансплантации почек	№1, гл8

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	1 - определять клинические симптомы и синдромы, характерные для различных ревматологических заболеваний;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	1. Выберите наиболее достоверную для диагностики остеоартроза комбинацию признаков: А. «Летучие» артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно крупных суставов	Г. Симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов	№ 1, глава 12

	Б. Стойкие артралгии, блок суставов, остеофиты В. Острый моноартрит сустава большого пальца стопы Г. Симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов		
2.	Для поражения почек при СКВ наиболее характерным является развитие: А. Амилоидоза Б. Почечнокаменной болезни В. Пиелонефрита Г. Гломерулонефрита Д. Капиллярного некроза	Гломерулонефрита	№ 1, глава 4
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К основным диагностическим признакам склеродермии относятся: А. Синдром Рейно Б. Синдром Шегрена В. Очаговый и диффузный нефрит Г. Истинная склеродермическая почка Д. Полиневрит	А. Синдром Рейно Г. Истинная склеродермическая почка	№ 1, глава 6
2.	CREST-синдром характеризуется развитием: А. Кардита Б. Синдром Рейно В. Эрозий Г. Склеродактилий Д. Телеангиэктазий	Б. Синдром Рейно Г. Склеродактилий Д. Телеангиэктазий	№ 1, глава 6
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Укажите основные диагностические критерии заболеваний: 1. Ревматоидный артрит 2. Дерматомиозит 3. СКВ 4. Системная склеродермия А. Дерматит, артрит без выраженных деформаций, полисерозит Б. Утренняя скованность, припухлость в симметричных суставах	Ревматоидный артрит-утренняя скованность, припухлость в симметричных суставах; околосуставной остеопороз Дерматомиозит-Симметричная проксимальная мышечная слабость, повышение КФК; Симптом «очков»	№ 1, глава 1 № 1, глава 4 № 1, глава 6

	В. Околосуставной остеопороз Г. Симметричная проксимальная мышечная слабость, повышение КФК Д. CREST – синдром Е. Симптом «очков»	СКВ- Дерматит, артрит без выраженных деформаций, полисерозит Системная склеродермия- CREST – синдром	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная М. 45 лет, 3 месяца назад после ОРВИ отметила появление умеренной болезненности и припухлости II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, утренней скованности в течение 5 часов. Суставной синдром сопровождался общей слабостью, повышением температуры тела С.°до 37,5 При осмотре кожные покровы физиологической окраски, чистые. Пальпируются подмышечные лимфатические узлы размером с горошину, плотные, безболезненные. АД=120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=76 в минуту. Дыхание везикулярное. Отмечается дефигурация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, болезненность вышеперечисленных суставов. Активные и пассивные движения в них ограничены и болезненны. При обследовании: эритроциты=3,5х10/л, гемоглобин=110 г/л, лейкоциты=9х10/л, СОЭ=30 мм/час, СРБ=21 мг/мл. РФ=64 ЕД/мл. ЦИК=78 ед.опт.пл. На рентгенограмме суставов кистей обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов.	Сочетание боли в суставах, припухлости, скованности и ограничения функции свидетельствует о суставном синдроме. Лимфаденопатию, субфебрилитет, анемию следует отнести к синдрому системных проявлений. Повышение СОЭ до 30 мм/час, СРБ до 21 мг/мл, ЦИК до 78 ед.опт.пл., РФ до 64 ЕД/мл указывает на синдром иммунного воспаления.	№1, глава 1

	Вопросы: 1. Выделите синдромы.		
2.	Больная В., 31 года, инвалид II группы. Заболела 3 лет назад, когда после переохлаждения появились боли и припухлость в мелких суставах кистей и стоп, лучезапястных и коленных, утренняя скованность в суставах в течение всего дня, повышение температуры С.°тела до 37,8-38 Был назначен преднизолон в дозе 25 мг/сутки с последующим переходом на поддерживающую суточную дозу 10 мг. Последнее ухудшение состояния возникло при попытке уменьшения дозы преднизолона до 5 мг в связи с появлением артериальной гипертензии. Больная отмечала скованность суставов в течение всего дня, боли стали беспокоить даже в покое. Объективно: повышенного питания с отложением жировой клетчатки преимущественно в области живота и грудной клетки, лунообразное, багрово-цианотичное лицо, гипертрихоз. Дефигурация и деформация проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных суставов кистей, движения в них резко ограничены, выраженная атрофия мышц. Отмечается ульнарная девиация кисти. АД=160/100 мм.рт.ст. Ан.крови: СОЭ=45 мм/час, лейкоциты=12х10/л. РФ=128 ЕД/мл. Рентгенограмма кистей: околосуставной остеопороз, значительное разрушение хрящей и костной ткани II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов. Суставные щели пястно-фаланговых суставов II, III пальцев резко сужены, множественные узуры, ульнарная девиация. Вопросы: 1. Выделите синдромы.	1) суставной (по типу артрита) - ведущий; 2) системных проявлений (амиатрофии, субфебрилитет); 3) иммунного воспаления (СОЭ=45 мм/час; РФ=128 ЕД/мл); 4) Иценко-Кушинга (больная повышенного питания с отложением жировой клетчатки преимущественно в области живота и грудной клетки, лунообразное, багрово-цианотичное лицо, гипертрихоз).	№1, глава 1
3.	Больная З., 25 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на головную боль, ухудшение памяти, рассеянность,	Синдромы: суставной по типу артрита, поражение кожи и слизистых, системных	№1, глава 4

	плаксивость, снижение настроения, нарушения сна, головокружение, «шаткость» походки, сужение полей зрения, усиленное выпадение волос, образование «язвочек» во рту, геморрагические корочки на губах, эритематозные высыпания на лице, боль и припухлость в мелких суставах кистей и стоп, повышение температуры тела до 38,6 °С, похудание (за год на 8 кг). Считает себя больной с 24 лет, когда без видимой причины сначала возник артрит II пястнофалангового сустава справа, а затем боль в других пястнофаланговых суставах. Через 2 недели присоединились артриты коленных и левого голеностопного сустава, субфебрилитет. При обследовании обнаружено: СОЭ - 43 мм/ч, лейкоциты - 3,8х109, антитела к ДНК - 100, титр АНАТ - 1/640. Поставлен диагноз: «системная красная волчанка», назначен мети-пред в дозе 16 мг/сут. Самочувствие больной улучшилось; изредка возникали «летучие» артралгии в суставах рук, исчезавшие без лечения в течение 1-2 дней. В этот период дважды лечилась по поводу острого тромбоза глубоких вен левой голени. Через 1 год больная самостоятельно отменила метипред, после чего самочувствие ухудшилось, увеличились частота и выраженность артралгий, стали появляться «летучие» артриты, температура тела повышалась до 37,5 °С, начали усиленно выпадать волосы. К этому присоединились незначительные миалгии, эритематозные высыпания на лице (скулы, подбородок), снижение массы тела. В крови: Hb - 89 г/л, СОЭ - 65 мм/ч. Самостоятельно возобновила прием метипреда* в прежней дозе. Летом после отдыха на южном побережье Крыма (активно загорала) появились эритематозные высыпания на лице, хейлит (с геморрагическими корочками). Затем присоединились фебрильная лихорадка, усиленное	проявлений, иммунного воспаления, антифосфолипидный, нефротический, поражение ЦНС, анемии.	

	выпадение волос, артралгии, миалгии, язвенный стоматит, снижение настроения, нарушения сна, отеки стоп, нижней трети голеней и параорбитальных областей. За 2 мес похудела на 4 кг. Осенью была госпитализирована в ревматологическое отделение. При осмотре состояние средней тяжести. Конституция - нормостеническая, питание - пониженное, вес - 53 кг при росте 172 см. Эритематозные высыпания на лице. Сетчатое ливедо в области плеч и бедер. Хейлит с геморрагическими корочками. Диффузная алопеция. Разлитая энантема на твердом нёбе. Язвенный стоматит. Артриты пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей. Пастозность нижней трети голеней, стоп. Клинический анализ крови: Hb - 68 г/л; эритроциты - 2,39х1012/л; гематокрит - 20,7 %, лейкоциты - 6,7х109/л, палочкоядерные - 10 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 17 %, моноциты - 6 %, эозинофилы - 3 %; тромбоциты - 156х109/л; СОЭ - 65 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза - 5,9 ммоль/л, креатинин - 89 мкмоль/л, мочевина - 7,4 ммоль/л, общий белок - 45 г/л, альбумины - 36,75 %, калий - 6,96 ммоль/л. Иммунологический анализ крови: АТ к нДНК - 64 Ед (N - до 20 Ед). Проба Кумбса положительная: +4 - с холодовыми антигенами, +1 - с тепловыми. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1006, белок - 2,7 г/л, эритроциты - 20-30 в поле зрения, лейкоциты - 30-40 в поле зрения, цилиндры - 1-3 в поле зрения (гиалиновые, зернистые, восковидные). Анализ мочи на суточную протеинурию: 5,25 г/сут. Вопросы: 1. Выделите синдромы.		

4.	Больная В., 18 лет, жалобы на боли и припухлость лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов, утренняя скованность до 2 часов, повышение С,°температуры тела до 38 выпадение волос, похудание на 8 кг за 2 месяца, боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при дыхании, отечность лица и стоп, больше по утрам, боли в области сердца. Из анамнеза: болеет в течение 2 месяцев, лечение антибиотиками и НПВП эффекта не дало. Объективно: эритематозные высыпания в области спинки носа и щек. Увеличены подмышечные и паховые лимфоузлы. Суставы кистей рук припухшие, болезненные. В легких справа в нижних отделах шум трения плевры. Сердце расширено в обе стороны, на верхушке первый тон ослаблен, ритм галопа, на ограниченном участке шум трения перикарда, пульс 120 уд. в мин., АД 140/90 мм.рт.ст. Печень болезненная, размеры по Курлову 12х10х8 см, селезенка 10х8 см. Общ. ан. крови: Эритр. – 3,0х1012/л, Нв – 88 г/л, Ле – 3,4 х 109 /л, тромб. - 150 х 109 /л, СОЭ - 61 мм/час. Общ. белок – 58 г/л, альбумины – 39%, глобулины 1α– 61%, 2α-4%, β-7%, γ– 11%, – 39%. LE-клетки 15 на 1000 лейкоцитов, антитела к нДНК – 1:256. Общ. ан. мочи: уд. вес – 1009, белок 3,2 г, эритроциты – 20-30 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр., цилиндры–3-4 в п/зр. Вопросы: 1. Выделите синдромы.	Синдромы: поражения кожи, суставной, мочевой, нефротический, цитопенический, поражения плевры, системных проявлений, иммуно-воспалительный.	№1, глава 4
5.	Больная К., 34 лет. Жалобы на миалгии и прогрессирующую мышечную слабость генерализованного характера, дисфагию, лихорадку до 38,5°С, затруднение глотания, боли в области сердца. Из анамнеза. Заболела остро, 2 месяца назад после ОРВИ повысилась температура тела до 38 -	поражения мышц по типу миозита, поражение кожи, воспалительный, поражение миокарда, нарушение ритма.	№1, глава 7

	38,5°С, появились боли в мышцах. Лечение антибиотиками и НПВП было без эффекта. Стала прогрессивно нарастать мышечная слабость. Похудела на 10 кг. Объективно: Параорбитальный отек с пурпурно-лиловой эритемой. Положение вынужденное (не может самостоятельно передвигаться, садиться, оторвать голову от подушки). Мышцы конечностей отечны, тестоватой консистенции, увеличены в объеме, резко болезненны при надавливании. Границы относительной сердечной тупости расширены. Тоны сердца глухие. ЧСС 100 в минуту, АД 100/65 мм рт. ст. Анализ крови: Л - 10,6х1012 /л, СОЭ 56 мм/ч, СРБ =45 мг/л. АСТ 302; АЛТ 405 МЕ/л. КФК 960 МЕ (в N до 110); ЛДГ 830 МЕ (в N до 140). ЭКГ: снижение вольтажа, желудочковая экстрасистолия до 6-8 в минуту. Вес – 60 кг. Рост – 165 см. Вопросы: 1. Выделите основные синдромы		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите клинические формы остеоартроза	• Полиостеоартроз: узелковый, безузелковый • Олигоостеоартроз • Моноостеоартроз • Остеоартроз в сочетании с остеохондрозом	№ 1, глава 12

		позвоночника, спондилоартрозом	
2.	Какой критерий является обязательным для выставления диагноза подагрический артрит (ACR-EULAR)	Как минимум один эпизод припухлости, боли или болезненной чувствительности в периферическом суставе или синовиальной сумке	№ 1, глава 13
3.	Назовите основные критерии синдрома Шегрена (SICCA)	Наличие анти-SSA/Ro- и/или анти-SSB/La-антиядерных антител или позитивные РФ и АНФ. • В биоптате малых слюнных желез - очаговая лимфоцитарная инфильтрация (>1 фокуса в 4 мм2). • Сухой кератоконъюнктивит - >3 баллов по шкале окраски глазного эпителия флюоресцеином и лиссаминовым зеленым (исключить анти-глаукомные глазные капли, угнетающие продукцию внутриглазной жидкости, операции на роговице и блефаропластику). 1 Фокус - скопление не менее 50 лимфоидных клеток в 4 мм2 поверхности слюнной железы. Средний фокус оценивается по четырем малым слюнным железам	№ 1 , глава 11
4.	Назовите клинические критерии антифосфолипидного синдрома	- тромбоз Патология беременности	№ 1, глава 5

5.	Назовите критерии болезни Бехчета	- Поражение глаз - Генитальные афты - Афты полости рта - Поражение кожи - Неврологические проявления - Сосудистые проявления - Положительный тест патергии (факультативно)	№ 1, глава 10

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	2 - назначать методы обследования, необходимые для диагностики разных ревматологических заболеваний у населения; планировать лабораторное и функциональное обследование лиц различного возраста;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Рентгенологическим признаком остеоартроза является: А. Сужение суставных щелей, остеосклероз Б. Околосуставной остеопороз В. Значительное разрушение хряща и кости Г. Круглые дефекты в эпифизах кости	А. Сужение суставных щелей, остеосклероз	№ 1, глава 12
2.	Из приведенных заболеваний развитие «блокады» суставов, характеризующейся внезапной резкой болью и почти полной невозможностью движений в суставе на короткое время, характерно для: А. Подагры Б. Болезни Бехтерева В. Ревматоидного артрита	Г. Остеоартроза	№ 1, глава 12

	Г. Остеоартроза Д. Острого ревматизма		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	При ДМ (полимиозите) прогностически значимы следующие осложнения: А. Коронарный тромбоз Б. Аспирационная пневмония В. Кровоизлияние в мозг Г. Дыхательная недостаточность	Б. Аспирационная пневмония Г. Дыхательная недостаточность	№ 1, глава 7
2.	Какие лабораторные показатели имеют наибольшее диагностическое значение при дерматомиозите? А. Холестерин Б. КФК В. Креатинурия Г. Мочевая кислота Д. Щелочная фосфатаза	Б. КФК В. Креатинурия	№ 1, глава 7
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Объясните причины появления у больных подагрой следующих клинических симптомов: 1. Развитие острых болей в плюснефаланговом суставе большого пальца стопы 2. Артериальная гипертензия 3. Подагрические узелки (тофусы) на ушных раковинах, пальцах кистей и стоп 4. Деформация суставов и ограничение подвижности А. Развитие «подагрической почки» (интерстициального нефрита) Б. Острая воспалительная реакция синовиальной оболочки, вследствие острой преципитации кристаллических уратов в синовиальной жидкости В. Отложения уратов, окруженных соединительной тканью	Развитие острых болей в плюснефаланговом суставе большого пальца стопы- страя воспалительная реакция синовиальной оболочки, вследствие острой преципитации кристаллических уратов в синовиальной жидкости Артериальная гипертензия- Развитие «подагрической почки» (интерстициального нефрита) Подагрические узелки (тофусы) на ушных раковинах, пальцах кистей и стоп- Отложения уратов, окруженных соединительной тканью Деформация суставов и ограничение подвижности- Отложения уратов, окруженных соединительной тканью	№ 1, глава 13

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры. Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°С. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота. Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°С, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лѐгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 21,0×109/л, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час. Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные. Вопросы:	Определение С-реактивного белка, концентрации IgA, циркулирующих иммунных комплексов, исследование активности комплемента. Коагулограмма. Для исключения других причин острого живота необходима консультация врача-хирурга, УЗИ органов брюшной полости.	№1, глава 8

	1. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?		
2.	Женщина 30 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 8 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 5 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочерѐдно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. За медицинской помощью не обращалась. После длительного пребывания на солнце отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°С. Отметила наличие красных пятен на лице. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лѐгкими ясный лѐгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии.	ЭхоКГ (выявление поражения сердца), определение СКФ расчётным методом (определение ХПН и ХБП), биопсия почки (золотой стандарт диагностики). Иммуноблодинг на системные иммунные маркеры, Sm антиген, антифосфолипидные антитела.	№1, глава 4

	Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 76 в минуту. Отѐчность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - 2,9×1012/л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - 2,7×109/л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - - 98×10%. Общий анализ мочи: светло-жѐлтая, прозрачная, pH кислая, удельный вес - 1,016; белок - 0,3 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8 в поле зрения, цилиндры восковидные - 2-3 в поле зрения, соли - нет. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09% ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ - 10,0 ммоль/л, АЛТ - 19,0 ммоль/л, холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, альбумины - 45%, α1 - 3,5%, α2 – 10,5%, β - 13,6%, γ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - + + +, серомукоид - 0,32 г/л. Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток на 1000 лейкоцитов. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузные дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Рентгенография суставов кистей и голеностопных суставов: патологических изменений не выявлено. Вопросы:		

	1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.		
3.	Женщина 40 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. В 38 лет после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера. При осмотре: Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берётся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса	Пациенту рекомендовано (для подтверждения и уточнения диагноза): широкопольная капилляроскопия ногтевого ложа, иммунограмма, R-графия пищевода с контрастированием, биопсия кожи, ЭхоКГ, СМ ЭКГ, ФВД, ФГДС, глазное дно, антитела к ДНК, АНФ, атицентромерные антитела, анти Scl 70.	№1, глава 6

	атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объѐм пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации. Лабораторно. Общий анализ крови: эритроциты - 3,1×1012/л, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - 15,3×109/л; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л; альбумины - 40%, глобулины - 60%, 1 - 3,8%, 2 – 12%; – 12%; – 32,2%; фибриноген – 6,6 г/л; СРБ (++). Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Гипертрофия правого предсердия и правого желудочка. Желудочковая экстрасистолия. Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лѐгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах. Рентгенография кистей: остеолиз дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз. Вопросы: 1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.		
4.	Мужчина М, 55 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько	Общий анализ мочи. Анализ мочи по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции,	№1, глава 13

	приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 180/120 мм рт. ст. Принимает Эналаприл 10 мг и Амлодипин 10 мг – без эффекта. Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В лѐгких дыхание везикулярное. Сердце: тоны ритмичные, 78 в минуту, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – 5,4×109/л, СОЭ – 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок – 0,066 г/л, лейкоциты – 3–4 в поле зрения, цилиндры – до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови – 200 мкмоль/л. Вопросы: 1. Какие методы исследования необходимы в данном случае?	холестерин, триглицериды, С-реактивный белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, креатинин, СКФр, мочевина. Уровень мочевой кислоты в моче. Клиренс креатинина. УЗИ почек. Рентгенография суставов кистей, стоп, локтевых, плечевых.	
5.	Женщина К. 60 лет к ревматологу с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах, которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП. Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки. Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приѐма обезболивающих средств. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное.. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом	Пациенту рекомендовано: проведение ОАК для исключения анемии на фоне приёма обезболивающих препаратов (НПВП-гастропатия), проведение ОАМ (для исключения гематурии и протеинурии на фоне приёма НПВП и для определения возможности их использования в дальнейшем), определение уровня креатинина.	№1, глава 12

	коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп – вальгусная деформация 1 плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в 1 плюснефаланговых суставах с обеих сторон. Вопросы: 1. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какие суставы преимущественно поржаются при остеоартрозе?	Межфаланговые суставы (узлы Гебердена, Бушара) Тазобедренные суставы (коксартроз)	№ 1, глава 12

		Коленные суставы (гонартроз) Другие суставы	
2.	Какой критерий является определяющим для диагностики анкилозирующего спондитита (ASAS)	Боль в спине ≥ 3 месяцев и возраст начала заболевания < 45 лет	№ 1, глава 2
3.	У каких пациентов следует заподозрить ревматоидный артрит?	- пациенты, имеющие как минимум один сустав с достоверным синовитом согласно клинической картине (припухлость) - при этом синовит не может быть однозначно отнесен к какому-либо другому заболеваиию	№ 1, глава 1
4.	Что является самостоятельным клиническим критерием системной красной волчанки	Волчаночный нефрит, подтвержденный результатами анализа биопсии	№ 1, глава 4
5.	Какие критерии позволяют заподозрить ревматическую полимиалгию	- Возраст пациента ≥ 50 лет - Двусторонняя ноющая боль в области плечевого пояса - Отклонения по уровню СРБ и/или СОЭ	№ 1, глава 9

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	3 - правильно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования при наиболее часто встречающихся у населения ревматологических заболеваниях.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	Для диагностики ССД наиболее значимы: А. Увеличение СОЭ Б. Повышенный титр ревматоидного фактора (РФ) В. Гипер-γ-глобулинемия Г. Антитела SCL-70	Г. Антитела SCL-70	№ 1, глава 6
2.	При склеродермии наиболее часто повреждаются следующие отделы желудочно-кишечного тракта: А. Пищевод Б. Желудок В. 12-перстная кишка Г. Тонкая кишка Д. Толстая кишка	А. Пищевод	№ 1, глава 6
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Для суставного синдрома при системной склеродермии характерными являются: А. Кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев Б. Остеолиз ногтевых фаланг В. Остеофитоз Г. Поражение крупных суставов Д. Спондилит	А. Кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев Б. Остеолиз ногтевых фаланг	№ 1, глава 6
2.	Перечислите признаки, составляющие классическую диагностическую триаду при СКВ: А. Нефрит Б. Дерматит В. Кардит Г. Артрит Д. Полисерозит	Б. Дерматит Г. Артрит Д. Полисерозит	№ 1, глава 4
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Укажите причины появления у больных ССД и ДМ следующих клинических симптомов: Болезненные уплотнения в мышцах 2. Склеродактилия 3. "Сухой синдром" 4. Затруднения при глотании 5. Артериальная гипертония 6. Синдром Готтрона	А. Укорочение пальцев, истончение их кончиков, сгибательная контрактура Б.Развитие диффузного гломерулонефрита В. Отложения солей кальция Г. Поражение пищевода Д. Поражение слизистых оболочек Е. Надсуставная, околоногтевая	№ 1, глава 6

		эритема	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Мужчина 50 лет обратился к ревматологу с жалобами на боль в левом колене, которая началась накануне, ночью. Со слов пациента, боль появилась внезапно, когда он уже лѐг спать после обильного ужина. В течение примерно 3 часов боль была очень интенсивной, в связи с чем пациент принял Парацетамол две таблетки по 500 мг, после чего боль несколько уменьшилась, но полностью не купировалась. Ранее подобных болей в колене не было, однако несколько месяцев назад был эпизод интенсивной боли в первом плюснефаланговом суставе правой стопы после переохлаждения, сопровождавшийся покраснением сустава и невозможностью опираться на ногу. Тот эпизод прошел полностью самостоятельно без какого-либо лечения в течение 3 суток, наиболее интенсивной была боль в первые 3-4 часа. В течение 2 лет страдает артериальной гипертензией, по поводу которой принимает гидрохлортиазид. Накануне вечером пациент употреблял большое количество красного вина и ел мясные отбивные, так как отмечал семейное событие. При осмотре: рост - 180 см, масса тела - 109 кг, ИМТ - 33,6 кг/м2. Температура тела 37,2 °С, ЧСС - 85 ударов в минуту, частота дыхания - 18 в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст.. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы без отклонений от нормы, живот мягкий, безболезненный, размеры печени и селезѐнки в пределах нормы. Левый коленный сустав увеличен в объѐме за	Наиболее вероятный основной клинический диагноз «подагра, острый подагрический (микрокристаллический) артрит левого коленного сустава». Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, медикаментозно достигнутая нормотензия, риск I; ожирение I ст	№1, глава 13

	счѐт экссудации, кожа над ним гиперемирована, локальная температура повышена. Пациент ограничивает активные движения в суставе из-за болей, придает колену полусогнутое положение. Пассивные движения ограничены в таком же объѐме, при максимальном сгибании и разгибании боль усиливается. Пальпация сустава резко болезненна, определяется значительный выпот в коленном суставе, крепитация отсутствует. Другие суставы без патологических проявлений. В общем анализе крови имеется лейкоцитоз 9,1×109/л, сдвига лейкоцитарной формулы нет, СОЭ - 28 мм/ч, в остальном – без отклонений. Вопросы: 1. Какой наиболее вероятный предположительный диагноз?		
2.	Женщина К. 45 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на боль и припухание в области II-IV проксимальных межфаланговых суставов, II-III пястно-фаланговых суставов, лучезапястных, коленных суставах; утреннюю скованность в указанных суставах до середины дня; снижение веса на 5 кг за последние 2 месяца, слабость, одышку при подъѐме на 3-4 этаж появляется, сердцебиение. Больной себя считает в течение полугода, когда впервые появились и постепенно прогрессировали указанные симптомы, нерегулярно принимала анальгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния отмечает в последние два месяца, когда значительно усилились боли в суставах, появилась скованность, похудание, затем - слабость и сердцебиение. По совету соседки принимала аспирин, диклофенак (в последние 1,5 месяца – ежедневно), с незначительным положительным эффектом. При осмотре: Кожные покровы бледные, сухие. Рост – 168 см, вес – 54 кг, ИМТ – 19,1 кг/м2. II-IV проксимальные межфаланговые, II-III	Ревматоидный артрит, очень ранняя стадия, серопозитивный вариант, активность III, рентгенологическая стадия I, ФНС II.	№1, глава 1

	пястно-фаланговые суставы, лучезапястные, коленные суставы отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Определяется баллотирование надколенников, западение межкостных промежутков на обеих кистях. Число болезненных суставов - 12, число припухших суставов - 10. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот безболезненный при пальпации. Печень - 9×8×7 см. Селезѐнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Общий анализ крови: эритроциты - 3,3×1012/л, гемоглобин – 95 г/л, MCH – 24 пг, MCV – 75 фл, лейкоциты - 7,9×109/ л, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 18%, моноциты - 11%, тромбоциты – 392×109/л, СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ мочи: прозрачная, удельная плотность – 1010, реакция – слабо кислая, белок и сахар – отсутствуют, эпителий плоский – 4-6 в поле зрения, лейкоциты – 3-5 в поле зрения, эритроциты, бактерии – отсутствуют. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,8 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль /л, СКФ – 68 мл/мин, билирубин – 14,5 мкмоль/л, АСТ – 24 МЕ/л, АЛТ – 30 МЕ/л, мочевая кислота – 224 мкмоль/л, СРП – 30,5 мг/л. РФ – 120 МЕ/л, антинуклеарный фактор — отрицательный. Общая самооценка здоровья пациентом – 56 мм по шкале ВАШ. Рентгенография кистей и стоп: околосуставной остеопороз, преимущественно в II-IV проксимальных межфаланговых, II-III пястно-фаланговых суставах. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.		

3.	В поликлинику к ревматологу обратилась женщина 52 лет. Предъявляет жалобы на боли в мелких суставах кистей, коленных суставах, хруст при движениях, ограничение движений. Анамнез заболевания: считает себя больной в течение 6 лет, лечилась самостоятельно народными средствами без существенного эффекта. Объективно: состояние удовлетворительное. Рост - 160 см, масса тела - 80 кг. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание не нарушены. Деформации и болезненность при пальпации дистальных межфаланговых суставов, при сгибании крепитация и болезненность в коленных суставах. При обследовании: общий анализ крови: эритроциты - 4,3×1012/л, Нв - 126 г/л, лейкоциты - 8,2×109/л, СОЭ - 12 мм/час. Рентгенография коленных суставов: незначительное сужение суставных щелей, остеофиты. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.	Первичный остеоартроз коленных суставов, дистальных межфаланговых суставов кистей, 2 стадия рентгенологических изменений, нарушение функции суставов 1 степени. Ожирение 1 степени.	№1, глава 12
4.	Больная 19 лет обратился к ревматологу с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры. Анамнез: заболела вчера, после сильного переохлаждения, когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,0°С. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота. Объективно: температура 38°С, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лѐгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие	Геморрагический васкулит, подострое течение, активность II степени, с поражением кожи, суставов, абдоминальным и почечным синдромом.	№1, глава 8

	живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева. Общий анализ крови: эритроциты – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – 200×109/л, лейкоциты – 21,0×109/л, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час. Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные. Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз.		
5.	Женщина Р. 50 лет, жалуется на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объѐма движений, утреннюю скованность в указанных суставах в течении всего дня, выраженную слабость, недомогание, , похудание. Больна 11 лет. Постепенно появились боль, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин. во II-III пястно-фаланговых суставах, преимущественно в ночное и утреннее время, периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. В последующем в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, лучезапястные суставы, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 38,0°С. За медицинской помощью не обращалась, периодически принимала Нимесулид с	Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность 3, эрозивный (R ст - IV), АЦЦП - положительный, ФК - 3.	№1, глава 1

	хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых, голеностопных суставах и мелких суставах стоп, появилась припухлость этих суставов и увеличилась длительность утренней скованности, что существенно затрудняет самообслуживание. При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На разгибательной поверхности локтевых суставов - округлые плотные образования d=1-2 см, безболезненные при пальпации. С обеих сторон пальпируются увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяется припухлость и болезненность при пальпации II-IV пястно-фаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов, переразгибание во II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон. Объѐм активных движений в указанных суставах снижен. Ульнарная девиация кистей. По внутренним органам – без патологии. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 70 г/л, эритроциты – 2,2Ч10^{12}/л, лейкоциты - 8,8Ч10^{9}/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 38%, лимфоциты - 45%, моноциты - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты – 418,1Ч10^{9}/л. Биохимическое исследование крови: РФ - 104 МЕ/л (N - до 16 МЕ/л), фибриноген - 6,6 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины: $б_1$ – 6%, $б_2$ – 16%, в – 19%, г – 27%, СРБ – 18,6 мг/л (N - 1-6 мг/л). АЦЦП – 74 Ед/мл (N - до 10 Ед/мл). Рентгенограмма кистей: ревматоидный артрит IV стадия. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите рентгенологические стадии ревматоидного артрита	I – околосуставный остеопороз II– остеопороз + сужение суставной щели, могут бытьединичные узуры III – остеопороз + сужение суставной щели + множественные эрозии IV– остеопороз + сужение суставной щели + множественные эрозии + костные анкилозы	№ 1, глава 1
2.	Какой критерий является определяющим для диагностики системной красной волчанки (ACR-EULAR)	Антинуклеарные антитела (АНА) ≥ 1:20 на клетках HEp-2 или эквивалентный положительный тест как минимум один раз	№ 1, глава 4
3.	Назовите основные критерии периферического спондилоартрита (ASAS)	- артрит - энтезит - дактилит	№ 1, глава 2
4.	Назовите большие критерии болезни Стилла у взрослых	- кратковременная лихорадка ≥ 39°C - Артралгия - Транзиторная эритема - Фарингит - Полиморфноядерные нейтрофилы ≥ 80% - Гликозилированный ферритин ≤ 20%	№ 1, глава 16
5.	Назовите лабораторные критерии антифосфолипидного синдрома	- Волчаночный антикоагулянт - Антитела к кардиолипину - Антитела к β-гликопртеину I	№ 1, глава 5

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть

ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1- навыками определения симптомов, характерных для различной ревматологической патологии; методикой сбора ревматологического анамнеза, в том числе у детей раннего возраста; навыками проведения клинического обследования при различной ревматологической патологии;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ... а) Анкилозирование суставов б) Тромбоцитоз в)Редкое развитие гломерулонефрита г) Повышение титра антител к ДНК	г) Повышение титра антител к ДНК	№1, гл.4
2.	ДЛЯ ОЦЕНКИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ИССЛЕДУЮТ ... а) Содержание мочевой кислоты в сыворотке, ее суточную экскрецию с мочой б)Содержание мочевины и остаточного азота в) Активность креатинфосфокиназы г) Уровень креатинина	а) Содержание мочевой кислоты в сыворотке, ее суточную экскрецию с мочой	№4, гл.16
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ХАРАКТЕРНО ... а) Воспалительная боль в спине б)Симметричный артрит периферических суставов в) Более частое вовлечение суставов кистей, чем стоп г) Наличие энтезопатий д) Острое начало заболевания	а) Воспалительная боль в спине г) Наличие энтезопатий	№3, стр.16
2.	ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРОТЕКАЮЩЕЕ С САКРОИЛИИТОМ ... а) Реактивный артрит б) Подагра в)Ювенильный ревматоидный артрит г) Псориатический артрит	а) Реактивный артрит в)Ювенильный ревматоидный артрит г) Псориатический артрит	№4, гл.9
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1.Болезнь Бехчета это 2. Артериит Такаясу это	1.Болезнь Бехчета это системный васкулит, характеризующийся	№1, гл.8

	3. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) это а)системный васкулит, характеризующийся некротизирующим поражением верхних дыхательных путей, легких, почек б)системный васкулит, характеризующийся рецидивами язвенного поражения в ротовой полости, на половых органах, поражением глаз, суставов, ЖКТ, ЦНС и др в) артериит с преимущественным поражением аорты и/или ее главных ветвей	рецидивами язвенного поражения в ротовой полости, на половых органах, поражением глаз, суставов, ЖКТ, ЦНС и др 2. Артериит Такаясу это артериит с преимущественным поражением аорты и/или ее главных ветвей 3. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера) это системный васкулит, характеризующийся некротизирующим поражением верхних дыхательных путей, легких, почек	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная 66 лет, предъявляет **жалобы** на боль в коленных суставах, I плюснефаланговом суставе стопы, дистальных межфаланговых суставах кистей, временами опухание коленных суставов. Боли усиливаются после физической нагрузки. Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят много лет. **Объективно:** повышенного питания, коленные суставы деформированы, в полости правого – небольшое количество выпота. При пальпации суставов во время движения – грубый хруст, активные и пассивные движения болезненны. Дистальные фаланги пальцев кисти искривлены у основания, где пальпируются твердые узелки. Незначительная атрофия мышц бедер. Сердце не	Полиостеоартроз, ст2, ФНС 1-2, геберденовский вариант, реактивный синовит правого коленного сустава Механический тип боли: усиление после физической нагрузки, уменьшение после отдыха и приема НПВП	№1, гл.12

	увеличено, тоны приглушены, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена. **Поставьте диагноз** **Какой характер боли типичен для этой патологии.**		
2.	Больной 28 лет, доставлен в приемный покой с **жалобами** на боли в животе, рвоту, повышение температуры. **Анамнез:** Заболел вчера (со слов больного после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5ºС. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота. **Объективно**: в приемном покое у больного отмечено повышение температуры до 38ºС, обложенный сухой язык. Патологии со стороны легких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. На голенях петехиальные высыпания. Ярко выраженные симптомы артрита голеностопных, коленных и лучезапястных суставов. **Перечислите основные синдромы, выявляемые в клинической картине** **Поставьте диагноз**	1.Кожный 2.Абдоминальный 3.Суставной 4.Интоксикационный Геморрагический васкулит, острое течение, акт 2, с поражением кожи, суставов, с абдоминальным синдромом	№1,гл.8
3.	Больной Ю., 43 года, предъявляет **жалобы** на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. **Анамнез:** Болеет с 35 лет, вначале появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки,	Пробы: Симптом Отта, Шобера, Томайера, Форестье, проба «подбородок-грудина», экскурсия грудной клетки, боковой наклон	№1, гл.2

	повышение температуры до 37-37,5°С. **Объективно**: состояние удовлетворительное, положение активное. АД=130/90 мм рт.ст. ЧСС-74 уд. в мин. ЧД=18 в мин. Т=37,3°С. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль. **Перечислите какие пробы при физикальном осмотре необходимо выполнить**		
4.	Больная З., 34 лет, в течение последних 6-7 месяцев беспокоит слабость, выпадение волос. К врачу не обращалась. В последние 2 месяца усилилась слабость, присоединились боли в суставах (кистей, голеностопных), появилась небольшая одышка, периодически отмечает подъем температуры до субфебрильных цифр, отечность голеней, пастозность лица, периодически возникающие боли в области сердца, частое сердцебиение. Обратилась к врачу. Из анамнеза жизни – хр. пиелонефрит. **Объективно:** кожные покровы бледноватые, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, аритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 95 в мин. АД = 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Определяется пастозность голеней. Суставы внешне не изменены. **Общий анализ крови:** эритроциты $3,05x10^{12}$/л, гемоглобин 95 г/л, лейкоциты $5,2x10^{9}$/л, СОЭ 60 мм/час.	1.Конституциональный синдром (слабость, лихорадка) 2.Суставной синдром 3.Отечный 4.Гематологический 5.Нефритический	№1,гл.4

	Общий анализ мочи: уд. вес – 1010, белок – 1,5 г/л., лейкоциты – 8-9 в поле зрения, эритроциты – 10-12 в поле зрения. **При исследовании сыворотки крови:** ЦИК – 3,0, АНФ ++, СРБ -10 мг/л, антитела к ДНК – 0,74 (норма до 0,1). **Какие синдромы можно выделить**		
5.	Больная 44 года, инвалид II группы. Беспокоят боли в мелких суставах кистей, стоп, утренняя скованность в течение всего дня. Больна 3 года. Появились боли и припухлость в мелких суставах. Через 12 месяцев от начала заболевания изменилась форма мелких суставов, нарастала тугоподвижность в них. **Объективно**: дефигурация 2,3 пястно-фаланговых суставов обеих кистей, всех проксимальных межфаланговых суставов. В легких - дыхание жесткое. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 110 уд. в мин. АД = 120/80 мм рт. ст. **Общий анализ крови:** эритроциты $3,0x10^{12}$/л, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $5,4x10^{9}$/л, СОЭ 40 мм/час. **Кровь на СРБ** 25 мг/л. **Общий анализ мочи** без патологии **R-гр. кистей**: резко выраженный остеопороз, сужение суставных щелей в обоих лучезапястных суставах, видны множественные костные эрозии. **Поставьте диагноз** **Перечислите основные симптомы, характерные для суставного синдрома**	Ревматоидный артрит, акт 2, ст3, ФК 2, аутоиммунная анемия. 1.симметричность 2.полиартрит 3.утренняя скованность 4. поражение мелких суставов кистей	№12, гл.18

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ	1.Поражение суставов нижних конечностей 2.Моно-олигоартрит 3.Асимметричность 4.Энтезиты	№4, гл. 7

		5.Односторонний сакроилиит	
2.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА	1.Асимметричный моно-олигоартрит 2.Дистальная форма 3.Симметричный полиартрит, ревматоидоподобная форма 4.Спондилоартритическая форма 5.Мутилирующий артрит	№1, гл.3
3.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ	1.Хроническая или впервые возникшая боль в спине 2.Уменьшение роста на 2 см и более за 1-3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом 25 лет 3.расстояние между затылком и стеной более 5 см 4. расстояние между нижними ребрами и крылом подвздошноц кости составляет ширину двух пальцев и менее	№1, гл.15
4.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ	1.Лихорадка более 39°С 2.Артралгии более 2 недель 3.Типичная сыпь 4.Лейкоцитоз более 10 Х10 9 5.Боли в горле 6.Лимфоаденопатияи/или спленомегалия 7.Нарушение функции печени 8.РФ, АНФ отрицат.	№1, гл.16
5.	КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА	I.Сухой кератоконъюнктивит II.Паренхиматозный сиаладенит III.Лабораторные иммонологические изменения: АНФ и/или РФ, анти-SSA\ Ro	№1, гл.11

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 - дифференциальной диагностикой основных ревматологических заболеваний человека; навыками интерпретации результатов обследования у пациентов ревматологического профиля;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ... а) Ревматоидного фактора б) HLA-B27 в)Антинейтрофильных цитоплазматических антител г) Антител к двуспиральной ДНК	а)Ревматоидного фактора	№1, гл.17
2.	МАРКЕРОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ ... а) АЦЦП б) Ревматоидный фактор в) С-реактивный белок г) HLA-B 27антиген д) антитела к нативной ДНК	д) антитела к нативной ДНК	№1, гл.17
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСИТСЯ ... а) Тромбоцитопения б) Анемия в) Лейкоцитоз г) Лейкопения	а) Тромбоцитопения б) Анемия г) Лейкопения	№1, гл.17
2.	ДИАГНОСТИЧЕСКИ ВАЖНЫМИ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ...	а) Артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп	№4, гл.1

	а) Артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп б) Одновременное поражение суставов одного пальца в) Диффузный отек пальцев рук или ног в виде "сардельки" г) Высоко +тесты на РФ и АЦЦП	г) Высоко +тесты на РФ и АЦЦП	
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1.Антитела к дсДНК… 2 3 а) Антицентромерные антитела б) Антитела к Jo-1- являются маркером для прогнозирования лимитированного поражения кожи и низкой вероятности развития рентгенологических признаков системного фиброза при ССД в) являются диагностическим критерием ПМ/ДМ с наличием антисинтетазного синдрома	1.Антитела к дсДНК специфичны для диагностики системной красной волчанки 2 . Антицентромерные антитела являются маркером для прогнозирования лимитированного поражения кожи и низкой вероятности развития рентгенологических 3 признаков легочного фиброза при ССД Антитела к Jo-1 являются диагностическим критерием ПМ/ДМ с наличием антисинтетазного	№1, гл.17

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной 68 лет, доставлен в приемный покой с **жалобами** на слабость, боли в суставах кистей, коленных, повышение температуры, высыпания на голенях. **Анамнез:** Заболел 3 дня назад (со слов больного после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5ºС. Утром появились мелкоточечные высыпания на голенях.	Геморрагический васкулит, острое течение, акт.2 с поражением кожи, суставов. Необходимо исключить вторичный характер поражения: -паранеопластический синдром; -параинфекционный (инфекционный эндокардит).	№1, гл. 8

	Объективно: Состояние ср.тяжести. Пониженного питания. В приемном покое у больного отмечено повышение температуры до 38ºС, обложенный сухой язык. Патологии со стороны легких не выявлено. Тоны сердуа ритмичные, приглушены ЧСС=Ps= 92. На верхушке – систолический шум, ослабление 2 тона, АД= 140/90. На голенях петехиальные высыпания. Ярко выраженные симптомы артрита голеностопных, коленных и лучезапястных суставов. **Общий анализ крови:** эритроциты $3,2x10^{12}$/л, Hb 106 г/л, тромбоциты $200x10^{3}$/л, лейкоциты $21x10^{9}$/л, э – 12, п – 10, с – 68, л – 6, м - 4, СОЭ 62 мм/час. **Общий анализ мочи:** без патологии **Поставьте диагноз.** **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать состояние больного?**		
2.	Больная 66 лет, предъявляет **жалобы** на боль в коленных суставах, I плюснефаланговом суставе стопы, дистальных межфаланговых суставах кистей, временами опухание коленных суставов. Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят много лет. **Объективно:** повышенного питания (ИМТ=31), коленные суставы деформированы, в полости левого– небольшое количество выпота. При пальпации суставов во время движения – грубый хруст, активные и пассивные движения болезненны. Дистальные фаланги пальцев кисти искривлены у основания, где пальпируются твердые узелки. Незначительная атрофия мышц бедер. Сердце не увеличено, тоны приглушены, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.	Полиостеоартроз, ст2, ФК 2, геберденовский вариант, с явлениями реактивного синовита левого коленного сустава. Ожирение 1 ст. Нарушение пуринового обмена. 1.Подагра 2.Пирофосфатная артропатия	№4, гл.8

	Общий анализ крови: эритроциты $4,0x10^{12}$/л, Hb 120 г/л, лейкоциты $5,2x10^{9}$/л, формула без особенностей, СОЭ 23 мм/ч. **С-реактивный белок** 5 мг/л. **Рентгенография коленных суставов**: суставная щель сужена, суставные поверхности неровные, субхондральный остеосклероз, остеофиты. **Мочевая кислота** – 420 мкмоль/л. **Поставьте диагноз.** **С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?**		
3.	Больная К., 34 года, в течение последних 3-4 месяцев беспокоит слабость, боли в суставах кистей. К врачу не обращалась. В последние 2 месяца усилились все жалобы, появилась небольшая одышка, отечность голеней, пастозность лица, периодически возникающие боли в области сердца, частое сердцебиение. Обратилась к врачу. **Объективно:** кожные покровы бледные, в области щек, носа эритематозные высыпания. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, аритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 95 в мин. АД = 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Определяется пастозность голеней. Суставы внешне не изменены. **Общий анализ крови:** эритроциты $3,05x10^{12}$/л, гемоглобин 95 г/л, лейкоциты $5,2x10^{9}$/л, СОЭ 60 мм/час. **Общий анализ мочи:** уд. вес – 1010, белок – 1,5 г/л., лейкоциты – 8-9 в поле зрения, эритроциты – 10-12 в поле зрения. **Поставьте диагноз.**	СКВ, подострое течение, акт 2, с поражением кожи, суставов, сердца, почек. Необходимо провести диф.диагностику с ревматоидным артритом, гломерулонефритом	№1, гл.4

	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?		
4.	Больная 64 года. Беспокоят боли в коленных суставах, плечевых, особенно после физической нагрузки, мелких суставах кистей, стоп, утренняя скованность в течение всего дня. Суставы беспокоят много лет, боли в кистях особенно выражено беспокоят последний год, появилась их отечность, температура 37,8-38 С. Через 6 месяцев от начала изменилась форма мелких суставов, нарастала тугоподвижность в них. **Объективно:** дефигурация всех проксимальных межфаланговых суставов. В легких - дыхание жесткое. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 110 уд. в мин. АД = 120/80 мм рт. ст. **Общий анализ крови:** эритроциты $3,0x10^{12}$/л, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты $5,4x10^{9}$/л, СОЭ 60 мм/час. **Кровь на СРБ** 25 мг/л. **Общий анализ мочи:** без патологии **R-гр. кистей**: резко выраженный остеопороз, сужение суставных щелей в обоих лучезапястных суставах, видны множественные костные эрозии. **Поставьте диагноз.** **Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?**	Ревматоидный артрит, акт 2 ст3, ФК2, аутоиммунная анемия. Полиостеоартроз ст2, ФНС 2 Дифференциальная диагностика между РА и ОА. Дебют РА в пожилом возрасте.	№12, стр.26
5.	Больной 68 лет, при поступлении в стационар **жалуется** на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, ограничение движений в них. Периодически боли в коленных суставах. **Анамнез:** страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В	Хроническая тофусная подагра. Острый подагрический артрит. МКБ. Гипертоническая болезнь 2 ст, 2 степени, риск 2	№1, гл.13

	последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. **Объективно:** телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 х 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав, припухший болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато-багрового цвета, горячая. АД=160/105 мм рт.ст. ЧСС=84 в мин. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены. **Мочевая кислота** 780 мкмоль/л, **Поставьте диагноз.**		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА	1.Антитела к кардиолипину (аКЛ) IgG или IgM, и/или 2.Волчаночный антикоагулянт (ВА), и/или 3.Антитела к β2-гликопротеину 1 (анти-β2-ГП1).	№4, гл.13

2.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ	1.Поражение суставов нижних конечностей 2.Механический характер болей: боль усиливается после физической нагрузки, уменьшается после отдыха 3.Ограничение пассивных и активных движений 4.Часто отсутствие признаков воспаления	№4, гл.1
3.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПОЛИАНГИИТА	1.Бронхиальная астма 2.Эозинофилия 3.Рентгенологические признаки легочных инфильтратов 4.Моно-или полиневропатия 5.Патология гайморовых пазух 6. Экстраваскулярная эозинофилия по данным биопсии	№1, гл 8
4.	С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СКВ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?	1.Дискоидная красная волчанка 2.Лекарственная волчанка 3.Гематологические заболевания (гемолитическая анемия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура) 4.Системные васкулиты 5.Лимфопролиферативные заболевания 6.Инфекционные заболевания, ВИЧ и др. 7.Паранеопластический синдром	№1, гл.4
5.	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ, ВТОРИЧНЫЙ, С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ?	1.СКВ 2.Неспецифический аортоартериит 3Лимфопролиферативные заболевания 4.Онкопатология 5.Миксома ЛП 6.ТЭЛА	№4, гл.10

		7.Нарушение мозгового кровообращения	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	3- навыками формулировки диагноза в соответствии с современными классификациям и рекомендациями

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ОЧЕНЬ РАННЯЯ СТАДИЯ ПРИ РА СТАВИТСЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЗНИ: а) 1 год б) менее 6 месяцев в) 2 года	б) менее 6 месяцев	№ 12, стр.44
2.	РАЗВЕРНУТАЯ СТАДИЯ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ СТАВИТСЯ, ЕСЛИ: а) длительность болезни более 3 лет б) на рентгенограмме костей таза определяется достоверный сакроилиит (двусторонний 2 ст или односторонний 3 ст и выше), но нет синдесмофитов при рентгенограмме позвоночника в) на рентгенограмме костей таза не определяется сакроилиит, но выявляются структурные изменения в позвоночнике.	б) на рентгенограмме костей таза определяется достоверный сакроилиит (двусторонний 2 ст или односторонний 3 ст и выше), но нет синдесмофитов при рентгенограмме позвоночника	№1, гл 2
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К ВНЕСКЕЛЕТНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ОТНОСЯТСЯ: а) увеит	а) увеит б) псориаз г) поражение сердца	№ 1, гл.2

	б) псориаз в) артрит г)поражение сердца		
2.	ЛИМИТИРОВАННАЯ ФОРМА ССД ПРОЯВЛЯЕТСЯ: а) феноменом Рейно б) изменения кожи в области кистей, стоп и лица в)имеется острое начало и быстрое прогрессирование г) характерно развитие ЛАГ	а) феноменом Рейно б) изменения кожи в области кистей, стоп и лица г) характерно развитие ЛАГ	№4, гл.12
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1.ДЛЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ХАРАКТЕРНО: 2. ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ХАРАКТЕРНО: 3. ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ХАРАКТЕРНО: а) передний, задний увеит, панувеит б) сухой кератоконъюнктивит в) острый, передний, рецидивирующий увеит	1.ДЛЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ХАРАКТЕРНО: б) сухой кератоконъюнктивит 2. ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ХАРАКТЕРНО: в) острый, передний, рецидивирующий увеит 3. ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ХАРАКТЕРНО: а) передний, задний увеит, панувеит	№1, гл.11

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной 44 года, пришел на амбулаторный прием. **Жалуется** на периодическое припухание и боль в 1 плюсне-фаланговых суставах обеих стоп . В настоящее время боли не беспокоят. **Анамнез:** диагноз «подагра» поставлен 6 лет назад, обострения 2-3 раза в год. В период приступов принимает НПВП, колхицин. Назначался аллопуринол, но больной не принимал его длительно. В настоящее время принимает 300 мг в сутки. Последний приступ – 3 месяца	Подагра. Межприступный период.	№1, гл.13

	назад, пришел с целью коррекции терапии. **Объективно:** телосложение правильное, повышенного питания (ИМТ=32). Отмечаются костные деформации в области 1- плюсне-фаланговых суставов обеих стоп. Экссудации, гиперемии нет. АД=130/85 мм рт.ст. ЧСС=84 в мин. Границы относительной сердечной в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ясные. **Мочевая кислота** 580 ммоль/л, **Поставьте диагноз. Какой период болезни в настоящее время у пациента?**		
2.	Больная 33 лет, **жалуется** на зябкость пальцев рук, изменение цвета кожи (белый-синий-красный) на холоде. Данная жалоба появилась примерно около года назад. **Объективно:** кожа, слизистые чистые, обычного цвета, в области дистальных фаланг кожа бледная, трофических расстройств нет. Отечности пальцев нет. Суставы без видимых изменений, движения не ограничены. По органам и системам – без особенностей. В общем анализе крови – без патологии. АНФ 1:1280 При капилляроскопии ногтевого ложа: отмечается дилатация, деформация сосудов, аваскулярные зоны. **Поставьте диагноз. Какая стадия болезни у пациентки?**	ССД, очень ранняя клиническая стадия: синдром Рейно, иммунологические изменения (АНФ 1:1280), склеродермические изменения при капилляроскопии. Доклиническая (очень ранняя) стадия.	№1, гл.6
3.	Больной 19 лет поступил с **жалобами** на общую слабость, постоянные тупые боли в области сердца, боли в коленных и голеностопных суставах и их припухлость, температура 38°С. За 2 недели до этого перенес ангину. **Объективно**: температура тела 38ºС, припухлость коленных и голеностопных суставов, их гиперемия.	Острая ревматическая лихорадка с поражением суставов (артрит), сердца (кардит), лихорадочный синдром	№4, гл.2

	Пульс = 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, четкий систолический шум на верхушке. Артериальное давление = 100/60 мм рт. ст. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД = 20 в мин. **Общий анализ крови**: лейкоцитов – $12x10^9$/л, СОЭ 34 мм/ч. **Биохимический анализ крови:** С-реактивный белок 15 мг/л, антистрептолизин-О (АСЛ-О) – 625 ед, ревматоидный фактор (РФ) – отриц. **ЭКГ:** CLC-синдром (PQ=0,11 сек), снижение вольтажа зубцов, желудочковая экстрасистолия. **ЭхоКГ:** неравномерное утолщение передней створки митрального клапана, ограничение подвижности задней створки. Увеличение амплитуды пульсации межжелудочковой перегородки. **Поставьте диагноз**		
4.	Больной 64 года жалуется на боли в области носа, отделяемое из носа с резким запахом, одышку при незначительной нагрузке, подъем температуры до 39°С. **Объективно:** считает себя больным в течение 6-7 месяцев, когда стала подниматься температура, появилось отделяемое из носа. Обратился к ЛОР-врачу, поставлен диагноз хр.ринит, назначено лечение - без эффекта. Через 2 месяца появилась одышка, которая постепенно нарастала. При проведении рентгенологического исследования выявлены изменения в легких по типу интерстициальной пневмонии. Больной госпитализирован. **Объективно:** состояние средней тяжести, кожа, слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При осмотре Лор-врачом выявлен дефект носовой перегородки – перфорация. **Общий анализ крови**: лейкоцитов – $10x10^9$/л, СОЭ 54 мм/ч.	Системный некротизирующий васкулит, АНЦА-ассоциированный (Гранулематоз с полиангиитом), подострое течение, активность 2 с поражением верхних дыхательных путей (перфорация носовой перегородки), легких, почек. Необходимо сдать анализ крови на наличие АНЦА.	№1, гл.8

	Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 45 мг/л. **Общий анализ мочи:** 1018, белок 1,2‰, эритроциты – на все поле зрения **Поставьте диагноз. Какой анализ необходимо добавить к обследованию?**		
5.	Больной 35 лет жалуется на боли в правом коленном суставе, его отечность. Боли появились неделю назад, принимал НПВП – без эффекта. **Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, обычного цвета. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Правый коленный сустав с экссудативными явлениями, активные и пассивные движения ограничены. Остальные суставы – без видимых изменений. По органам и системам – без особенностей. **Общий анализ крови**: лейкоцитов – $9{,}0x10^9$/л, СОЭ 34 мм/ч. **Биохимический анализ крови:** С-реактивный белок 15 мг/л. **Поставьте диагноз. Какое обследование необходимо провести для уточнения диагноза?**	Недифференцированный артрит Необходимо дообследование: Анализ крови IgG, A к хламидиям трахоматис, мазок из уретры ПЦР – с целью исключения реактивного артрита. Рентгенография илеосакральных сочленений – сакроилиит?	№4, гл.1

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите основные клинические признаки болезни Стилла, на основании которых можно заподозрить болезнь?	1.Лихорадка 2.Артралгии или артрит 3.Кратковременная макулопапулезная сыпь 4.Лимфоаденопатия, 5.Гепатомегалия 6.Серозит 7.Боль в горле.	№1, гл.16
2.	Перечислите большие критерии острой ревматической лихорадки	1.Кардит 2.Полиартрит 3.Хорея 4.Кольцевидная эритема 5.Подкожные ревматические узелки	№4, гл.2

3.	Назовите диагностические критерии ревматической полимиалгии	1.двустороння боль или скованность в плечевых суставах 2.возникновение пика заболевание менее чем за 2 недели 3.СОЭ в начале заболевания не менее 40 мм/час (по Вестергрену) 4.длительность утренней скованности более 1 часа 5.возраст начала болезни – более 65 лет 6.депрессия и/или снижение массы тела Двустороння болезненность верхних конечностей	№1, гл. 9
4.	Как будет звучать диагноз остеопороза у женщины 60 лет, имеющей ревматоидный артрит и принимающей ГК длительное время?	Остеопороз смешанного генеза (постменопаузальный, стероидный)	№1, гл.15
5.	Какие клинические проявления характерны для болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция (ПФК)?	1.Бессимптомное депонирование кристаллов 2.ОА с депонированием кристаллов 3.Острый артрит с кристаллами ПФК (псевдоподагра) 4.Хронический артрит с кристаллами ПФК	№1, гл.14

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации **ИД**	Принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	Вакцинация больных ревматическими заболеваниями проводится а) без ограничений по общим правилам вакцинации б) только при условии полной ремиссии в) с учетом активности болезни и характера проводимой терапии	в) с учетом активности болезни и характера проводимой терапии	№36
2.	При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями гриппозной вакциной рекомендовано: а) отмена метотрексата в течение 2 недель после вакцинации б) продолжить лечение в обычном режиме в)отмена препарата за 2 недели до введения и 2 недели - после	а) отмена метотрексата в течение 2 недель после вакцинации	№36
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Вакцинация всем больным ревматическими заболеваниями показана: а) от гриппа б) от пневмококка в) от кори	а) от гриппа б) от пневмококка	№36
2.	При проведении иммунизации живыми вакцинами: а)отмена приема метотрексата, азатиоприна за 4 недели до вакцинации и 4 недели после. б)отмена метотрексата , азатиоприна в течение 4 недель после вакцинации в)продолжить прием препаратов в обычном режиме	а)отмена приема метотрексата, азатиоприна за 4 недели до вакцинации и 4 недели после.	№36
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1. 2.	При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями гриппозной вакциной При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями инактивированными вакцинами (кроме гриппозной): а)при приеме ГК в дозе до 10 мг в сутки, коррекция дозы не проводится б) при приеме ГК в любой дозе в сутки, коррекция дозы не проводится в)рекомендовано снижение дозы менее 20 мг в сутки	1.При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями гриппозной вакциной: б)при приеме ГК в любой дозе в сутки, коррекция дозы не проводится 2. При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями инактивированными вакцинами (кроме гриппозной): в)рекомендовано снижение дозы менее 20 мг в сутки	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Принципы и методы оказания медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени, а так же принципы и методы оказания первой медицинской помощи при ревматологических неотложных состояниях.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ... а) Порфирия б) Общий атеросклероз сосудов в) Нарушение углеводного обмена г) Амилоидоз	г) Амилоидоз	№1, глава 1
2.	Наиболее типичными начальными клиническими проявлениями при РА являются: А. Острое бурное начало. Поражается один крупный сустав. Б. Медленное развитие болезни с симметричным поражением мелких суставов кистей и стоп В. Боли во всех крупных суставах, в позвоночнике Г. Острейшие боли в тазобедренных суставах, усиливающиеся к вечеру Д. Выраженные боли в одном двух суставах как следствие пере-несенной травмы	Б. Медленное развитие болезни с симметричным поражением мелких суставов кистей и стоп	№1, глава 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	При ДМ (полимиозите) прогностически значимы следующие осложнения: А. Коронарный тромбоз Б. Аспирационная пневмония В. Кровоизлияние в мозг Г. Дыхательная недостаточность	Б. Аспирационная пневмония Г. Дыхательная недостаточность	№ 1, глава 7

2.	Какие лабораторные показатели имеют наибольшее диагностическое значение при дерматомиозите? А. Холестерин Б. КФК В. Креатинурия Г. Мочевая кислота Д. Щелочная фосфатаза	Б. КФК В. Креатинурия	№ 1, глава 7
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Анкилозирующий спондилит – это _____ 2. Аксиальный спондилоартрит – это _____ 3. Нерентгенологический аксиальный спондилоартрит– это _____ а) спондилоартрит с преимущественным поражением позвоночника и периферических суставов. б) спондилоартрит, имеющий сходную клиническую картину с АС при отсутствии рентгенологических признаков достоверного сакроилеита. в) хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов.	Анкилозирующий спондилит-хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов. Аксиальный спондилоартрит-спондилоартрит с преимущественным поражением позвоночника и периферических суставов. Нерентгенологический аксиальный спондилоартрит-аксиальный спондилоартрит, имеющий сходную клиническую картину с АС при отсутствии рентгенологических признаков достоверного сакроилеита.	№1, глава 2

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациентка К. 70 лет предъявляет жалобы на боль в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 30 мин. Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала Диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъѐме и спуске по лестнице из-за боли в суставах. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Вес - 90 кг, рост - 164 см. Узелковая деформация II-V дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Дефигурация коленных суставов за счет периартикулярного отѐка, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объѐм движений не изменѐн, пальпация и движения умеренно болезненны.. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Клинический анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $6,2\times10^9$/л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии. Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок - 8 мг/л. Общий анализ мочи без патологии. ВОПРОСЫ: 2. Назначьте медикаментозную терапию	Показано пероральных НПВП с наименьшим кардиоваскулярным риском, при наличии реактивного синовита коленных суставов возможно внутрисуставное введение глюкокортикостероидов, а также необходимо назначение препаратов Хондроитин и\или Глюкозами сульфатов на срок не менее 6 месяцев с последующими повторными курсами.	№ 2, глава 14.

2.	Пациентка 65 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в дистальных межфаланговых суставах кистей, коленных, тазобедренных суставах, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 10 лет, нарастание вышеописанных болей. Ранее не обследовалась, не лечилась. При осмотре: рост - 162 см, вес - 84 кг. Кожные покровы обычной окрачки. Отѐков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 68 в минуту. АД - 140/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $5,7\times10^9$/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты	Базисная терапия (хондропротекторы) - Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат НПВП. ГК внутрисуставно при наличии синовита. Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно. ЛФК, массаж, физиотерапия (магнитотерапия, УВЧ, ультразвук). Местная терапия (НПВП, Димексид). Санаторно-курортное лечение.	№ 1, глава 12

	дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз. ВОПРОСЫ: 2. Назначьте лечение.		
3.	Женщина К. 60 лет обратилась на прием к врачу с жалобами на боль в коленных суставах при ходьбе, утреннюю скованность. Из анамнеза известно, что периодические боли в коленных суставах при ходьбе появились около 8 лет назад. В периоды ухудшения обращалась к врачу, принимала НПВП, пользовалась противовоспалительными мазями. Последнее ухудшение в течение трѐх недель, связывает с длительной ходьбой, с ношением тяжестей. Больная самостоятельно принимала Нимесулид по 1 таблетке в день около недели. Состояние улучшилось незначительно, и пациентка решила обратиться к врачу. Семейный анамнез: оперирована по поводу желчнокаменной болезни 5 лет назад. Страдает гипертонической болезнью, в течение 15 лет, принимает Эналаприл и Амлодипин. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 31 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: правая граница сердца – по правому краю грудины по правой парастернальной линии, верхняя граница сердца – нижний край III ребра по левой парастернальной линии, левая – по левой срединно-ключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 76 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.	Немедикаментозное лечение: ограничить хождение по лестницам, коррекция массы тела. Медикаментозное: неселективный НПВП, ингибитор ЦОГ-1 и ЦОГ-2, так как у больной ГБ, например, Напроксен по 250 мг 2 раза в день, для защиты слизистой ЖКТ - блокатор протонной помпы - Рабепразол по 1 капсуле (20 мг) 1 раз в день за 20 минут до еды, медленно действующие болезнь-модифицирующие препараты, например Хондроитинсульфат по 1к (500 мг) 1 раз в день, 6 месяцев, компрессы с Димексидом (1 столовая ложка Димексида + 1 столовая ложка воды комнатной температуры) на 40 минут перед сном №14, консультация врача-физиотерапевта. Для лечения ГБ увеличить дозу препаратов в связи с тем, что целевой уровень АД не достигнут. Аторвастатин 10 мг 1 раз в день, вечером.	№1, глава 12

	Коленные суставы деформированы, правый немного увеличен в объѐме за счѐт отѐка, болезненны при пальпации с медиальной стороны, движения ограничены, больше в правом коленном суставе. При движении в коленных суставах определяется крепитация. В общем анализе крови: эритроциты – $4{,}0\times10^{12}$/л, гемоглобин – 126 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 240×10^{9}/л, лейкоциты – $5{,}5\times10^{9}$/л, эозинофилы – 1%, сегментоядерные – 65 %, палочкоядерные – 1 %, лимфоциты – 29%, моноциты – 4 %, СОЭ – 12 мм/час. В биохимическом анализе крови: билирубин – 16 мкмоль/л, АСТ – 20 ЕД/л, АЛТ – 25 ЕД/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, общий холестерин – 5,4 ммоль/л, СРБ – 1,5, креатинин – 70 мкмол/л, мочевая кислота – 330 ммоль/л. Рентгенограмма коленных суставов в прямой проекции: значительное сужение медиальной суставной щели коленных суставов, больше справа, субхондральный остеосклероз, краевые костные разрастания на краях суставных поверхностей. Вопросы: **1.** Назначьте лечение пациентке. Обоснуйте свой выбор.		
4.	Больной Н., 57 лет поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющие боли в плюснефаланговых суставах I пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся утром и при движениях, ограничение объѐма движений в вышеперечисленных суставах, отѐчность голеней и стоп, эпизодически выявляемое повышение АД до 160/110 мм рт. ст., ноющие боли в правой поясничной области. Ведѐт малоподвижный образ жизни. Диету не соблюдает. Считает себя больным в течение 6 лет, когда впервые на фоне полного благополучия появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в	В межприступный период для лечения подагры следует назначить Аллопуринол - с целью снижения продукции мочевой кислоты. Терапию им начинают с низких доз (50100 мг) и при необходимости повышают на 100 мг каждые 2-4 недели под контролем уровня урикемии до достижения целевого уровня мочевой кислоты (менее 360 мкмоль/л) или до максимальной дозы	№1, глава 13

	области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы около двух часов ночи, вследствие чего больной не мог вновь заснуть. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой и блестящей. Повысилась температура тела до 38,23°С. К утру интенсивность боли заметно ослабела, но припухлость сустава сохранялась. Через 2-3 суток боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы купировались полностью, через несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава. Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год, с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава. Обратился к врачу-терапевту участковому. Был назначен Индометацин в дозе 150 мг/сут, на фоне приема которого болевой синдром регрессировал. В последние 3 года отмечаются эпизоды повышения АД, появились боли в поясничной области, в связи с чем было проведено УЗИ почек, которое выявило камень в нижнем полюсе правой почки размером 13 мм. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Рост - 168 см, вес - 93 кг. Окружность талии - 105 см. Дефигурация голеностопных суставов, более выраженная справа, I плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Движения в суставах с болезненным ограничением. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 16 в минуту. Перкуторный звук ясный лѐгочный над всеми лѐгочными полями. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД - 160/80 мм рт. ст., ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень	800-900 мг в сутки. Альтернативным препаратом может являться фебуксостат 40-80 мг 1 раз в день под контролем уровня мочевой кислоты через 2-4 недели. Показано соблюдение гипопуриновой диеты, а также ограничение приёма легкоусваиваемых углеводов, животных жиров.. Показано употребление повышенного количества жидкости (не менее 2-2,5 л). Целесообразно ограничение в рационе поваренной соли. Необходима коррекция образа жизни в плане увеличения повседневной двигательной активности, дозированные аэробные физические нагрузки (пешие прогулки, занятия плаванием, лыжами в зимний период). Показана комплексная медикаментозная терапия метаболического синдрома: лечение артериальной гипертензии (в качестве препаратов первого ряда следует отдать предпочтение метаболически нейтральным группам иАПФ, АРА-II - Лозартан, пролонгированным блокаторам кальциевых каналов дигидропиридинового	

	перкуторно по краю рѐберной дуги. Периферических отѐков нет. Вопросы: 1. Выберите тактику ведения пациента в межприступный период.	ряда или их комбинациям), коррекция дислипидемии после определения липидного профиля (статины), после дообследования по программе сахарного диабета по согласованию с врачом-эндокринологом может быть показан приём пероральных сахароснижающих препаратов.	
5.	Пациентка Л, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, припухание пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов II - III пальцев обеих кистей, затруднения при попытке сжать кисти в кулаки, длящиеся до середины дня, общую слабость, периодическую потерю чувствительности кончиков пальцев рук на холоде. Указанные симптомы появились около четырех недель назад. При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°С. Симметричное увеличение в объеме всех пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов II - III пальцев обеих кистей, боли при пассивных движениях в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, положительный симптом сжатия стопы, побеление дистальных фаланг пальцев кистей на холоде, сменяющееся посинением в тепле. По органам и системам – без патологии. В анализах крови: гемоглобин -14,7 мг/дл, лейкоциты - 6,2 тыс., тромбоциты - 210 тыс., СОЭ - 29 мм/ч. Креатинин - 1,0 мг/дл, глюкоза - 101 мг/дл, АСТ - 18 ед/л, АЛТ - 20 ед/л. С-реактивный белок - 1,5 мг/дл. АНФ отриц. РФ в реакции Валера-Роуза 1:160. Вопросы:	Учитывая умеренную активность процесса, целесообразно назначить метотрексат 10 мг в неделю в/м под контролем уровня лейкоцитов и тромбоцитов. Для лечения проявлений синдрома Рейно необходимо использовать ангиопротекторы (трентал) курсовым приемом, курсы гипербарической оксигенации.	№1, глава 1

	1. Назначьте лечение		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	**Назовите классификационные критерии артериита Такаясу**	**1) Возраст моложе 40 лет;** **2) Перемежающаяся хромота;** **3) Ослабление пульса на плечевой артерии;** **4) Разница АД на правой и левой руке более 10 мм рт.ст.** **5) Шум на подключичных артериях или брюшной аорте;** **6) Изменения при ангиографии.**	№1, глава 8
2.	Назовите варианты течения ССД	**1) Острое;** **2) Подострое;** **3) Хроническое; медленнопрогрессирующее .**	№1, глава 6
3.	Перечислите показания для госпитализации пациента с анклизирующим спондилитом	**-подтверждение диагноза и оценка прогноза** **- подбор терапии при не купирующемся в амбулаторных условиях обострении** **- развитие осложнений** **- хирургическое лечение**	№3, стр.36
4.	Что является показанием для госпитализации пациента с остеопорозом?	**переломы, требующие оперативного лечения**	№1, глава 15
5.	Назовите фазы патогенеза подагры	**•I - гиперурикемия и накопление уратов в организме;** **II - отложение уратов в тканях;** **•III - острое подагрическое воспаление.**	№2, глава 13
		Результаты обучения по дисциплине	

Результаты освоения ОП (компетенции)	
	Владеть
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации **ИД**	Принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Вакцинация больных ревматическими заболеваниями проводится а) без ограничений по общим правилам вакцинации б) только при условии полной ремиссии в) с учетом активности болезни и характера проводимой терапии	в) с учетом активности болезни и характера проводимой терапии	№36
2.	При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями гриппозной вакциной рекомендовано: а) отмена метотрексата в течение 2 недель после вакцинации б) продолжить лечение в обычном режиме в)отмена препарата за 2 недели до введения и 2 недели - после	а) отмена метотрексата в течение 2 недель после вакцинации	№36
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Вакцинация всем больным ревматическими заболеваниями показана: а) от гриппа б) от пневмококка в) от кори	а) от гриппа б) от пневмококка	№36
2.	При проведении иммунизации живыми вакцинами: а)отмена приема метотрексата, азатиоприна за 4 недели до вакцинации и 4 недели после. б)отмена метотрексата , азатиоприна в течение 4 недель после вакцинации в)продолжить прием препаратов в обычном режиме	а)отмена приема метотрексата, азатиоприна за 4 недели до вакцинации и 4 недели после.	№36
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		

1. 2.	При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями гриппозной вакциной При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями инактивированными вакцинами (кроме гриппозной): а)при приеме ГК в дозе до 10 мг в сутки, коррекция дозы не проводится б) при приеме ГК в любой дозе в сутки, коррекция дозы не проводится в)рекомендовано снижение дозы менее 20 мг в сутки	1.При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями гриппозной вакциной: б)при приеме ГК в любой дозе в сутки, коррекция дозы не проводится 2. При проведении иммунизации больных ревматическими заболеваниями инактивированными вакцинами (кроме гриппозной): в)рекомендовано снижение дозы менее 20 мг в сутки	

Критерии и шкала оценки по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: 61 – 75% – Удовлетворительно (3) 76 – 90% – Хорошо (4) 91-100% – Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии – трем критериям – **Удовлетворительно (3)** – четырем критериям – **Хорошо (4)** – пяти критериям – **Отлично (5)**	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии – трем критериям – **Удовлетворительно (3)** – четырем критериям – **Хорошо (4)** – пяти и/или шести критериям – **Отлично (5)**	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и

	знаков и т. п.)