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» 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	Краткое содержание и структура компетенции		
		ИД знать	ИД уметь	ИД владеть
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-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 - причины возникновения соматических заболеваний; группы риска по развитию различных ревматологических заболеваний у взрослого населения 2 - патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека; 3 - методы ранней диагностики и скрининга патологии , методы профилактики соматических заболеваний;	1 -проводить консультации с больными по вопросам заболевания; по вопросам формирования здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики ревматологических заболеваний; 2 - осуществлять мероприятия по ранней диагностике, выявлению причин и условий возникновения болезней .	1 - методами ранней диагностики ревматологических заболеваний; методами профилактики ревматологических заболеваний; 2 - навыками работы в группах риска по развитию ревматологических заболеваний.
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека; 2 - основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии	1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека; 2 - основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии	1 - навыками профилактики ревматологических заболеваний; 2 - навыками диспансеризаци и пациентов, с различной ревматологической патологией.
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; экспертизу трудоспособности.	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию	1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.

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-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи	1 - возрастные особенности опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, системы; общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний 2 - основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии; знать принципы назначения лечебной диеты у пациентов, страдающих ревматологической патологией	1 –использовать современные рекомендации и стандарты лечения ревматологических заболеваний; 2 - назначать основные схемы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, используемой при ревматологических заболеваниях; оказать неотложную помощь больным ревматологическими заболеваниям	1 -владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с ревматологической патологией в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у ревматологических пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации	1 - определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях ревматологических состояний	1 – методологией проведения медицинской реабилитации пациентов ревматологического профиля; алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях ревматологических состояний
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1. патогенез и исходы основных ревматологических заболеваний; 2- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экзогенных, профессиональных и др.) на опорно-двигательный аппарат, соединительную ткань, принципы ведения здорового образа жизни	1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье, о мерах по профилактике ревматологической патологии	1 - владеть навыками к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основные нормативные документы регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача-ревматолога	Организовать работу специализированного кабинета поликлиники врача ревматолога и стационарного отделения ревматологии взрослых и детей	Навыками организации работы специализированного кабинета врача ревматолога и стационарного отделения ревматологии взрослых и детей с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по службе ревматологии

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

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. 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-

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

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 помощи при желудочно-кишечном кровотечении, 2016 г.	http://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend
21.	Федеральные клинические рекомендации по диагностике и терапии анафилаксии	http://nrcii.ru/docs/KR_po_anafilaksii_24.12.2015.pdf

	Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ), 2015г.	
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»
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	№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	преимущественным 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	Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Гломерулонефрит, нефротическая форма. Нефротический синдром. Полиартрит. Миокардит. Плеврит. Панцитопения. Дисковидна эритема.	№15, стр 55

	легких - жесткое дыхание, шум трения плевры. Периферические 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	Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность 3, эрозивный (R ст – IV), АЦЦП – положительный, ФК – 3. Анемия средней степени тяжести, вторичная.	№12, стр38

	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 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	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

	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 - 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	Анкилозирующий спондилоартрит. Развёрнутая стадия. BASDAI 3,2. BASFI 3,0. Двухсторонний сакроилиит, стадия 3. Функциональная недостаточность суставов I.	№3, стр16

	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 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	Серопозитивный ревматоидный артрит, АЦЦП+, эрозивный, развёрнутая клиническая стадия, умеренная активность (DAS28=5,0), рентгенологическая стадия II, функциональный класс недостаточности суставов II.	№12 стр 37

	относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны 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 (узур	№12, стр 33

		суставных поверхностей 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	г) нейроэндокринной	№11, стр 10

	б) метаболической в) защитной 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_____	1. Соединительные ткани — это комплекс мезенхимных производных, состоящий из клеточных дифферонов и большого количества межклеточного вещества (волокнистых структур	№11, стр 7

	А) комплекс мезенхимных 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.	и аморфного 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	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

	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 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 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.	СКВ, подострое течение с поражением кожи (эритема, аллопеция), суставов (полиартрит), мышц (миозит), легких (сухой плеврит), анемия (аутоиммунная?), легой степени тяжести. АКТ2. LE-феномен.	№4, стр 92
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	Ревматоидный артрит, полиартрит с системными проявлениями (лимфаденопатия, субфебрилитет, анемия), серопозитивный, активность II степени. II стадия. ФН II.	№12, стр 45

	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. 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	Системная красная волчанка. подострое течение, с поражением кожи (люпус-бабочка), сердца (миокардит), почек (люпус-нефрит). АКТ2.	№4, глава 11

	занимает 2/3 систолы, проводится на аорту. Живот мягкий, печень 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,	Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), полиартрит, НК II А (ФКII).	№4 гл.2

	чистые. Зубы кариозные. В легких дыхание везикулярное, число 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	№7, гл 10

		конгруэнтности суставных 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	№12,стр 39

		пальцев кистей по типу «бутоньерка» или «шея 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	а) 80-100 мг преднизолона в сутки; г) пульс-терапию метилпреднизолоном	№2, глава 9

	в) 40-60 мг преднизолона в сутки 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.	Ревматоидный артрит, II рентгенологическая стадия	№12, стр. 32

	ВОПРОСЫ: 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,	Люпус-нефрит, протеинурия, лейкоцитурия	№1, глава 4.

	тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты - 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	Ревматоидный артрит, II рентгенологическая стадия	№12, стр. 32

	сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 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,	Утренняя скованность более 1 часа; полиартрит,	№12, стр. 39

	лучезапястных и коленных суставов, 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.	симметричный, поражение суставов кистей, наличие ревматоидных узелков, рентгенологические изменения (околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей).	

	ВОПРОСЫ: 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

ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение	1 - причины возникновения соматических заболеваний; группы риска по развитию различных ревматологических заболеваний у взрослого населения

возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОЦЕНИВАЮТ а) по клиническим проявлениям б) только по лабораторным показателям в) учитывая клиническую картину и результаты лабораторных исследований	В) в учитывая клиническую картину и результаты лабораторных исследований	№4 гл.22
2.	ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ АРТРИТЕ, В ОТЛИЧИЕ ОТ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ДРУГИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ, МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ а) синдесмофиты позвоночника б) сакроилеит в) анкилозы дугоотросчатых суставов г) внесуставной остеолиз кальцинаты мягких тканей	В) анкилозы дугоотросчатых суставов	№1,гл1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЭЛЕМЕНТЫ ПЛОТНОЙ ОФОРМЛЕННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 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, гл 12

2.	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ (ЭКССУДАТИВНЫЙ) КОМПОНЕНТ ПРИ МАКСИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА ПРИВОДИТ а) к экссудативному миокардиту б) к экссудативному (выпотному) перикардиту в) к поражению других серозных оболочек г) к гломерулонефриту	а) к экссудативному миокардиту б) к экссудативному (выпотному) перикардиту в) к поражению других серозных оболочек	№4 гл.2
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Боли в суставах при физической нагрузке и ослабление их в покое 2. Резкие боли в суставах, возникающие чаще ночью 3. Крепитация при движениях в суставе 4. Наличие тофусов А. Развиваются фиброзно – склеротические изменения хряща Б. Поступление в полость сустава большого количества лизосомных ферментов В. Отложение в подкожной клетчатке уратов, окруженных соединительной тканью Г. Образующаяся система иммунных комплексов повреждает синовиальную оболочку сустава и индуцирует иммунное воспаление суставов.	1А, 2Б, 3А, 4В	№7 гл 3

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная 29 лет жалуется на резкую одышку, заставляющую ее принимать вынужденное положение сидя, кашель с отделением мокроты, диффузно окрашенной свежей кровью. Наблюдается у врача-терапевта участкового по поводу заболевания сердца. Около 5 лет отмечает одышку при физической нагрузке, периодический кашель, сухой или со скудным количеством светлой мокроты. Иногда замечала в мокроте прожилки крови. Накануне	Хроническая ревматическая болезнь сердца. Неактивная фаза. Стеноз митрального отверстия. ХСН ФК III, IIА стадия. 2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АСЛ-О, анти-ДНКаза,	№4 гл.2

	поступления в больницу работала физически. Ночью проснулась из-за приступа удушья и скорой помощью доставлена в стационар. Объективно: состояние тяжелое. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в мин. При аускультации сердца ритм правильный, 88 в минуту, хлопающий 1 тон и щелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2 тона на легочной артерии, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке и в 5 точке. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. **Вопросы:** 1. Поставьте наиболее вероятный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному? 4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? 5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания	антигиалуронидаза, тропонин I. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с допплерографией (цветное допплеровское картирование). 3. Диуретики - Лазикс в/в 20 мг. до 2 х раз в сутки, Спироналоктон 100 мг/сут внутрь, Эноксипарин 40мг/сут п/к. Необходимо хирургическое лечении. 4. Миокардиты неревматической этиологии, кардиомиопатии, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, геморрагический васкулит, тромбоэмболия легочной артерии. 34 5. Для неактивной фазы ревматизма характерен сформированный порок сердца, гемодинамические нарушения различной степени выраженности. Для митрального стеноза характерны: легочная гипертензия, «невозможность ускорить шаг при ходьбе», сухой кашель, одышка, кровохарканье. Часто - мерцательная аритмия. Признаки недостаточности кровообращения.	
2.	Больная А. 24 лет жалуется на головную боль, слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит,	1. Системная красная волчанка с поражением почек, кожи, лимфоузлов, сердца, суставным синдромом и анемией. Подострое течение. 2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий	№ 4; стр94

	появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев. Объективно: состояние тяжелое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отечность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же притупление при перкуссии. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие. Пульс – 108 уд/мин., ритм правильный. Артериальное давление – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Отечность голеней. Анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – 1,8Ч10^{12}/л, тромбоциты – 180Ч10^{9}/л, лейкоциты – 4,2Ч109/л, СОЭ – 56 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес – 1010, белок – 1,2%, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения Холестерин сыворотки крови – 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови – 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови – 51 г/л, альбумин – 25 г/л. **Вопросы:** 1. Назовите предполагаемый диагноз. 2. Предложите план дополнительного обследования больного? 3. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?	белок, белковые фракции, холестерин, креатинин, мочевина, билирубин. Иммунологические показатели: LE-клетки, циркулирующие иммунные комплексы, активность комплемента, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор (АНФ), антинуклеарные антитела- антитела к двуспиральной ДНК, к Sm- антигену. Антитела к C1q компоненту комплимента. Лабораторные маркеры антифосфолипидного синдрома: антитела к фосфолипидам (аФЛ)-волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину. Консультация врачей окулиста, психиатра, невролога. 3. Системная красная волчанка характеризуется гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов. Поражение почек с развитием нефротического синдрома. Аутоиммунная гемолитическая анемия.	
3.	Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов	1. Хроническая подагра. Среднетяжелое течение. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Артериальная гипертензия. Вторичная	№1, гл13

	за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ – Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов. Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 °С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В легких дыхание везикулярное. Сердце: тоны правильные, 80 в мин., акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нв – 110 г/л, лейкоциты – 5,4Ч10^9/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. Поставьте наиболее вероятный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы в данном случае? 3. Какое лечение следует назначить данному больному?	анемия средней степени тяжести. 2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, С-реактивный белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, креатинин, СКФр, мочевина. Уровень мочевой кислоты в моче. Клиренс креатинина. Радиоизотопные методы исследования функции почек. УЗИ почек. Рентгенография суставов кистей, стоп, локтевых, плечевых. 3. Антиподагрическая диета. Запрещение алкоголя. Урикодепрессивные препараты (Аллопуринол 100 мг с увеличением дозы до 300 мг или Фебуксостат, добавить Пробеницид. При остром подагрическом артрите - Ибупрофен 800 мг. 4 р/сут., при не эффективности Колхицин 1 мг 3 раза в день, со снижением дозировки до 1 мг 2 раза на следующий день, затем по 1 мг/сут. Для контроля АД - Лозартан 50 мг.сут в комбинации с Урапидилом 30 мг 2 р/сут.	
4.	Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое 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	Системная склеродермия, хроническое течение, активность II, лимитированная кожная форма с синдромом Рейно, склеродактилией, дисфагией, легочным фиброзом, ДН I,	№4, гл12

	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. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. 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. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года 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 берется в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объем пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в	легочным сердцем с экстрасистолией. 2. Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов: синдромы Рейно, склеродермии, суставной, дисфагии, дыхательной недостаточности, анемический, иммунных нарушений. 3. 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.	

	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 - 3,1Ч10^{12}/л, гемоглобин - 95 г/л, цветовой показатель - 0,85; лейкоциты - 15,3Ч10^{9}/л; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, лимфоциты – 17%, моноциты – 1%; СОЭ - 27 мм/ч. 19 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. Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» легкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах. Рентгенография кистей: остеолиз дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз. 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.		
5.	Больная 69 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год. Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые	1. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Нормохромная анемия, возможно, анемия хронического заболевания. 2.Возраст больной старше 50 лет (для гигантоклеточного артериита); ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, утренняя скованность продолжительностью более 1 часа, потеря	№1 гл.8

	физиологической окраски. Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков и синовитов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, эритроциты - 3,3Ч10^{12}/л, лейкоциты - 5Ч10^{9} /л, СОЭ – 36 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 34%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%. СРБ – 15 мг/дл. **Вопросы:** 1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования.	массы тела на 5 кг за последний год; признаки гигантоклеточного артериита (пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, потеря массы тела на 5 кг за последний год, плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации); нарастание количества и выраженности симптомов в последнее время (2 недели); лабораторные данные (нормохромная анемия, ускорение СОЭ >35 мм/ч, повышение уровня СРБ). 3.БАК (креатинин - поражение почек); УЗИ магистральных артерий (оценить поражение); биопсия височной артерии (исключить атеросклероз и другое поражение); иммунограмма (исключение РА - ревматоидного фактора); рентгенография коленных, плечевых, локтевых суставов (исключение РА); УЗИ суставов и околосуставных мягких тканей (исключить локальное воспаление); консультация окулиста, ревматолога.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ОСТЕОАРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	а) потерей протеогликанов, разрывом коллагеновых	№7,гл.5

		волокон в матриксе суставного хряща б) выхода ферментов, развития реактивного синовита	
2.	ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ЯВЛЯЮТСЯ	а) лимфоидно-плазмаклеточная инфильтрация экзокриновых желез б) лифоидные инфильтраты в легких, почках, мышцах в) иммунобластная лимфаденопатия г) лимфосаркома	№1 гл.11
3.	ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ	а) системной красной волчанки б) системной склеродермии в) дерматомиозита г) геморрагического васкулита	№2 гл.5
4.	ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВКЛЮЧАЮТ	а) менингоэнцефалиты б) судорожные припадки в) нарушения мозгового кровообращения	№2 гл.3
5.	ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВКЛЮЧАЮТ	а) сенсорную полинейропатию б) двигательную полинейропатию в) компрессию спинного мозга с чувствительными нарушениями г) асимметричную нейропатию	№2 гл.3

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,	2 - патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека;

предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ХАРАКТЕРНО а) акральный и внутрисуставной остеолиз, анкилоз нескольких суставов одного пальца, околосуставной остеопороз б) остеофиты в) симптом «пробойника» г) очаги остеосклероза	а) акральный и внутрисуставной остеолиз, анкилоз нескольких суставов одного пальца, околосуставной остеопороз	№1 гл.3
2.	ВАРИАНТАМИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ а) дистальный, остеолитический, спондилоартрический б) мигрирующие артралгии в) полиартритический г) поражения дистальных межфаланговых суставов - узлы Гебердена	а) дистальный, остеолитический, спондилоартрический	№1 гл.3
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ а) гипертрофия левого предсердия б) мерцательная аритмия в) гипертрофия правого желудочка г) гипертрофия левого желудочка д) поворот электрической оси сердца вправо	а) гипертрофия левого предсердия б) мерцательная аритмия в) гипертрофия правого желудочка г) гипертрофия левого желудочка	№4 гл.2
2.	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ПОРАЖЕНИЕ а) почек б) печени	а) почек б) печени в) поджелудочной железы г) сердца	№2, гл 4

	в) поджелудочной железы г) сердца д) легких		
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Боли в мелких суставах кистей и стоп при РА 2. Общевоспалительная реакция организма (повышение температуры тела, слабость, потливость) 3. Поражение кожи при СКВ в виде эритемной «бабочки» на лице 4. Деформация суставов при РА 5. Полисерозит при СКВ А. Антитела в соединении с ДНК образуют иммунные комплексы, циркулирующие в крови и фиксирующиеся в различных тканях, что вызывает иммунно–комплексное воспаление Б. Образующаяся система иммунных комплексов повреждает синовиальную оболочку сустава и индуцирует иммунное воспаление сустава и близлежащих сосудов В. Характерно образование антител: к иммуноглобулину G – ревматоидных факторов. Вновь образованные иммунные комплексы обладают токсическими свойствами Г. Хроническое воспаление околосуставных тканей, капсулы суставов связок, сухожилий и мышц	1. Боли в мелких суставах кистей и стоп при РА - Б. Образующаяся система иммунных комплексов повреждает синовиальную оболочку сустава и индуцирует иммунное воспаление сустава и близлежащих сосудов 2. Общевоспалительная реакция организма (повышение температуры тела, слабость, потливость) - В. Характерно образование антител: к иммуноглобулину G – ревматоидных факторов. Вновь образованные иммунные комплексы обладают токсическими свойствами 3. Поражение кожи при СКВ в виде эритемной «бабочки» на лице - А. Антитела в соединении с ДНК образуют иммунные комплексы, циркулирующие в крови и фиксирующиеся в различных тканях, что вызывает иммунно–комплексное воспаление 4. Деформация суставов при РА - Г. Хроническое воспаление околосуставных тканей, капсулы суставов связок, сухожилий и мышц 5. Полисерозит при СКВ - А. Антитела в соединении с ДНК образуют иммунные комплексы, циркулирующие в крови и фиксирующиеся в различных тканях, что вызывает иммунно–комплексное воспаление	№7, гл 9

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная 56 лет предъявляет жалобы на боль в коленных суставах, первом плюснефаланговом суставе стопы, дистальных межфаланговых суставах костей, временами опухание коленных суставов. Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят много лет. Объективно: повышенного питания, коленные суставы увеличены за счет утолщения капсулы, в полости правого – небольшое количество выпота. При пальпации суставов во время движения – грубый хруст, активные и пассивные движения болезненны. Концевые 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 2 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Анализ крови: Hb 120 г/л, эритроциты 4 × 1012/л, лейкоциты 5,3 × 109/л (формула без особенности); СОЭ 23 мм/ч, СРБ +. При электрофорезе белков сыворотки – $\alpha 2$ – глобулины 11%. Латекс – тест отрицательный. Рентгенография суставов: суставная щель сужена, субхондральный остеосклероз. Мочевая кислота 0,2 ммоль/л (норма 0,12 – 0,24 ммоль/л). Вопросы к задаче: 1. Назовите вероятный диагноз 2. Назовите 3 основных фактора, играющих роль в клинических проявлениях ОА? 3. Назовите 3 основных этиологических фактора, способствующие развитию первичного ОА? 4. С чем связано наличие воспалительного синдрома у больной? 5. При каком заболевании отмечается повышение содержания мочевой кислоты в крови? 6. Укажите рентгенологические признаки, подтверждающие диагноз остеоартроза?	Остеоартрит с преимущественным поражением коленных суставов. Стадия3. ФНС2. 2) Изменение суставных поверхностей, фиброзно – склеротические изменения синовиальной оболочки, реактивный синовиит. 3) Генетический, эндокринный, длительная микротравматизация сустава. 4) С наличием реактивного синовиита. 5) Подагра. 6) Сужение суставной щели, наличие субхондрального остеосклероза, наличие остеофитов.	№7, гл 7

2.	Больная К., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в локтевых, лучезапястных суставах, выраженную слабость, недомогание, похудание. Анамнез: 3 года назад отмечала незначительную болезненность в плечевом суставе, к врачу не обращалась, боли прошли самостоятельно. Ухудшение связывает после приема физиопроцедур (УФО по поводу острого бронхита), на коже лица и рук появилось покраснение, сухость, температура субфебрильная. Вновь стала ощущать боли в суставах (локтевых, лучезапястных). Осмотр: кожные покровы сухие, на лице – участки гиперемии, шелушения. Т – 37,20. Припухлость лучезапястных и локтевых суставов. Со стороны сердца: аускультативно – умеренная тахикардия; тоны звучные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст. Общий анализ крови: эритроциты- 3,5 х 1012/л, Нв 120 г/л, СОЭ 40 мм/час, Л. – 9,5 х 109/л. Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, альбумины 43%; фибриноген – 8,5 г/л; сиаловые кислоты – 390 ед., выявляются LE–клетки. Вопросы к задаче: Сформулируйте диагноз заболевания и обоснуйте его. Назовите факторы, предрасполагающие развитию данного заболевания. Перечислите наиболее ранние, типичные проявления данного заболевания. Охарактеризуйте основные клинические варианты течения заболевания по началу заболевания и дальнейшему прогрессированию. Перечислите диагностические критерии данного заболевания у больной К. Дайте интерпретацию результатов обследования больной и продолжите перечень необходимых методов обследования.	Системная красная волчанка, подострое течение, активность II степени. Предполагается этиологическая роль следующих факторов: хроническая вирусная инфекция и наследственная предрасположенность. Провоцирующие факторы: непереносимость лекарств, вакцины, сывороток, фотосенсибилизация, ультразвуковое облучение, беременность, роды, аборты. Слабость, похудание, повышение температуры тела. Острое течение – начало внезапное, температура тела высокая, острый полиартрит, выраженные кожные изменения, тяжелые полисерозиты, поражение почек, нервной системы, похудание, панцитопения, высокие титры АНФ. Длительность заболевания 1–2 года. Подострое течение: характеризуется постепенным развитием, суставным синдромом, кожными изменениями. Ремиссии продолжительны (до полугода). Хроническое течение: проявляется моно- или малосиндромностью в течение многих лет, медленным прогрессированием. У больной выявляются следующие критерии заболевания: эритематозные высыпания на лице и руках фотосенсибилизация артрит	№4, стр. 87

		положительный LE-тест ОАК – лейкоцитоз, повышение СОЭ Биохимия крови – гипоальбуминемия, диспротеинемия, гиперфибриногенемия, положительный LE-тест. В плане обследования необходимо исследование общего анализа мочи, иммунограммы крови, реакции Вассермана, ЭКГ, ЭХО КГ, рентгенографии легких, суставов, биопсии кожи.	
3.	У 55-летней женщины в течение 15 лет синдром Рейно. В последний год появились симптомы артрита мелких суставов кистей, затруднения при глотании твердой пищи, похудание. В общем анализе крови: СОЭ – 32 мм в час, Нв-120 г/л. Вопросы к задаче: Поставьте предварительный диагноз. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования. Назовите диагностические критерии заболевания. Объясните причину нарушения глотания. Дайте определение CREST – синдрома С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию	Системная склеродермия, хроническое течение, II стадия, активность II степени, синдром Рейно, полиартралгия, эзофагит. 2. Общий анализ крови и мочи, экскреция с мочой оксипролина, биохимический анализ крови, иммунограмма, ревматоидный фактор, LE-клетки, рентгенологическое исследование пищевода, желудка, суставов кистей, ФГДС. 3. Диагностические критерии Американской ассоциации ревматологов (1980г.): «Большой» критерий – склеродермическое поражение кожи туловища (проксимальная склеродерма) «Малые» критерии – склеродактилия, рубцы на подушечках пальцев, двусторонний базальный пневмосклероз. Диагноз ССД достоверен при наличии одного «большого» и двух «малых» 4. Нарушение глотания возникает в связи с развитием склеродермического эзофагита, его диффузным расширением	№4, гл 12

		в верхней части в сочетании с сужением в нижней трети, нарушением перистальтики. 5. CREST-синдром это характерное для ССД сочетание кальциноза, синдрома Рейно, эзофагита, склеродактилии и телеангиэктазий. 6. ССД необходимо дифференцировать с другими диффузными заболеваниями соединительной ткани (СКВ, ДМ), ревматоидным артритом, атеросклеротическим кардиосклерозом, раком пищевода, пневмосклерозом и др.	
4.	Больная Р. 26 лет поступила в клинику с жалобами на боль в пястнофаланговых, лучезапястных, коленных суставах, припухлость этих суставов, ограничение движений в них. По утрам отмечает скованность в пораженных суставах до 12 часов дня. Заболевание возникло 7 месяцев назад после ангины. При осмотре: дефигурация пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение подвижности, снижение силы сжатия кистей. Пульс ритмичный (84 уд./мин), АД — 120/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности. В легких и органах брюшной полости изменений не выявлено. ОАК: СОЭ — 36 мм/ч, СРБ +++, α2-глобулины — 11,6 %, γ-глобулины — 25 %. Р-графия кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фаланговых суставов. 7 1. Сформулируйте диагноз. 2. Перечислите диагностические критерии заболевания. 3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.	Ревматоидный артрит, 2-я степень активности, стадия I, ФНС (1–2). 2 2. Утренняя скованность более 1 часа, поражение 3 и более суставов, кистей, симметричность поражения, ревматоидный фактор в сыворотке крови, рентгенологические признаки. 19 3. ОАК, общий белок и белковые фракции, ОАМ, кровь на ревматоидный фактор, АЦЦП, рентгенография кистей рук.	№12, стр 40
5.	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	1. Системный склероз, 2-я степень активности, течение хроническое. 2. Синдром Рейно, плотный отек кожи, склеродактилия, телеангиоэктазия.	№4, гл12

	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.	CREST-синдром — это симптомокомплекс, включающий кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилию, телеангиоэктазию. 3. ОАК, ОАМ, Биохимический анализ крови, ЭКГ, ренгенография суставов, имменологические тесты (Scl-70) Р-графия ОГК с контрастированием пищевода, ЭХО-КГ	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ	А) сужение суставной щели, Б)субхондральный остеосклероз, В) остеофиты, Г) кистовидные просветления в эпифизах	№7, гл 5
2.	ПРИ БИОПСИИ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОМИОЗИТОМ ОБНАРУЖИВАЮТ	А)инфильтрацию лимфоцитами, плазматическими клетками Б) некроз мышечных волокон В)пролиферативные васкулиты Г) склероз мелких сосудов	№1 гл.7
3.	ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕЛОГО МИОПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ	А) дилатацию левого желудочка со снижением	№4 гл.2

		сократительной способности миокарда Б) сепарацию перикардита и эпикарда с образованием между ними эхосвободного пространства В) гиперкинезию и парадоксального движения стенок сердца Г) тромбоз желудочков сердца	
4.	ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЙ ГИДРОАРТРОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	а) поражение сустава возникает остро, выраженность изменений нарастает в течение 12-24 ч б) как правило, появляется большой выпот в коленном суставе в) выпот в суставе сохраняется 2-5 дней	№7, гл 7
5.	ДЛЯ ПЕРИКАРДИТА НА ФОНЕ ОРЛ ХАРАКТЕРНО	а) грубый шум трения перикарда (до появления экссудата) б) расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически в) отсутствие лабораторных показателей активности ревматического процесса	№4 гл.2

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление	3 - методы ранней диагностики и скрининга патологии и методы профилактики соматических заболеваний;

причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СУСТАВЫ: а) пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые б) локтевые в) коленные г) шейный отдел позвоночника	а) пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые	№12, стр 17
2.	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ а) повышение СОЭ б) повышение уровня α_2-глобулина в) наличие в сыворотке крови С-реактивного белка г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора и / или АЦЦП	Г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора и / или АЦЦП	№12, стр 29
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ВЫБЕРИТЕ, КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВХОДЯТ В ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СКВ: А) анемия + лейкопения Б) анемия + тромбоцитоз + лейкопения В) повышение титра АНА Г) АТ к нативной ДНК Д) антицентромерные антитела Е) HLA – В 27	А) анемия + лейкопения В) повышение титра АНА Г) АТ к нативной ДНК	№4, стр 85
2.	ВЫБЕРИТЕ, ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СКВ: А) дискоидная сыпь Б) эрозивные артриты не менее 2х переферических суставов В) обнаружение HLA – В 27	Б) эрозивные артриты не менее 2х переферических суставов В) обнаружение HLA – В 27	№4, стр 84

	Г) судорожные припадки, психоз (при отсутствии приема лекарств, способных вызывать эти нарушения) Д) серозиты Е) ложноположительная реакция Вассермана в течение как минимум 6 месяцев		
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Синдром Фелти – это _____ 2. Ювенильный РА – это_____ 3. Синдром Стилла – это_____ 4. CREST-синдром – это_____ 5. Синдром Рейтера – это _____ А. хроническое воспалительное заболевание суставов с неизвестной этиологией и патогенезом, начавшееся у ребенка в возрасте до 16 лет. Б. вариант РА, включающий хронический полиартрит, спленомегалию и лейкопению. В. лихорадка 39° две недели и более, артралгии, полиартрит, эритематозно-папулезная мультиформная сыпь без зуда кожи, лейкоцитоз крови, отсутствие ревматоидного фактора. Г. кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилия, телеангиэктазии, имеет доброкачественное хроническое течение Д. Артрит сочетается с уретритом и коньюнктивитом	Синдром Фелти – это _____Б. вариант РА, включающий хронический полиартрит, спленомегалию и лейкопению. 2. Ювенильный РА – это_____А. хроническое воспалительное заболевание суставов с неизвестной этиологией и патогенезом, начавшееся у ребенка в возрасте до 16 лет. 3. Синдром Стилла – это_____В. лихорадка 39° две недели и более, артралгии, полиартрит, эритематозно-папулезная мультиформная сыпь без зуда кожи, лейкоцитоз крови, отсутствие ревматоидного фактора. 4. CREST-синдром – это_____Г. кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилия, телеангиэктазии, имеет доброкачественное хроническое течение 5. Синдром Рейтера – это ртрит сочетается с уретритом и коньюнктивитом	№4 гл.1

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	У 52-летней женщины в течение 7 лет синдром Рейно. В последний год	1. Системная склеродермия,	№4, гл 12

	появились симптомы артрита мелких суставов кистей, затруднения при глотании твердой пищи, похудание. В общем анализе крови: СОЭ – 32 мм в час, Нв-120 г/л. Вопросы к задаче: Поставьте предварительный диагноз. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования. Назовите диагностические критерии заболевания. Объясните причину нарушения глотания.	хроническое течение, II стадия, активность II степени, синдром Рейно, полиартралгия, эзофагит. 2. Общий анализ крови и мочи, экскреция с мочой оксипролина, биохимический анализ крови, иммунограмма, ревматоидный фактор, LE-клетки, рентгенологическое исследование пищевода, желудка, суставов кистей, ФГДС. 3. Диагностические критерии Американской ассоциации ревматологов (1980г.): «Большой» критерий – склеродермическое поражение кожи туловища (проксимальная склеродерма) «Малые» критерии – склеродактилия, рубцы на подушечках пальцев, двусторонний базальный пневмосклероз. Диагноз ССД достоверен при наличии одного «большого» и двух «малых» 4. Нарушение глотания возникает в связи с развитием склеродермического эзофагита, его диффузным расширением в верхней части в сочетании с сужением в нижней трети, нарушением перистальтики.	
2.	29-летняя женщина осмотрена в связи с появлением в последние 2 недели нарастающей слабости, диффузных болей в суставах, быстрого образования подкожных кровоизлияний. Указанные симптомы появились через 1 месяц после интенсивной инсоляции лица, груди и рук (работала в саду). Температура тела 37,7 °С. Обращают внимание эритематозная сыпь, распространяющаяся от спинки носа на обе щеки и не затрагивающая	У пациентки выявлены следующие симптомы: сыпь, развившаяся после гиперинсоляции, язвы ротовой полости, панцитопения и серозит. Такой симптомокомплекс укладывается в представление о системной красной волчанке и часто ассоциируется с	№4, стр 86

	назолабиальных складок и область ниже носа, а также эритематозная чешуйчатая сливающаяся макулярная сыпь на предплечьях, несколько разбросанных экхиматозов на ногах. Обнаружены две безболезненные язвы на слизистой оболочке твердого нёба и мелкие шейные лимфоузлы. В обоих базальных отделах легких выслушивается крепитация. Пальпируется нижний полюс селезенки. Отсутствуют симптомы синовита, мышечная слабость, подкожные узелки. Метакарпофаланговые и проксимальные межфаланговые суставы болезненны при пальпации. При лабораторном исследовании гемоглобин 93 г/л, лейкоциты 3,6×109/л, тромбоциты 62×109/л, креатинин 106,1 ммоль/л. В мазке крови выявлены нормохромные нормоцитарные эритроциты и гигантские тромбоциты. Общий анализ мочи не изменен. При рентгенографии органов грудной клетки небольшое увеличение сердца, незначительный выпот в обоих ребернодиафрагмальных углах. Вопрос. Каков наиболее вероятный диагноз? A. Синдром Бехчета B. Синдром Фелти C. Системная красная волчанка D. Парвовирусная инфекция	лимфаденопатией и спленомегалией. Синдром Бехчета может вызывать артралгию, слабость, оральные и генитальные язвы, которые при этом чрезвычайно болезненны. Синдром Фелти характеризуется цитопенией, развивающейся на фоне серопозитивного ревматоидного артрита. При парвовирусной инфекции наблюдаются артралгия или артрит, хроническая слабость и преходящая апластическая анемия. Фотосенситивная сыпь и сыпь скуловой области не типичны для парвовирусной инфекции, синдрома Бехчета и синдрома Фелти. Кожные манифестации при парвовирусной инфекции включают ретикулярную или «кружевную» сыпь на туловище и конечностях. Правильный ответ: C	
3.	Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных 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. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки. При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отеков нет. Коленные суставы деформированы,	Основной: остеоартроз, генерализованная форма: гонартроз, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, R-стадия II, ФК I Сопутствующий: ожирение I степени. 2. Остеоартроз: боли механического типа, скованность в пределах 20 минут, деформация суставов за счет костных разрастаний, Рентгенологическая стадия: сужение суставной щели, остеофиты, остеосклероз. Функциональный класс: затруднение профессиональной деятельности. Ожирение	№7, гл 5

	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, 78 в минуту. АД - 135/80 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 - 6,7Ч109/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 дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	I степени (ИМТ - 31,3 кг/м2) 3. Пациенту рекомендовано: для уточнения степени активности – определение острофазовых показателей (фибриноген, СРБ, протеинограмма). Рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ коленных суставов (дообследование опорно-двигательного аппарата).	
4.	Женщина 24 лет, библиотекарь, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°С, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в	Ревматическая болезнь сердца с формированием порока (стеноза митрального клапана), активная фаза. ХСН II-А. ФК II 2. Диагноз «ХРБС с формирование	№4 гл.2

	области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток. При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трехчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,2Ч10^{12}/л, лейкоциты – 12,1Ч10^{9}/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: б1 – 6%, б2 – 14%, в – 18%, г – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/л). 17	порока сердца» поставлен на основании прямых, косвенных, дополнительных признаков митрального стеноза; наличии ревматической атаки в анамнезе. Активная фаза (лихорадка, острофазовые показатели). ХСН II-А (признаки застоя в малом круге кровообращения). ФК II (одышка при подъеме на 2 этаж) 3. Пациенту рекомендовано: Эхо-КГ (визуализация полостей и клапанов сердца); ЭКГ (состояние миокарда, выявление нарушений ритма). Для подтверждения связи с БГСА-инфекцией и ее активности – АСЛ-О, АСГ, мазок из зева на БГСА-культуру; посев крови для исключения септического процесса и анализ крови на прокальцитонин.	

	Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.		
5.	Больная А. 27 лет жалуется на головную боль, слабость, боли в суставах. Больна 2 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях и макрогематурии. Получала нерегулярно Преднизолон 30 мг в сутки, но в дальнейшем от лечения отказалась. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфоузлов. При обследовании был выявлен перикардит, плеврит. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев. Объективно: состояние тяжелое. Питание пониженное. Кожные покровы сухие, отмечаются участки эритематозной сыпи на коже спины. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1 см в диаметре. Отмечается скованность, отечность в межфаланговых суставах кистей. Деформаций нет. Дыхание ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, там же притупление при перкуссии. Сердце расширено в поперечнике (14,5 см), тоны глухие. Пульс – 108 уд/мин., ритм правильный. Артериальное давление – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Отечность голеней. Анализ крови: гемоглобин – 64 г/л, эритроциты – 1,8Ч10^{12}/л, тромбоциты – 180Ч10^{9}/л, лейкоциты – 4,2Ч109/л, СОЭ – 56 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес – 1010, белок – 1,2%, в осадке до 40 эритроцитов в поле зрения Холестерин сыворотки крови – 6,4 ммоль/л, креатинин сыворотки крови – 124 мкмоль/л, общий белок сыворотки крови – 51 г/л, альбумин – 25 г/л. **Вопросы:**	1. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, креатинин, мочевина, билирубин. Иммунологические показатели: LE-клетки, циркулирующие иммунные комплексы, активность комплемента, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор (АНФ), антинуклеарные антитела- антитела к двуспиральной ДНК, к Sm- антигену. Антитела к C1q компоненту комплимента. Лабораторные маркеры антифосфолипидного синдрома: антитела к фосфолипидам (аФЛ)-волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипину. Консультация врачей окулиста, психиатра, невролога. 2. Системная красная волчанка характеризуется гиперпродукцией широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение внутренних органов.	№4, стр 88

	1. Предложите план дополнительного обследования больного? 2. Чем обусловлены изменения лабораторных показателей?	Поражение почек с развитием нефротического синдрома. Аутоиммунная гемолитическая анемия.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Симптомами ранней диагностики подагры являются:	А) Резкая боль в плюснефаланговом суставе большого пальца Б) Повышение температуры, выраженный отек и изменение цвета кожи над пораженным суставом; В) ассиметричный моноартрит Г). После купирования приступа боли сустав приобретает нормальную форму, восстанавливается полностью его функция	№1, гл13
2.	Ранними симптомами системной красной волчанки являются:	А) Высыпания в скуловой области (фиксированная эритема, плоская или приподнимающаяся на скуловых дугах с распространением на носогубные складки). Б) Дискоидные высыпания (эритематозные приподнимающиеся бляшки с кератозами и атрофией). В) Фотосенсибилизация (кожные высыпания в результате необычной реакции на облучение солнцем). Г) Язвы в полости рта (обычно безболезненные). Д) Артрит с поражением двух или более периферических суставов без развития эрозий суставных поверхностей. Е) Серозит (плеврит, перикардит – сухой, выпотной).	№4, стр 88

3.	Ранними симптомами системной склеродермии являются	«Большой» критерий: склеродермическое поражение кожи туловища (проксимальная склеродерма). «Малые» критерии: 1) склеродактилия (уплотнение концевых фаланг пальцев рук); 2) рубцы на подушечках пальцев; 3) симметричный базальный пневмосклероз; 4) синдром Рейно	№4, стр 28, гл12
4.	Наиболее важными диагностическими симптомами дерматомиозита являются:	Поражение мышц (глотки, пищевода, гортани, верхних и нижних конечностей, шеи, диафрагмы, межреберных мышц) Поражение кожи (эритема, периорбитальный отек) Суставный синдром (полиартрит) Кальциноз (подкожные, внутрикожные, внутрифасциальные кальцификаты) Поражение слизистых оболочек (стоматит, конънктивит) Поражение сердца (миокардит, миокардиофиброз, перикардит) Поражение легких (интерстициальная пневмония, фиброзирующий альвеолит, базальный пневмосклероз) Поражение желудочно-кишечного тракта (обусловлено поражением мышц глотки, пищевода)	№1 гл.7
5.	Диагностически значимы при ДМ:	А. Значительное повышение в крови КФК Б. Симметричная проксимальная мышечная слабость В. Отек и эритема открытых частей тела	№1 гл.7

		Г. Морфологически – дегенерация, фрагментация и фиброз мышечных волокон	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 - проводить консультации с больными по вопросам заболевания и проводимого лечения;

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.	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	Б. Медленное развитие болезни с симметричным поражением мелких суставов кистей и стоп	№1, глава 1

	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 перенесенной травмы		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Характерными признаками РА являются: А. Преимущественное поражение мелких суставов Б. Скованность по утрам В. Поражение сухожилий мышц в области кисти (тендовагиниты) Г. Кожные эритематозные проявления на лице	А. Преимущественное поражение мелких суставов Б. Скованность по утрам В. Поражение сухожилий мышц в области кисти (тендовагиниты)	№1, глава 1
2.	При лечении ССД наиболее целесообразно назначить: А. Преднизолон в высоких дозах Б. Д-пеницилламин в средних и больших дозах В. Цитостатики Г. Вазодилятаторы Д. Средства, коррегирующие нарушенный гемостаз	Б. Д-пеницилламин в средних и больших дозах Г. Вазодилятаторы Д. Средства, коррегирующие нарушенный гемостаз	№1, глава 6
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Энтезит– это _____ 2. Дактилит – это _____ 3. Теносиновит – это _____ а) воспалительный процесс, который поражает соединительнотканные оболочки, расположенные рядом с сухожилием. б) воспалительный ограниченный процесс, который затрагивает отдельные пальцы кистей и стоп. в) воспалительный процесс в точке прикрепления сухожильных волокон.	Энтезит - воспалительный процесс в точке прикрепления сухожильных волокон. Дактилит - воспалительный ограниченный процесс, который затрагивает отдельные пальцы кистей и стоп. Теносиновит - воспалительный процесс, который поражает соединительнотканные оболочки, расположенные рядом с сухожилием.	№1, глава 2

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациент к. 45 лет предъявляет жалобы на утомляемость, слабость, боли в области коленных суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объѐма движений. Анамнез болезни: болеет около 4 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался, занимался самолечением, принимал настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости. Анамнез жизни. С подросткового и юношеского возраста наблюдалась значительная прибавка веса, что связывал с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 180 см, вес – 107 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий – 18 в 1 минуту. Перкуторно – лѐгочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости в пределах нормы, тоны	НПВС (купирование болевого синдрома): желательно назначение селективных ингибиторов ЦОГ-2. Хондропротекторы (предотвращение прогрессирования дегенеративного процесса в суставном хряще и субхондральной кости). Физиотерапевтическое лечение, массаж, лечебная физкультура.	№1, глава 12

	ясные, ритмичные. ЧСС – 84 удара в минуту. АД - 140/90 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация безболезненная. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 8×5 см. Лабораторные и инструментальные данные. Вопросы: 1. Составьте план лечения.		
2.	Больной М. 63 лет обратился к врачу 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. 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, синевато-багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в	Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование стоп, поляризационная микроскопия синовиальной жидкости для визуализации кристаллов мочевой кислоты, УЗИ почек для определения поражения почек, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; лабораторное исследование: креатинин для определения СКФ и определения стадии ХБП.	№1, глава 13

	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. Вопросы: 1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.		
3.	Женщина 52 лет, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объѐма движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 8часов, похудание. Больна 12 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. 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,	Прогноз относительно благоприятный. Ожидаемая продолжительность жизни у больных РА ниже на 3 года у женщин и на 7 лет у мужчин. Возможно получение стойкой ремиссии. Бисфосфонаты и базисная терапия пожизненно. Излечение в настоящее время не достигается. Рекомендовано определение группы инвалидности	№1, глава 1

	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 – 2,2×1012/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). Вопросы: 1. Определите прогноз заболевания и тактику дальнейшего ведения пациента.		
4.	Женщина 55 лет обратилась на приѐм к врачу 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 7 лет и постепенно прогрессируют. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на	В дальнейшем для профилактики прогрессирования остеоартрита следует провести следующее: - проведение с пациентом бесед, включающих разъяснения о факторах риска развития остеоартрита и их профилактике, правилах подъёма и переноса тяжестей,	№1, глава 12

	дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приѐма обезболивающих средств. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 35 кг/м2. Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом 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 мероприятия надо провести для профилактики прогрессирования остеоартрита?	изменении образа жизни, необходимости выполнения определенного вида упражнений: комплекс упражнений ЛФП выполняемых в домашних условиях, выполнение упражнений на укрепление 4-главой мышцы бедра и аэробных упражнений общей длительностью не менее 30 минут - 5 раз в неделю; - снижение веса до нормального (ИМТ менее 25кг/м2) с целью уменьшения нагрузки на коленные и тазобедренные суставы; мануальная терапия - массаж области коленных суставов с целью укрепления мышечно-связочного аппарата, сохранения объёма движений в суставах; - санаторно-курортное лечение - на климатических или бальнеологических курортах (доказанным является использование бальнеотерапии при остеоартрите коленных суставов).	
5.	Женщина 74 лет пришла на приѐм к врачу с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперѐд.	Из методов профилактики наибольшее значение имеет:	№1, глава 15

	Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост – 160 см, вес – 52 кг, ИМТ – 20,3 кг/м2. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчѐркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лѐгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 64 в минуту, АД – 125/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9(0)×8×7 см. Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×1012/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,8×109/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты – 267×109/л, СОЭ – 14 мм/час. Общий анализ мочи: pH – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4. Вопросы: 1. Назовите методы профилактики для уменьшения риска переломов	лечебная физкультура для укрепления мышц и улучшения мышечного чувства (снижение риска падений); обучение пациентки, а именно - разъяснение поведения в быту и на улице с целью уменьшения риска падений; выявление сопутствующих заболеваний, которые могут сопровождаться нарушением равновесия.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

1.	Назовите клинические варианты антифосфолипидного синдрома	• Вторичный АФС. • Первичный АФС. • Катастрофический АФС. • Серонегативный АФС. • Вероятный АФС, или преАФС. • Микроангиопатический АФС; • Перекрестный синдром.	№1, глава 5
2.	Назовите диагностические критерии ревматической полимиалгии	• двусторонняя боль и/или скованность в плечевых суставах; • возникновение пика заболевания менее чем за 2 нед; • СОЭ в начале болезни - не менее 40 мм/ч (по Вестергрену); • длительность утренней скованности - более 1 ч; • возраст начала болезни - >65 лет; • депрессия и/или снижение массы тела; • двусторонняя болезненность верхних конечностей.	№1, глава 9
3.	Назовите основные клинические варианты течения гигантоклеточного артериита	• с краниальными симптомами; • ревматическая полимиалгия; • краниальными симптомами и ревматической полимиалгией; • лихорадкой и другими общими проявлениями воспалительной активности без локализованных симптомов.	№1, глава 8

4.	Назовите рентгенологические стадии ревматоидного артрита по Штейнброкеру	I - околосуставной остеопороз (ОП); - II - ОП + сужение суставной щели, могут быть единичные эрозии; - III - признаки предыдущей стадии + множественные эрозии + подвывихи в суставах; - IV - признаки предыдущей стадии + костный анкилоз.	№1, глава 1
5.	Назовите классификационные критерии синдрома Шегрена	• Наличие анти-SSA/Ro- и/или анти-SSB/La-антиядерных антител или позитивные РФ и АНФ. • В биоптате малых слюнных желез - очаговая лимфоцитарная инфильтрация. • Сухой кератоконъюнктивит.	№1, глава 11

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 - осуществлять мероприятия по ранней диагностике, выявлению причин и условий возникновения болезней.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	Один из следующих признаков не встречается при ССД: А. Диффузный кальциноз Б. Дисфагия В. Артрит Г. Гиперпигментация кожи и телеангиэктазии Д. Патологические переломы костей	Д. Патологические переломы костей	№1, глава 6
2.	Подагрические тофусы представляют из себя: А. Разрастание костной ткани Б. Разрастание соединительной ткани В. Отложение солей кальция Г. Воспалительную гранулему иммунного происхождения Д. Отложение мочекислых солей	Д. Отложение мочекислых солей	№1, глава 13
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Какие симптомы имеют значение для ранней диагностики ревматоидного артрита? А. Утренняя скованность Б. Болезненность при пальпации ахиллова сухожилия В. Латеральная девиация суставов кистей Г. Подкожные узелки Д. Отек проксимальных межфаланговых суставов	А. Утренняя скованность Д. Отек проксимальных межфаланговых суставов	№1, глава 1
2.	ОА свойственны: А. Поражение плюснефалангового сустава 1 – ого пальца стопы Б. Узелки Бушара В. «Штампованные» дефекты эпифизов костей Г. Болезни часто предшествует травма сустава	Б. Узелки Бушара В. «Штампованные» дефекты эпифизов костей	№1, глава 12
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Подагра это _____ 2. Гиперурикемия это _____ 3. Тофус это _____ а) повышение сывороточного уровня мочевой кислоты в крови. б) системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов МУН и развивающимся в связи с этим	Подагра - системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов МУН и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной	№1, глава 13

	воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами. в) очаговое скопление кристаллов мочевой кислоты в тканях в виде узлов	внешнесредовыми и/или генетическими факторами. Гиперурикемия - повышенный сывороточный уровень мочевой кислоты в крови. Тофус - очаговое скопление кристаллов мочевой кислоты в тканях в виде узлов.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Мужчина К. 32 лет обратился в клинику по поводу болей в нижней части спины, в позвоночнике, длящихся около года, также утренняя 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. Вопросы: 1. Назначьте обследование.	Рентгенография крестцово-позвоночных сочленений, позвоночника, ОАК, ОАМ, ревматоидный фактор, общий белок и белковые фракции, кровь на HLA B-27.	№1, глава 2
2.	Больная Н. 30 лет поступила в ревматологическое отделение с жалобами на боль в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставах, припухлость этих суставов, ограничение движений в них. Утренняя скованность в пораженных суставах до 12 часов дня. Заболевание возникло 7 месяцев.	1. Утренняя скованность не менее 1 часа в течение 6 недель и более; 2. Артриты трех и более суставных областей из 14 следующих: проксимальных межфаланговых	№12, стр 39

	При осмотре: дефигурация пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение подвижности, снижение силы сжатия кистей. Пульс ритмичный (84 уд./мин), АД — 120/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности. В легких и органах брюшной полости изменений не выявлено. ОАК: СОЭ — 36 мм/ч, СРБ +++, α2-глобулины — 11,6 %, γ-глобулины — 25 %. Рентгенография кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фаланговых суставов Вопросы: 1. Перечислите диагностические критерии заболевания	суставов, пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставов в течение 6 недель и более; 3. Артриты суставов кистей (лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов) в течение 6 недель и более; 4. Симметричный артрит; 5.Наличие ревматоидных узелков; 6. Выявление РФ в диагностических титрах; 7.Рентгенологические изменения, характерные для ревматоидного артрита	
3.	Больная К. поступила в ревматологическое отделение 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 зяб- кость 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	Проксимальная склеродерма: симметричное уплотнение и утолщение (индурация) кожи обеих рук выше пястно-фаланговых суставов Уплотнение и утолщение кожи пальцев* Дигитальная ишемия* Телеангиэктазии Капилляроскопические изменения ЛАГ и/или ИПЛ Феномен Рейно Склеродермические аутоантитела (анти ScL-70, антицентромерные, к РНК-полимеразе III)	№1, глава 6

	1 мин. ритм., АД — 100/60 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, короткий систолический шум на верхушке. Дыхание в легких везикулярное, в ниж- них отделах с обеих сторон — пневмосклеротические хрипы. Живот при пальпации мягкий, печень у края реберной дуги. Вопросы: 1. Перечислите диагностические критерии заболевания.		
4.	Больная Р., 25 лет, заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 39 °С, 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 подмышеч- ные лимфоузлы увеличены. Припухлость коленных, голеностопных, локтевых суставов. Движения в суставах болезненны. Пульс — 118 уд./мин, 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 вер- хушке 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	1. Сыпь на скулах. 2. Дискоидная сыпь. 3. Фотосенсибилизация . 4. Язвы в ротовой. 5. Артрит -. 6. Серозит. 7. Поражение почек 8. Поражение ЦНС 9. Гематологические нарушения 10. Иммунологические нарушения 11 . Повышение титров АНФ.	№1, глава 4

	зрения, гиалиновые цилиндры — 3–5 в поле зрения. Вопросы: 1. Перечислите диагностические критерии заболевания.		
5.	Больная 56 лет предъявляет жалобы на боль в коленных суставах, первом плюснефаланговом суставе стопы, дистальных межфаланговых суставах костей, временами опухание коленных суставов. Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят много лет. Объективно: повышенного питания, коленные суставы увеличены за счет утолщения капсулы, в полости правого – небольшое количество выпота. При пальпации суставов во время движения – грубый хруст, активные и пассивные движения болезненны. Концевые 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 2 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Анализ крови: Hb 120 г/л, эритроциты 4×10^{12}/л, лейкоциты $5,3 \times 10^{9}$/л (формула без особенности); СОЭ 23 мм/ч, СРБ +. При электрофорезе белков сыворотки – α_2 – глобулины 11%. Латекс – тест отрицательный. Рентгенография суставов: суставная щель сужена, субхондральный остеосклероз. Мочевая кислота 0,2 ммоль/л (норма 0,12 – 0,24 ммоль/л). Вопросы: 1. Назовите 3 основных этиологических фактора, способствующие развитию первичного ОА?	Генетический, эндокринный, длительная микротравматизация сустава.	№ 1, глава 12

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите функциональные классы ревматоидного артрита	I - полностью сохранены	№1, глава 1

		самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность; II - сохранены самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность; III - сохранено самообслуживание, ограничены непрофессиональная и профессиональная деятельность; IV - ограничены самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность.	
2.	Назовите внежелезистые системные проявления синдрома Шегрена	• Артралгии; • Гипергаммаглобулинемическая пурпура; • Интерстициальный нефрит; • Поражение периферической нервной системы.	№1, глава 11
3.	Назовите диагностические критерии ревматической лихорадки Киселя-Джонса (ВОЗ, 2004)	Кардит; мигрирующий полиартрит; хорея Сиденгама (малая хорея); кольцевидная эритема; подкожные ревматические узелки	№2, глава 1
4.	Назовите фазы патогенеза подагры	•I - гиперурикемия и накопление уратов в организме; •II - отложение уратов в тканях; •III - острое подагрическое воспаление.	№2, глава 13
5.	Назовите рентгенологические стадии сакроилиита	•I - минимальные признаки сакроилиита - небольшие участки эрозирования и склероза без изменения	№2, глава 12

		ширины суставной щели; •II - признаки I стадии, но в сочетании с сужением суставной щели; •III - определенные признаки сакроилеита - умеренный или выраженный сакроилеит, характеризующийся эрозиями, выраженным склерозом, расширением, сужением или частичным анкилозом суставных щелей; •IV - полный анкилоз.	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 - методами ранней диагностики ревматологических заболеваний; методами профилактики ревматологических заболеваний;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			

1.	ДЛЯ РАННЕЙ СТАДИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ... а) Синдрома Рейно б) Гелиотропной эритемы в) Геморрагической сыпи г) Уртикарной сыпи	а) синдрома Рейно	№4, .гл. 12
2.	ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ... а) Дистальные межфаланговые суставы б) Первый и второй пястно-фаланговый суставы в) Плечевые суставы	б) Первый и второй пястно-фаланговый суставы	№ 12, стр.13
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ... а) Ревматоидного фактора б) HLA-B27 в)АЦЦП г) Антител к двуспиральной ДНК	а)Ревматоидного фактора в)АЦЦП	№ 1, гл.1
2.	МАРКЕРАМИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ... а) АЦЦП б) Антитела к нативной ДНК в) С-реактивный белок г) HLA-B 27антиген д) Антинуклеарный фактор	б) Антитела к нативной ДНК д) Антинуклеарный фактор	№ 4. Гл 10
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Ревматоидный артрит – это.. 2. Серопозитивный вариант РА – это.. 3. АЦЦП-негативный вариант – это… а) вариант ревматоидного артрита, характеризующийся отсутствием в крови АЦЦП б) аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом в) вариант ревматоидного артрита, характеризующийся наличием в крови ревматоидного фактора	Ревматоидный артрит – это аутоиммунное ревматическое заболевание, характеризующееся хроническим эрозивным артритом Серопозитивный вариант РА – это) вариант ревматоидного артрита, характеризующийся наличием в крови ревматоидного фактора. АЦЦП-негативный вариант – это вариант ревматоидного артрита,	№1, гл.1

		характеризующийся отсутствием в крови АЦЦП	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная 32 лет в течение нескольких месяцев периодически отмечала общую слабость, 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 37,3ºС. 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 $9{,}0x10^9$/л, СОЭ 35 мм/час. **Биохимическое исследование крови:** С-реактивный белок 25 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 1:160. **Рентгенограмма суставов кистей**: обнаружен остеопороз, сужение суставной щели.	Ревматоидный артрит, ранняя клиническая стадия, акт 2, стадия 1, ФК 2, серопозитивный вариант, с поражением сердца (эндокардит, митральная недостаточность), лимфоаденопатия.	№1, гл.1

2.	Больная 20 лет последние 6 месяцев периодически отмечает общую слабость, боли в суставах кистей более выраженные в утренние часы. Месяц назад появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястнофаланговых суставов обеих кистей, утренняя скованность в течение 2 часов. **Объективно**: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 96 в мин. АД = 120/80 мм рт.ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны. **Общий анализ крови:** лейкоциты $5,0x10^9$/л, СОЭ 45 мм/час. **Биохимическое исследование крови:** С-реактивный белок 55 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 1:640. **Рентгенограмма суставов кистей**: обнаружен остеопороз, сужение суставной щели. **Поставьте диагноз**	Ревматоидный артрит, ранняя клиническая стадия, акт 2, стадия 1, ФК 1, серопозитивный вариант.	№4, гл.3
3.	Больная З., 33 лет, в течение последних 6 месяцев беспокоит слабость, выпадение волос. К врачу не обращалась. В последние 2 месяца усилилась слабость, появились высыпания на лице, присоединились боли в суставах (кистей, голеностопных), появилась небольшая одышка, отечность голеней, пастозность лица, периодически возникающие боли в области сердца, частое сердцебиение. Обратилась к врачу. Из анамнеза жизни – хр. пиелонефрит. **Объективно:** кожные покровы бледноватые, в области щек 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 =	Системная красная волчанка, подострое течение, акт.2, с поражением кожи (эритематозные высыпания), сердца (диффузный миокардит), почек (диффузный гломерулонефрит), аутоиммунная анемия	№1, гл.4

	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. **При исследовании сыворотки крови:** ЦИК – 3,0, АНФ ++, СРБ -10 мг/л, антитела к ДНК – 0,74 (норма до 0,1). **Поставьте диагноз**		
4.	Больной Ю., 33 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:** жалобы появились около 3 лет назад, вначале - 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 уд. в мин. ЧД=18 в мин. Т=37,3°С. Отмечается боль при пальпации по паравертебральным точкам в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. **Пробы:** Томайера 65см, Форестье-отр, проба подбородок-грудина-отр, **Офтальмолог:** без патологии **Рентгенограмма илеосакральных сочленений**: без патологии **МРТ илеосакральных сочленений: Отек костного мозга в области илеосакральных сочленений, с обеих сторон.**	Анкилозирующий спондилит, ранняя клиническая стадия, высокая активность, двусторонний сакроилиит, дорентгенологическая стадия, ФК 2, HLA B27+	№4,гл.5

	ЭКГ: ритм правильный, признаки гипертрофии левого желудочка. **Общий анализ крови**: эритроциты 4,2х10^{12}/л, Hb 122 г/л, тромбоциты 220х10^{3}/л, лейкоциты 7х10^{9}/л, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-28 мм/ч. **Биохимическое исследование крови:** СРБ – 25мг/л , РФ - отриц., HLA-DR4 - отриц., HLA-B27-положителен. **Поставьте диагноз**		
5.	Больная 60 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 5 лет. **Объективно:** повышенного питания. Дистальные фаланги пальцев кисти искривлены у основания, где пальпируются твердые узелки. Правый коленный сустав с явлениями экссудации, движения ограничены. Сердце не увеличено, тоны приглушены, шумов нет. АД – 130/90 мм рт.ст. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена. **Общий анализ крови:** эритроциты 4,0х10^{12}/л, Hb 120 г/л, лейкоциты 5,2х10^{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 – 360 мкмоль/л.** **Поставьте** диагноз	Полиостеоартроз, ст.2, ФНС1, геберденовский вариант, с явлениями реактивного синовита правого коленного сустава	№4, гл.8

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите основные клинические признаки суставного синдрома при ревматоидном артрите	1. Симметричность поражения 2. Полиартрит 3. Поражение мелких суставов кистей: 2,3	№1, гл.1

		пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые 4. Воспалительный характер боли 5.Симптом утренней скованности	
2.	Перечислите симптомы и синдромы, наиболее часто встречающиеся в дебюте системной склеродермии	1.Синдром Рейно 2.Кожный синдром 3.Суставной синдром	№4, гл.12
3.	Какие формы системной склеродермии выделяют	1.Лимитированная 2.Диффузная 3.Перекрестная форма 4.ССД без склеродермы 5.Ювенильная форма	№4, гл12
4.	Перечислите основные признаки воспалительной боли в спине при анкилозирующем спондилите	1.Начало болезни в молодом возрасте (до 40 лет). 2.Длительность более 3 месяцев 3.Постепенное нарастание боли 4.Усиление боли после отдыха 5.Уменьшение боли после приема НПВП и физической активности	№3, стр.16
5.	Перечислите основные клинические признаки суставного синдрома при подагре	1.Быстрое развитие воспаления сустава – в один день 2.Моноартрит 3.Гиперемия кожи над пораженным суставом 4.Припухание и боль в 1 плюснефаланговом суставе	№1, гл.13

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового	2 - навыками работы в группах риска по развитию ревматологических заболеваний.

образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	НАЛИЧИЕ HLA-B27 ГОВОРИТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА.. а) анкилозирующего спондилита б) псориатического спондилита в) только возможности развития спондилоартрита	в) только возможности развития спондилоартрита	№3, стр.10
2.	ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ ВСЕГДА ГОВОРИТ О НАЛИЧИИ.. а) подагры б) нарушении пуринового обмена в) псориаза	б) нарушении пуринового обмена	№4, гл.16
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	АНФ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН В КРОВИ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СИТУАЦИЯХ: а) системных заболеваниях соединительной ткани б) в пожилом возрасте в) при паранеопластическом синдроме г) остром артрите	а) системных заболеваниях соединительной ткани б) в пожилом возрасте в) при паранеопластическом синдроме	№1, гл.17
2.	РФ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В КРОВИ ПРИ а) серопозитивном варианте ревматоидного артрита б) анкилозирующем спондилите в) болезни Шегрена г) реактивном артрите	а) серопозитивном варианте ревматоидного артрита в) болезни Шегрена	№1, гл.17
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1.РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ЭТО.. 2. АНТИНУКЛЕАРНЫЙ ФАКТОР ЭТО..	1.РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ЭТО аутоантитела IgM, IgA и IgG классов,	№1, гл.17

	3. АНТИЦЕНТРОМЕРНЫЕ АНТИТЕЛА ЭТО.. а) гетерогенная группа аутоантител, реагирующих с различными компонентами ядра, являющаяся первичным скрининговым методом определения системного заболевания б) аутоантитела IgM, IgA и IgG классов, в) группа аутоантител, с высокой частотой выявляемых при лимитированной форме ССД	реагирующие с Fc-фрагментом IgG 2. АНТИНУКЛЕАРНЫЙ ФАКТОР ЭТО гетерогенная группа аутоантител, реагирующих с различными компонентами ядра, являющаяся первичным скрининговым методом определения системного заболевания 3. АНТИЦЕНТРОМЕРНЫЕ АНТИТЕЛА ЭТО группа аутоантител, с высокой частотой выявляемых при лимитированной форме ССД	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной Ю., 23 года, предъявляет **жалобы** на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (преимущественно вечером), **Анамнез:** жалобы появились около года. У отца Анкилозирующий спондилит. **Объективно**: состояние удовлетворительное, положение активное. АД=110/80 мм рт.ст. ЧСС-74 уд. в мин. ЧД=18 в мин. Т=36,8°С. Отмечается боль при пальпации по паравертебральным точкам в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. **Пробы:** Томайера 15см, Форестье-отр, проба подбородок-грудина-отр, **Рентгенограмма илеосакральных сочленений**: без патологии **МРТ илеосакральных сочленений:** без патологии	Дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника с болевым синдромом	№4, гл.9

	Общий анализ крови: эритроциты 4,2х^{12}/л, Hb 122 г/л, тромбоциты 220х10^{3}/л, лейкоциты 7х10^{9}/л, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-18 мм/ч. **Биохимическое исследование крови:** СРБ – 3мг/л , РФ - отриц., HLA-DR4 - отриц., HLA-B27-положителен. **Поставьте диагноз**		
2.	Больная 70 лет, предъявляет **жалобы** на боль в коленных суставах, дистальных межфаланговых суставах кистей, временами опухание коленных суставов. Боль в суставах усиливается после нагрузки Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят 10 лет. **Объективно:** повышенного питания, ИМТ= 34. Дистальные фаланги пальцев кисти искривлены у основания, где пальпируются твердые узелки. Левый коленный сустав с явлениями экссудации, движения ограничены. Сердце не увеличено, тоны приглушены, шумов нет. АД – 130/90 мм рт.ст. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена. **Общий анализ крови:** эритроциты 4,0х10^{12}/л, Hb 120 г/л, лейкоциты 5,2х10^{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 – 560 мкмоль/л.** **Поставьте** диагноз	Полиостеоартроз, ст2, ФНС 2 с явлениями реактивного синовита в левом коленном суставе. Ожирение I. Нарушение пуринового обмена	№4, гл.8
3.	Больная З., 75 лет, в течение последних 6 месяцев беспокоит слабость. К врачу не обращалась. В последние 2 месяца усилилась слабость, похудела на 10-12 кг за последние 5 месяцев, присоединились боли в суставах (кистей, голеностопных). Обратилась к врачу. **Объективно:** кожные покровы бледноватые, высыпаний нет.	Хронический лимфолейкоз	№4, гл.10

	Пальпируются лимфатические узлыв подмышечной области слева. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 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 $15,2x10^{9}$/л, п-1, с-33, м-4, э-2, л- 60. СОЭ 60 мм/час. Клетки Боткина-Гумпрехта **Общий анализ мочи:** без патологии **При исследовании сыворотки крови:** АНФ +++, СРБ -10 мг/л, антитела к ДНК –26 (норма до 25). **Поставьте диагноз**		
4.	Женщина 27 лет, преподаватель музыки, на приеме у участкового терапевта **жалуется** на зябкость пальцев рук, изменение цвета пальцев на холоде. **Анамнез**: зябкость рук отмечает последние 2 года, изменение цвета – последний год. **Объективно:** Телосложение астеническое. Холодные кисти рук, кончики 2, 3 пальцев – белые при контакте с холодной водой. Суставы – без видимых изменений. Границы сердечной тупости в норме, тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=Ps= 80 в мин. АД = 105/65 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту **Поставьте диагноз** **Какие исследования надо провести для уточнения диагноза?**	Синдром Рейно 1. Анализ крови: АНФ, склеродермические антитела 2. Капилляроскопия ногтевого ложа	№1, гл. 6

5.	Больная 32 лет в течение 3 мес периодически отмечает умеренную болезненность II и III пястнофаланговых суставов обеих кистей, утреннюю скованность в течение 40 мин. У матери ревматоидный артрит. **Объективно**: кожные покровы обычной окраски, чистые.. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=Ps=74, АД = 120/80 мм рт.ст. Суставы внешне не изменены, симптом «поперечного сжатия» положительный. **Рентгенограмма суставов кистей**: без патологии **Общий анализ крови:** эритроциты $3,75x10^{12}$/л, гемоглобин 115 г/л, лейкоциты $9,0x10^{9}$/л, СОЭ 25 мм/час. **Биохимическое исследование крови:** С-реактивный белок 5 мг/л **Поставьте диагноз** **Какие исследования надо провести для уточнения диагноза?**	Вероятный ревматоидный артрит Анализ крови РФ, АЦЦП МРТ кистей	№1, гл.1

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ...	а) Развитие максимума воспаления в течение первых суток б)Повышение температуры тела в)Асимметричность поражения суставов стоп г)Стерильность суставной жидкости	№4, гл.16
2.	КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ?	а)Анкилозирующий спондилит б)Реактивный артрит в)Артриты при воспалительных заболеваниях кишечника г)Псориатический артрит	№4, гл5

3.	ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ?	1.Механический характер боли в суставах 2.Чаще поражаются суставы нижних конечностей 3. «Стартовые» боли 4.Варусная дефигурация коленных суставов	№4, гл.8
4.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРИЗНАКИ ОЧЕНЬ РАННЕЙ СТАДИИ ССД	1.Феномен Рейно 2.АНФ более 1:320 и/или «склеродермические» антитела 3.Склеродермический тип изменений при капилляроскопии	№1, гл.6
5.	ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА	1.Рецидивирующие язвы ротовой полости 2.Рецидивирующие язвы половых органов 3.Поражение глаз 4.Поражение кожи 5.Положительный тест патергии	№1, гл.10

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1 - этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний человека;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			

1.	СОЧЕТАНИЕ С КОНКРЕТНЫМ АНТИГЕНОМ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ УСТАНОВЛЕНО а) при ревматизме б) при анкилозирующем спондилоартрите в) при синдроме Марфана г) при болезни Шегрена	б) при анкилозирующем спондилоартрите	№3, стр10
2.	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ (ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: пролиферация синовиоцитов, фибробластов лимфоцитарная, плазмоклеточная, макрофагальная инфильтрация отложение фибрина ревматоидные узелки	г) ревматоидные узелки	№12, стр 31
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ДЛЯ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРЕН ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ТИП ВОСПАЛЕНИЯ? а) гранулематоза Вегенера б) гигантоклеточного височного артериита в) ревматоидного артрита г) геморрагический васкулит	а) гранулематоза Вегенера б) гигантоклеточного височного артериита в) ревматоидного артрита	№1Гл.8
2.	ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНЫ ПАТОГМОНИЧНЫЕ ПРОЦЕССЫ а) усиленной продукции фибробластами коллагена и фибронектина б) усиленной продукции протеогликанов и гликопротеинов в) увеличения транспорта ионов кальция г) капилляритов ладоней	а) усиленной продукции фибробластами коллагена и фибронектина б) усиленной продукции протеогликанов и гликопротеинов в) увеличения транспорта ионов кальция	№4, гл12
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕПАРАТЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА	1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕПАРАТЫ,	№4 гл.21

	ИЗБЫТОЧНОЕ КОЛЛАГЕНООБРАЗОВАНИЕ 2 КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА 3. ЦОГ-2 СПЕЦИФИЧЕСКИЙ НПВС 4. БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА 5. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ А. D-пеницилламин и Колхицин Б. Вольтарен и Колхицин В. Эторикоксиб и Целекоксиб; Г. Метотрексат и Сульфасалазин Д. Метилпреднизолон и циклофосфамид	ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ИЗБЫТОЧНОЕ КОЛЛАГЕНООБРАЗО-ВАНИЕ - А. D-пеницилламин и Колхицин 2. КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА - Б. Вольтарен и Колхицин 3. ЦОГ-2 СПЕЦИФИЧЕСКИЙ НПВС - В. Эторикоксиб и Целекоксиб; 4. БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА - Г. Метотрексат и Сульфасалазин 5. ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ - Д. Метилпреднизолон и циклофосфамид	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная 29 лет жалуется на резкую одышку, заставляющую ее принимать вынужденное положение сидя, кашель с отделением мокроты, диффузно окрашенной свежей кровью. Наблюдается у врача-терапевта участкового по поводу заболевания сердца. Около 5 лет отмечает одышку при физической нагрузке, периодический кашель, сухой или со скудным количеством светлой мокроты. Иногда замечала в мокроте прожилки крови. Накануне поступления в больницу работала физически. Ночью проснулась из-за приступа удушья и скорой помощью доставлена в стационар.	1. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Неактивная фаза. Стеноз митрального отверстия. ХСН ФК III, IIА стадия. 2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АСЛ-О, анти-ДНКаза, антигиалуронидаза, тропонин I. Рентгенологическое	№4 гл.2

	Объективно: состояние тяжелое. Румянец на щеках. Выраженный цианоз губ и языка. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в мин. При аускультации сердца ритм правильный, 88 в минуту, хлопающий 1 тон и щелчок открытия митрального клапана на верхушке, акцент 2 тона на легочной артерии, диастолический шум с пресистолическим усилением на верхушке и в 5 точке. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. **Вопросы:** 1. Поставьте наиболее вероятный диагноз. 2. Какие методы исследования необходимы в данном случае? 3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? 4. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?	исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с допплерографией (цветное допплеровское картирование). 3.Миокардиты неревматической этиологии, кардиомиопатии, системная красная волчанка, ревматоидный артрит, геморрагический васкулит, тромбоэмболия легочной артерии. 4. Для неактивной фазы ревматизма характерен сформированный порок сердца, гемодинамические нарушения различной степени выраженности. Для митрального стеноза характерны: легочная гипертензия, «невозможность ускорить шаг при ходьбе», сухой кашель, одышка, кровохарканье. Часто - мерцательная аритмия. Признаки недостаточности кровообращения.	
2.	Больной 55 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	Хроническая тофусная подагра. Поражение суставов, почек (нефролитиаз). Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия II степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4 ст. Метаболический синдром. Дислипидемия. 2. Диагноз «подагра» поставлен на основании типичных признаков суставного синдрома: приступообразное воспаление суставов стопы, интенсивная	№1, гл13

	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 - 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, синевато- багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. 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. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 14 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	боль, отёчность суставов, кроме того имеет значение рецидивирующий характер течения и наличие тофусов. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердце). Степень риска сердечно-сосудистых осложнений поставлена на основании наличия метаболического синдрома. Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак. 3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование стоп, поляризационная микроскопия синовиальной жидкости для визуализации кристаллов мочевой кислоты, УЗИ почек для определения поражения почек, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД;	

		проведение ЭКГ; проведение ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; лабораторное исследование: креатинин для определения СКФ и определения стадии ХБП.	
3.	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 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 - $4,2\times10_{12}$/л, Hb - 122 г/л, тромбоциты -	1. Анкилозирующий спондилоартрит. Развёрнутая стадия. BASDAI 3,2. BASFI 3,0. Двухсторонний сакроилиит, стадия 3. Функциональная недостаточность суставов I. 2. Диагноз «анкилозирующий спондилоартрит (АС)» поставлен на основании воспалительного характера боли в позвоночнике, изменения соответствующих клинических тестов (Кушелевского, Томайера, Форестье) и обнаружения на рентгенограмме илеосакральных сочленений сакроилиита III стадии. Развёрнутая стадия поставлена на основании длительности течения заболевания и отсутствия анкилозирования в различных отделах позвоночника. Величина индексов BASDAI и BASFI на основании подсчёта соответствующих медицинских калькуляторов.	№3, стр 12-15

	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. **Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	Функциональная недостаточность суставов установлена на основании изменения физиологических изгибов позвоночника и ограничения подвижности позвоночника. 3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование и УЗИ тазобедренных суставов для определения наличия у пациента явлений коксита. Осмотр врача-офтальмолога для выявления проявления поражения глаз. Выполнение ЭКГ и ЭхоКГ для выявления аортита или других проявлений вовлечения сердца в патологический процесс. Определение HLA-B27, антител из главного комплекса гистосовместимости лейкоцитов человека к B27 антигену, которые указывают на генетическую природу заболевания.	
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 легких при глубоком вдохе, кашле. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледноватые, подчелюстные лимфоузлы увеличены, немного болезненны и уплотнены. Припухлость коленных, голеностопных	1. Системная красная волчанка, острое течение, III степень активности. Гломерулонефрит, нефротическая форма. Нефротический синдром. Полиартрит. Миокардит. Плеврит. Панцитопения. Дисковидна эритема. 2. Эритема на щеках, дисковидная эритема. Неэрозивный артрит двух или более	№4, гл11

	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 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. 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Укажите диагностические критерии основного заболевания. 3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?	периферических суставов с болезненностью, припуханием. Плеврит - плевритические боли или шум трения плевры, выслушиваемый врачом. Поражение почек. Высокая протеинурия. Гематологические нарушения: панцитопения. Для верификации достоверного диагноза СКВ необходимо наличие четырех или более из 11 диагностических критериев. 3. Волчаночный нефрит с исходом в почечную недостаточность, сердечная недостаточность. Геморрагические и инфекционные осложнения на фоне панцитопении.	
5.	Больная М. 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов, на боли при жевании в нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 14-15 часов дня, потерю веса 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 Диклофенак, а затем Нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приема данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4^{o}С. Кожные покровы и видимые	1. Ревматоидный полиартрит, ранняя стадия, серонегативный, неэрозивный (рентгенологическая стадия 2), активность 3 ст., с внесуставными проявлениями (ревматоидные узелки, похудание). НПВП-гастропатия: эрозивный гастрит антрального отдела желудка. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести. 2. Диагноз «ревматоидный артрит (РА)» установлен на основании наличия более 4 диагностических критериев - утренняя	№12, стр 39

	слизистые бледные. 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 легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78ударов в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 86,4 г/л, лейкоциты - 9,1×10⁹/л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 76 мм/час (по Вестергрену). Электрофорез белков: альбумины - 43,7%, глобулины: 1 - 4,9%, 2 - 12,8%, - 12,4%, - 26,2%. СРБ - 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л). Сывороточное железо – 6,2 мкмоль/л. Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястный костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, IIIV слева и II-III пястно-фаланговых проксимальных суставов справа. Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с 3 эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены. 1. Сформулируйте развернутый диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.	скованность более 1 часа, полиартрит, симметричный, поражение суставов кистей, наличие ревматоидных узелков, рентгенологические изменения (околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей). Ранняя стадия установлена, так как длительность заболевания до года (7 месяцев), серонегативный в связи с отсутствие ревматоидного фактора в крови (уровень показателя не превышает нормальных референсных значений), активность 3 степени - в связи со значением DAS 28=5,6. Диагноз «НПВП - гастропатия» установлен, учитывая данные ЭГДС и связи возникновения болей в эпигастрии с приёмом НПВП. Диагноз «железодефицитной анемии умеренной степени тяжести» установлен в связи со снижением уровня гемоглобина и низкими значениями сывороточного железа. 3. Пациенту рекомендовано исследование дополнительного серологического маркера ревматоидного артрита, который имеет диагностическое и прогностическое	

		значение - антицитруллиновые антитела (АЦЦП); определение уровня трансферрина, ферритина и общей железосвязывающей способности крови для оценки характера анемии.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЕЖМЫШЕЧНОЙ ТКАНИ	а) появления инфильтратов из лимфоцитов и плазматических клеток б) некроза мышечных волокон в) атрофии мышечных волокон	№1 гл.7
2.	Т-ЛИМФОЦИТЫ ВЫПОЛНЯЮТ ФУНКЦИИ	а) влияют на силу иммунного ответа б) обеспечивают реакции клеточного иммунитета в) продуцируют интерлейкин-2	№10 стр 17
3.	ПРОСТАГЛАНДИНЫ - ЭТО	а) - это медиаторы воспаления б) - это вазодилататоры в) - это продукты метаболизма арахидоновой кислоты	№10 стр25
4.	СИНОВИТ ПРИ РАЗВЕРНУТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	а) отсутствием синовиоцитов б) резким утолщением синовиальной оболочки за счет массивных очагов гиалиноза в) скудным лимфоидно-	№4 гл12

		гистиоцитарный инфильтратом г) массивным склерозом поверхностного и глубокого слоев синовиальной оболочки	
5.	ТУНЕЛЬНЫЕ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ	а) болезни де Кервена (стенозирующий тендовагинит лучезапястной области) б) локтевого стилоидита (тендовагинит локтевого разгибателя кисти) в) синдрома запястного канала (тендовагинит сгибателей кисти) г) синдрома гийонского канала (сдавление ветвей локтевого нерва) д) синдрома тарзального канала (тендовагинит задней большеберцовой мышцы)	№7,гл 5

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 - основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ: А) трансаминазы, клиренс креатинина, клинический анализ крови, состояние легких по данным рентгенографии Б) липидный профиль, иммунологический и серологический анализы крови, состояние миокарда по данным эхокардиографии В) гормональный анализ крови, суточную протеинурию, состояние печени и почек по данным ультразвукового исследования Г) комплексный иммуногистохимический профиль, трофобластический бета-1-гликопротеин, фенотипы лимфоцитов (основные субпопуляции)	А) трансаминазы, клиренс креатинина, клинический анализ крови, состояние легких по данным рентгенографии	№5, стр 14
2.	ПРИ ТЯЖЕЛОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ А) инфликсимаб Б) циклофосфамид В) бозентан Г) эторикоксиб	А) инфликсимаб	№5, стр 33
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ: А. Лефлуномид Б. Преднизолон В. Аспирин Г. Метотрексат Д. Ибупрофен	А. Лефлуномид Г. Метотрексат	№5 ,стр 16
2.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ССД НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ: А. Преднизолон в высоких дозах Б. Д-пеницилламин в средних и больших дозах	Б. Д-пеницилламин в средних и больших дозах Г. Вазодилятаторы	№4, гл12

	В. Цитостатики Г. Вазодилятаторы Д. Средства, коррегирующие нарушенный гемостаз	Д. Средства, коррегирующие нарушенный гемостаз	
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1.Канакинумаб – это _____ 2. Эторикоксиб – это _____ 3.Тоцилизумаб – это _____ 4.Тофацитиниб – это_____ 5.Секукинумаб – это_____ А) высокоспецифический ингибитор ЦОГ-2 Б) человеческое моноклональное антитело IgG1/каппа изотипа к ИЛ-1β В) рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело к человеческому рецептору интерлейкина-6. Г) селективный ингибитор янус – киназ. Д) человеческое моноклональное антитело IgG1, которое селективно связывает и нейтрализует провоспалительный цитокин – интерлейкин 17.	1. Канакинумаб – это: человеческое моноклональное антитело IgG1/каппа изотипа к ИЛ-1β 2. Эторикоксиб – высокоспецифический ингибитор ЦОГ-2 3.Тоцилизумаб – рекомбинантное гуманизированное моноклональное антитело к человеческому рецептору интерлейкина-6. 4. Тофацитиниб – селективный ингибитор янус – киназ. 5.Секукинумаб - это: человеческое моноклональное антитело IgG1, которое селективно связывает и нейтрализует провоспалительный цитокин – интерлейкин 17.	№5, стр 30

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациентка П., 59 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, постоянные перебои в работе сердца, увеличение живота, отеки на ногах. Считает себя больной с 13 лет, когда перенесла острую ревматическую лихорадку. В 21 год при обследовании	1. ХРБС: комбинированный порок сердца, сочетанный аортальный и сочетанный митральный. Перманентная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. ХСН ФК 4 (Н	№4 гл.2

	были обнаружены пороки сердца. 10 лет назад впервые сорвался ритм, был восстановлен медикаментозно, однако, впоследствии срывался неоднократно. В течение последних 5 лет ритм не восстанавливается. Настоящее ухудшение состояния развилось в течение последнего месяца без видимых причин. Объективное состояние пациентки средней степени тяжести. Положение вынужденное: полусидя. Наблюдается акроцианоз, цианоз губ, незначительная одышка при разговоре. Перкуторно отмечается притупление легочного звука над легкими с обеих сторон ниже угла лопатки. Там же дыхание не проводится. Перкуторно правая граница сердца выступает на 2 см от края грудины, левая — до линии axillaries anterior. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Систолодиастолический шум во всех точках. ЧСС — 105 уд./мин, пульс — 89 уд./мин, АД — 125/50 мм рт. ст. Живот увеличен, напряжен (за счет асцита), печень пальпировать не удается. Отеки голеней до уровня верхней трети. Стул: запоры, диурез снижен; пьет около 500 мл/сут, выделяет около 400 мл/сут. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Диагностические признаки какого клапанного поражения сердца имеют место у данной пациентки? 3. Какое обследование необходимо провести в данном случае? 4. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.	III) (двусторонний гидроторакс, асцит). 2. Систоло-диастолический шум во всех точках, смещение границ относительной сердечной тупости, наличие фибрилляции предсердий. 3. ОАК, ОАМ, БАК (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ), ЭКГ, ЭХО-КГ, Р-графия ОГК. 4. Для лечения необходимо назначить препараты из 5 групп: ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл и др.), в-адреноблокаторы (бисопролол), сердечные гликозиды (дигоксин), спиронолактон, мочегонные (фуросемид, торасемид). Метаболическая терапия для миокарда, дезагреганты.	
2.	В отделение ревматологии поступил пациент Я. 27 лет (переведен из неврологии) с жалобами на выраженную слабость, похудение (за последние 2 месяца на 15 кг), повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно без ознобов, периодическое появление судорог в нижних конечностях, а также нарушение чувствительности в правой руке и левой ноге. Считает себя больным около года, когда впервые без видимых причин стали появляться судороги и нарушение чувствительности в руках и ногах, иногда	1. Узелковый полиартериит. 2. Потеря массы тела, миалгии, мононеврит и полинейропатия, артериальная гипертензия с повышением диастолического давления, инфекция вирусом гепатита В. 3. ОАК, ОАМ, БАК (мочевина, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, КФК,	№1 гл.8

	повышение температуры тела до субфебрильной, папулезную сыпь на голенях, боль в коленных и голеностопных суставах. Наблюдение и лечение у невролога эффекта не дало. В последние 2 месяца состояние стало прогрессивно ухудшаться: было зафиксировано повышение АД (без клинических проявлений), лихорадка приобрела постоянный характер. Стал сильно худеть. Из перенесенных заболеваний отмечается гепатит В. Пациент много курит, злоупотребляет алкоголем. Несколько раз отбывал наказание в местах лишения свободы. Наблюдался у невролога с диагнозом «полинейропатия алиментарно-токсического генеза». При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пациент гипостеник. Кожные покровы обычной окраски, слизистые иктеричны. На голенях — остаточные явления папулезной сыпи. На теле много татуировок. Температура тела — 37,5 °С. С закрытыми глазами пациент не может определить до какого пальца левой руки и правой ноги к нему дотрагиваются. В легких дыхание везикулярное, множество сухих рассеянных хрипов по всем полям. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД на правой руке — 220/130 мм рт. ст., на левой — 200/100 мм рт. ст. Печень не увеличена. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Отеков нет. Суставы при осмотре внешне не изменены, признаков воспаления нет. Стул и диурез без особенностей. ОАК (пациент принес с собой): эритроциты — 3,1 $\cdot 10^{12}$/л, Hb — 89 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — 8,2 $\cdot 10^{9}$/л, СОЭ — 65 мм/ч. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Какие диагностические критерии данного заболевания имеют место у данного пациента? 3. Какое обследование необходимо провести в данном случае? 4. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.	ЛДГ), иммунологическое исследование крови (АНФ, АТ к ДНК, АНЦА); маркёры вирусов гепатитов В и С, бактериологическое исследование крови (исключить инфекции), серологические тесты на сифилис (исключить сифилитическую инфекцию); УЗИ сосудов с доплерографией, ангиография; биопсия кожно-мышечного лоскута; консультация офтальмолога, невролога и сосудистого хирурга. 4. В данном случае лечение необходимо начинать с проведения пульс-терапии ГКС в сочетании с цитостатическими препаратами (солу-медрол — 1000 мг в/в капельно в течение 3 дней. Затем больную надо перевести на пероральный прием ГКС (преднизолон или метилпреднизолон + циклофосфамид — 600–1000 мг в/в капельно однократно). Далее цикло-фосфамид 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), сосудистые препараты и др. Возможно применение лечебного плазмафереза.	
3.	Пациентка К., медсестра, 39 лет. Поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно, ознобов нет, головокружение, головные боли, иногда есть неприятные ощущения в области сердца, боли в суставах. Считает себя больной около года, когда случайно после занятий аэробикой в конце тренировки не смогла нащупать пульс у себя на правой руке. Была на консультации у хирурга, после чего направлена на обследование в областной центр, где на УЗИ сосудов с доплерографией было выявлено сужение сонных артерий больше слева на 80 %. Направлена на лечение в отделение ангиохирургии. Была проведена операция: шунтирование левой сонной артерии. После операции стала чувствовать себя гораздо хуже: появились все вышеуказанные жалобы, выраженные воспалительные изменения в ОАК (увеличение СОЭ до 60 мм/ч). При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормальное. Кожные покровы чистые, без высыпаний. Келлоидные рубцы на шее слева, симптом Горнера слева. Перкуторно над легкими легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, незначительно приглушены. АД на правой руке — 180/120 мм рт. ст., на левой — измерить не удается. Пульс на правой руке — 72 уд./мин, на левой прощупать не удается. При аускультации выслушивается грубый систолический шум на сонных артериях с обеих сторон и мягкий дующий шум на брюшной аорте. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Стул и диурез без особенностей. Суставы внешне не изменены, без признаков воспаления, движения в полном объеме.	1. Неспецифический аорто-артериит (болезнь Такаясу). 2. Возраст до 40 лет, ослабление пульса на плечевой артерии, разница АД более 10 мм рт. ст., шум на сонных артериях и на брюшной аорте, изменения при ангиографии. 3. ОАК, ОАМ, БАК, с целью дифференциальной диагностики надо провести иммунологическое исследование крови (АНФ, АТ к ДНК); ангиография, УЗИ сосудов с доплерографией; консультация офтальмолога и сосудистого хирурга. 4. Может быть нормохромная анемия, тромбоцитоз, увеличение СОЭ и СРБ. Изменения в общем и биохимическом анализах крови неспецифичны, отражают общевоспалительные изменения, а также зависят от преобладающего поражения органов. 5. Лечение в стационаре можно начать с проведения пульс-терапии ГКС (с целью индукции ремиссии), затем перевести на пероральный прием. Доза подбирается индивидуально. Длительность	№1 гл.8

	Сформулируйте предварительный клинический диагноз. Какие диагностические критерии данного заболевания имеют место у данной пациентки? 3. Какое обследование необходимо провести в данном случае? 4. Какие изменения в общем и биохимическом анализах крови, характерные для данного заболевания, можно обнаружить? 5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.	подавляющей терапии не менее 3–4 недель, затем при стабилизации клинико-лабораторных данных доза постепенно снижается до поддерживающей. При необходимости можно назначать цитостатики (метотрексат, азатиоприн). Также назначаются сосудистые препараты для лечения вазоспастических и ишемических синдромов (пентоксифиллин кавинтон и др.). Возможно применение лечебного плазмафереза.	
4.	Пациент Н., 78 лет, поступил в отделение ревматологии для уточнения диагноза и коррекции схемы лечения с жалобами на интенсивные головные боли пульсирующего характера преимущественно в височных областях, головокружения, резкое снижение слуха и остроты зрения, общее недомогание, слабость, периодическое повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С. Заболел около 3 месяцев назад. Обратился за помощью к неврологу, где ему был поставлен диагноз «церебросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия». Проводимое лечение сосудорасширяющими и ноотропными препаратами ощутимого положительного эффекта не дало. Стали ухудшаться слух и зрение, появилась слабость и лихорадка. В общем анализе крови выявлено повышение СОЭ до 55 мм/ч. При осмотре: пациент нормального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы обычного цвета. В области висков наблюдается припухание и пульсация височных артерий, при их пальпации отмечается болезненность. Температура тела — 37 °С. Периферические лимфатические узлы до 0,5 см, безболезненны. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах — пневмосклеротические хрипы. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, аритмичны, единичные экстрасистолы. ЧСС — 68 уд./мин, наблюдается систолический шум на верхушке, во II	1. Гигантоклеточный височный артериит (болезнь Хортона). Сопутствующие диагнозы — ИБС: кардиосклероз. Экстрасистолия. Артериальная гипертензия степень 2, риск 4. ХСН ФК I (Н 1). Эмфизема, пневмосклероз. ДН 1. Первичный полиостеоартроз, узелковая форма. 2. Развитие болезни после 50 лет, появление сильных нетипичных головных болей; болезненность при пальпации височных артерий; повышение СОЭ до 55 мм/ч; приглушенность тонов сердца, нарушение ритма, повышение АД, пневмосклеротические хрипы в нижних отделах легких, узелки Гебердена. 3. ОАК, ОАМ, БАК (СРБ); биопсия височной артерии; УЗИ брахиоцефальных сосудов. 4. Болезнь следует дифференцировать с РА, плечелопаточным периартритом,	№ 1 гл.8

	межреберье справа и в точке Боткина–Эрба. АД на обеих руках — 160/80 мм рт. ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациента? 3. Составьте план обследования для данного пациента. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать это заболевание? 5. Какие изменения можно обнаружить в общем и биохимическом анализах крови?	воспалительными миопатиями, злокачественными новообразованиями, инфекциями, гипотиреозом, болезнью Паркинсона, атеросклеротическим поражением сосудов.	
5.	Пациентка Х., 56 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на боли коленных и голеностопных суставов, в мелких суставах обеих кистей, резкую слабость и болезненность в мышцах плеч и бедер (самостоятельно не может войти в транспорт, с трудом расчесывается и т. д.). Наблюдается повышение температуры тела до 37,5 °С в течение последнего месяца. Заболела около 6 месяцев назад. Без видимых причин появились боли и припухание мелких суставов кистей с гиперемией и шелушением над ними, общая слабость. Находилась на лечении в одном из ревматологических отделений, где был установлен диагноз «РА», назначена терапия ГКС. Состояние сразу же улучшилось: исчезли явления артрита, кожные изменения, прошла слабость. Принимала ГКС около 3 месяцев с постепенным снижением и дошла до полной отмены. Чувствовала себя хорошо. Летом поехала отдыхать на юг, активно загорала. По возвращении домой постепенно стали появляться вышеуказанные жалобы. Когда появилась лихорадка и больная практически перестала вставать с кровати, вызвали скорую помощь. Пациентка была госпитализирована в отделение ревматологии с целью уточнения диагноза и назначения лечения. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Положение пассивное. Из-за болезненности и резкой слабости в	Дерматомиозит, подострое течение, 3-я степень активности с поражением мышц шеи, проксимальных отделов верхних и нижних конечностей, полиартрит, эритема Готрона, лихорадка. 2. ОАК, ОАМ, БАК (АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ), иммунологические исследования (ANA, Jo-1), электромиография, мышечная биопсия, проведение онкопоиска. 3. В ОАК изменения неспецифичны: редко возможно увеличение СОЭ. В БАК — увеличение концентрации мышечных ферментов. 4. Прежде всего, необходимо исключить опухолевый характер процесса. Дифференцировать необходимо с миастенией, наследственными мышечными заболеваниями, лекарственными миопатиями. 5. Глюкокортикоиды: начальная доза от 1 до 2 мг/кг/сут. При отсутствии положительной динамики	№1 гл.7

	мышцах не может вставать с постели, удерживать на весу руки, ноги, голову. При пальпации мышц плечевого и тазового поясов отмечается умеренная болезненность. При пальпации суставы кистей болезненны. Над ними выявляется шелушащаяся эритема. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 130/80 мм рт. ст. ЧСС — 80 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Есть запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Какой план обследования необходимо провести? 3. Какие изменения можно обнаружить в общем и биохимическом анализах крови? 4. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание? 5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.	в течение месяца дозу надо увеличить. В данном случае на стационарном этапе лечения можно применить пульс-терапию. Также надо применять метотрексат (7,5–25 мг/нед. Внутрь). Реабилитационные мероприятия.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	НАЗНАЧЕНИЕ ГЕПАРИНА ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ ПОЗВОЛЯЕТ	а) устранить гиперкоагуляцию б) улучшить почечную гемодинамику в) подавить диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови	№1 гл.8
2.	ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ТРОМБАНГИИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО	а) назначение глюкокортикостероидов в суточной дозе до 30 мг. б) применение азатиоприна в) прекращение курения г) применение антикоагулянтов	№1 гл.8

3.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОВЫШАЕТСЯ	а) при приеме внутрь ударных доз (соответствующих 80-100 мг преднизолона в сутки) б) при внутривенном введении по 1000 мг в сутки метилпреднизолона в течение трех дней (пульс-терапия) в) при однократном утреннем приеме внутрь суточной дозы преднизолона	№4 гл.21
4.	ПРИ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ	а) только ударные дозы глюкокортикостероидов б) только ударные дозы цитостатиков - циклофосфана в) ударные дозы глюкокортикостероидов и ударные дозы цитостатиков (циклофосфана) с предварительным проведением плазмафереза или гемосорбции.	№4 гл.21
5.	К СЕЛЕКТИВНЫМ ЦОГ-2 СПЕЦИФИЧЕСКИМ НПВС ОТНОСЯТСЯ:	а) Эторикоксиб б) Целекоксиб в) Мелоксикам г) Нимесулид	№4 гл.21

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1 - проводить консультации с больными по вопросам первичной и вторичной профилактики ревматологических заболеваний;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	В синовиальной жидкости больных подагрой обнаруживаются: А. Ревматоидный фактор Б. Рыхлый муциновый остаток В. Кристаллы мочевой кислоты Г. Антинуклеарные антитела Д. Рыхлая соединительная ткань	В. Кристаллы мочевой кислоты	№2, глава 13
2.	Какой из признаков наиболее значим для диагноза системной красной волчанки: А. Алопеция Б. Гипер-g-глобулинемия В. Повышенный титр анти-ДНК антител Г. Синдром Рейно Д. Анемия	В. Повышенный титр анти-ДНК антител	№1, глава 4
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Наиболее ранние признаки дерматомиозита: А. Базальный пневмофиброз Б. Мышечная слабость В. Миокардит Г. Эритема кожи лица	Б. Мышечная слабость Г. Эритема кожи лица	№2, глава 9
2.	Какие симптомы имеют значение для ранней диагностики подагры: А. Утренняя скованность Б. Отек проксимальных межфаланговых суставов В. Резкая боль в плюснефаланговом суставе большого пальца Г. Повышение температуры до 38 - 390 Д. После купирования приступа боли сустав приобретает нормальную форму, восстанавливается полностью его функция	В. Резкая боль в плюснефаланговом суставе большого пальца Г. Повышение температуры до 38 - 390 Д. После купирования приступа боли сустав приобретает нормальную форму, восстанавливается полностью его функция	№2, глава 13
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
	Укажите основные диагностические критерии заболеваний: 1. ССД 2. Остеоартроз 3. Ревматоидный артрит 4. Подагра 5. ДМ 6. СКВ	ССД- Проксимальная индурация кожи Остеоартроз- Деформация сустава за счет костных разрастаний (узелки Гебердена) Ревматоидный артрит- Утренняя скованность,	№1, глава 4 №2, глава 6 №2, глава 7 №2, глава 9 №2, глава 13

	А.Дерматит, артрит без выраженных де формаций, полисерозит Б.Утренняя скованность, припухлость в симметричных суставах В.Проксимальная мышечная слабость Г.Проксимальная индурация кожи Д. Деформация сустава за счет кост-ных разрастаний (узелки Гебердена) Е.Появление острых болей в суставах с повышением температуры до 38 - 390С	припухлость в симметричных суставах Подагра- Появление острых болей в суставах с повышением температуры до 38 - 390С ДМ- Проксимальная мышечная слабость СКВ- Дерматит, артрит без выраженных де формаций, полисерозит	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная К., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в локтевых, лучезапястных суставах, выраженную слабость, недомогание, похудание. Анамнез: 3 года назад отмечала незначительную болезненность в плечевом суставе, к врачу не обращалась, боли прошли самостоятельно. Ухудшение связывает после приема физиопроцедур (УФО по поводу острого бронхита), на коже лица и рук появилось покраснение, сухость, температура субфебрильная. Вновь стала ощущать боли в суставах (локтевых, лучезапястных). Осмотр: кожные покровы сухие, на лице – участки гиперемии, шелушения. Т – 37,20. Припухлость лучезапястных и локтевых суставов. Со стороны сердца: аускультативно – умеренная тахикардия; тоны звучные, ритм правильный. АД 120/80 мм рт.ст. Общий анализ крови: эритроциты-3,5 х 1012/л, Нв 120 г/л, СОЭ 40 мм/час, Л. – 9,5 х 109/л. Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, альбумины 43%; фибриноген – 8,5 г/л; сиаловые	Предполагается этиологическая роль следующих факторов: хроническая вирусная инфекция и наследственная предрасположенность. Провоцирующие факторы: непереносимость лекарств, вакцины, сывороток, фотосенсибилизация, ультразвуковое облучение, беременность, роды, аборты. Слабость, похудание, повышение температуры тела.	№1, глава 4

	кислоты – 390 ед., выявляются LE–клетки. Вопросы: 1. Назовите факторы, предрасполагающие развитию данного заболевания		
2.	Больная М. 58 лет обратилась к ревматологу с жалобами на боли в коленных суставах, усиливающиеся в положении стоя или при нагрузке, периодически возникающий хруст при активных движениях в данном суставе. По утрам после пробуждения ощущает скованность движений в левом коленном суставе, которая длится 15-20 минут. Боли появились около 2 лет назад и постепенно усиливались. При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и дефигурации не отмечаются. Объем активных и пассивных движений незначительно снижен в левом коленном суставе. Атрофии окружающих тканей нет. Анализ крови: без отклонений от нормальных значений, СОЭ - 22 мм/ч, РФ - отрицательный. На рентгенограммах коленных: суставов сужение межсуставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты. Вопросы: 1. Укажите факторы риска данного заболевания.	Эндогенные факторы риска остеоартроза: возраст, пол, дефекты развития, наследственная предрасположенность. Экзогенные факторы: травмы, профессиональная деятельность, спорт, избыточная масса тела.	№1, глава 12
3.	Больной 37 лет, обратился к ревматологу с жалобами на остро возникшие сильные боли в правом локтевом суставе, значительное его припухание с гиперемией кожи и резким ограничением движений. В течение 2-х дней повышение температуры тела до 40 общее недомогание. Обострение связывает с переохлаждением. Подобные приступы возникали раньше 1-2 раза в год, но затрагивали коленные суставы или большой палец стопы. Трудоспособность в межприступный период не ограничена. У отца было подобное заболевание. Объективно: В области правого локтевого сустава	Избегать переохлаждений, больших физических и эмоциональных нагрузок, соблюдение диеты, контроль уровня мочевой кислоты крови.	№1, глава 13

	обширный отек, гиперемия, ограничение объема движений с резкой болезненностью. В ан. крови: лейк.-10,3 тыс., п/я -8, с/я- 72, э-3, м-4, л-12, СОЭ 34 мм/ч. В бихим. ан. крови: мочевая кислота 0,68 м Моль/л, С-реактивный белок (+++), фибриноген 6800 мг/л. Вопросы: 1. Рекомендуемые меры профилактики.		
4.	Больной З., 43 года, поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющие боли в I ПлФС пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру (в момент пробуждения) и при движениях, ограничение объёма движений в вышеперечисленных суставах, отёчность голеней и стоп, эпизодическое повышение АД до 150/100 мм рт. ст., ноющие боли в правой поясничной области. Считает себя больным в течение последних 7 лет, когда впервые появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области ПлФС I пальца левой стопы ночью. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним была красная, горячая, отмечалось повышение температуры тела до 38,2°С. Болевой синдром купировался приёмом больших доз анальгетиков. К врачам больной обращаться не стал. Боли в I ПлФС 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; отмечался субфебрилитет, недомогание, потеря аппетита, гиперсаливация и жажда. Обратился к врачу, при обследовании выявлены: СОЭ 52 мм/ч, гиперфибриногенемия (6,88 г/л), гиперурикемия (МК в крови 546 мкмоль/л), на рентгенограмме правого голеностопного сустава	Вероятные провоцирующие факторы в обострении подагрического артрита: употребление алкоголя или большого количества продуктов, содержащих в высоких концентрациях пуриновые основания; нервно-психическое напряжение; физическое переутомление; острое респираторное заболевание; переохлаждение; травмы, ушибы; приём лекарственных препаратов (диуретики).	№1, глава 13

	изменения не обнаружены. Назначен индометацин в дозе 150 мг/сут. В дальнейшем пациент отметил увеличение кратности обострений болезни до 3-4 раз в год. В последние 3 года отмечаются эпизоды повышения АД, появились боли в поясничной области, в связи с чем произведено УЗИ почек, которое выявило камень в нижнем полюсе правой почки размером 13 мм. Настоящее ухудшение началось за месяц до госпитализации, когда усилились боли в голеностопных, коленных суставах, суставах стоп, появилась слабость, периодически повышалась температура тела до 37,3°С. Известно, что пациент злоупотребляет алкоголем. При объективном осмотре (на момент поступления больного в ревматологическое отделение): больной повышенного питания, деформация голеностопных суставов, более выраженная справа, I ПлФС обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болей. На медиальном крас правой стопы обнаружен тофус до 6 мм в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64 в мин. АД 140/90 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный. Вопросы: 1. Какие провоцирующие факторы могли послужить причиной новых приступов артрита?		
5.	Больной В, 67 лет, обратился к ревматологу с жалобами на постоянные боли преимущественно в коленных суставах, усиливающиеся при движении, ходьбе вниз по лестнице, особенно в конце дня. Скованность по утрам около 10 минут. Из анамнеза известно, что боль в суставах беспокоит около 15-ти лет. Боли преимущественно в коленных суставах, в области	Профилактика первичная: снижение ИМТ, умеренные физ. нагрузки, прием хондропротекторов. Вторичная: снижение ИМТ, своевременное лечение, хондропротекторы.	№1, глава 12

	пяточных костей. Лечился самостоятельно различными нестероидными противовоспалительными мазями, делал массаж. Последнее обострение – около двух недель, когда после длительной ходьбы в течение дня появилась отечность правого коленного сустава, усилились боли, не возможно стало совершать активные движения. Отсутствие эффекта от лечения заставило больного обратиться в поликлинику. При осмотре: рост 165 см, вес 85 кг. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 68 уд в мин., АД – 135/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул – ежедневно, оформленный. Коленные суставы дефигурированы, правый больше за счет отека. При движении – крепитация; справа – сгибание 30°, разгибание в полном объеме. Движения ограничены из-за боли. Обследование. Общий анализ крови – эритроциты – 4,2·1012/л, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты- 4,2·109/л, эозинофилы – 1%, п/я нейтрофилы– 6%, с/я нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 27%, моноциты – 8%, СОЭ – 12 мм/ч. Общий анализ мочи – прозрачная, цвет - светло-желтый, плотность – 1,020, реакция кислая, белок – отрицательный, лейкоциты – 3 в поле зрения, эритроцитов – нет. Реакция Хеддельсон-Райта – отрицательная; антитела к хламидиям, йерсиниям классов IgM и IgG – отрицательные. Рентгенологическое исследование коленных суставов в прямой проекции. Суставная щель значительно сужена, выражен субхондральный склероз, грубые остеофиты бедренной и большеберцовой кости.		

	Вопросы: 1. Первичная и вторичная профилактика данного заболевания		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите клинические варианты АФС	• Вторичный АФС. • Первичный АФС. • Катастрофический АФС. • Серонегативный АФС. • Вероятный АФС, или преАФС. • Микроангиопатический АФС; • Перекрестный синдром	№1, глава 5
2.	Назовите факторы риска неблагоприятных исходов у больных системной красной волчанкой	• развитие заболевания в подростковом возрасте; • мужской пол; • острое течение; • высокая активность; • развитие нефрита в первые 3-6 мес от начала болезни; • прогрессирующая почечная недостаточность; • поражение ЦНС; • тромбоцитопения; • коморбидные заболевания (инфекции, атеросклеротическое поражение сосудов); • наличие более двух необратимых органных повреждений; • беременность.	№1, глава 4
3.	Назовите варианты сетчатого ливедо	-мелкое кистеобразное; -большое кистеобразное; - мелкое правильной формы; - и крупное правильной формы.	№2, глава 6

4.	Назовите большие классификационные критерии ювенильной системной склеродермии (2007)	- Поражение кожи -Поражение периферических сосудов - Поражение ЖКТ - Вовлечение сердца -Почечные проявления - Поражение респираторного тракта - Поражение мышечно-скелетной системы - Неврологические проявления - Определение серологических маркеров	№2, глава 7
5.	Назовите диагностические критерии болезни Кавасаки (по A. Rauch, E. Hurwitz, 1985).	• Лихорадка в течение не менее 5 дней. • Наличие 4 из 5 следующих признаков: - двустороннее покраснение конъюнктивы; - изменения слизистых оболочек верхних дыхательных путей; -изменения периферических отделов конечностей; - сыпь, главным образом на туловище (полиморфная, но не везикулярная); -шейная лимфаденопатия.	№2, глава 10

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 - осуществлять профилактические и лечебные мероприятия с учетом сопутствующей патологии

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Какие препараты считают наиболее эффективными средствами лечения синдрома Рейно? А. Празозин Б. Нифедипин В. Резерпин Г. Корватон Д. Простациклин	Б. Нифедипин	№2, глава 7
2.	В лечении дерматомиозита основное значение имеет А. Преднизолон в высоких дозах Б. Преднизолон в средних дозах В. Антиревматические противовоспалительные нестероидные препараты Г. Циклофосфан Д. Плазмаферез	Б. Преднизолон в средних дозах	№2, глава 9
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	При лечении системной склеродермии наиболее целесообразно назначить А. Преднизолон в высоких дозах Б. D-пеницилламин в средних и больших дозах В. Цитостатики Г. Вазодилататоры Д. Средства, корригирующие нарушенный гемостаз	Б. D-пеницилламин в средних и больших дозах Г. Вазодилататоры Д. Средства, корригирующие нарушенный гемостаз	№2, глава 7
2.	Для купирования острого подагрического артрита эффективны: А. Анальгин Б. Вольтарен В. Промедол Г. Колхицин	Б. Вольтарен Г. Колхицин	№2, глава 13
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Укажите основные диагностические критерии заболеваний: 1. ССД	ССД- Проксимальная индурация кожи	№4, глава 4 №4, глава 9

	2. Остеоартроз 3. Ревматоидный артрит 4. Подагра 5. ДМ 6. СКВ А.Дерматит, артрит без выраженных де формаций, полисерозит Б.Утренняя скованность, припухлость в симметричных суставах В.Проксимальная мышечная слабость Г.Проксимальная индурация кожи Д. Деформация сустава за счет кост-ных разрастаний (узелки Гебердена) Е.Появление острых болей в суставах с повышением температуры до 38 - 390С	Остеоартроз - Деформация сустава за счет костных разрастаний (узелки Гебердена) Ревматоидный артрит- Утренняя скованность, припухлость в симметричных суставах Подагра- Появление острых болей в суставах с повышением температуры до 38 - 390С ДМ- Проксимальная мышечная слабость СКВ- Дерматит, артрит без выраженных де формаций, полисерозит	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Женщина М. 65 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 10 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 Найз 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 ГБ 2 стадии, АГ 2	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	№1, глава 12

	степени 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. 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 – 4,2×1012/л, гемоглобин – 136 г/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 289×109/л, лейкоциты – 5,7×109/л, эозинофилы – 1%, сегментоядерные – 65 %, палочкоядерные – 1 %, лимфоциты – 29%, моноциты – 4 %, СОЭ – 12 мм/час. В биохимическом анализе крови: билирубин – 18 мкмоль/л, АСТ – 25 ЕД/л, АЛТ – 29 ЕД/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л, общий белок – 65 г/л, общий холестерин – 5,5 ммоль/л, СРБ – 1,5, креатинин – 77 мкмол/л, мочевая кислота – 348 ммоль/л. Рентгенограмма коленных суставов в прямой проекции: значительное сужение медиальной суставной щели коленных суставов, больше справа, субхондральный остеосклероз,	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 Эналаприла до 10 мг 2 раза в день, дозу Амлодипина оставить прежней, в связи с тем, что целевой уровень АД не достигнут. Аторвастатин 10 мг 1 раз в день, вечером.	

	краевые костные разрастания на краях суставных поверхностей. Вопросы: **1.** Назначьте лечение пациентке. Обоснуйте свой выбор.		
2.	Больной к. 55 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 и при движениях, ограничение объѐма движений в вышеперечисленных суставах, отѐчность голеней и стоп, эпизодически выявляемое повышение АД до 160/110 мм рт. ст. (регулярно АД не контролирует, терапии не получает), ноющие боли в правой поясничной области. Работает в офисе, ведѐт малоподвижный образ жизни. Диет не соблюдает. Наследственный анамнез: мать больного 70 лет страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, отец умер в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда. 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 и блестящей. Повысилась температура тела до 38,2°С. 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,	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 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,	№1, глава 13

	через несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава. Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год, с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава. Боли в суставе носили аналогичный характер, сопровождались общими явлениями в виде субфебрилитета, недомогания, в продромальный период пациент отметил потерю аппетита, гиперсаливацию и жажду. Обратился к врачу-терапевту участковому, при обследовании выявлены ускоренное СОЭ до 52 мм/час, гиперфибриногенемия (6,88 г/л), гиперурикемия (мочевая кислота в крови - 546 мкмоль/л), гиперхолестеринемия (общий холестерин - 7,2 ммоль/л, липидные фракции не исследовались), гликемия натощак - 6,0 ммоль/л, на рентгенограмме правого голеностопного сустава изменения не обнаружены. 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 - 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,	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 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.	

	ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД - 160/80 мм рт. ст., ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю рѐберной дуги. Периферических отѐков нет. Вопросы: 2. Выберите тактику ведения пациента в межприступный период.		
3.	Больной К. 60 лет обратился к врачу 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 10 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм. Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. 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, синевато- багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Мочевая кислота - 780 ммоль/л, холестерин крови - 6,7 ммоль/л, триглицериды – 2,7 ммоль/л, ЛПВП –	Антагонисты рецепторов к ангиотензину II для коррекции АД и Аторвастатин для снижения гиперлипидемии, так как эти препараты обладают урикозурическим эффектом. Кроме того, выбор препарата из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II основан на его нефропротективных свойствах. С этой же позиции оправдано использование в качестве гипотензивного средства препарата из группы ингибиторов АПФ. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.	№1, глава 13

	1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л. Вопросы: 3. Каким препаратам следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии и почему?		
4.	В кардиологическое отделение поступила пациентка 65 лет с обострением течения сердечной недостаточности. Жалобы на одышку, при незначительной физической нагрузке, пастозность голеней, перебои в работе сердца. Страдает ХСН в течение 5 лет, последнее обострение состояния 2 года назад. 3 года назад перенесла Q – позитивный ОИМ. Из базисной терапии в настоящий момент принимает бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, дезагреганты. Также известно, что пациентка страдает серопозитивным ревматоидным артритом. Болеет РА более 10 лет, ранее принимала метотрексат, однако в последний год был отменен в связи с развитием ряда осложнений. В течение всего периода заболевания отмечались артриты проксимальных Отмечает ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда стали появляется эпизоды скованности, припухлости, суставов, субфебрильная лихорадка. Со слов пациентки в связи с выраженными ограничениями в двигательной активности начала принимать ибупрофен по 1 таблетке (200 мг) по 1-2 раза в день в течение 1 недели. После чего отметила появление одышки, пастозности голеней. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, признаков цианоза нет, температура тела 37,2С. ЧДД 15/мин. При аускультации легких: основное дыхание везикулярное с жестким оттенком, нормальное.	Настоящая декомпенсация ХСН обусловлена обострение течения ревматоидного артрита и приемом НПВП, в частности, неселективного группы. В первую очередь необходимо добиться компенсации сердечной недостаточности. Отменить НПВП, подобрать другие возможные варианты иммуномодулирующей терапии с учетом противопоказаний в отношении сердечной недостаточности.	№1, глава 1

	Дополнительных дыхательных шумов нет. SpO2 99%. ЧСС 91 уд/мин. АД 145/80 мм рт. ст. При аускультации сердца тоны аритмичные по типу ЭС, ослабленные, дополнительных шумов нет. Вопросы: 4. Обозначьте возможные причины декомпенсации. Составьте тактику лечения.		
5.	Женщина 65 лет предъявляет жалобы на боль в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 20 мин. Указанные жалобы беспокоят более 105 лет, периодически принимала Диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом.. 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. Пастозность голеней. Вес - 96 кг, рост - 162 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 - 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 - 130 г/л, лейкоциты - 7,7×109/л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии.	Пациенту для лечения полиостеоартроза необходимо назначение 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. Из немедикаментозного лечения важным является коррекция модифицируемых факторов риска, а именно снижение веса тела, регулярные дозированные физические нагрузки (ходьба, плавание), ношение наколенников при длительной статической нагрузке, физиотерапия, санаторно-курортное лечение. Для лечения ИБС и гипертонической болезни необходимо назначение препаратов	№1, глава 12

	Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок - 8 мг/л. Общий анализ мочи без патологии Вопросы 5. Какова тактика ведения больной (немедикаментозная и медикаментозная)?	из группы селективных бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов, антиагрегантов.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите «малые» критерии болезни Бехчета	1) поражение желудочно-кишечного тракта: язвы в илеоцекальном отделе кишечника; 2) сосудистые нарушения; 3) поражение центральной нервной системы; 4) эпидидимит; 5) артрит без деформаций и анкилозов.	№2, глава 10
2.	Назовите фазы патогенеза подагры	•I - гиперурикемия и накопление уратов в организме; II - отложение уратов в тканях; •III - острое подагрическое воспаление.	№2, глава 13
3.	Назовите факторы неблагоприятного прогноза при анкилозирующем спондилите	• начало болезни в детском возрасте; • коксит (воспаление тазобедренного сустава); • раннее формирование кифоза шейного отдела позвоночника; • стойкий периферический артрит нижних конечностей;	№1, глава 2

		• внескелетные проявления (рецидивирующий или хронический увеит, аортит, выраженные нарушения проводимости сердца); • стойкая высокая лабораторная активность (увеличение СОЭ, СРБ); • неэффективность или плохая переносимость НПВП.	
4.	Какие препараты возможно использовать в качестве симптоматической терапии ревматоидного артрита?	Нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикостероиды	№4, глава 4
5.	Лекарственные средства, рекомендованные при А С	• НПВП; • анальгетики; • ГК; • стандартные БПВП; • ингибиторы ФНО-α.	№1, глава 2

	Владеть
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1 - навыками профилактики ревматологических заболеваний;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Большую роль в профилактике развития остеоартроза играет: а) отсутствие очагов хронической инфекции;	б) поддержание нормальной массы тела;	№1, Глава 12

	б) поддержание нормальной массы тела; в) занятия спортом; г) контроль глюкозы крови.		
2.	Меры по первичной профилактики ревматоидного артрита: а) контроль холестерина; б) контроль глюкозы; в) не разработаны; г) контроль креатинина.	в) не разработаны;	№1, Глава 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Профилактика остеоартроза включает: а) коррекция нарушенной биомеханики сустава; б) тренировка четырехглавой мышцы бедра; в) поддержание нормальной массы тела; г) ограничение подъема тяжестей.	а) коррекция нарушенной биомеханики сустава; б) тренировка четырехглавой мышцы бедра; в) поддержание нормальной массы тела; г) ограничение подъема тяжестей.	№1, Глава 12
2.	Меры профилактики развития остеопороза включают: а) отказ от курения и алкоголя; б) адекватный прием кальция с пищей и достаточное поступление витамина D; в) физические упражнения; г) заместительную гормональную терапию женскими половыми гормонами.	а) отказ от курения и алкоголя; б) адекватный прием кальция с пищей и достаточное поступление витамина D; в) физические упражнения; г) заместительную гормональную терапию женскими половыми гормонами.	№2, Тема 15
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Мониторинг состояния пациентов с остеопорозом включает ___ 2. С целью профилактики постменопаузального остеопороза у пациенток с остеопенией можно применять ___ 3. Профилактика приступов подагрического артрита на фоне назначения уратоснижающей терапии включает ___ а) ДЭРА-денситометрию; б) золендроновую кислоту; в) колхицин и/или НПВП.	1. Мониторинг состояния пациентов с остеопорозом включает ДЭРА-денситометрию. 2. С целью профилактики постменопаузального остеопороза у пациенток с остеопенией можно применять золендроновую кислоту. 3. Профилактика приступов	№1, Глава 13; №2, Тема 15

		подагрического артрита на фоне назначения уратоснижающей терапии включает колхицин и/или НПВП.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1	Пациентка О. 58 лет предъявляет жалобы на боли в тазобедренных и коленных суставах, усиливающиеся к вечеру, отечность и хруст в коленных суставах. При осмотре больная повышенного питания. Сгибание в коленных суставах несколько ограничено и болезненно, при активных и пассивных движениях грубый хруст. 1. Назовите основные принципы профилактики.	а) коррекция нарушенной биомеханики сустава; б) тренировка четырехглавой мышцы бедра; в) поддержание нормальной массы тела; г) ограничение подъема тяжестей.	№1, Глава 12
2	Пациентка Д., 24 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на сыпь на ладонях, которая появилась около недели назад. Отмечает побеление и болезненность пальцев рук и ног, усиливающиеся при их охлаждении. При объективном осмотре: На лице определяется эритема в виде «бабочки», преимущественно на щеках. На подушечках пальцев рук, ладонях, ногтевых ложе отмечается мелкоточечная геморрагическая сыпь, второй и третий пальцы рук красно-синюшного оттенка. Движения в голеностопных и локтевых суставах ограничены из-за боли, незначительная припухлость пораженных суставов. АД - 130/95 мм рт. ст. Со стороны органов дыхательной системы и желудочнокишечного тракта патологических изменений не выявлено. 1. Назовите основные принципы профилактики обострения заболевания у данной пациентки.	Следует рекомендовать пациентам избегать факторов, которые могут спровоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс, инсоляция, немотивированный прием медикаментов и др.), отказаться от курения, стремиться к поддержанию нормальной массы тела (уровень доказательности С). У больных СКВ повышен риск развития интеркуррентных инфекций, атеросклероза, АГ, СД, злокачественных заболеваний, что в значительной степени увеличивает летальность. Пациенты с повышенным риском	№1, Глава 4

		подлежат наблюдению и обследованию совместно с профильными специалистами.	
3	Пациентка А., 28 лет, с жалобами на сильные боли и припухлость, скованность в коленных, локтевых и лучезапястных суставах. Отмечает в течение 1,5 месяца температуру 37,1ºС - 37,3ºС. Заболевание связывает с перенесенной вирусной инфекцией. При объективном осмотре: Температура тела 37,2ºС. Определяется умеренная припухлость пораженных суставов, гипертермия кожи при их пальпации. Пассивные и активные движения в коленных, локтевых и лучезапястных суставах ограничены из-за выраженных болей. 1. Назовите основные принципы профилактики заболевания у данной пациентки, если существует.	Профилактика не разработана.	№1, Глава 1
4	Больная 69 лет обратилась к терапевту с жалобами на пульсирующие постоянные головные боли в височных областях, снижение зрения, ноющие боли в мышцах плеч, коленных, плечевых, локтевых суставах, скованность до 12 часов дня, похудание на 5 кг за последний год. Анамнез заболевания: болеет в течение 2 лет, началось с болей в суставах, мышцах, затем присоединились головные боли, снижение зрения. В связи с усилением симптомов обратилась к врачу. Объективно: Обнаружены плотные и извитые височные артерии, болезненные при пальпации. 1. Назовите основные принципы кардиоваскулярной профилактики у данной пациентки.	Всем больным ГКА для снижения риска развития цереброваскулярных и кардиоваскулярных катастроф рекомендуется назначать низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (75-150 мг/сут) (уровень доказательности С).	№1, Глава 8
5	Больной Ж. 47 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 (в	Профилактика приступов артрита. • Необходимо предупредить больного о возможном риске обострений артрита после назначения	№1, Глава 13

	момент пробуждения. При осмотре: 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. 1. Назовите основные принципы профилактики обострения артрита у данного пациента.	любых уратоснижающих препаратов. • Для профилактики приступов артрита в течение первых месяцев после начала уратоснижающей терапии можно использовать колхицин (с постепенной эскалацией дозы 0,5/0,6-1,0/1,2 мг/сут) (уровень доказательности А) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании) (уровень доказательности В). • При наличии абсолютных противопоказаний и/или неэффективности НПВП и колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение канакинумаба (уровень доказательности А).	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Назовите основные методы профилактики остеопороза.	• С целью профилактики рекомендуют адекватный прием кальция с пищей и достаточное поступление витамина D. •Людям с риском остеопороза или доказанным дефицитом витамина D должны назначать добавки с	№2, Тема 15

		наличием витамина D по 800 МЕ/сут. При недостаточном потреблении кальция с пищей необходимы также и его добавки. Продолжительность приема препаратов кальция и витамина D зависит от того, сохраняется ли риск либо дефицит. •Активный образ жизни, физические упражнения и отказ от вредных привычек. • Женщинам в возрасте моложе 60 лет в постменопаузе с целью профилактики остеопороза дополнительно к вышеперечисленному могут назначать заместительную гормональную терапию женскими половыми гормонами независимо от наличия климактерических симптомов при условии низкого риска сердечно-сосудистых осложнений. Вопрос о назначении и длительности гормонов решает гинеколог индивидуально для каждой пациентки с учетом противопоказаний и возможного риска осложнений. •С целью профилактики постменопаузального остеопороза у пациенток с остеопенией можно применять золедроновую кислоту.	

7.	Назовите нефармакологические методы профилактики приступов подагры.	Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и уменьшение массы тела, отказ от курения. Диета, обогащенная молочными продуктами с низким содержанием жира, приводит к снижению сывороточного уровня мочевой кислоты и частоты приступов артрита.	№1, Глава 13
8.	Назовите нефармакологические методы профилактики обострений системной красной волчанки.	Следует рекомендовать пациентам избегать факторов, которые могут спровоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс, инсоляция, немотивированный прием медикаментов и др.), отказаться от курения, стремиться к поддержанию нормальной массы тела.	№1, Глава 4
9.	Назовите немедикаментозные методы профилактики обострений системной склеродермии.	Пациентам рекомендуют отказаться от курения, потребления кофе и лекарственных средств, провоцирующих вазоспазм, носить теплую одежду, избегать воздействия холода и вибрации, а также избегать психоэмоциональных перегрузок.	№1, Глава 6
10.	Назовите основные принципы наблюдения за пациентами с идиопатическими воспалительными миопатиями.	• Общий осмотр не реже 1 раза в 3 мес. • Определение КФК каждые 2-3 мес. • Проведение игольчатой электромиографии не	№1, Глава 7

		реже 1 раза в 6 мес, при ремиссии - 1 раз в год. • Лабораторное исследование для мониторинга безопасности терапии. • Следует рекомендовать пациентам избегать факторов, которые могут спровоцировать обострение болезни (инсоляция, интеркуррентные инфекции, стресс, травмы и др.). • Скрининговое проведение онкопоиска не реже 1 раза в год в течение первых 5 лет болезни.	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	2 - навыками диспансеризации пациентов, с различной ревматологической патологией.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	В процессе лечения циклофосфаном больных системной склеродермией во время основного курса необходим контроль 2 раза в неделю: а) глюкозы; б) холестерина; в) амилазы; г) общего анализа крови.	г) общего анализа крови	№2, Тема 7

2.	Оценку эффективности проводимого патогенетического лечения проводят с помощью аксиальной ДЭРА-денситометрии через а) 1 месяц после начала терапии; б) 6 месяцев после начала терапии; в) 1-3 года после начала терапии; г) 5 лет после начала терапии.	в) 1-3 года после начала терапии;	№2, Тема 15
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Перед началом лечения больных остеоартрозом необходим контроль: а) общего анализа крови и мочи, б) креатинина, в) глюкозы, г) общего билирубина, трансаминаз.	а) общего анализа крови и мочи, б) креатинина, в) глюкозы, г) общего билирубина, трансаминаз.	№1, Глава 12
2.	Реабилитация показана всем пациентам системной склеродермией а) с хронической формой; б) подострой формой; в) обострением хронической формы; г) острой формой.	а) с хронической формой; б) подострой формой; в) обострением хронической формы;	№1, Глава 6
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Активная реабилитация больных системной склеродермией показана___ 2. Умеренная реабилитация больных системной склеродермией показана___ 3. Пассивная реабилитация больных системной склеродермией показана ___ а) пациентам с острым течением ССД, высокой степенью активности (лихорадка, полиартрит, миозит, кардиопатия, нефропатия, СОЭ более 35 мм/ч); б) пациентам с хроническим течением заболевания, минимальной степенью активности (вазоспастические и трофические нарушения, СОЭ до 20 мм/ч); в) пациентам с ССД при подостройи обострении хронической формы, с умеренной степенью активности (артралгии, артриты, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ в пределах 20-35 мм/ч).	1. Активная реабилитация больных системной склеродермией показана пациентам с хроническим течением заболевания, минимальной степенью активности (вазоспастические и трофические нарушения, СОЭ до 20 мм/ч); 2. Умеренная реабилитация больных системной склеродермией показана пациентам с ССД при подостройи обострении хронической формы, с умеренной степенью активности (артралгии, артриты, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ в пределах 20-35 мм/ч); 3. Пассивная реабилитация больных системной	№1, Глава 6

		склеродермией показана пациентам с острым течением ССД, высокой степенью активности (лихорадка, полиартрит, миозит, кардиопатия, нефропатия, СОЭ более 35 мм/ч).	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная Н.,53 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли в коленных суставах. Из анамнеза известно, что пациентка страдает остеоартритом коленных суставов не менее 10 лет, по поводу чего первоначально получала симптоматические препараты замедленного действия (SYSADOA) и внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты. От использования данных препаратов отказалась в силу неэффективности. От предложенного эндопротезирования категорически отказалась. В течение двух лет пользуется тростью, в течение последних шести месяцев ежедневно принимает кетопрофен. При осмотре: Варусная деформация коленных суставов с боковым отклонением до 20^0, при движениях в них выраженная крепитация. 1. Составьте план диспансерного наблюдения.	1. Общеклинические анализы крови и мочи, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки - 1 раз в год. 2. Рентгенография пораженных суставов выполняется по показаниям (консультация у ортопеда, дифференциальная диагностика) – 1 раз в 1-2 года. 3. Плановый осмотр ревматологом осуществляется 1-2 раза в год 4. При выраженных деформациях суставов показана консультация ортопеда для решения вопроса о проведении хирургического лечения.	№1, Глава 12
2.	Больная М., 43 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на припухлость и боли в лучезапястных и пястно-фаланговых суставах кистей. Боли сильнее в утренние часы. Утренняя скованность до 10-11 часов дня. Данные симптомы появились около 12 месяцев назад и медленно прогрессировали.	Все больные РА должны находиться под постоянным диспансерным динамическим наблюдением ревматолога, а при его отсутствии - участкового терапевта	№1, Глава 1

	Припухлость и болезненность II-III пястно-фаланговых и обоих лучезапястных суставов. Движения в суставах – в полном объеме. 1. Составьте план диспансерного наблюдения для данной пациентки.	или врача общей практики. 1. Периодичность осмотров 1 раз в 3 мес., стоматологом, офтальмологом, невропатологом – 1 раз в год. 2. Общеклинические исследования крови (включая тромбоциты) и мочи выполняются 4 раза в год. 3. Биохимическое исследование крови (СРБ, АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин) – 2-4 раза в год, креатинин – 1-2 раза в год, глюкоза – 1 раз в год. 89 4. Рентгенография суставов кистей и стоп - 1 раз в год, других суставов - по показаниям (при развитии осложнений). 5. Рентгенография органов грудной клетки - 1 раз в год. 6. При постоянном приеме НПВП (глюкокортикоидов) – ФГДС через 3 месяца от начала их использования, затем один раз в год. 7. При выраженных деформациях суставов показана консультация ортопеда для решения вопроса о проведении хирургического лечения.	
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	Все больные спондилоартритами должны находиться под постоянным диспансерным динамическим наблюдением ревматолога, участкового терапевта	№1, Глава 2

	правом глазу, который был расценен как ирит и купирован глазными каплями, содержащими стероиды. При осмотре: суставы без видимых изменений. Пробы Томайера, Шобера, Форестье, Отта положительны. Со стороны внутренних органов особенностей нет. 1. Составьте план диспансерного наблюдения для пациента с данной патологией.	или врача общей практики. Периодичность осмотров врачом-ревматологом (с расчетом воспалительных индексов) 1 раз в 3 мес., офтальмологом – 1-2 раза в год. Общеклиническое исследование крови и мочи выполняется 1-2 раза в год. Биохимическое исследование крови (СРБ, АЛТ, АСТ) – 1-2 раза в год, креатинин - 1 раз в год, глюкоза – 1 раз в год. Рентгенография органов грудной клетки - 1 раз в год. УЗИ сердца – по показаниям. При постоянном приеме НПВП – ФГДС через 3 месяца от начала приема, затем 1 раз в год.	
4.	Больной Р., 45 лет, поступил в ревматологическое отделение с жалобами на припухлость и резкую боль в первом пальце правой стопы. Заболел остро 2 дня назад: после посещения сауны и обильного застолья ночью возникла очень сильная боль в первом пальце правой стопы. Утром больной заметил отек первого пальца правой стопы и багровую окраску кожи над ним. В течение следующих суток не мог даже дойти до туалета из-за резкой боли. Температура тела повысилась до 37,8 °С, в связи с чем обратился в поликлинику по месту жительства. Госпитализирован по направлению поликлиники. Из анамнеза известно, что в течение последних 3 лет эпизодически наблюдаются подъемы артериального давления до 160/100	1. Осмотр каждые 3 - 6 мес. 2. Определение уровня мочевой кислоты в сыворотке в начале антигиперурикемического лечения – каждые 2 – 4 недели, а последующем – каждые 6 мес Общий анализ крови и мочи – каждые 6 мес Биохимическое исследование крови (расчет СКФ, гликемии, ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ для оценки состояния липидного обмена и риска развития атеросклероза) - каждые 6-12 мес	№1, Глава 13

	мм рт.ст., постоянной гипотензивной терапии не получал. ЧСС - 84 в минуту. АД - 150/105 мм рт.ст. Левая доля печени на 1,5 см выступает из-под реберной дуги; край печени мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10 х9х9,5 см. Выраженная деформация первого плюснефалангового сустава правой стопы за счет экссудативных явлений; резкая болезненность при пальпации данного сустава (больной отдергивает ногу), гиперемия кожи над ним и повышение местной температуры, объем движений в первом плюснефаланговом суставе справа резко ограничен. Другие суставы при осмотре не изменены. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1016, белок и глюкоза отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Рентгенография стоп: сужение суставных щелей, преимущественно плюснефаланговых суставов с обеих сторон. 1. Составьте план диспансерного наблюдения для пациента с данной патологией.	Рентгенография пораженных суставов (по показаниям) УЗИ почек (по показаниям) 3. Осмотр ревматолога 1-2 раза в год 4. Осмотр уролога - по показаниям	
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. 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 суставных щелей, множественные эрозии и узуры в области проксимальных	Все больные РА должны находиться под постоянным диспансерным динамическим наблюдением ревматолога, а при его отсутствии - участкового терапевта или врача общей практики. 1. Периодичность осмотров 1 раз в 3 мес., стоматологом, офтальмологом, невропатологом – 1 раз в год. 2. Общеклинические исследования крови (включая тромбоциты) и	№1, Глава 1

	межфаланговых суставов. 1. Составьте план диспансерного наблюдения для пациентки с данной патологией.	мочи выполняются 4 раза в год. 3. Биохимическое исследование крови (СРБ, АЛТ, АСТ, ЩФ, билирубин) – 2-4 раза в год, креатинин – 1-2 раза в год, глюкоза – 1 раз в год. 4. Рентгенография суставов кистей и стоп - 1 раз в год, других суставов - по показаниям (при развитии осложнений). 5. Рентгенография органов грудной клетки - 1 раз в год. 6. При постоянном приеме НПВП (глюкокортикоидов) – ФГДС через 3 месяца от начала их использования, затем один раз в год. 7. При выраженных деформациях суставов показана консультация ортопеда для решения вопроса о проведении хирургического лечения.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите основные принципы вакцинопрофилактики у больных ревматоидным артритом.	Поскольку БПВП и ГИБП обладают способностью подавлять поствакцинальный иммунитет, всем больным РА рекомендовано следующее. Вакцинация (инактивированные вакцины) против инфекции вирусом	№1, Глава 1

		гриппа и пневмококковой инфекции. Вакцинация против инфекции вирусом гепатита В рекомендуется в группах высокого риска (медицинские работники и др.). Вакцинация против инфекции вирусом опоясывающего герпеса (Herpes zoster) рекомендуется пациентам старше 60 лет. Вакцинация живыми вакцинами (корь, краснуха, паротит, полиомиелит, ротавирусы, желтая лихорадка и др.) на фоне лечения ГИБП противопоказана. Вакцинация возможна после отмены ГИБП: АБЦ (через 3 мес), АДА (через 3 мес), ЭТЦ (через 1 мес), ИНФ (через 6 мес), рТм (через 12 мес), ТЦЗ (через 3 мес).	
2.	Назовите основные принципы диспансеризации больных с системной склеродермией.	Врачебный осмотр, в зависимости от течения болезни, наличия и степени выраженности висцеральных поражений, проводят каждые 3-6 мес. Одновременно делают общие и биохимические анализы крови и мочи. При повторных визитах больного врачу необходимо провести активный расспрос, чтобы оценить динамику синдрома Рейно, проявления пищеводного рефлюкса, одышки, аритмии и др.	№2, Тема 7

3.	Назовите основную цель реабилитации у больных системной склеродермией.	Основная цель реабилитации - восстановительное лечение и профилактика осложнений, направленные на уменьшение сосудистых осложнений и прогрессирование фиброза.	№1, Глава 6
4.	Назовите кратность контроля эффективности и безопасности проводимой терапии у больных системными васкулитами.	В процессе лечения следует тщательно контролировать эффективность и безопасность проводимой терапии каждые 1-3 мес. Всем пациентам с системными васкулитами, находящимся в стадии стойкой ремиссии, следует проводить лабораторное исследование не менее 1 раза в полгода.	№1, Глава 8
5.	Назовите основные принципы диспансерного наблюдения за больными идиопатическими воспалительными миопатиями.	Общий осмотр не реже 1 раза в 3 мес. Определение КФК каждые 2-3 мес. Проведение игольчатой электромиографии не реже 1 раза в 6 мес, при ремиссии - 1 раз в год. Лабораторное исследование для мониторинга безопасности терапии. Следует рекомендовать пациентам избегать факторов, которые могут спровоцировать обострение болезни (инсоляция, интеркуррентные инфекции, стресс, травмы и др.). Скрининговое проведение онкопоиска	№1, Глава 7

		не реже 1 раза в год в течение первых 5 лет болезни.	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине

ПК-4 Готовность к применению социально гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-4 Готовность к применению социально гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	1 - типовую учетно-отчетную медицинскую документацию медицинских учреждений; экспертизу трудоспособности

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Как часто заместитель главного врача по ЭВН обязан проводить врачебные конференции по вопросам состояния заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности: а) ежемесячно; б) не реже 1 раза в квартал; в) не реже 1 раза в полугодие; г) ежегодно.	б) не реже 1 раза в квартал;	№10, стр 45
2.	Одним из принципов врачебно-трудовой экспертизы является: а) коллегиальность в принятии решения; б) принцип прав пациента; в) доступность медицинской помощи; г) учет и контроль;	а) коллегиальность в принятии решения;	№10, стр 45

	д) принцип единоначалия.		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются: а) генетические; б) природно-климатические; в) уровень и образ жизни населения; г) уровень, качество и доступность медицинской помощи	а) генетические; б) природно-климатические; в) уровень и образ жизни населения; г) уровень, качество и доступность медицинской помощи	№10, стр 45
2.	Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность (укажите все возможные варианты ответа): а) выдается и закрывается, как правило, в одном ЛПУ; б) выдается в одном ЛПУ, а при показаниях может быть продлен в другом ЛПУ; в) всегда выдается в одном, а закрывается в другом ЛПУ; г) всегда и выдается, и закрывается только в одном ЛПУ; д) все ответы неверны.	а) выдается и закрывается, как правило, в одном ЛПУ; б) выдается в одном ЛПУ, а при показаниях может быть продлен в другом ЛПУ;	№10, стр 42
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Укажите возраст несовершеннолетних: а) до 15 лет включительно – в общесоматической медицине б) до 16 лет включительно – в наркологии в) до 18 лет включительно – в отношении ВИЧ-инфицированных граждан, а также в трансплантологии	а) до 15 лет включительно – в общесоматической медицине б) до 16 лет включительно – в наркологии в) до 18 лет включительно – в отношении ВИЧ-инфицированных граждан, а также в трансплантологии	№10, стр38

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной К. находился на лечении в стационаре в терапевтическом отделении с 21.06 по 26.07. При выписке из стационара по прогнозу лечащего врача больной по 29.07 нетрудоспособен. На какой период будет выдан листок нетрудоспособности? Кто должен подписывать листок нетрудоспособности при выписке больного из стационара?	Листок нетрудоспособности должен быть выдан на весь период пребывания в стационаре, то есть с 21.06. по 26.07. и на период после выписки из стационара с 27.07. по 29.07. включительно. Листок нетрудоспособности подписывает единолично лечащий врач, более 15 дней – председатель ВК.	№10, стр 43
2.	Рабочий слесарной мастерской 32 лет в связи с травмой нижней конечности находится на листке нетрудоспособности с 5.01. по 7.08. Прогноз при интенсивной реабилитации благоприятный. Имеют ли право врачи муниципального лечебно-профилактического учреждения продлевать листок нетрудоспособности и далее? Если листок нетрудоспособности будет продлеваться, то кто имеет право это делать? На какой максимальный срок можно в данном случае продлевать листок нетрудоспособности? Что необходимо сделать после истечения максимального срока выдачи листка нетрудоспособности, если состояние нетрудоспособности останется?	Да, поскольку прогноз заболевания и восстановление трудоспособности благоприятный. ВК До 10 месяцев. По истечении максимального срока продления листка нетрудоспособности больной по решению ВК должен быть направлен в бюро МСЭ.	№10, стр 39
3.	В связи с начальными признаками профессионального заболевания больной 35 лет переведен на работу без профессиональных вредностей, но с пониженной оплатой труда с 3.05.	1. Да. 2. Выдается так называемый «доплатно» листок нетрудоспособности, пособие по которому	№10, стр 35

	1. Должен ли в данном случае решаться вопрос о выдаче листка нетрудоспособности? 2. Каково назначение в данном случае листка нетрудоспособности, если он будет выдаваться? 3. Кем выдается (если выдается) листок нетрудоспособности в таких случаях? 4. При каких заболеваниях выдаются такие листки нетрудоспособности? 5. На какой срок выдаются в подобных случаях листки нетрудоспособности?	компенсирует потерю по заработной плате. 3. Да. 4. В связи с профессиональными заболеваниями или туберкулезом. 5. Максимально до 2 месяцев.	
4.	Остро заболевший 46 лет, у которого были выявлены признаки временной нетрудоспособности в связи с болезнью глаз, обратился к врачу-офтальмологу, занимающемуся частной практикой 17.12. Находился у него на лечении и был нетрудоспособен до 27.12. 1. Имел ли право врач, занимающийся индивидуальной частной практикой, выдать листок нетрудоспособности и временно освободить от работы? 2. На какой срок лечащий частно практикующий врач имеет право освобождать больных при нетрудоспособности от работы и выдавать листки нетрудоспособности 3. На какой срок мог бы выдать листок нетрудоспособности больному лечащий врач-офтальмолог в рассматриваемом случае?	Да, при наличии лицензии. 2. Максимально на срок до 30 дней за одной своей подписью. Единовременно он может выдать листок нетрудоспособности не более, чем на 10 дней. 3. С 17.12. по 27.12.	№10, стр 35
5.	В период очередного отпуска с 1.08. по 28.08, работая на садово-огородном участке, мастер коммерческого предприятия получил травму пальцев кисти правой руки и был нетрудоспособен с 9.08. по 20.08. 1. Будет ли в данном случае выдан листок нетрудоспособности?	1. Да. 2. С 1-го дня нетрудоспособности на срок с 9.03. по 20.03. 3. С 6-го дня нетрудоспособности.	№10, стр 41

	2. С какого дня выдается листок нетрудоспособности и на какой срок? 3. С какого дня нетрудоспособности будет оплачиваться листок нетрудоспособности? 4. Будет ли продлен очередной отпуск в данном случае или в предоставленные свободные от работы оплаченные дни в удобный для администрации период года? 5. Какие особенности оформления листка нетрудоспособности в данном случае?	4. Да, на время выдачи листка нетрудоспособности (т. е на 7 дней). 5. Листок нетрудоспособности может быть выдан единолично лечащим врачом, а в графе о виде нетрудоспособности указывается (подчеркивается): «несчастный случай в бы	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Кто имеет право на выдачу листков нетрудоспособности: а) лечащие врачи государственной системы здравоохранения; б) лечащие врачи муниципальной системы здравоохранения; в) лечащие врачи частной системы здравоохранения;	) лечащие врачи государственной системы здравоохранения; б) лечащие врачи муниципальной системы здравоохранения; в) лечащие врачи частной системы здравоохранения;	№10, стр 41
2.	При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен (выберете все возможные варианты ответа): а) на срок не более 4 месяцев; б) до полного восстановления здоровья; в) на срок не более 10 месяцев; г) в отдельных случаях не более 12 месяцев; д) до улучшения состояния.	в) на срок не более 10 месяцев; г) в отдельных случаях не более 12 месяцев;	№10, стр 43

3.	Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания рабочей смены, какая дата указывается в листке нетрудоспособности: а) дата обращения за медицинской помощью; б) дата, следующая за днем обращения за медицинской помощью; в) по желанию гражданина может быть указана дата обращения за медицинской помощью или дата, следующая за этим днем.	а) дата обращения за медицинской помощью; б) дата, следующая за днем обращения за медицинской помощью; в) по желанию гражданина может быть указана дата обращения за медицинской помощью или дата, следующая за этим днем.	№10, стр 45
4.	Кто может быть экспертом качества медицинской помощи в системе ОМС: а) любой врач со стажем работы от 5 – 10 лет; б) практикующий врач со стажем работы по специальности не менее 5 лет и включенный в регистр экспертов качества; в) врач специалист, имеющий любую квалификационную категорию или ученую степень и прошедший подготовку по экспертизе качества медицинской помощи; г) врач, имеющий сертификат по специальности со стажем не менее 10 лет, прошедший подготовку по экспертной деятельности в сфере в ОМС и состоящий в регистре экспертов качества	г) врач, имеющий сертификат по специальности со стажем не менее 10 лет, прошедший подготовку по экспертной деятельности в сфере в ОМС и состоящий в регистре экспертов качества	№10, стр 39
5.	Критерием общей заболеваемости (распространенности, болезненности) населения является: а) частота патологии среди населения, выявленная при медицинских осмотрах;	б) совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в	№10, стр 39

	б) совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы; в) совокупность новых, нигде ранее не ученных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний; г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемость: инфекционную, неэпидемическую, с временной утратой трудоспособности.	данном году, так и в предыдущие годы;	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-4 Готовность к применению социально гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	1 - анализировать и оценивать качество медицинской помощи населению, вести медицинскую документацию.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ I - II СТЕПЕНЕЙ АКТИВНОСТИ ... а) 15 - 20 дней б) 21 - 30 дней в) 30 - 45 дней	в) 30 - 45 дней	№ 1, глава 1

	г) 7 - 14 дней		
2.	НЕ ДОПУСКАЮТСЯ К РАБОТЕ, А СРАЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МСЭ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫЕ ... а) С ревматизмом б) С узелковым периартериитом в) С болезнью Бехтерева г) С псориатическим артритом	б) С узелковым периартериитом	№ 1, глава 8
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ, ОПАСНЫМИ ДЛЯ ЖИЗНИ, ЯВЛЯЮТСЯ ... а) Острое желудочно-кишечное кровотечение б) Остеопороз в) Катаракта г) Амилоидоз	а) Острое желудочно-кишечное кровотечение г) Амилоидоз	№ 1, глава 1
2.	ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛФК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СЛУЖИТ ... а) Уменьшение воспалительных явлений б) Уменьшение болей б) Острый воспалительный процесс в) Экссудативные явления г) Лихорадка	а) Уменьшение воспалительных явлений б) Уменьшение болей	№ 1, глава 1
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Укажите причины появления у больных ССД и ДМ следующих клинических симптомов: 1. 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 эритема	Болезненные уплотнения в мышцах- отложения солей кальция; Склеродактилия- укорочение пальцев, истончение их кончиков, сгибательная контрактура; "Сухой синдром"- поражение слизистых оболочек; Затруднения при глотании- поражение слизистых оболочек; Артериальная гипертония- развитие диффузного гломерулонефрита; Синдром Готтрона- надсуставная, околоногтевая	№ 1, глава 6

		эритема	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная У. 24 лет, была направлена в в ревматологическое отделениес жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до 37,8, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после длительного пребывания на солнце и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках, повышение температуры тела до фебрильных цифр. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 90 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. 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, хват кистей - 80%; деформаций нет.	Пациенту рекомендовано: - УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита. - Рентгенография грудной клетки (поражение лёгких). - ЭхоКГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, исключить перикардит). - Анализ крови: иммунологический анализ крови с определением компонентов комплимента, гемостазиограмма.	№1, глава 4

	Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,7×1012/л, гемоглобин – 88 г/л, тромбоциты – 100×109 /л, лейкоциты - 1,5×109 /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 25 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. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в соответсвтии с клиническими рекомендациями.		
2.	Больная Л. 55 лет, обратилась к ревматологу 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 самостоятельно нестероидными противовоспалительными мазями, без эффекта. 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	Пациенту рекомендовано: рентгенография грудной клетки (исключить поражение лёгких), УЗ-исследование суставов (синовит, теносиновит) или МРТ суставов (более чувствительный метод выявления синовита в дебюте ревматоидного артрита, чем стандартная рентгенография суставов).	№1, глава 1

	покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 76 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной 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%. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, гемоглобин – 128 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 счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений. Вопросы: 1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в соответсвтии с клиническими рекомендациями.		
3.	Пациент В. 45 лет предъявляет жалобы на боли в области коленных	Рентгенография коленных суставов в 2	№1, глава 12

	суставов, возникающие при спуске по лестнице, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 минут, ограничение объема движений. Анамнез болезни: болеет около 2 лет, когда появились вышеперечисленные жалобы, за медицинской помощью не обращался. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. Объективный статус: состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 180 см, вес – 107 кг, окружность талии – 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Частота дыханий – 16 в 1 минуту. Перкуторно – легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: без особенностей. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация безболезненная. Размеры печени по Курлову – 9×8×7 см. Лабораторные и инструментальные данные. Общий анализ крови: эритроциты – 4,9×1012/л, гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – 8,2×109 /л, эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1019, белок – 0,033 г/л, эпителий – единичный в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, билирубин общий – 18 мкмоль/л, прямой – 13 мкмоль/л,	проекциях (для определения рентген-стадии остеоартроза). Исследование синовиальной жидкости поражённых суставов (только при наличии синовита дополнительно к подтверждению диагноза).	

	непрямой – 5 мкмоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ЭКГ: ритм синусовый, 80 в мин. Горизонтальное пол. эл. оси. Вопросы: 1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в соответсвтии с клиническими рекомендациями.		
4.	Больная 45 лет, обратилась к ревматологу с жалобами периодически возникающую общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРВИ 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. Повышение 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 сердца ритмичные. АД - 120/80 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. Вопросы: 1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования	Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование лёгких, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, ЭхоКГ, ЭКГ. Определение общего анализа мочи. Креатинин крови, АЛТ, АСТ, билирубин. Осмотр офтальмолога, невролога. Данные исследования необходимы для выявления системных проявлений ревматоидного артрита и назначения терапии.	№1, глава 1

	пациента в соответсвтии с клиническими рекомендациями.		
5.	Больной К. 45 лет обратился к ревматологу с жалобами на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут. 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 37,5°С. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 140/90 мм рт. ст. ЧСС - 75 удара в минуту. ЧДД - 16 в минуту. Температура тела 37,4°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 спондилез, двусторонний сакроилиит, стадия 3. Общий анализ крови: эритроциты - 4,2Ч10^{12}/л, Hb - 122 г/л, тромбоциты - 220Ч10^{9} /л, лейкоциты - 10Ч10^{9}/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. Вопросы: 1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в соответсвтии с клиническими рекомендациями.	Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование и УЗИ тазобедренных суставов для определения наличия у пациента явлений коксита. Осмотр врача-офтальмолога для выявления проявления поражения глаз. Выполнение ЭКГ и ЭхоКГ для выявления аортита или других проявлений вовлечения сердца в патологический процесс. Определение HLA-B27, антител из главного комплекса гистосовместимости лейкоцитов человека к B27 антигену, которые указывают на генетическую природу заболевания.	№1, глава 2

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите клинико-анатомические варианты суставного синдрома при псориатическом артрите	- дистальный; - олигоартритический; - полиартритический; - остеолитический; - спондилоартритический.	№14, стр.39
2.	Перечислите показания для госпитализации пациента с анклизирующим спондилитом	-подтверждение диагноза и оценка прогноза - подбор терапии при не купирующемся в амболаторных условиях обострении - развитие осложнений - хирургическое лечение	№3, стр.36
3.	Какой вид и форму медицинской помощи должен получать больной с антифосфолипидным синдромом и рецидивирующими тромбозами?	специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях и/или условиях дневного стационара	№1, глава 5
4.	Наличие каких доклинических проявление системной склеродермии является основанием для направления пациента к ревматологу?	Наличие триады - феномена Рейно, отека кистей и позитивного теста на АФН - служит основанием для направления пациента на консультацию к ревматологу.	№1, глава 6
5.	Что является показанием для госпитализации пациента с остеопорозом?	переломы, требующие оперативного лечения	№1, глава 15

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть

ПК-4 Готовность к применению социально гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	1 – владеть методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских учреждениях.

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Выберите ситуацию, в которой направление в БМСЭ наиболее обосновано: а) РА, активность III, очень ранняя стадия, начата терапия метотрексатом; певец б) РА, активность I, рентгенологически – II стадия, с висцеритами (лимфаденопатия); инженер в) РА, активность 0 (ремиссия), рентгенологически IV стадия, пианист г) РА, активность III, АЦЦП 20 норм, рентгенологически I стадия, начата терапия инфликсимабом, экономист	в) РА, активность 0 (ремиссия), рентгенологически IV стадия, пианист	№1, Глава 1
2.	Вами установлен диагноз РА. Какое утверждение отражает верный подход к тактике ведения пациента согласно клиническим рекомендациям? а) начать терапию с парацетомола и/или НПВП. Оценить эффективность лечения в течение 1-3 месяцев. В случае недостаточного эффекта представить пациента на консультацию ревматологу. б) Начать терапию с высоких доз глюкокортикостероидов в течение 1 месяца. В этот период определить потребность пациента в базисной терапии. в) После скринингового исследования крови и рентгенографии грудной клетки начать терапию метотрексатом. г) После скрининга на туберкулез начать терапию инфликсимабом	в) После скринингового исследования крови и рентгенографии грудной клетки начать терапию метотрексатом.	№1, Глава 1

	вместе с соответствующим лечением метотрексатом.		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Чаще всего подагра возникает а) у мужчин б) у женщин в) 40-50 лет г) 60-70 лет	а) у мужчин в) 40-50 лет	№1, Глава 13
2.	Показаниями для направления больных анкилозирующим спондилоартритом в бюро медико-социальной экспертизы являются: а) противопоказанные виды и условия труда для признания больных инвалидами на период рационального трудоустройства или переобучения; б) очевидный неблагоприятный клинический и трудовой прогноз при тяжелом течении заболевания с высокой активностью, быстрым прогрессированием; в) склонность к генерализации процесса с поражением сердечно-сосудистой и дыхательной системы, почек, сопровождающемся выраженным нарушением функций, поражением локомоторного аппарата со значительным нарушением функций; г) отсутствие необходимого эффекта от лечения с использованием современных средств и методов, что приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости осуществления мер социальной защиты.	а) противопоказанные виды и условия труда для признания больных инвалидами на период рационального трудоустройства или переобучения; б) очевидный неблагоприятный клинический и трудовой прогноз при тяжелом течении заболевания с высокой активностью, быстрым прогрессированием; в) склонность к генерализации процесса с поражением сердечно-сосудистой и дыхательной системы, почек, сопровождающемся выраженным нарушением функций, поражением локомоторного аппарата со значительным нарушением функций; г) отсутствие необходимого эффекта от лечения с использованием современных средств и методов, что приводит к ограничению жизнедеятельности и необходимости осуществления мер социальной защиты.	№1, Глава 2
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Стандарт диагностики ревматоидного артрита включает ___	1. Стандарт диагностики	№1, Глава 1, 2, 4,15

	2. Стандарт диагностики системной красной волчанки включает ____ 3. Стандарт диагностики спондилоартритов включает ___ 4. Стандарт диагностики остеопороза включает ___ а) определение РФ и АЦЦП б) проведение МРТ илеосакральных сочленений в) определение АНФ, Ат к нативной ДНК г) проведение остеоденситометрии	ревматоидного артрита включает определение РФ, АЦЦП. 2. Стандарт диагностики системной красной волчанки включает определение АНФ, Ат к нативной ДНК. 3. Стандарт диагностики спондилоартритов включает проведение МРЬ илеосакральных сочленений. 4. Стандарт диагностики остеопороза включает проведение остеоденситометрии.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	На осмотр представлен пациент 25 лет с острым моноартритом коленного сустава. В области локтевых ямок и в паховых областях обнаружены зоны некрозов кожи. Укажите наиболее вероятный диагноз.	Септический артрит	№4, Глава 1
2.	Предположите наиболее вероятный диагноз в следующей клинической ситуации. 57-летняя женщина описывает боли в плечевом и тазовом поясах. Также она жалуется на боль в шее. Боль усиливается ночью и рано утром. В лабораторных показателях СОЭ=60 мм/час.	Ревматическая полимиалгия	№1, Глава 9
3.	Укажите какие Вы должны дать рекомендации 66-летней пациентке при наличии 10-летнего риска переломов по FRAX: суммарного=22% и риска перелома бедра=7,6%.	Начать фармакологическую терапию препаратами кальция, витамина D и антирезорбтивными препаратами (например, алендроновой кислотой)	№1, Глава 15

4.	У пациента впервые диагностирован анкилозирующий спондилоартрит, BASDAI соответствует 5 баллам (50%). Какие методы лечения в качестве первой терапевтической линии применимы согласно клиническим рекомендациям?	ЛФК, НПВП	№1, Глава 2
5.	Больная И., 58 лет, при обращении к врачу-ревматологу жалуется на боли и припухание в мелких суставах кистей, стоп, ограничение подвижности в них, утреннюю скованность в течение 5 часов. При осмотре дефигурация лучезапястных, пястно-фаланговых суставах. Назначьте план обследования согласно стандартам диагностики при данном заболевании.	1. Общеклинические исследования крови и мочи. 2. С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, креатинин. 3. Ревматоидный фактор, антицитруллиновые антитела (АЦЦП или a-MCV) 4. Антинуклеарные антитела, a-HCV, HBsAg, антитела к ВИЧ (для дифференциальной диагностики и выявления противопоказаний к терапии) 5. Рентгенография кистей (в прямой проекции с захватом лучезапястных суставов) и стоп (в прямой проекции). 6. Флюорография легких.	№1, Глава 1

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Укажите стандарты диагностики при ревматоидном артрите.	1. Общеклинические исследования крови и мочи. 2. С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, креатинин. 3. Ревматоидный фактор, антицитруллиновые антитела (АЦЦП или a-MCV) 4. Антинуклеарные антитела, a-HCV,	№1, Глава 1

		HBsAg, антитела к ВИЧ (для дифференциальной диагностики и выявления противопоказаний к терапии) 5. Рентгенография кистей (в прямой проекции с захватом лучезапястных суставов) и стоп (в прямой проекции). 6. Флюорография легких.	
2.	Укажите стандарты диагностики подагры.	1. При стандартном клиническом обследовании необходимо определение индекса массы тела, окружности талии. 2. Общеклинические анализы крови и мочи 3. Биохимическое исследование: содержание мочевой кислоты (NB! Определять только в период вне приступа!), липидный спектр, глюкоза, СКФ, АЛТ, АСТ 4. Исследование синовиальной жидкости (в случае пункции суставов и получения синовиальной жидкости. Оценивают цитоз, наличие кристаллов и осуществляют окраску по Граму) 5. УЗИ почек (исключить нефролитиаз) 6. Рентгенография стоп (по показаниям при наличии тофусов, не является самостоятельным	№1, Глава 13

		диагностическим критерием подагры)	
3.	Назовите возможные показания для госпитализации больных ревматоидным артритом.	1. Уточнение диагноза и оценка прогноза (при отсутствии ревматолога в амбулаторной сети). 2. Подбор БПВП в начале и на всем протяжении болезни (при отсутствии ревматолога в амбулаторной сети). 3. Обострение РА (при отсутствии ревматолога в амбулаторной сети). 4. Развитие тяжелых системных проявлений РА, требующих проведения пульс-терапии и круглосуточного наблюдения. 5. Развитие интеркуррентной инфекции, септического артрита или других тяжелых осложнений болезни или лекарственной терапии. 6. Хирургическое лечение.	№1, Глава 1
4.	Укажите стандарты диагностики псориатического спондилоартрита.	1. Клиническая оценка состояния пациента 2. Общеклинические исследования крови и мочи. 3. С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, креатинин. 4. a-HCV, HBs-Ag, ВИЧ 5. Флюорография легких. 6. Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений или МРТ крестцово-подвздошных сочленений (по показаниям – при	№1, Глава 3

		наличии воспалительных болей в нижней части спины для диагностики сакроилиита) 7. Рентгенография поясничного, грудного отделов позвоночника (по показаниям - экспертная функция) 8. Рентгенография кистей и стоп (при периферической форме спондилоартрита)	
5.	Укажите критерии временной утраты трудоспособности при спондилоартритах.	Обострение заболевания (любой степени); появление или усиление суставного синдрома с нарушением функции сустава; появление или усиление экссудативных проявлений; повышение степени активности процесса, появление висцеральных поражений или нарастание нарушений функций пораженных органов, а также осложнений, в том числе обусловленных проводимой терапией.	№1, Глава 2

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

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	а) дети и подростки заболевают ревматизмом чаще, чем взрослые	№4 гл.18

	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 г) гипермобильность суставов отмечается только у детей	б) у детей и подростков чаще, чем у взрослых развиваются туберкулезный и септический артриты в) остеохондропатии являются "привилегией" 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	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	№4 гл.1

	лабораторных признаков воспалительного процесса.	бедренной кости в детском возрасте	

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 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.	Системная склеродермия, хроническое течение, II стадия, активность II степени, синдром Рейно, полиартралгия, эзофагит.	№4, гл12
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	Ревматоидный 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

	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 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	Предварительный диагноз: Вероятный ревматоидный артрит, олигоартрит, очень ранняя клиническая стадия, умеренная степень активности, ФК I	№12, стр 46

	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.		
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	а) серопозитивность или серонегативность	№8 гл 4

	УЧИТЫВАЮТСЯ ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ:	по ревматоидному фактору, б) число пораженных суставов в) наличие системных проявлений	
	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 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.	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 – 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.	№4 гл.1

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	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.	№4, гл12

	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 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.	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); 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.	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, гл11

	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. Назовите иммунологические маркёры заболевания. 4.Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.	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).	
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?	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

	3. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией.		
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 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.	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 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).	№4 гл.2
5.	При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение		№4 гл.2

	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. Укажите методы дообследования больного.	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. 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 б)гипотрофией мышц плечевого пояса г)болями в нижних конечностях и их похолодания д)систолическим шумом над сонными и плечевыми артериями	№1 гл.8
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 А) цитостатических иммунодепрессантов Б) диуретиков В) синтетических простагландинов Г) ингибиторов ФНО-альфа	в) синтетических простагландинов	№4 гл.21
	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 -	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	№4 гл.21

	строфантина 0.5-0.75 мл 0.05% раствора г) внутривенное введение при митральном стенозе 1 мл 0.05% раствора строфантина	- строфантина 0.5-0.75 мл 0.05% раствора	
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Преднизолон - 2. Д-пеницилламин - 3. Диклофенак-натрий - 4. Трентал - 5. Никотиновая кислота - А. Противовоспалительное действие Б. Антифиброзное средство В. Сосудорасширяющее средство Г. Улучшение микроциркуляции Д. Иммунодепрессивное действие	1. Преднизолон - Д. Иммунодепрессивное действие 2. Д-пеницилламин - Б. Антифиброзное средство 3. Диклофенак-натрий - А. Противовоспалительное действие 4. Трентал - Г.Улучшение микроциркуляции 5. Никотиновая кислота - В. Сосудорасширяющее средство	№4 гл.21

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	1. Ревматическая полимиалгия. 2. Заболевание надо дифференцировать с ревматоидным и псориатическим артритами, с парапротеинемическими гемобластозами (миеломная болезнь), полимиозитом, системными васкулитами, гиперпаратиреозом, острыми инфекциями.	№1 гл. 9

	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 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.	3.Единственным эффективным средством лечения являются ГКС. Начальная доза преднизолона — 15 мг/сут. При стабилизации клинико-лабораторных данных — постепенное снижение дозы до полной отмены.	

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 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,	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», 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	№4, гл11

	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, 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	цитостатиков (азатиоприн). Доза подбирается индивидуально. Симптоматическая терапия состоит из НПВС, гипотензивных препаратов (ингибиторы АПФ), мочегонные препараты и др.	
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.	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	№3, стр 15

	Сформулируйте предварительный диагноз. Перечислите диагностические критерии заболевания. Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.	дыхательной экскурсии грудной клетки; рентгенологические признаки сакроилеита: симметричного II степени или одностороннего III–VI степени. 3. рентгенография крестцово-позвоночных сочленений, позвоночника, ОАК, ОАМ, ревматоидный 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	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 гл. 7

	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. Перечислите диагностические критерии заболевания. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.	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 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	Ревматоидный артрит, серопозитивный (негативный), 3-я степень активности, стадия III, ФНС (1–2). 2. Диагностические критерии ревматоидного артрита у больной: утренняя	№12, стр 53

	(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 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.	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 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	№1, гл8

		внутривенно 3 дня подряд в) назначения циклофосфана в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь	
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	1 - определять клинические симптомы и синдромы, характерные для различных ревматологических заболеваний;

здоровьем (МКБ)	

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 Б. Стойкие артралгии, блок суставов, остеофиты В. Острый моноартрит сустава большого пальца стопы Г. Симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов	Г. Симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов	№ 1, глава 12
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 В. Околосуставной остеопороз Г. Симметричная проксимальная мышечная слабость, повышение КФК Д. CREST – синдром Е. Симптом «очков»	Ревматоидный артрит- утренняя скованность, припухлость в симметричных суставах; околосуставной остеопороз Дерматомиозит- Симметричная проксимальная мышечная слабость, повышение КФК; Симптом «очков» СКВ- Дерматит, артрит без выраженных деформаций, полисерозит Системная склеродермия- CREST – синдром	№ 1, глава 1 № 1, глава 4 № 1, глава 6

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	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

	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. 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.	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

	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.		
3.	Больная З., 25 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на головную боль, ухудшение памяти, рассеянность, 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	Синдромы: суставной по типу артрита, поражение кожи и слизистых, системных проявлений, иммунного воспаления, антифосфолипидный, нефротический, поражение ЦНС, анемии.	№1, глава 4

	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 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.	Синдромы: поражения кожи, суставной, мочевой, нефротический, цитопенический, поражения плевры, системных проявлений, иммуно-воспалительный.	№1, глава 4

	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.		
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 - 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	поражения мышц по типу миозита, поражение кожи, воспалительный, поражение миокарда, нарушение ритма.	№1, глава 7

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

1.	Назовите клинические формы остеоартроза	• Полиостеоартроз : узелковый, безузелковый • Олигоостеоартроз • Моноостеоартроз • Остеоартроз в сочетании с остеохондрозом позвоночника, спондилоартрозом	№ 1, глава 12
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	№ 1 , глава 11

		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	
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 Д. Острого ревматизма	Г. Остеоартроза	№ 1, глава 12
	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)	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	№ 1, глава 13

	Б. Острая воспалительная реакция синовиальной оболочки, вследствие острой преципитации кристаллических уратов в синовиальной жидкости В. Отложения уратов, окруженных соединительной тканью	«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	

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.	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

	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. 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,	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

	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. 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	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

	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 берѐтся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса 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 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?	Общий анализ мочи. Анализ мочи по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, 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.	№1, глава 13
5.	Женщина К. 60 лет к ревматологу с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах, которые уменьшаются при	Пациенту рекомендовано: проведение ОАК для исключения анемии на	№1, глава 12

	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 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	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.	

	обследования Вы бы назначили данному пациенту?		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Какие суставы преимущественно поражаются при остеоартрозе?	Межфаланговые суставы (узлы Гебердена, Бушара) Тазобедренные суставы (коксартроз) Коленные суставы (гонартроз) Другие суставы	№ 1, глава 12
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 пацентов 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 обучения по дисциплине

Результаты освоения ОП (компетенции)	
	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 Г. Артрит Д. Полисерозит	№ 1, глава 4

	Б. Дерматит В. Кардит Г. Артрит Д. Полисерозит		
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Укажите причины появления у больных ССД и ДМ следующих клинических симптомов: Болезненные уплотнения в мышцах 2. Склеродактилия 7. "Сухой синдром" 8. Затруднения при глотании 9. 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 эритема	№ 1, глава 6

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	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

	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 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	Ревматоидный артрит, очень ранняя стадия, серопозитивный вариант, активность III, рентгенологическая стадия I, ФНС II.	№1, глава 1

	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 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:	Первичный остеоартроз коленных суставов, дистальных межфаланговых суставов кистей, 2 стадия рентгенологических изменений, нарушение функции суставов 1 степени. Ожирение 1 степени.	№1, глава 12

	1. Предположите наиболее вероятный диагноз.		
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 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.	Геморрагический васкулит, подострое течение, активность II степени, с поражением кожи, суставов, абдоминальным и почечным синдромом.	№1, глава 8
5.	Женщина Р. 50 лет, жалуется на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объѐма движений, утреннюю скованность в указанных	Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя стадия, активность 3, эрозивный (R ст - IV), АЦЦП - положительный, ФК - 3.	№1, глава 1

	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 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°С - Артралгия - Транзиторная эритема - Фарингит - Полиморфноядерные нейтрофилы ≥ 80%	№ 1, глава 16

		- Гликозилированный ферритин ≤ 20%	
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	№3, стр.16

	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	г) Наличие энтезопатий	
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 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	1.Болезнь Бехчета это системный васкулит, характеризующийся 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	№1, гл.8

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	Полиостеоартроз, ст2, ФНС 1-2, геберденовский вариант, реактивный синовит правого коленного сустава	№1, гл.12

	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 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.**	Механический тип боли: усиление после физической нагрузки, уменьшение после отдыха и приема НПВП	
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 38,5^{o}C. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота. **Объективно**: в приемном покое у больного отмечено повышение температуры до 38^{o}C, 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.	1.Кожный 2.Абдоминальный 3.Суставной 4.Интоксикационный Геморрагический васкулит, острое течение, акт 2, с поражением кожи, суставов, с абдоминальным синдромом	№1,гл.8

	Перечислите основные синдромы, выявляемые в клинической картине **Поставьте диагноз**		
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, 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**	Пробы: Симптом Отта, Шобера, Томайера, Форестье, проба «подбородок-грудина», экскурсия грудной клетки, боковой наклон	№1, гл.2
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.	1.Конституциональный синдром (слабость, лихорадка) 2.Суставной синдром 3.Отечный 4.Гематологический 5.Нефритический	№1,гл.4

	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. **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	Ревматоидный артрит, акт 2, ст3, ФК 2, аутоиммунная анемия. 1.симметричность 2.полиартрит 3.утренняя скованность 4. поражение мелких суставов кистей	№12, гл.18

	щелей в обоих лучезапястных суставах, видны множественные костные эрозии. **Поставьте диагноз** **Перечислите основные симптомы, характерные для суставного синдрома**		

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 5.Односторонний сакроилиит	№4, гл. 7
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	1.Лихорадка более 39°С 2.Артралгии более 2 недель	№1, гл.16

	КРИТЕРИИ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА У ВЗРОСЛЫХ	3.Типичная сыпь 4.Лейкоцитоз более 10 X10 9 5.Боли в горле 6.Лимфоаденопатияи/или спленомегалия 7.Нарушение функции печени 8.РФ, АНФ отрицат.	
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	д) антитела к нативной ДНК	№1, гл.17

	б) Ревматоидный фактор в) С-реактивный белок г) HLA-B 27антиген д) антитела к нативной ДНК		
	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 б) Одновременное поражение суставов одного пальца в) Диффузный отек пальцев рук или ног в виде "сардельки" г) Высоко +тесты на РФ и АЦЦП	а) Артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп г) Высоко +тесты на РФ и АЦЦП	№4, гл.1
	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 легочного 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. **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 3,2х10^{12}/л, Hb 106 г/л, тромбоциты 200х10^{3}/л, лейкоциты 21х10^{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?**	Геморрагический васкулит, острое течение, акт.2 с поражением кожи, суставов. Необходимо исключить вторичный характер поражения: -паранеопластический синдром; -параинфекционный (инфекционный эндокардит).	№1, гл. 8
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	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

	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. **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	СКВ, подострое течение, акт 2, с поражением кожи, суставов, сердца, почек. Необходимо провести диф.диагностику с ревматоидным артритом, гломерулонефритом	№1, гл.4

	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.** **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 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.**	Хроническая тофусная подагра. Острый подагрический артрит. МКБ. Гипертоническая болезнь 2 ст, 2 степени, риск 2	№1, гл.13

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)	№1, гл.4

		4.Системные васкулиты 5.Лимфопролиферативные заболевания 6.Инфекционные заболевания, ВИЧ и др. 7.Паранеопластический синдром	
5.	ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ, ВТОРИЧНЫЙ, С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ?	1.СКВ 2.Неспецифический аортоартериит 3Лимфопролиферативные заболевания 4.Онкопатология 5.Миксома ЛП 6.ТЭЛА 7.Нарушение мозгового кровообращения	№4, гл.10

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	№1, гл 2

	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.	(двусторонний 2 ст или односторонний 3 ст и выше), но нет синдесмофитов при рентгенограмме позвоночника	
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К ВНЕСКЕЛЕТНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ОТНОСЯТСЯ: а) увеит б) псориаз в) артрит г)поражение сердца	а) увеит б) псориаз г) поражение сердца	№ 1, гл.2
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 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?**	Подагра. Межприступный период.	№1, гл.13
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	ССД, очень ранняя клиническая стадия: синдром Рейно, иммунологические изменения (АНФ 1:1280), склеродермические изменения при капилляроскопии. Доклиническая (очень ранняя) стадия.	№1, гл.6

	При капилляроскопии ногтевого ложа: отмечается дилатация, деформация сосудов, аваскулярные зоны. **Поставьте диагноз. Какая стадия болезни у пациентки?**		
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 38^{o}С, припухлость коленных и голеностопных суставов, их гиперемия. 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 – 12х10^{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**	Острая ревматическая лихорадка с поражением суставов (артрит), сердца (кардит), лихорадочный синдром	№4, гл.2
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	Системный некротизирующий васкулит, АНЦА-ассоциированный (Гранулематоз с полиангиитом), подострое течение, активность 2 с поражением верхних дыхательных путей (перфорация носовой	№1, гл.8

	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. **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?**	перегородки), легких, почек. Необходимо сдать анализ крови на наличие АНЦА.	
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

ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи	1 - возрастные особенности опорно-двигательного аппарата, соединительной ткани, системы; общие закономерности патогенеза наиболее распространенных заболеваний человека; этиологию, патогенез, ведущие клинические проявления, методы диагностики, лабораторные показатели и исходы основных ревматологических заболеваний ;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ ... а) Деформация суставов б) На лице «бабочка» в) Остеолиз ногтевых фаланг г) Супраорбитальный отек и гиперемия кожи около глаз	г) Супраорбитальный отек и гиперемия кожи около глаз	№1, стр 245
2.	.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ (ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА :... а) Пролиферация синовиоцитов, фибробластов б) Лимфоцитарная, плазмоклеточная, макрофагальная инфильтрация в) Отложение фибрина г) Ревматоидные узелки	а) Пролиферация синовиоцитов, фибробластов	№1, стр 134
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЭЛЕМЕНТЫ ПЛОТНОЙ ОФОРМЛЕННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ... а) Сухожильно-связочный аппарат	а) Сухожильно-связочный аппарат б) Хрящевая и костная ткань в) Строма внутренних органов	№1, стр 144

	б) Хрящевая и костная ткань в) Строма внутренних органов г) Сосуды		
2.	В СОСТАВЕ СУСТАВНОГО ХРЯЩА ИМЕЮТСЯ ... а) Хондроциты б) Хондроитинсульфаты в) Гиалуроновая кислота г) Коллаген д) Сосуды	а) Хондроциты б) Хондроитинсульфаты в) Гиалуроновая кислота г) Коллаген	№1, стр 98
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	ПОЛОЖЕНИЯ О ПРОСТАГЛАНДИНАХ ВЕРНЫ, а) Простагландины - это медиаторы воспаления б) Простагландины - это вазодилататоры в) Простагландины - это компоненты системы комплемента г) Простагландины - это продукты метаболизма арахидоновой кислоты	а) Простагландины - это медиаторы воспаления б) Простагландины - это вазодилататоры г) Простагландины - это продукты метаболизма арахидоновой кислоты	№2, стр 34

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	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. 1. Сформулируйте предварительный диагноз.	1. Анкилозирующий спондилоартрит с системными проявлениями (ирит). 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:	№3, стр 54

	2. Перечислите диагностические критерии заболевания. 3. Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией. 4. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием	симметричного II степени или одностороннего III–VI степени. 3. Р-графия крестцово-позвоночных сочленений, позвоночника, ОАК, ОАМ, ревматоидный фактор, общий белок и белковые фракции, кровь на HLA B-27. 4. НПВС (индометацин — 25 мг, № 30 (по 1 т. 3 раза в день); капсулы 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	
7.	Больная Ш. 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	1. Системный склероз, 2-я степень активности, течение хроническое. 2. Плотный отек, синдром Рейно, гиперпигментация кожи. CRESTсиндром — это симптомокомплекс, включающий кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилию, телеангиоэктазии. 3. Р-графия ОГК с контрастированием пищевода, ЭХО-КГ. 4. Таблетки преднизолона (5 мг, №	№1, стр 345

	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 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.	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); 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.	
8.	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	1. Системная красная волчанка (СКВ), острое течение, 3-я степень активности, люпус-нефрит с нефротическим синдромом, полисерозит (пе- 20 рикардит, 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	№1, стр 45

	ритмичный; АД — 150/110 мм рт. ст. Границы сердца: правая смещена на 1 см вправо от правого края грудины, левая — на 2 см левее срединноключичной 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.	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).	
9.	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 ревматическая лихорадка». При осмотре на момент поступления: верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье. В точке Боткина и II межреберье справа — систолический и	1. ХРБС: сочетанный аортальный порок сердца (стеноз и недостаточность). ХСН ФК 3 (Н II Б). 2. Аортальный стеноз. Аортальная недостаточность. 3. ЭКГ, ЭХО-КГ, Р-графия сердца с 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	№1, стр 87

	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. Выпишите рецепты.	рентгенограмме грудной клетки. Талия сердца подчеркнута. 4. 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). 21 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 неотона — 50 мл, № 6 (в/в капельно 1 раз в день).	
10.	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. 1. Какой порок сердца у данного пациента? Обоснуйте ответ имеющимися диагностическими признаками.	1. 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. 2. Ревматическая болезнь сердца,	№6, стр 53

	2. Назовите наиболее вероятные причины данного порока. 3. Укажите характерные для данного порока изменения гемодинамики. 4. Укажите методы дообследования больного. 5. Какие рентгенологические признаки характерны для данного порока?	миксоматозная дегенерация, травма. 3. Обратный ток крови из левого желудочка в левое предсердие, сниженный сердечный выброс, выраженная гипертрофия левого желудочка, повышение давления в легочной артерии, нормальное артериальное давление. 4. ЭКГ, ЭХО-КГ, Р-графия сердца с контрастированием пищевода, ОАК, титр АСЛ-О, посев из зева. 5. 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
6.	ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ (ЭКССУДАТИВНЫЙ) КОМПОНЕНТ ПРИ МАКСИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА ПРИВОДИТ ... а) К экссудативному миокардиту б) К экссудативному (выпотному) перикардиту в) К поражению других серозных оболочек г) К экссудативному плевриту	а) К экссудативному миокардиту б) К экссудативному (выпотному) перикардиту в) К поражению других серозных оболочек г) К экссудативному плевриту	№1, стр 387
7.	К КОМПОНЕНТАМИ СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ ... а) Синовиальная оболочка, капсула сустава б) Хрящ, синовиальная оболочка, синовиальная жидкость в) Капсула сустава, синовиальная жидкость	а) Синовиальная оболочка, капсула сустава б) Хрящ, синовиальная оболочка, синовиальная жидкость в) Капсула сустава, синовиальная жидкость	№1, стр 111

	г) Костная ткань, хрящ	г) Костная ткань, хрящ	
8.	. Т-ЛИМФОЦИТЫ ВЫПОЛНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФУНКЦИИ.. а) Влияют на силу иммунного ответа б) Синтезируют антитела, в) Обеспечивают реакции клеточного иммунитета г) Продуцируют интерлейкин-2	а) Влияют на силу иммунного ответа б) Синтезируют антитела, в) Обеспечивают реакции клеточного иммунитета г) Продуцируют интерлейкин-2	№2, стр 86
9.	ФАКТОРЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ВКЛЮЧАЮТ... а) Целостности кожных покровов б) Бактерицидного действия желудочного сока в) Нормальной бактериальной флоры кишечника г) Фагоцитоза	а) Целостности кожных покровов б) Бактерицидного действия желудочного сока в) Нормальной бактериальной флоры кишечника г) Фагоцитоза	№2, стр 86
10.	56. ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ТИП ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ... а) Гранулематоза Вегенера б) Гигантоклеточного височного артериита в) Ревматоидного артрита г) Геморрагический васкулит	а) Гранулематоза Вегенера б) Гигантоклеточного височного артериита в) Ревматоидного артрита г) Саркоидоз	№2, стр 89

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи	2- основы фармакотерапии при различных формах ревматологической патологии; знать принципы назначения лечебной диеты у пациентов, страдающих ревматологической патологией

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ВЫБЕРИТЕ АНТИФИБРОЗНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ	г) Пеницилламин	№5, стр 36

	ДИФФУЗНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ... а) Преднизолон б) Десфераль в) Циклофосфамид г) Пеницилламин		
2.	. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО ОПРАВДАНО ПОДКЛЮЧЕНИЕ К ТЕРАПИИ ... а) Цитостатических иммунодепрессантов б) Диуретиков в) Синтетических простагландинов г) Ингибиторов ФНО-альфа	в) Синтетических простагландинов	№5, стр 43
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ИЗ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ а) Метотрексат б) Лифлунамид в) Аминохинолиновые производные г) Инфликсимаб	а) Метотрексат б) Лифлунамид в) Аминохинолиновые производные г) Инфликсимаб	№5, стр 43
2.	В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЮТ ... а) Метилпреднизолон б) Колхтцин в) Ацеклоклофенак г) Моноклональные антитела у интрелейкину 1 β(канакинумаб)	а) Метилпреднизолон б) Колхтцин в) Ацеклоклофенак г) Моноклональные антитела у интрелейкину 1 β(канакинумаб)	№5, стр 51
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ а) Язва желудка б) Сердечно-сосудистая недостаточность в) Дыхательная недостаточность г) Печеночная недостаточность	а) Язва желудка б) Сердечно-сосудистая недостаточность в) Дыхательная недостаточность г) Печеночная недостаточность	№5, стр 54

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Пациентка П., 59 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, постоянные перебои в работе сердца, увеличение живота, отеки на ногах. Считает себя больной с 13 лет, когда перенесла острую ревматическую лихорадку. В 21 год при обследовании были обнаружены пороки 10 сердца. 10 лет назад впервые сорвался ритм, был восстановлен медикаментозно, однако, впоследствии срывался неоднократно. В течение последних 5 лет ритм не восстанавливается. Настоящее ухудшение состояния развилось в течение последнего месяца без видимых причин. Объективное состояние пациентки средней степени тяжести. Положение вынужденное: полусидя. Наблюдается акроцианоз, цианоз губ, незначительная одышка при разговоре. Перкуторно отмечается притупление легочного звука над легкими с обеих сторон ниже угла лопатки. Там же дыхание не проводится. Перкуторно правая граница сердца выступает на 2 см от края грудины, левая — до линии axillaries anterior. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Систолодиастолический шум во всех точках. ЧСС — 105 уд./мин, пульс — 89 уд./мин, АД — 125/50 мм рт. ст. Живот увеличен, напряжен (за счет асцита), печень пальпировать не удается. Отеки голеней до уровня верхней трети. Стул: запоры, диурез снижен; пьет около 500 мл/сут, выделяет около 400 мл/сут. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на	Для лечения необходимо назначить препараты из 5 групп: ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл и др.), β-адреноблокаторы (бисопролол), сердечные гликозиды (дигоксин), спиронолактон, мочегонные (фуросемид, торасемид). Метаболическая терапия для миокарда, дезагреганты.	№5, стр 43

	стационарном и амбулаторном этапе. Выпишите рецепты.		
7.	В отделение ревматологии поступил пациент Я. 27 лет (переведен из неврологии) с жалобами на выраженную слабость, похудение (за последние 2 месяца на 15 кг), повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно без ознобов, периодическое появление судорог в нижних конечностях, а также нарушение чувствительности в правой руке и левой ноге. Считает себя больным около года, когда впервые без видимых причин стали появляться судороги и нарушение чувствительности в руках и ногах, иногда повышение температуры тела до субфебрильной, папулезную сыпь на голенях, боль в коленных и голеностопных суставах. Наблюдение и лечение у невролога эффекта не дало. В последние 2 месяца состояние стало прогрессивно ухудшаться: было зафиксировано повышение АД (без клинических проявлений), лихорадка приобрела постоянный характер. Стал сильно худеть. Из перенесенных заболеваний отмечается гепатит В. Пациент много курит, злоупотребляет алкоголем. Несколько раз отбывал наказание в местах лишения свободы. Наблюдался у невролога с диагнозом «полинейропатия алиментарно-токсического генеза». При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пациент гипостеник. Кожные покровы обычной окраски, слизистые иктеричны. На голенях — остаточные явления папулезной сыпи. На теле много татуировок. Температура тела — 37,5 °С. С закрытыми глазами пациент не может определить до какого пальца левой руки и правой ноги к нему дотрагиваются. В легких дыхание	В данном случае лечение необходимо начинать с проведения пульс-терапии ГКС в сочетании с цитостатическими препаратами (солумедрол — 1000 мг в/в капельно в течение 3 дней. Затем больную надо перевести на пероральный прием ГКС (преднизолон или метилпреднизолон + циклофосфамид — 600–1000 мг 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), сосудистые препараты и др. Возможно применение лечебного плазмафереза.	

	везикулярное, множество сухих рассеянных хрипов по всем полям. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД на правой руке — 220/130 мм рт. ст., на левой — 200/100 мм рт. ст. Печень не увеличена. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Отеков нет. Суставы при осмотре внешне не изменены, признаков воспаления нет. Стул и диурез без особенностей. ОАК (пациент принес с собой): эритроциты — 3,1 · 1012/л, Hb — 89 г/л, цв. показатель — 0,7, лейкоциты — 8,2 · 109 /л, СОЭ — 65 мм/ч. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе. Выпишите рецепты.		
8.	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 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	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). 21 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.	№5, стр 27

	дрожание во II межреберье справа от грудины, I и II тоны ослаблены. . Лечебная тактика. Выпишите рецепты.	3 раза в день), предуктал — 20 мг, № 60 (1 т. 3 раза в день), флакон неотона — 50 мл, № 6 (в/в капельно 1 раз в день)	
9.	Больная к. 28 лет поступила в клинику с жалобами на боль в пястнофаланговых, лучезапястных, коленных суставах, припухлость этих суставов, ограничение движений в них. По утрам отмечает скованность в пораженных суставах до 12 часов дня. Заболевание возникло 7 месяцев назад после ангины. При осмотре: дефигурация пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение подвижности, снижение силы сжатия кистей. Пульс ритмичный (84 уд./мин), АД — 120/80 мм рт. ст. Границы сердца в норме. Тоны сердца ритмичные, удовлетворительной звучности. В легких и органах брюшной полости изменений не выявлено. ОАК: СОЭ — 36 мм/ч, СРБ +++, Р-графия кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фаланговых суставов. Лечебная тактика. Выпишите рецепты.	НПВС: диклофенак — 50 мг (1 т. 3 раза в день); ретард — 100 мг (1 т. в день), раствор для инъекций — 3мл (75 мг), № 5 (в/м 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) и др. Базисные препараты: метотрексат — 2,5 мг, № 100, назначают 7,5 мг в неделю (1 т. 3 раза с интервалом в 12 часов) или сульфосалазин (по схеме) и др. ГКС в/суставно: кеналог—ампулы по 1 мл (40 мг); дипроспан — по 1 мл. Дозы ГКС, рекомендуемые для в/суставного введения, представлены в табл. Таблица Дозы ГКС Доза, мг (мл) Вид сустава Пример Кеналог Дипроспан Крупный Плечевой Коленный 40 (1–2) (1) Средний Локтевой Лучезапястный 20 (0,5–1) (0,5)	№5, стр 24

		Мелкий Пястно-фаланговый Межфаланговый 4–10 (0,1–0,25) (0,1–0,25)	
10.	Мужчина 31 лет, водитель, 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. Лечебная тактика.	Антибактериальные препараты: макролиды (азитромицин (сумамед) 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 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 — ампулы 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, стр 27

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

5.	ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ НИЗКОГО УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОФУСНОЙ ПОДАГРОЙ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ ... а) Флебукостат б) Диета в) Аллопуринол г) Глюкокортикостероиды	а) Флебукостат б) Диета в) Аллопуринол г) Глюкокортикостероиды	№2, стр 398
6.	. В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ... а) Кальция б) Витамина D в) Кальцитонина г) Бисфосфонатов	а) Кальция б) Витамина D в) Кальцитонина г) Бисфосфонатов	№2, стр 306
7.	КОЛХИЦИН ПРИ ПОДАГРЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ ... а) Снижения гиперурикемии б) Купирования острого артрита в) Профилактики и лечения нефропатии г) Рассасывания подкожных тофусов	а) Снижения гиперурикемии б) Купирования острого артрита в) Профилактики и лечения нефропатии г) Рассасывания подкожных тофусов	№2, стр 398
8.	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ... а) Парацетамол б) Хондроитин сульфат в) Глюкозамин сульфат, Хондроитин сульфат г) Препарат сои и авокадо	а) Парацетамол б) Хондроитин сульфат в) Глюкозамин сульфат, Хондроитин сульфат г) Препарат сои и авокадо.	№2, стр 289
5.	НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОТЕКЕ ЛЕГКИХ) У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ ВСЕХ УКАЗАННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, а) Внутривенного медленного введения 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида б) Внутривенного введения 20-120 мг фуросемида (лазикса) в) Внутривенного медленного введения при недостаточности митрального клапана и аортальных	а) Внутривенного медленного введения 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида б) Внутривенного введения 20-120 мг фуросемида (лазикса) в) Внутривенного медленного введения при недостаточности митрального клапана и аортальных пороках - строфантина 0.5-0.75 мл 0.05% раствора	№1, стр 321

	пороках - строфантина 0.5-0.75 мл 0.05% раствора		

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи	1 - использовать современные рекомендации и стандарты лечения ревматологических заболеваний;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	При ССД назначение кортикостероидов показано в случае: А. Высокой активности заболевания Б. Активного диффузного ГН В. Тяжелого эзофагита Г. Все перечисленное верно Д. Все перечисленное неверно	Г. Все перечисленное верно	№ 1, глава 6
	В лечении дерматомиозита основное значение имеет А. Преднизолон в высоких дозах Б. Преднизолон в средних дозах В. Антиревматические противовоспалительные нестероидные препараты Г. Циклофосфан Д. Плазмаферез	Б. Преднизолон в средних дозах	№ 1, глава 7
	Выберите несколько правильных ответов		
	При лечении системной склеродермии наиболее целесообразно назначить А. Преднизолон в высоких дозах Б. D-пеницилламин в средних и больших дозах В. Цитостатики	Б. D-пеницилламин в средних и больших дозах Г. Вазодилататоры Д. Средства, корригирующие нарушенный гемостаз	№ 1, глава 6

	Г. Вазодилататоры Д. Средства, корригирующие нарушенный гемостаз		
	Для подавления фиброзообразования при ССД применяют: А. Колхицин Б. Делагил В. D-пеницилламин Г. Метотрексат	А. Колхицин В. D-пеницилламин	№ 1, глава 6
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
	Укажите фармакотерапевтическое действие при лечении подагры следующих препаратов: Сульфинпиразон Аллопуринол Индометацин Колхицин Вольтарен А. Противовоспалительное действие Б. Уменьшает синтез пуринов В. Увеличивает выделение мочевой кислоты Г. Обезболивающее действие Д. Угнетает фагоцитоз кристаллов уратов	1-В, 2-Б, 3-АГ, 4-Д, 5-АГ Сульфинпиразон - увеличивает выделение мочевой кислоты 2. Аллопуринол- Уменьшает синтез пуринов 3. Индометацин- Противовоспалительное действие, Обезболивающее действие 4. Колхицин- Угнетает фагоцитоз кристаллов уратов 5. Вольтарен- Противовоспалительное действие, Обезболивающее действие	№ 1, глава 13

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Больная К., 50 лет, при поступлении в ревматологическое отделение жаловалась на боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, стоп, в крупных суставах конечностей, ограничения подвижности в них, утреннюю скованность до обеда. Болеет 8 лет. Неоднократно лечилась	НПВС: диклофенак — найз или мелоксикам. Базисные препараты: метотрексат назначают 7,5 мг в неделю (1 т. 3 раза с интервалом в 12 часов) и др.	№1, глава 1

	в стационаре. Постоянно принимала 7,5 мг преднизолона в сутки, НПВС. 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 суставных щелей, множественные эрозии в области проксимальных межфаланговых суставов Вопросы: Назначьте лечение.		
	Пациентка Е., 31 год, жалуется на выраженные боли и припухание суставов кистей, боли в лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах, боли при жевании, утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14-15 часов дня, субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние четыре месяца, выраженную общую слабость. Около семи месяцев назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин, без существенного эффекта. Ухудшение состояния в последние четыре месяца, когда значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы, развились скованность, субфебрилитет, похудание. По совету соседки принимала аспирин, индометацин, с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,4°С.	Учитывая высокую активность процесса и наличие системных проявлений, целесообразно назначить преднизолон 10 мг/сут внутрь и метотрексат 10 мг в неделю в/м. Учитывая наличие гастропатии, в качестве НПВП следует предпочесть селективные ингибиторы ЦОГ-2 - мелоксикам, нимесулид или целекоксиб в комбинации с ингибитором протонной помпы омепразолом в дозе 20-40 мг/сут.	№1, глава 1

	Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава два подкожных плотных узелковых образования размером 0,5 х 0,5 см. Отмечаются припухлость и гиперемия в пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставах, ограничение объ-ема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы дефигурированы, увеличены в объеме, определяются гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС -78 в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: гемоглобин - 99,4 г/л, лейкоциты - 9,1 тыс., тромбоциты - 519 тыс., СОЭ - 46 мм/ч. Электрофорез белков: альбумины - 43,7%, глобулины альфа-1 - 4,9%, глобулины альфа-2 -12,8%, бета-глобулины - 12,4%, гамма-глобулины - 26,2%. С-ре-активный белок +++, фибриноген - 4,38 мг/дл, реакция Валера-Роуза - 1:1028. Железо - 152 мг/дл. Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах П-Ш пястных костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов,II—IV слева и П-Ш пястно-фаланговых суставов справа. Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой ант-рального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозии и язвы не		

	выявлены. Вопросы: Назначьте лечение		
1.	Пациентка К., 32 года, обратилась к терапевту с жалобами на боли в пястно-фаланговых суставах, припухание пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2-3-го 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 2-3-го 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. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. ЧСС - 76 в, минуту. АД - 115/75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. 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: 1. Назначьте лечение	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
2.	Пациент В., 63 года, вызвал терапевта на дом. Жалуется на выраженные боли в проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых,	После исключения пневмонии (при ее подтверждении- назначение	№1, глава1

	лучезапястных, плечевых суставах и правом коленном суставе, усиливающиеся к утру, выраженную общую слабость, снижение веса на 6 кг за последние четыре недели, ночные поты, выраженную общую слабость, одышку при умеренной физической нагрузке. Из анамнеза известно, что страдает заболеванием суставов около двух лет, болезнь дебютировала поражением обеих кистей и лучезапястных суставов. К врачам не обращался, для уменьшения боли принимал аспирин, анальгин, солпадеин. Состояние резко ухудшилось в последние четыре недели: в процесс вовлеклись плечевые суставы, правый коленный сустав, увеличилась слабость, появилась выраженная потливость по ночам, пропал аппетит. В последние дни отметил повышение температуры тела до 38,5°С. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 38,7°С. Симметричная отечность проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных суставов, кожа над пястно-фаланговыми суставами напряженная, гиперемированная, горячая на ощупь. Активные и пассивные движения в пораженных суставах вызывают боль. Над правым локтевым суставом пальпируются два подкожных узелка размером 4 мм. Правый коленный сустав увеличен в объеме, объем активных движений в нем ограничен из-за болей, определяется баллотирование надколенника. Определяется притупление перкуторного звука ниже угла левой лопатки, дыхательные шумы там не проводятся. В остальных отделах легких -жесткое дыхание. ЧД - 20 в минуту. Перкуторно левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный, шумов нет. ЧСС - 100 в минуту.	антибиотикотерапии), учитывая высокую активность аутоиммунного процесса, целесообразно назначить метотрексат 10 мг в неделю в/м под контролем уровня лейкоцитов и тромбоцитов, обсудить вопрос о назначении небольших доз преднизолона. Целесообразны также внутрисуставные инъекции кортикостероидных препаратов (дипроспан) для уменьшения выраженности болевого синдрома	

	Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка пальпируется у края реберной дуги. В анализах крови: гемоглобин -10,2 мг/дл, ЦП - 0,84, лейкоциты -15,4 тыс., тромбоциты - 620 тыс., СОЭ - 68 мм/ч. Глобулин альфа-1 -6%, глобулин альфа-2 - 12%, гамма-глобулин - 23%. Креатинин -1,2 мг/дл, глюкоза -104 мг/дл, АСТ - 38 ед/л, АЛТ - 27 ед/л. С-реак-тивный белок - 7,4 мг/дл. АНФ отриц. Ат к ДНК отриц. РФ в реакции Валера-Роуза 1:1024. HBsAg отриц. Ат к HCV отриц. Ат к ВИЧ, хламидиям, иерсиниям, боррелиям, цитомегаловирусу - отриц. ЭКГ: синусовый ритм, нормальное положение ЭОС, низкий вольтаж QRS. При пункции правого коленного сустава получена желтоватая прозрачная жидкость со сгустками фибрина. При ее анализе: лейкоциты - 23,6 тыс. (82% гранулоцитов, 14% лимфоцитов, 4% моноцитов), РФ положит., посев роста не дал. Вопросы: 1. Назначьте лечение		
3.	Пациентка Д., 18 лет, студентка, жалуется на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство скованности в них, боли под лопатками при глубоком дыхании, чувство нехватки воздуха, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Заболела остро три месяца назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство скованности в них, слабость в руках и ногах, боли в пояснице, повышение температуры тела до 38°С. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась по месту жительства, где состояние расценивалось как ревматизм в активной фазе, ревмокардит,	Пациентке показана терапия преднизолоном перорально в дозе 60 мг/сут. Учитывая наличие люпус-нефрита, а также острое течение заболевания, к терапии целесообразно добавить цитостатические иммуносупрессанты	№1, глава 4

	полиартрит, поражение почек. В анализах крови выявлена анемия (гемоглобин - 90 г/л), увеличение СОЭ до 35 мм/ч. Проводилось лечение пенициллином, индометацином, антигистаминными средствами, на фоне чего температура тела снизилась до субфебрильных значений. Однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей, стало возникать чувство нехватки воздуха, затем появились боли под лопатками при глубоком дыхании. При поступлении в клинику температура тела 38,3°С. Кожные покровы бледные, капилляриты ладоней, лимфаденопатия, увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На коже щек и спинки носа яркая эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД - 17 в минуту. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, слабый систолический шум на верхушке. Пульс -100 в минуту, ритмичный. АД - 120 /70 мм рт. ст. Печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации мягкоэластическая, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. В анализах крови: гемоглобин - 66 г/л, гематокрит - 33%, ЦП - 0,80, лейкоциты - 2,9 тыс., тромбоциты - 112 тыс., СОЭ -59 мм/ч. Общий белок - 7,2 г/дл, альбумин - 2,9 г/дл, креатинин -1,4 мг/дл. IgM - 140 мг%, IgA - 225 мг%, IgG - 1800 мг% , комплемент - 0. Титр АСЛ-О ниже 250 ед. Латекс-тест отриц., реакция Валера-Роуза отриц. Антинуклеарные антитела - 1:160. LE-клетки найдены. В анализах мочи: удельный вес - 1010, pH - 5, белок - 1,75 д, сахара нет,		

	лейкоциты - 4-6 в поле зрения, эритроциты - 7-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 3-4 в поле зрения, цилиндры зернистые - 1-2 в поле зрения. ЭКГ: синусовая тахикардия, отрицательные зубцы Т в I, III, aVF, V3-V5 отведениях. Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка, утолщение и уплотнение междолевой плевры. УЗИ брюшной полости и почек: печень и селезенка несколько увеличены, нормальной эхогенности. Почки не изменены. Вопросы: 1. Назначьте лечение		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Что является основной целью фармакотерапии СКВ?	Основная цель фармакотерапии СКВ - достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания, а также снижение риска коморбидных заболеваний.	№1, глава 4
2.	Какие группы препаратов являются базисной терапией в лечении псориатического артрита?	НПВП, ГК, БПВП, ГИБП	№1, глава 3
3.	Какие потенциальные факторы риска нежелательных лекарственных реакций на фармакотерапию необходимо выявлять у всех больных ревматоидным артритом перед назначением противоревматических препаратов?	Маркеры (или факторы риска) хронических инфекций [туберкулез, инфицирование вирусами гепатита В и С, вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и др.], сердечно-сосудистые заболевания, нарушение функций почек, прием алкоголя, статус вакцинации, планирование беременности, вираж туберкулиновой пробы Манту.	№1, глава 1

4.	Каким пациентам показана уратснижающая терапия?	Уратоснижающая терапия показана больным со стойкой гиперурикемией и острыми атаками артрита (в том числе в анамнезе), хроническим артритом, наличием тофусов (независимо от локализации и метода выявления: при осмотре, методами лучевой диагностики).	№1, глава 13
5.	В каком случае показано внутрисуставное введение ГС больному с остеоартрозом?	Внутрисуставное введение ГК рекомендуется при ОА коленных суставов с синовитом	№1, глава 12

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи	2 – назначать основные схемы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, используемой при ревматологических заболеваниях; оказать неотложную помощь больным ревматологическими заболеваниям

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	В лечении полимиозита предпочтительны: А. НПВП Б. Аминохинолиновые препараты В. Кортикостероиды Г. Цитостатики Д. Антибиотики широкого спектра действия	Аминохинолиновые препараты	№ 1, глава 7

2.	Какое из указанных средств не используется для лечения подагры: А. Колхицин Б. Кортикостероиды В. Индометацин Г. Вольтарен	Б. Кортикостероиды	№ 1, глава 13
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Базисной терапией ревматоидного артрита являются: А. Лефлуномид Б. Преднизолон В. Аспирин Г. Метотрексат Д. Ибупрофен	А. Лефлуномид Г. Метотрексат	№ 1, глава 1
2.	Перечислите препараты, оказывающие влияние на избыточное коллагенообразование при системной склеродермии: А. D-пеницилламин Б. Колхицин В. Индометацин Г. Азотиоприн	А. D-пеницилламин Б. Колхицин	№ 1, глава 6
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Укажите фармакотерапевтическое действие следующих препаратов: 1. Преднизолон 2. Д-пеницилламин 3. Диклофенак-натрий 4. Трентал 5. Никотиновая кислота А. Противовоспалительное действие Б. Антифиброзное средство В. Сосудорасширяющее средство Г. Улучшение микроциркуляции Д. Иммунодепрессивное действие	Преднизолон-иммунодепрессивное действие Д-пеницилламин-антифиброзное средство Диклофенак-натрий-Противовоспалительное действие Трентал- Улучшение микроциркуляции Никотиновая кислота-Улучшение микроциркуляции	№4, глава 4 №4, глава 9

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациентка Н., 18 лет, студентка, госпитализирована для определения дальнейшей тактики лечения. Заболела девять лет назад, когда без видимых причин появились боли в мелких суставах кистей, высыпания	Пациентке показана терапия преднизолоном перорально в дозе 60 мг/сут. Учитывая наличие люпуснефрита, а также острое течение	№1, глава 4

	на коже лица, через некоторое время присоединились отеки. Постоянно сохранялась лихорадка (37,6-38,3°С). Практически постоянно проводилось лечение преднизолоном (максимальная доза 40 мг/сут, поддерживающая -10-15 мг/сут). В течение последних восьми месяцев принимала преднизолон в дозе 60 мг/сут, на этом фоне отметила прибавку в весе на 17 кг, выявлена гипергликемия 178 мг%. АД увеличилось до 180/110 мм рт. ст. Попытки снижения дозы преднизолона ниже 20 мг/сут вызывали слабость, усиление изменений на коже, нарастание отеков, повышение температуры тела. При осмотре обращают на себя внимание небольшой рост, ожирение с преимущественным отложением жира над 7-м шейным позвонком, в надключичных ямках, яркая гиперемия кожи лица, гнойничковая сыпь на коже спины и плеч, стрии на животе, отеки голеней. Отмечается болезненность при пальпации остистых отростков на уровне 11-12-го грудного и 1-2-го поясничных позвонков. АД - 175 /105 мм рт. ст. В анализах крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - 4,2 млн, ЦП - 0,85, лейкоциты - 11 тыс. (формула не изменена), СОЭ -37 мм/ч. Общий белок - 5,9 мг%, альбумин - 3,0 мг%, глюкоза -134 мг%, креатинин - 1,9 мг%. LE-клетки не определяются. АНФ 1:160, Ат к нативной ДНК - 1,8 (норма до 1,2). IgA - 70 мг%, IgM - 120 мг%, IgG - 1050 мг%, комплемент - 8 мг%. В анализе мочи: удельный вес - 1018, белок - 2,8 д, эритроциты - 8-10 в поле зрения, лейкоциты - 4-6 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 0-1-2 в поле зрения. В анализе кала: повторно положительные реакции на кровь. Вопросы: 1. Назначьте лечение.	заболевания, к терапии целесообразно добавить цитостатические иммуносупрессанты, например пульс-терапию циклофосфаном.	

2.	Пациентка С, 22 года, секретарь, обратилась в поликлинику с жалобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 37,5°С, боли в межфаланговых суставах кистей и затруднения при попытке сжать левую кисть в кулак, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, появление сыпи на лице, наружной поверхности предплечий, на локтях и в зоне декольте. Указанные симптомы возникли около недели назад после отдыха в выходные дни на берегу озера, где пациентка загорала. При осмотре на коже спинки носа и скулах, в зоне декольте и на разгибательных поверхностях предплечий определяются яркие эритематозные высыпания, несколько усиленное выпадение волос. Температура тела 37,3°С. При пальпации левой кисти определяются уплотненные болезненные сухожилия сгибателей пальцев, попытка согнуть кисть в кулак вызывает боль. При аускультации легких слева ниже угла лопатки выслушивается шум трения плевры, в остальных отделах дыхание везикулярное. ЧД - 17 в минуту. Перкуторно границы сердца не расширены, тоны ясные, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 в минуту. АД -135/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Очаговая неврологическая симптоматика не определяется. В анализах крови: гемоглобин - 12,1 г/л, гематокрит - 39%, ЦП - 0,88, лейкоциты - 3,1 тыс., тромбоциты - 103 тыс., СОЭ - 56 мм/ч. АСТ - 18 ед/л, АЛТ - 16 ед/л, креатинин - 1,2 мг/дл, глюкоза - 98 мг/дл. Антинуклеарные антитела 1:500. Антитела к нативной ДНК - 1,2, свечение крапчатое, LE-клетки не	В данной ситуации показана терапия преднизолоном перорально в начальной дозе 30-40 мг в сутки. При выявлении признаков люпус-нефрита возможно обсуждение вопроса о добавлении к лечению цитостатических иммуносупрессантов - азатиоприн 100 мг в сутки	№1, глава 4

	обнаружены. При посеве крови рост микрофлоры не получен. В анализах мочи: удельный вес - 1017, pH - 5,5, белок - 0,058 л, сахара, ацетона нет, лейкоциты - 1-3 в поле зрения, эритроциты -2-5 в поле зрения, цилиндров нет, бактерий немного. Вопросы: 1. Назначьте лечение.		
3.	Больная В., 30 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на эритематозные высыпания на лице, боль и припухлость в мелких суставах кистей и стоп, головную боль, ухудшение памяти, рассеянность, плаксивость, снижение настроения, нарушения сна, головокружение, «шаткость» походки, сужение полей зрения, усиленное выпадение волос, образование «язвочек» во рту, геморрагические корочки на губах, повышение температуры тела до 38,3 °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 - 45 мм/ч, лейкоциты - 3,7х109, 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	Тактика дальнейшего ведения больной заключается в назначении высоких доз кортикостероидов внутрь (не менее 1 мг/кг в сутки в пересчете на преднизолон) наряду с внутривенным капельным введением высоких доз кортикостероидов (не менее 1000 мг метилпреднизолона ежедневно 3 дня подряд) в сочетании с высокими дозами циклофосфамида (1000 мг). Показано лечение антикоагулянтами и антиагрегантами, переливание одногруппной свежезамороженной плазмы и альбумина.	№1, глава 4

	усиленно выпадать волосы. К этому присоединились незначительные миалгии, эритематозные высыпания на лице (скулы, подбородок), снижение массы тела. В крови: Hb - 88 г/л, СОЭ - 66 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 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. Назначьте лечение.		
4.	Больная 40 лет, 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 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. Вопросы: 1. Назначьте лечение	Лечение включает: базисную терапию: лефлюномид 100 мг/сутки 3 дня, затем 20 мг/сутки под контролем общего анализа крови с тромбоцитами, билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, креатинина, общего анализа мочи не реже 1 раза в 2 недели; симптоматическую терапию: диклофенак натрия 100 мг/сутки; ЛФК	№1, глава 1

5.	Больная С., 75 лет, поступила с жалобами на боли в плечевых, коленных и голеностопных суставах, утреннюю скованность 20-30 мин., болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах. Больна около 25 лет. Возникновение болезни связывает с тяжелой физической нагрузкой. Впервые боль и отечность появились в коленных суставах. Через некоторое время на фоне терапии НПВП боли и припухлость коленных суставов исчезли. Около года назад появились боли в лучезапястных и плечевых суставах с хрустом, ограничением движений, скованностью. Периодически появляются острые боли при ходьбе в коленных суставах, исчезающие при определенном движении, тугоподвижность при переходе из состояния покоя к активной деятельности. Появились также боли в дистальных межфаланговых суставах кистей. При осмотре: больная повышенного питания. Коленные суставы больше справа отечные, движения ограниченные и болезненные. В дистальных межфаланговых суставах плотные образования на тыльной поверхности, движение в них ограничены. Эти суставы деформированы, движения в них ограничены, болезненны, отмечается припухлость мягких тканей этих суставов, хруст при движении. Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, остеосклероз, остеофитоз. Анализ крови: Л-9,2х109/л; СОЭ-25 мм/час, СРБ – 1,5 мг/л. Мочевая кислота – 0,2 ммоль/л Вопросы: 1. Назначьте лечение	дипроспан в/суставно №1 в коленные суставы, нимесулид 100 мг 2 раза в сутки, после купирования синовита: хпндропротекторы в течение 6 недель.	№1, глава 12

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

1.	Какие препараты занимают основное место в лечении СКВ?	Основное место в лечении СКВ занимают ГК, иммунодепрессанты и гидроксихлорохин	№1, глава 4
2.	Как часто нужно оценивать эффективность терапии при лечении пациента с псориатическим артритом?	При ПсА эффективность лечения рекомендуется оценивать каждые 3-6 мес	№1, глава 3
3.	Когда возможно начало ГИБП после начала туберкулостатической профилактики латентной туберкулезной инфекции	Лечение ГИБП следует начинать не раньше чем через 2 мес после начала туберкулостатической профилактики латентной туберкулезной инфекции	№1, глава 1
4.	Какой препарат возможно назначить при наличии абсолютных противопоказаний и/или неэффективности НПВП, колхицина и ГК для купирования острого приступа подагры?	При наличии абсолютных противопоказаний и/или неэффективности НПВП, колхицина и ГК для купирования острого приступа возможно применение моноклональных антител к ИЛ-1а (канакинумаб)	№1, глава 13
5.	Назовите показания для эндопротезирования суставов пациентам с остеоартрозом?	Эндопротезирование суставов показано у больных ОА с выраженным болями, не поддающимися консервативному лечению, при наличии серьезного нарушения функций сустава (до развития значительных деформаций, нестабильности сустава, контрактур и мышечной атрофии)	№1, глава 12

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине

	Владеть
ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи	1 -владеть методами и принципами ведения и лечения пациентов с ревматологической патологией в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
	Выберите один правильный ответ		
1.	Препарат первой линии базисной терапии ревматоидного артрита: а) сульфасалазин; б) метотрексат; в) лефлуномид; г) гидроксихлорохин.	б) метотрексат;	№1, Глава 1
2.	Для поддержания невысокого уровня мочевой кислоты в крови больные хронической тофусной подагрой должны получать а) длительную низкодозовую терапию глюкокортикостероидами б) нестероидные противовоспалительные препараты в полных дозах в) аллопуринол г) диуретики	в) аллопуринол	№1, Глава 13
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К препаратам для симптоматической терапии ревматоидного артрита относятся а) метотрексат б) глюкокортикоиды в) нестероидные противовоспалительные препараты г) генно-инженерные биологические препараты	б) глюкокортикоиды в) нестероидные противовоспалительные препараты	№1, Глава 1
2.	Основные принципы лечения идиопатических воспалительных миопатий: а) начало терапии ГКС в течение первых 3 месяцев от дебюта болезни, б) начальная доза ГКС не менее 1 мг/кг в сутки, в) оценка эффективности терапии проводят через 2-4 недели, г) снижение дозы ГКС через 1 неделю.	а) начало терапии ГКС в течение первых 3 месяцев от дебюта болезни, б) начальная доза ГКС не менее 1 мг/кг в сутки, в) оценка эффективности терапии проводят через 2-4 недели,	№1, Глава 7

	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. При волчаночном нефрите I-II классов назначаются ___ 2. При волчаночном нефрите III-IV классов назначаются ___ 3. При волчаночном нефрите V класса назначаются ___ а) преднизолон в комбинации с мофетила микофенолатом б) не назначаются иммуносупрессивные препараты в) пульс-терапия метилпреднизолоном в комбинации с циклофосфаном или мофетила микофенолатом	1. При волчаночном нефрите I-II классов не назначаются иммуносупрессивные препараты 2. При волчаночном нефрите III-IV классов назначаются пульс-терапия метилпреднизолоном в комбинации с циклофосфаном или мофетила микофенолатом 3. При волчаночном нефрите V класса назначаются преднизолон в комбинации с мофетила микофенолатом	№1, Глава 4

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	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.	Антибактериальные препараты: макролиды (азитромицин (сумамед) 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 этиологической излеченности. НПВС: диклофенак — 50 мг (1 т. 3 раза в день); найз или мелоксикам. ГКС в полость голеностопного сустава однократно.	№4, Глава 7

	1. Составьте план лечения в соответствие с Федеральными клиническими рекомендациями.	Лечение у уролога.	
2.	Пациентка К., медсестра, 39 лет. Поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С ежедневно, ознобов нет, головокружение, головные боли, иногда есть неприятные ощущения в области сердца, боли в суставах. Считает себя больной около года, когда случайно после занятий аэробикой в конце тренировки не смогла нащупать пульс у себя на правой руке. На УЗИ сосудов с доплерографией было выявлено сужение сонных артерий больше слева на 80 %. При осмотре: Келлоидные рубцы на шее слева, симптом Горнера слева. Тоны сердца ритмичны, незначительно приглушены. АД на правой руке — 180/120 мм рт. ст., на левой — измерить не удается. Пульс на правой руке — 72 уд./мин, на левой прощупать не удается. При аускультации выслушивается грубый систолический шум на сонных артериях с обеих сторон и мягкий дующий шум на брюшной аорте. 1. Составьте план лечения в соответствие с Федеральными клиническими рекомендациями.	Лечение в стационаре можно начать с проведения пульс-терапии ГКС (с целью индукции ремиссии), затем перевести на пероральный прием. Доза подбирается индивидуально. Длительность подавляющей терапии не менее 3–4 недель, затем при стабилизации клинико-лабораторных данных доза постепенно снижается до поддерживающей. При необходимости можно назначать цитостатики (метотрексат, азатиоприн). Также назначаются сосудистые препараты для лечения вазоспастических и ишемических синдромов (пентоксифиллин, кавинтон и др.). Возможно применение лечебного плазмафереза.	№1, Глава 8
3.	Пациент Н., 78 лет, поступил в отделение ревматологии для уточнения диагноза и коррекции схемы лечения с жалобами на интенсивные головные боли пульсирующего характера преимущественно в височных областях, головокружения, резкое снижение слуха и остроты зрения, общее недомогание, слабость, периодическое повышение температуры тела до 37,2–37,5 °С. Заболел около 3 месяцев назад. Стали ухудшаться слух и зрение, появилась слабость и лихорадка. В	Для индукции ремиссии при ГКА применяют монотерапию ГК. Необходимо раннее назначение лечения, дозы и тактика терапии ГК те же, что и при лечении СВ мелких и средних сосудов. При тяжелом течении СВ крупных сосудов дозу ГК следует увеличивать до 60-80 мг/сут или применять внутривенные	№1, Глава 8

	общем анализе крови выявлено повышение СОЭ до 55 мм/ч. При осмотре: В области висков наблюдается припухание и пульсация височных артерий, при их пальпации отмечается болезненность. 1. Составьте план лечения в соответствие с Федеральными клиническими рекомендациями.	пульсовые введения метилпреднизолона с последующим переходом на прием ПРЕД внутрь по 20-30 мг/сут. Неотложное внутривенное пульсовое введение метил-преднизолона рекомендовано при поражении органа зрения, поскольку при раннем активном лечении возможно полное или частичное восстановление зрения. Больным ГКА не следует назначать ГК в альтернирующем режиме, поскольку это может повысить риск рецидива. Если в течение 6 мес на фоне приема ПРЕД по 2,5 мг/сут клинические проявления ГКА отсутствуют, лечение может быть прекращено. В случае рецидива ГКА после отмены ГК, при отсутствии симптомов поражения органа зрения или нервной системы, могут быть эффективны редуцированные дозы ПРЕД (5-10 мг/сут). • Присоединение МТ показано при рефрактерном течении ГКА (10-15 мг/нед) в сочетании с ГК. АЗА (2 мг/кг в сутки) назначают в случаях неэффективности или непереносимости МТ. В случае рефрактерного течения ГКА может быть эффективно применение ЦФ и ТЦЗ.	

		Всем больным ГКА для снижения риска развития цереброваскулярных и кардиоваскулярных катастроф рекомендуется назначать низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (Аспирина) (75-150 мг/сут).	
4.	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. При обследовании было выявлено повышение СОЭ до 55 мм/ч. Пациентка отмечает, что значительно похудела за последний месяц, так как из-за болей нет аппетита. 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. Составьте план лечения в соответствие с Федеральными клиническими рекомендациями.	Лечение основано на применении ГК, основные принципы которого следующие. Раннее начало терапии (в течение первых 3 мес от дебюта болезни). Начальная доза ГК - не менее 1 мг/кг в сутки. МТ в дозе 15-25 мг/нед (таблетированная или подкожная формы) обладает стероидсберегающим действием. АЗА в дозе 100-250 мг/сут уступает МТ по эффективности и быстроте наступления эффекта. ЦФ в дозе 800-1000 мг/мес или 400 мг через 2 нед в месяц внутривенно капельно показан при ИПЛ и язвенно-некротическом васкулите. ММФ в начальной дозе 500 мг 2 раза в сутки с последующим титрованием дозы до 1000 мг 2 раза в сутки при резистентном поражении кожи. ГХ по 200-400 мг/сут при резистентном поражении кожи. Может быть использован для поддерживающей	№1, Глава 7

		терапии в сочетании с низкими дозами ГК. Внутривенный иммуноглобулин назначают по 1 г/кг в месяц в течение 4-6 мес. Плазмаферез следует использовать главным образом у больных с тяжелым, резистентным к другим методам лечения ИВМ в сочетании с ГК и МТ. РТМ назначают при наличии прогностически неблагоприятных факторов.	
5.	Пациентка Х., 56 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами в мелких суставах обеих кистей, резкую слабость и болезненность в мышцах плеч и бедер (самостоятельно не может войти в транспорт, с трудом расчесывается и т. д.). Наблюдается повышение температуры тела до 37,5 °С в течение последнего месяца. Заболела около 6 месяцев назад. Без видимых причин появились боли и припухание мелких суставов кистей с гиперемией и шелушением над ними, общая слабость. При осмотре: Положение пассивное. Из-за болезненности и резкой слабости в мышцах не может вставать с постели, удерживать на весу руки, ноги, голову. При пальпации мышц плечевого и тазового поясов отмечается умеренная болезненность. При пальпации суставы кистей болезненны. Над ними выявляется шелушащаяся эритема. 1. Составьте план лечения в соответствие с Федеральными клиническими рекомендациями.	Лечение основано на применении ГК, основные принципы которого следующие. Раннее начало терапии (в течение первых 3 мес от дебюта болезни). Начальная доза ГК - не менее 1 мг/кг в сутки. МТ в дозе 15-25 мг/нед (таблетированная или подкожная формы) обладает стероидсберегающим действием. АЗА в дозе 100-250 мг/сут уступает МТ по эффективности и быстроте наступления эффекта. ЦФ в дозе 800-1000 мг/мес или 400 мг через 2 нед в месяц внутривенно капельно показан при ИПЛ и язвенно-некротическом васкулите. ММФ в начальной дозе 500 мг 2 раза в сутки с последующим титрованием дозы до 1000 мг 2 раза в сутки	№1, Глава 7

		при резистентном поражении кожи. ГХ по 200-400 мг/сут при резистентном поражении кожи. Может быть использован для поддерживающей терапии в сочетании с низкими дозами ГК. Внутривенный иммуноглобулин назначают по 1 г/кг в месяц в течение 4-6 мес. Плазмаферез следует использовать главным образом у больных с тяжелым, резистентным к другим методам лечения ИВМ в сочетании с ГК и МТ. РТМ назначают при наличии прогностически неблагоприятных факторов.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Назовите симптоматические лекарственные средства замедленного действия в лечении остеоартроза.	Препараты, содержащие хондроитина сульфат и глюкозамин или их комбинации, обладают аналгетическим действием и высокой безопасностью (уровень доказательности А/В). Хондроитина сульфат применяют по 500 мг 2 раза в сутки. Глюкозамина сульфат назначают по 1500 мг/сут. Комбинированные препараты содержат 500 мг глюкозамина и 400- 500 мг	№1, Глава 12

		хондроитина сульфата. Терапевтическими дозами являются более 1500 мг/сутки глюкозамина и более 800 мг/сутки хондроитина. Диацереин назначают для лечения ОА коленных и тазобедренных суставов в качестве симптоматического средства для уменьшения боли. Лечение начинают с 50 мг/сут на протяжении 2-4 нед, затем дозу увеличивают до 50 мг 2 раза в сутки длительно (уровень доказательности В). Неомыляемые соединения авокадо и сои применяют по 300 мг 1 раз в сутки длительно. Производные гиалуроната применяют для внутрисуставного введения при ОА для уменьшения боли и улучшения функции сустава (уровень доказательности А/В). Низко- и высокомолекулярные препараты демонстрируют одинаковые результаты, эффект длится от 60 дней до 12 мес. Лечение хорошо переносится, очень редко при введении препаратов боли в суставе могут усиливаться по типу псевдоподагрической атаки. Препараты гиалуроната и ГК одинаково	

		эффективны через 4 нед после инъекции, но через 5-13 нед эффективность гиалуроната выше, чем ГК.	
2.	Назовите основные принципы уратоснижающей терапии.	Уратоснижающая терапия показана больным со стойкой гиперурикемией и острыми атаками артрита (в том числе в анамнезе), хроническим артритом, наличием тофусов (независимо от локализации и метода выявления: при осмотре, методами лучевой диагностики). Пациентам с дебютом подагры в возрасте менее 40 лет, при наличии почечной патологии, коморбидных заболеваний уратоснижающую терапию рекомендуется инициировать сразу после первого приступа артрита. Проведение уратоснижающей терапии в других случаях (при неосложненной подагре) показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. У больных с тяжелой тофусной подагрой желательно поддержание сывороточного уровня мочевой кислоты менее 300 мкмоль/л. Аллопуринол - эффективное средство для длительного лечения больных с	№1, Глава 13

		хронической подагрой и препарат первой линии терапии при нормальных функциях почек. Препарат должен быть назначен в исходно низкой дозе (50-100 мг ежедневно) с последующим увеличением (при необходимости) по 100 мг каждые 2-4 нед, что особенно важно у больных с почечной недостаточностью. При наличии почечной недостаточности доза аллопуринола должна быть подвергнута коррекции. В случае развития НЛР, связанных с применением аллопуринола, а также при снижении функций почек целесообразно назначение ингибиторов ксантиноксидазы (фебуксостата). Фебуксостат может применяться у больных с мягкой и умеренной почечной недостаточностью, его эффективность в отношении влияния на сывороточный уровень мочевой кислоты при применении средних доз препаратов превышает таковую у аллопуринола. У больных с подагрой целесообразно исключить прием диуретиков, за исключением жизненных показаний.	

		В качестве альтернативы могут быть использованы другие гипотензивные препараты. У пациентов с ХСН предпочтительно использование калийсберегающих диуретиков. Лозартан и фенофибрат дают умеренный урикозурический эффект, что позволяет их применять у больных, резистентных или плохо переносящих аллопуринол или урикозурики, при наличии, соответственно, АГ или гипертриглицеридемии, в том числе в комбинации с ингибиторами ксантиноксидазы (аллопуринолом, фебуксостатом). Некоторые урикозурические агенты (пробенецид, сульфинпиразон) могут применяться как альтернатива аллопуринолу у пациентов с нормальными функциями почек, но относительно противопоказаны больным с уролитиазом. Они не должны использоваться у пациентов со сниженными функциями почек.	
3.	Назовите основные принципы лечения системной склеродермии с преимущественным поражением кожи.	Основная цель фармакотерапии поражения кожи при ССД - уменьшение выраженности и	№1, Глава 6

		распространенности уплотнения кожи. • Для лечения ранней диффузной ССД рекомендуется МТ в дозе 10- 15 мг/сут (уровень доказательности А). • Имеются данные об уменьшении выраженности индурации кожи на фоне применения ММФ, ЦФг и АЗА. • Пеницилламин (250-500 мг/сут) рекомендуется на ранней стадии (в течение первых 3-5 лет болезни) или при нарастании выраженности и распространенности уплотнения кожи у больных диффузной ССД (уровень доказательности С). • При прогрессирующем диффузном поражении кожи применяют ГК в виде монотерапии или в сочетании с вышеперечисленными препаратами.	
4.	Назовите принципы лечения поражения ЦНС при системной красной волчанке.	• При развитии тяжелых, жизнеугрожающих состояний при поражении ЦНС (судороги, поперечный миелит, неврит зрительного нерва, цереброваскулит) рекомендуются экстренное назначение ЦФ по 1000- 500 мг внутривенно и пульс-терапии метилпреднизолоном по 1000 мг несколько	№1, Глава 4

		дней подряд с последующим назначением ГК внутрь по 0,5- 1,0 мг/кг в сутки. • При развитии комы, сопора, прогрессирующего миелита и/или крио-глобулинов в сыворотке крови показано применение плазмафереза ежедневно или через день, с эксфузией 20-30 мл/кг массы тела плазмы. Назначение внутривенного иммуноглобулина в дозе 0,5-1,0 г/кг рекомендуется после окончания процедур плазмафереза. • При отсутствии эффекта в течение первых 3-4 дней от начала интенсивной терапии эксперты рекомендуют назначать РТМ по 500-1000 мг еженедельно (максимальная суммарная доза - 2000 мг).	
5.	Назовите основные показания для хирургического лечения системных васкулитов.	Хирургическое лечение показано при наличии критических, клинически значимых (регионарная ишемия) стенозов или окклюзии магистральных артерий при артериите Такаясу; облитерирующем тромбангиите; развитии необратимых (периферическая гангрена) изменений тканей, критического субглоточного стеноза при гранулема-тозе Вегенера (механическая, лазерная дилатация	№2, Тема 10

		трахеи в сочетании с местным введением ГК); при хронических гнойных синуситах с разрушением кости, носовой перегородки, при выраженном фиброзе или формировании полостей в легких, гигантских аневризмах крупных артерий.	

ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1 - принципы и методы санаторно-курортного лечения, показания и противопоказания к применению данных методов лечения и реабилитации

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Укажите возрастной предел назначения физиотерапии: а) до 45; б) до 55; в) до 65; г) в любом возрасте	г) в любом возраст	№10, стр 43
2.	Какие факторы не входят в состав климатотерапевтического воздействия	г) лечебное питание	№10, стр 42

	а) температура б) влажный воздух в) атмосферное давление г) лечебное питание д) морские купания		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	К основным курортным лечебным учреждениям относятся все нижеперечисленные, кроме: а) санатория; б) курортной поликлиники; в) бальнеолечебницы; г) грязелечебницы;	а) санатория; б) курортной поликлиники; в) бальнеолечебницы; г) грязелечебницы;	№10, стр 43
2.	. Правила медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение должны знать: а) врачи участковые; б) врачи общей практики; в) врачи-физиотерапевты г) участковые педиатры	а) врачи участковые; б) врачи общей практики; в) врачи-физиотерапевты г) участковые педиатры	№10, стр 38
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Последовательность бальнеологических процедур в порядке увеличения воздействия на организм: а: питье б: орошения в: местные ванны г общие ванны д: купание в бассейне	а: питье б: орошения в: местные ванны г общие ванны д: купание в бассейне	№10, стр 38

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	У больного деформирующий артроз правого коленного сустава. Жалобы: огра-ничение подвижности, боль в правом коленном суставе при движениях и нагрузке, периодически возникающий хруст, скованность в суставе по утрам. На рентгенограмме: сужение суставной щели,	1) Проблемы огра-ничение подвижности, боль в правом коленном суставе при движениях и нагрузке.	№10, стр 27

	деформация и разрастание краев сочленения. Задание 1. Проблемы пациента. 2. Какова цель назначения физиотерапии? 2. Какие физиотерапевтические процедуры можно назначить больному в домашних условиях? Техника безопасности при выполнении процедур.	2) Цель физиотерапии: снять отек, воспаление; обезболить. 3) Назначение: магнитотерапия, лазеротерапия. Методика выполнения лазеротерапии. Аппарат Рикта -5М включают в сеть, устанавливают мощность 0,5 ОКГ, проводят облучение по 2 мин на расстоянии 1-2 см по точкам. Общая продолжительность 10 минут. Курс №10. Техника безопасности нельзя смотреть на лазерные лучи.	
7.	Больной В. 35 лет. Клинический диагноз: Подагра ожирение 2 ст. Жалобы на одышку, учащенное сердцебиение при незначительной физической нагрузке, утомляемость, сниженную работоспособность, боли и отеки в нижних конечностях к концу дня. Задание 1. Поставить сестринский диагноз (приоритетные, настоящие, потенциальные проблемы) 2. Определить средства, формы, дозировку лечебной гимнастики на данном двигательном режиме 3. Какой вид лечебной гимнастики необходим, особенности проведения. 4. Оценить эффективность проведенного лечения	.Приоритетная проблема - одышка, боли и отеки "в нижних конечностях к концу дня. Настоящие проблемы - жалобы на одышку, учащенное сердцебиение при незначительной физической нагрузке, утомляемость, сниженную работоспособность, боли и отеки в нижних конечностях к концу дня. Потенциальные проблемы - ожирение III степени, нарушение функций внутренних органов. 2. Динамические, изометрические, дыхательные упражнения. 3. Гимнастика выполняется во всех исходных положениях	№10, стр 38

		с акцентом на крупные мышцы, в среднем и быстром темпе 40 минут - 1 час. 4. Улучшение самочувствия, снижение боли и отеков в нижних конечностях, уменьшение одышки, адаптация к физической нагрузке.	
8.	Больная В. 75 лет. Остеопороз Клинический диагноз: закрытый перелом лучевой кости в типичном месте без смещения костных фрагментов. Находится на свободном двигательном режиме. Наложена гипсовая повязка. Жалобы на небольшие ноющие боли в области перелома. Задание 1. Поставить сестринский диагноз (приоритетные, настоящие, потенциальные проблемы) 2. Определить средства, формы, дозировку лечебной гимнастики на данном двигательном режиме 3.Какой вид лечебной гимнастики необходим, особенности проведения. 4. Оценить эффективность проведенного лечения	Приоритетная проблема - боли в области перелома. Настоящие проблемы - жалобы на небольшие ноющие боли в области перелома и застойные явления во внутренних органах "вызванные гиподинамией. Потенциальные проблемы - контрактуры, ограничение подвижности в суставе. 2. Динамические на здоровой конечности и в свободных от иммобилизации суставах, изометрические, релаксационные упражнения на пораженной конечности. 3. Гимнастика выполняется 2 раза в день 20 минут. 4. Уменьшение боли	№10, стр 55
9.	У больного хронический гастрит с пониженной секреторной функцией желудка.на фоне приема НПВП Жалобы: тяжесть и боль ноющего характера в эпигастральной области, возникающие после еды. Направлен на физиотепапевтическое лечение. Назначение: Лекарственный	1. Проблемы тяжесть и боль ноющего характера в эпигастральной области, возникающие после еды	№10, стр 57

	электрофорез с новокаином на область желудка. Один электрод площадью 200 см2 помещают на эпигастральную область и соединяют с катодом, второй — площадью 300 см2 — по-перечно на нижнегрудной отдел позвоночника и соединя-ют с анодом. Продолжи-тельность процедуры 15—20 мин. Ежедневно. Курс — 10—15 процедур. Задание. 1. Проблемы пациента. 2. Цель физиотерапии 3. Какую силу тока необходимо применить в данном случае. 4. Методика проведения Л.Э с новокаином на область желудка.	2. Цель физиотерапии: купирование боли, воспаления, улучшение трофики. 3. По ощущению легкого покалывания. 4 методика проведения Л.Э один электрод площадью 200 см2 помещают на эпигастральную область и соединяют с катодом, второй — площадью 300 см2 — по-перечно на нижнегрудной отдел позвоночника и соединя-ют с анодом предварительно добавив новокаин. Продолжи-тельность процедуры 15—20 мин. Ежедневно. Курс — 10—15 процедур.	
10.	Больная 58 лет. Жалобы на боли в области суставов кистей рук, ограничение движений. В анамнезе болеет 6 лет, наблюдается у ревматолога. На R-снимке кистей рук – остеоартроз 3 степени. Объективно: межфаланговые суставы кистей обеих рук незначительно отечны, деформированы, ограничение движений при сгибании. Назначения. Озокеритотерапия на область кистей рук температура озокерита 45-50 градусов, время 20-30 минут ежедневно, курс 10 сеансов. Задания.	1 Проблемы пациента на боли в области суставов кистей рук, ограничение движений. 2 Техника безопасности: при разогреве озокерита открыть форточку, включить приточно-вытяжную вентиляцию, не оставлять без присмотра, быть осторожным чтобы не попал на кожу и одежду. 3 Методика проведения процедуры. Из металлической куветы вместе с клеенкой озокерит берется и помещается на кисти рук, накрывается	№10, стр 50

	1 Проблемы пациента 2 Техника безопасности 3 Методика проведения процедуры.	одеялом. Продолжительность 20-30 минут №10.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Какие основные природные факторы курортного лечения вам известны укажите неправильный ответ: а) климатотерапия б) гидротерапия в) грязелечение г) бальнеотерапия	а) климатотерапия б) гидротерапия в) грязелечение г) бальнеотерапия	№10, стр 50
7.	Лазерное излучение оказывает а) противовоспалительного действия; б) противоточного действия; в) регенеративного действия; г) стимуляции мышечного тонуса;	а)противовоспалительного действия; б) противоточного действия; в) регенеративного действия; г) стимуляции мышечного тонуса	№1, стр 378
8.	Назовите противопоказания к назначению лечебного массажа: а) обострение ревматоидного артрита б) васкулит кожи в) гнойные поражения кожи. г) обострение спондтлита	а) обострение ревматоидного артрита б) васкулит кожи в) гнойные поражения кожи. г) обострение спондтлита	№10, стр 76
9.	Противопоказание к УФО а) ревматизм, б) плеврит, в) кахексия, г) бронхит	а) ревматизм, б) плеврит, в) кахексия, г) бронхит	№10, стр 78
10.	Назовите принцип проведения ЛФК: а) ускорение; б) замедление;	а) ускорение; б) замедление;	№10, стр 78

	в) постепенность нагрузки; г) форсированная тренировка	в) постепенность нагрузки; г) форсированная тренировка	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1 - определять необходимость и вид санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях ревматологических состояний

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЕЕ ЧЕМ _____ СТЕПЕНИ ... а) III б) I в) II г) IV	в) II	№ 1, глава 1
2.	ЧТО НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ БОЛЬНЫМ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ... а) Ходить с опорой при поражении коленных и тазобедренных суставов б) Спать на жесткой постели без подушки в) Укреплять мышцы спины г) Совершать длительные пешеходные прогулки на большие расстояния	г) Совершать длительные пешеходные прогулки на большие расстояния	№ 1, глава 2

	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ПОД СТАНДАРТОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ ... а) Формализованную модель ведения больного, предусматривающую последовательность лечебно-диагностических мероприятий б) Имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг в) Установленный в лечебно-профилактическом учреждении объем лечебно-диагностических мероприятий, отражающий возможности данного г) Формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем лечебно-диагностических мероприятий	а) Формализованную модель ведения больного, предусматривающую последовательность лечебно-диагностических мероприятий г) Формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем лечебно-диагностических мероприятий	№ 7, глава 12
2.	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ШЕЙЕРМАННА - МАУ ВКЛЮЧАЕТ ... а) Лечебную гимнастику, сон на жестком ложе б) Противовоспалительную терапию в) Назначение аналгезирующих средств г) Сон на жестком ложе	а) Лечебную гимнастику, сон на жестком ложе г) Сон на жестком ложе	№ 7, глава 4
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	Укажите причины появления у больных РА следующих клинических симптомов: 1. Боли в мелких суставах кистей и стоп при РА 2. Общевоспалительная реакция организма (повышение температуры тела, слабость, потливость) 3. Поражение кожи при СКВ в виде эритемной «бабочки» на лице 4. Деформация суставов при РА А. Антитела в соединении с ДНК образуют иммунные комплексы, циркулирующие в крови и фиксирующиеся в различных тканях, что вызывает иммунно–комплексное воспаление Б. Образующаяся система иммунных комплексов повреждает синовиальную оболочку сустава и	Боли в мелких суставах кистей и стоп при РА-образующаяся система иммунных комплексов повреждает синовиальную оболочку сустава и индуцирует иммунное воспаление сустава и близлежащих сосудов Общевоспалительная реакция организма (повышение температуры тела, слабость, потливость)-Характерно образование антител: к иммуноглобулину G – ревматоидных факторов. Вновь образованные иммунные комплексы	№ 1, глава 1

	индуцирует иммунное воспаление сустава и близлежащих сосудов В. Характерно образование антител: к иммуноглобулину G – ревматоидных факторов. Вновь образованные иммунные комплексы обладают токсическими свойствами Г. Хроническое воспаление околосуставных тканей, капсулы суставов связок, сухожилий и мышц	обладают токсическими свойствами Поражение кожи при СКВ в виде эритемной «бабочки» на лице- антитела в соединении с ДНК образуют иммунные комплексы, циркулирующие в крови и фиксирующиеся в различных тканях, что вызывает иммунно–комплексное воспаление Деформация суставов при РА- Хроническое воспаление околосуставных тканей, капсулы суставов связок, сухожилий и мышц	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная У. 22 лет, была направлена в ревматологическое отделение с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до 38 по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос. Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр.	Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение. При достижении улучшения, снижения активности болезни - доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и	№1, глава 4

	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 – 94 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рѐберной дуги по срединно-ключичной линии. 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, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – 3,6×1012/л, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – 100×109/л, лейкоциты - 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. Какова Ваша лечебная тактика при достижении улучшения?	проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.	
2.	Женщина 70 лет предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах,	Пациенту для лечения полиостеоартроза необходимо назначение пероральных НПВП с наименьшим	№1, глава 12

	особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 20 мин. Указанные жалобы беспокоят более 15 лет, периодически принимала НПВС 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. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес - 86 кг, рост - 160 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. Припухлость и деформация грудино-ключичного сочленения справа, пальпация его безболезненна. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 85 ударов в минуту. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 7,7×109/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. Ворпросы:	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. Из немедикаментозного лечения важным является коррекция модифицируемых факторов риска, а именно снижение веса тела, регулярные дозированные физические нагрузки (ходьба, плавание), ношение наколенников при длительной статической нагрузке, физиотерапия, санаторно-курортное лечение.	

	1. Какова тактика ведения больной (немедикаментозная и медикаментозная)?		
3.	Больной 60 лет обратился к ревматологу 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 6 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. Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 0,2 см, белесоватые на изгибе. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато-багрового цвета, горячая. АД - 160/105 мм рт. ст. ЧСС - 82 удара в минуту. 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. Вопросы: **1.** Какой будет Ваша тактика лечения в период острого приступа и в межприступный период?	Всем больным необходимо выполнение рекомендаций по питанию - стол №6: ограничение продуктов, содержащих пурины (мясо), ограничение содержания в продуктах жиров, запрещение приёма алкоголя. Для купирования острого суставного синдрома применяется 3 группы препаратов: НПВС, глюкокортикостероиды или Колхицин 1 мг 3 раза в сутки. В межприступный период: необходимо продолжить придерживаться диеты, к терапии добавить Аллопуринол нормализации мочевой кислоты, с последующим снижением дозы до поддерживающей, НПВС - при болях.	№1, глава 13
4.	Больная М. 23 года заболела после переохлаждения. Заболевание началось с повышения температуры до 38°С, боли и припухлости в коленных, голеностопных и локтевых суставах, увеличения и болезненности подчелюстных	Иммуносупрессивная терапия. Преднизолон 60 мг в сутки с очень постепенным снижением дозы после достижения клинического эффекта и переходом на поддерживающую дозу,	№1, глава 4

	лимфоузлов. На щеках яркий румянец. 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 - 110 в минуту, ритмичный. АД - 180/40 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. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.	Азатиоприн 100 мг в сутки или Микофенолата мофетил (селсепт) 500 мг 2 раза в день. Учитывая максимальную степень активности процесса, возможна пульс-терапия Преднизолоном, Циклофосфаном. При неблагоприятном клинико-морфологическом варианте люпус-нефрита по результатам биопсии возможно проведение пульс-терапии Метилпреднизолоном. Для предупреждения побочных действий кортикостероидов показано применение препаратов калия анаболических препаратов, салуретиков, гипотензивных средств (ингибиторов АПФ с нефропротективным действием), антацидных препаратов или ингибиторов протонной помпы	
5.	Женщина 30 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 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 6 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. 2 месяца назад (июль) - отдых в Таиланде. После	Прогноз относительно благоприятный: возможно достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии при пожизненной поддерживающей терапии. Необходимо определение группы инвалидности (II).	№1, глава 4

	возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°С, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, долгое время считала их последствиями загара. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. 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. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Отѐчность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна.		

	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. Определите прогноз и трудоспособность пациента.		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

1.	Назовите причины развития функциональной боли	1) неадекватная двигательному стереотипу статическая нагрузка; 2) длительная и в крайних положениях адекватная статическая нагрузка; 3) неадекватная динамическая нагрузка в виде значительного усилия или рывкового движения; 4) пассивное перерастяжение; 5) ноцицептивные рефлекторные влияния (висцеромоторные, вертебромоторные, сенсорно-моторные) при заболеваниях позвоночника, внутренних органов, спинного мозга, его оболочек и корешков; 6) моторно-трофическая недостаточность при обездвиженности (гипсовая повязка и т.д.)	№ 8, глава 2
2.	Назовите основные принципы организации лечебного процесса реабилитации	• раннее начало восстановительной патогенетической терапии; • длительность и непрерывность ее при условии этапного построения; • направленное комплексное применении различных видов компенсаторно-восстановительного лечения (медикаментозная терапия,	№ 8, глава 3

		ортопедические методы лечения, ЛФК, мануальная терапия, массаж и др.); • закрепление полученных результатов лечения в социальном аспекте.	
3.	Перечислите основные задачи лечения больных с болью в спине	а) купирование болевого синдрома; б) расширение способности пациента к самообслуживанию; в) обеспечение возможности его переносить привычные профессиональные или бытовые нагрузки, в целом повышение качества жизни и предупреждение хронизации боли.	№ 8, глава 3
4.	Перечислите положительные моменты ранней активизации больных в момент периода острой боли с точки зрения доказательной медицины	а) быстрый регресс боли; б) оптимальные условия для реституции поврежденных тканей (мышц, сухожилий, межостистых связок, диска и др.); в) быстрейшее выздоровление; г) предупреждение инвалидизации.	№ 8, глава 3
5.	Назовите показания для занятий лечебной физкультурой при боли в спине	а) снижение болевого синдрома; б) расслабление паравертебральных мышц и мышц пораженной конечности, укрепление мышц живота;	№ 8, глава 7

		в) улучшение кровоснабжения нервного корешка и трофических процессов.	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	1 – методологией проведения медицинской реабилитации пациентов ревматологического профиля; алгоритмами применения санаторно-курортного лечения при разных вариантах течения и нозологиях ревматологических состояний

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	При обострении неосложненного первичного остеоартрита длительность ВУТ составляет в среднем: а) 10-25 дней, б) 3-5 дней, в) 1-3 дней, г) до 30 дней.	а) 10-25 дней	№1, Глава 12
2.	Больным ревматоидным артритом в стадии ремиссии или минимальной активности процесса при утрате функциональной способности не выше II степени показано санаторно-курортное лечение: а) курорты бальнеологические; б) курорты грязевые; в) климатические курорты; г) курорты климатогрязевые.	а) курорты бальнеологические;	№1, Глава 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Временная утрата трудоспособности при остеоартрите обусловлена: а) обострением болей в пораженных суставах; б) развитием реактивного синовита;	а) обострением болей в пораженных суставах; б) развитием реактивного синовита;	№1, Глава 12

	в) повышением СОЭ г) ожирением.		
2.	Направлению в БМСЭ подлежат больные остеоартритом: а) при тяжелом поражении тазобедренных и коленных суставов с нарушением статики и наличием противопоказаний для хирургической коррекции; б) с наличием осложнений (рецидивирующий бурсит, реактивный синовит, корешковый синдром и др.); в) в комбинации с метаболическим синдромом; г) с поражением мелких суставов кистей.	а) при тяжелом поражении тазобедренных и коленных суставов с нарушением статики и наличием противопоказаний для хирургической коррекции; б) с наличием осложнений (рецидивирующий бурсит, реактивный синовит, корешковый синдром и др.);	№1, Глава 12
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Больным ревматоидным артритом___ 2. Больным анкилозирующим спондилоартритом ___ 3. Больным подагрой ___ а) показано лечение на бальнеологических курортах; б) не показано санаторно-курортное лечение; в) показано лечение на грязевых курортах.	1. Больным ревматоидным артритом показано лечение на бальнеологических курортах. 2. Больным анкилозирующим спондилоартритом показано лечение на грязевых курортах. 3. Больным подагрой не показано санаторно-курортное лечение.	№1, Глава 1, 2, 13

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	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	ЛФК, массаж, физиопроцедуры, санаторно-курортное лечение.	№1, Глава 2

	глазу, который был расценен как ирит и купирован глазными каплями, содержащими стероиды. При осмотре: суставы без видимых изменений. Пробы Томайера, Шобера, Форестье, Отта положительны. Со стороны внутренних органов особенностей нет. 1. Назовите немедикаментозные методы лечения и реабилитации пациентов с данным заболеванием.		
2.	Пациентка П., 70 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженные боли в левом тазобедренном суставе, в коленных суставах (больше слева), иногда — в мелких суставах кистей. Боли в ногах появляются к концу дня после физической нагрузки, при спуске с лестницы, после длительного сидения (трудно встать со стула). В последнее время стала меняться походка: появилось прихрамывание на левую ногу. При осмотре: пациентка повышенного питания. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания. Тазобедренные суставы: отведение, сгибание, ротация в правом суставе болезненны, незначительно ограничены; в левом движения резко ограничены, болезненны. Коленные суставы: небольшая О-образная деформация, дефигурация левого сустава из-за отечности. Движения в обоих суставах несколько ограничены из-за боли (больше слева), при движениях слышна крепитация. Голеностопные суставы не деформированы. Отмечается болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника. Симптомов натяжения нет. 1. Назовите лечебную тактику на амбулаторном этапе ведения пациента с данной патологией.	Медикаментозная терапия. ФТЛ. Использование дополнительных средств ходьбы и опоры, ортезов. При резком сужении суставной щели, деформации головки левой бедренной кости — эндопротезирование.	№1, Глава 12
3.	Пациентка 65 лет. При осмотре: больная повышенного питания.	РА в стадии ремиссии или минимальной	№1, Глава 1

	Положение вынужденное из-за болей в крупных суставах ног при активных движениях, деформация суставов кистей (ульнарная девиация). Деформация коленных суставов (Х-образная), голеностопных суставов, стоп. 1. Назовите показания к санаторно-курортному лечению при данной патологии.	активности процесс при утрате функциональной способности не выше II степени.	
4.	Больная Б., 58 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся в положении стоя или при нагрузке, периодически возникающий хруст при активных движениях в данном суставе. Боли появились около 2 лет назад и постепенно усиливались. При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и дефигурации не отмечаются. Объем активных и пассивных движений незначительно снижен в левом коленном суставе. Анализ крови: без отклонений от нормальных значений, СОЭ - 22 мм/ч, РФ - отрицательный. 1. Назовите физиотерапевтические методы, применяемые у больных с данной патологией.	При ОА коленных суставов с признаками воспаления можно рекомендовать применение холодовых аппликаций (пакеты со льдом, массаж льдом). Для уменьшения боли при ОА коленных и суставов кистей рекомендуются тепловые процедуры, чрезкожная электронейростимуляция. У некоторых больных может использоваться акупунктура.	№1, Глава 12
5.	Женщина 67 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе, отмечает частые интенсивные физические нагрузки. При осмотре: Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет	При поражении медиального отдела коленного сустава, варусной деформации или нестабильности коленного сустава могут использоваться коленные ортезы и клиновидные ортопедические стельки. Рекомендуется хождение с тростью в руке, противоположной поражённой нижней конечности. При ОА 1–го запястно-пястного сустава применяются шинирование и ортезы.	№1, Глава 12

	болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты. 1. Назовите вспомогательные средства коррекции функций суставов, которые могут применены у данной пациентки.		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Назовите основные задачи ЛФК при анкилозирующем спондилоартрите.	Уменьшение прогрессирования анкилозов (если пациент будет обездвижен, анкилоз наступает быстрее); Профилактика и лечение уже наступивших деформаций; Увеличение мышечной силы ослабленных групп мышц и уменьшение мышечного спазма и болевого синдрома; Развитие правильной двигательной компенсации, правильного двигательного стереотипа; Увеличение дыхательной возможности легких; Улучшение общего самочувствия больного.	№1, Глава 2
7.	Назовите физиотерапевтические методы, применяемые у больных остеоартрозом.	При ОА коленных суставов с признаками воспаления можно рекомендовать	№1, Глава 12

		применение холодовых аппликаций (пакеты со льдом, массаж льдом). Для уменьшения боли при ОА коленных и суставов кистей рекомендуются тепловые процедуры, чрезкожная электронейростимуляция. У некоторых больных может использоваться акупунктура.	
8.	Назовите вспомогательные средства коррекции функций суставов при остеоартрите.	При поражении медиального отдела коленного сустава, варусной деформации или нестабильности коленного сустава могут использоваться коленные ортезы и клиновидные ортопедические стельки. Рекомендуется хождение с тростью в руке, противоположной поражённой нижней конечности. При ОА 1–го запястно-пястного сустава применяются шинирование и ортезы.	№1, Глава 12
9.	Назовите показания к санаторно-курортному лечению при остеоартрите.	Первичный и вторичный ОА с небольшим синовитом и без него при условии возможности передвижения больного. Предпочтительными являются санатории с тепловыми факторами (сапропель, нафталан) и бальнеологические (радоновые ванны).	№1, Глава 12
10.	Назовите показания к санаторно-курортному лечению при ревматоидном артрите.	РА в стадии ремиссии или минимальной активности процесс при утрате функциональной способности не выше II степени.	№1, Глава 1

ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1. патогенез и исходы основных ревматологических заболеваний;

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ПРИ ДИФФУЗНОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПОРАЖАЕТСЯ КОЖА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКОВ ТЕЛА ... а) Лица, пальцев кистей и стоп б) Туловища и проксимальных отделов конечностей (до пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов) в) Туловища г) Головы	б) Туловища и проксимальных отделов конечностей (до пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов)	№1, стр 168
2.	. ОСНОВНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ФИБРОБЛАСТОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ... а) Увеличение продукции коллагена б) Увеличение продукции протеогликанов в) Нарушение мембранной рецепции г) Снижение скорости деления	а) Увеличение продукции коллагена	№1, стр 165
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ПРИЧИНА ДЕРМАТОМИОЗИТА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО ... а) Персистирующей вирусной инфекции	а) Персистирующей вирусной инфекции б) Генетической предрасположенности	№1, стр 165

	б) Генетической предрасположенности в) Иммунопатологических нарушений г) Злокачественной опухоли	в) Иммунопатологических нарушений г) Злокачественной опухоли	
2.	ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ... а) Дерматомиозит б) Системная склеродермия в) Узелковый периартрит г) Системная красная волчанка	в) Узелковый периартрит г) Системная красная волчанка	№1, стр 179
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ ... а) Артериолы и капилляры б) Сосуды среднего калибра в) Сосуды любого диаметра г) Крупные сосуды	а) Артериолы и капилляры б) Сосуды среднего калибра в) Сосуды любого диаметра г) Крупные сосуды	№1, стр 179

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	Больная К., 35 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	Системный склероз, лимитированная форма 2-я степень активности, течение хроническое. 2. Синдром Рейно, плотный отек кожи, склеродактилия, телеангиоэктазия. CREST-синдром — это симптомокомплекс, включающий кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилию, телеангиоэктазию.	№1, стр 265

	«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?		
7.	При клиническом обследовании больного 23 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. 1. Какой порок сердца у данного пациента? Обоснуйте ответ имеющимися диагностическими признаками. 2. Назовите наиболее вероятные причины данного порока. 3. 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. 2. Ревматическая болезнь сердца, миксоматозная дегенерация, травма. 3. Обратный ток крови из левого желудочка в левое предсердие, сниженный сердечный выброс, выраженная гипертрофия левого желудочка, повышение давления в легочной артерии, нормальное артериальное давление	№1, стр 165

8.	Пациентка Х., 56 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на боли коленных и голеностопных суставов, в мелких суставах обеих кистей, резкую слабость и болезненность в мышцах плеч и бедер (самостоятельно не может войти в транспорт, с трудом расчесывается и т. д.). Наблюдается повышение температуры тела до 37,5 °С в течение последнего месяца. Заболела около 6 месяцев назад. Без видимых причин появились боли и припухание мелких суставов кистей с гиперемией и шелушением над ними, общая слабость. Находилась на лечении в одном из ревматологических отделений, где был установлен диагноз «РА», назначена терапия ГКС. Состояние сразу же улучшилось: исчезли явления артрита, кожные изменения, прошла слабость. Принимала ГКС около 3 месяцев с постепенным снижением и дошла до полной отмены. Чувствовала себя хорошо. Летом поехала отдыхать на юг, активно загорала. По возвращении домой посте- 17 пенно стали появляться вышеуказанные жалобы. Когда появилась лихорадка и больная практически перестала вставать с кровати, вызвали скорую помощь. Пациентка была госпитализирована в отделение ревматологии с целью уточнения диагноза и назначения лечения. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Положение пассивное. Из-за болезненности и резкой слабости в мышцах не может вставать с постели, удерживать на весу руки, ноги, голову. При пальпации мышц плечевого и тазового поясов отмечается умеренная болезненность.	1. Дерматомиозит, подострое течение, 3-я степень активности с поражением мышц шеи, проксимальных отделов верхних и нижних конечностей, полиартрит, эритема Готрона, лихорадка. 2. ОАК, ОАМ, БАК (АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ), иммунологические исследования (ANA, Jo-1), электромиография, мышечная биопсия, проведение онкопоиска. 3. В ОАК изменения неспецифичны: редко возможно увеличение СОЭ. В БАК — увеличение концентрации мышечных ферментов. 4. Прежде всего, необходимо исключить опухолевый характер процесса. Дифференцировать необходимо с миастенией, наследственными мышечными заболеваниями, лекарственными миопатиями	№1, стр 265

	При пальпации суставы кистей болезненны. Над ними выявляется шелушащаяся эритема. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 130/80 мм рт. ст. ЧСС — 80 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Есть запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости. Диагноз Какие изменения можно обнаружить в общем и биохимическом анализах крови?		
9.	Пациентка П., 70 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженные боли в левом тазобедренном суставе, в коленных 15 суставах (больше слева), обоих голеностопных суставах, иногда — в мелких суставах кистей. Боли в ногах появляются к концу дня после физической нагрузки, при спуске с лестницы, после длительного сидения (трудно встать со стула). В последнее время стала меняться походка: появилось прихрамывание на левую ногу. Впервые боли в суставах появились около 5 лет назад. Ухудшение произошло около года назад при появлении всех вышеуказанных жалоб. К врачам никогда не обращалась, лечилась народными средствами. Болела редкими простудными заболеваниями, 10 лет назад была сделана холецистэктомия. При осмотре: пациентка повышенного питания. Рост 160 см, вес 95 кг. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычного цвета. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не	1. Первичный полиостеоартроз с преимущественным поражением коленных и левого тазобедренного сустава, стадия 4 (возможно), реактивный синовит левого коленного сустава. ФНС. Артериальная гипертензия ст. 2. 2. Боль, крепитация в суставах, характерная деформация, возраст (70 лет), превышение веса. 3. ОАК, ОАМ, БАК (СРБ, РФ, серомукоид, протеинограмма), иммунологическое исследование (антитела к циклическому цитрулиновому пептиду); Р-графия суставов, сцинтиграфия суставов, пункция левого коленного сустава с исследованием синовиальной	№1, стр 321

	расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 160/85 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин, пульс — 82 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания. Тазобедренные суставы: отведение, сгибание, ротация в правом суставе болезненны, незначительно ограничены; в левом движения резко ограничены, болезненны. Коленные суставы: небольшая О-образная деформация, дефигурация левого сустава из-за отечности. Движения в обоих суставах несколько ограничены из-за боли (больше слева), при движениях слышна крепитация. Голеностопные суставы не деформированы. Отмечается болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника. Симптомов натяжения нет. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациентки? 3. Составьте план обследования. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать это заболевание? 5. Как называются узловатые разрастания в области дистальных и проксимальных фаланг пальцев кистей?	жидкости; профиль АД, ЭКГ. 4. Заболевание надо дифференцировать с ревматоидным и псориатическим артритом. 5. Разрастания в области дистальных фаланг пальцев кистей — узелки Гебердена, в проксимальных — узелки Бушара.	
10.	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.	Ревматическая полимиалгия. 2. Возраст не менее 50 лет, боли в плечевом, тазовом поясе, в шее; двусторонняя локализация; увеличение СОЭ более 35 мм/ч. 3. ОАК, ОАМ, БАК (ЩФ, КФК, Са2+, Р+ , РФ, общий белок, протеинограмма).	№1, стр 245

	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 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. 2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациентки? 3. План обследования. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную	4. Заболевание надо дифференцировать с ревматоидным и псориатическим артритами, с парапротеинемическим и гемобластозами (миеломная болезнь), полимиозитом, системными васкулитами, гиперпаратиреозом, острыми инфекциями.	

	болезнь?		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
6.	О ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ... а) Наличие циркулирующих и фиксированных иммунных комплексов б) Повышение уровня сывороточных иммуноглобулинов в) Дисбаланс популяций Т- и В-лифоцитов г) Цитотоксическое действие лимфоцитов на мышечную ткань д) Появление антител к ядерно-белковому комплексу и к другим ядерным антителам	а) Наличие циркулирующих и фиксированных иммунных комплексов б) Повышение уровня сывороточных иммуноглобулинов в) Дисбаланс популяций Т- и В-лифоцитов г) Цитотоксическое действие лимфоцитов на мышечную ткань д) Появление антител к ядерно-белковому комплексу и к другим ядерным антителам	№1, стр 265
7.	ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВЫЯВЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ... а) Снижения в крови уровня комплемента СН5О б) Наличия в крови ревматоидного фактора в низком титре в) Содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов г) выявление АНФ	а) Снижения в крови уровня комплемента СН5О б) Наличия в крови ревматоидного фактора в низком титре в) Содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов г) выявление АНФ	№1, стр 265
8.	. ФОРМИРОВАНИЕ "ЩЕЛКАЮЩЕГО" ПАЛЬЦА ОБУСЛОВЛЕНО ... а) Выраженным остеоартрозом суставов кисти б) Несоответствием между диаметром фиброзного кольца и толщиной сухожилия сгибателя пальца кисти в) Узелковым тендовагинитом сгибателя пальца кисти г) Артритом межфалангового сустава кисти	а) Выраженным остеоартрозом суставов кисти б) Несоответствием между диаметром фиброзного кольца и толщиной сухожилия сгибателя пальца кисти в) Узелковым тендовагинитом сгибателя пальца кисти г) Артритом межфалангового сустава кисти	№1, стр 331

9.	1. В патогенезе системной красной волчанки имеет значение ... а) Избыточная активность Т-лимфоцитов б) Нарушение взаимодействия Т- и В-систем иммунитета в) Повреждающее действие антител г) Гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов	а) Избыточная активность Т-лимфоцитов б) Нарушение взаимодействия Т- и В-систем иммунитета в) Повреждающее действие антител г) Гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов	№1, стр 165
10.	ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ХАРАКТЕРНО а) Хаотической перестройки отдельных участков костной ткани б) Высокого уровня щелочной фосфатазы в крови и гидроксипролина в моче в) Хорошего эффекта лечения кальцитонином или биофосфонатами г) Поражения суставов	а) Хаотической перестройки отдельных участков костной ткани б) Высокого уровня щелочной фосфатазы в крови и гидроксипролина в моче в) Хорошего эффекта лечения кальцитонином или биофосфонатами г) Поражения суставов	№1, стр 331

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2- механизмы влияния неблагоприятных факторов внешней среды (экзогенных, профессиональных и др.) на опорно-двигательный аппарат, соединительную ткань, принципы ведения здорового образа жизни

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	Группы вредных и опасных факторов производственной среды а) физические, химические, биологические, психологические б) технические, химические, психофизиологические, функциональная	а) физические, химические, биологические, психологические	№10, стр 5

	в) физические, природные, технические, электромагнитные г) физические, биологические, технические, электромагнитные д) электротехнические, специфические, психофизиологические		
2.	Факторы производственной среды и трудового процесса, которые могут быть причиной острого заболевания, внезапного резкого ухудшения здоровья или смерти называются … Варианты ответа: а) вредные производственные факторы б) опасными производственными факторами в) неблагоприятными факторами рабочего места г) неблагоприятные факторы производственной среды д) отдельные производственные факторы	б) опасными производственными факторами	№10, стр 5
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Биологические факторы производственной среды а) патогенные микроорганизмы б) вредные вещества и промышленные яды в) недостаточное освещение г) ядовитые растения и животные д) лекарственные средства	а) патогенные микроорганизмы г) ядовитые растения и животные	№10, стр 6
2.	Вредные условия труда характеризуются … а) уровнем производственных факторов, создающих угрозу для жизни б) уровнем факторов среды, приводящих к функциональным изменениям состояния организма в) наличием вредных производственных факторов, оказывающих нежелательное воздействие на организм г) наличием вредных производственных факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на организм	б) уровнем факторов среды, приводящих к функциональным изменениям состояния организма г) наличием вредных производственных факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на организм	№10, стр 51

	д) уровнем производственных факторов, вызывающих максимальное напряжение организма		
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	ОРЛ - ЭТО СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ... а) Преимущественное поражение сердечно-сосудистой системы б) Поражение суставов, кожи, центральной нервной системы в) Наличие генетического дефекта иммунной системы г) Инфицирование гемолитическим стрептококком группы А	а) Преимущественное поражение сердечно-сосудистой системы б) Поражение суставов, кожи, центральной нервной системы в) Наличие генетического дефекта иммунной системы г) Инфицирование гемолитическим стрептококком группы А	№2, стр 365

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Пациентка М 47 учитель в музыкальной школе лет страдает РА около 22 лет. Длительное время постоянно принимает преднизолон (5–10 мг/сут). За время болезни проводилось лечение всеми препаратами базисной терапии, которое не принесло существенного эффекта. В последние 2–3 года сильных болей, припухания в области суставов не отмечает. Однако около 6 месяцев назад стали появляться отеки голеней. Госпитализация связана с необходимостью уточнения диагноза и коррекции схемы лечения. При осмотре: больная повышенного питания, кушингоидной конституции. Положение вынужденное из-за болей в крупных суставах ног при активных движениях. Кожные покровы сухие, есть трофические изменения на коже рук, голеней, деформация суставов кистей (ульнарная	1. Ревматоидный артрит с системными проявлениями, серонегативный, 2-я степень активности, 4-я стадия. Амилоидоз почек. Симптоматическая артериальная гипертензия. ХПН. Сахарный диабет II типа (возможно). 2. Контроль ОАК, ОАМ, БАК (общий белок, мочевина, креатинин, К+ , протеинограмма, СРБ, РФ, глюкоза); суточная протеинурия, анализы мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Биопсия почки (слизистой десны, прямой кишки). Профиль глюкозы.	№2, стр 77

	девиация, «шея лебедя»), движения в лучезапястных суставах отсутствуют. Деформация коленных суставов (Х-образная), голеностопных суставов, стоп. Движения в тазобедренных, коленных суставах ограничены из-за анкилозов. Массивные отеки голеней до уровня коленных суставов. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 145/100 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Наблюдаются запоры. Диурез соответствует выпитой жидкости. ОАК: эритроциты — 3,1 · 1012/л, Hb — 85 г/л, лейкоциты — 8,2 · 109 /л, СОЭ — 75 мм/ч. ОАМ: белок — 1,52 г/л, есть сахар, лейкоциты 5–6 в п/зр., эритроциты — 0–1 в п/зр. БАК: мочевина — 14,5 мкмоль/л, креатинин — 190 мкмоль/л, СРБ — 5 г/л, общий белок — 42 г/л, серомукоид — 0,16, ревматоидный фактор (РФ) в пределах нормы. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Составьте план обследования. 3. Какие изменения можно обнаружить на рентгенограммах суставов? 4. Объясните механизм появления отеков у пациентки? С какими отеками их необходимо дифференцировать? 5. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе. Выпишите рецепты.	3. На рентгенограммах суставов можно обнаружить эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей, эрозии, узуры, подвывихи и анкилозы. 4. В связи с потерей белка с мочой, его концентрация в плазме крови снижается. За счет повышения онкотического давления жидкость пропотевает в подкожную клетчатку. Дифференцировать необходимо с сердечными отеками, отеками при гипотиреозе.	
2.	Больная З работает и подвержена вибрации., 30 лет, жалуется на зябкость, похолодание и посинение кончиков пальцев, тугоподвижность в мелких суставах кистей рук. Болеет 5	1. Системный склероз, 2-я степень активности, течение хроническое. 2. Синдром Рейно, плотный отек кожи, склеродактилия, телеангиоэктазия.	№2, стр 171

	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. Представьте стандарты обследования пациентов с данной патологией. 3. Представьте стандарты лечения пациентов с данной патологией.	CREST-синдром — это симптомокомплекс, включающий кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилию, телеангиоэктазию. 3. Р-графия ОГК с контрастированием пищевода, ЭХО-КГ. 4. 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). ЗАДАЧА № 8	
3.	При клиническом обследовании больного 21 лет после переохлаждения и перенесенной ангины 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	1. Недостаточность митрального клапана. Имеющиеся диагностические признаки: ослабление I тона на верхушке, систолический шум на верхушке, акцент II тона над легочной	№2, стр 54

	над легочной артерией. На рентгенографии увеличены левые отделы сердца, талия сердца сглажена. 1. Какой порок сердца у данного пациента? Обоснуйте ответ имеющимися диагностическими признаками. 2. Назовите наиболее вероятные причины данного порока. 3. Укажите характерные для данного порока изменения гемодинамики. 4. Укажите методы дообследования больного. 5. Какие рентгенологические признаки характерны для данного порока?	артерией. Границы сердца смещены влево и вверх. Талия сердца сглажена. 2. Ревматическая болезнь сердца, миксоматозная дегенерация, травма. 3. Обратный ток крови из левого желудочка в левое предсердие, сниженный сердечный выброс, выраженная гипертрофия левого желудочка, повышение давления в легочной артерии, нормальное артериальное давление.	
11.	Пациентка Ж работала шпалоукладчицей ., 70 лет, поступила в отделение ревматологии с жалобами на выраженные боли в левом тазобедренном суставе, в коленных суставах (больше слева), обоих голеностопных суставах, иногда — в мелких суставах кистей. Боли в ногах появляются к концу дня после физической нагрузки, при спуске с лестницы, после длительного сидения (трудно встать со стула). В последнее время стала меняться походка: появилось прихрамывание на левую ногу. Впервые боли в суставах появились около 5 лет назад. Ухудшение произошло около года назад при появлении всех вышеуказанных жалоб. К врачам никогда не обращалась, лечилась народными средствами. Болела редкими простудными заболеваниями, 10 лет назад была сделана холецистэктомия. При осмотре: пациентка повышенного питания. Рост 160 см, вес 95 кг. Положение активное. Кожные покровы чистые, обычного цвета.	1. Первичный полиостеоартроз с преимущественным поражением коленных и левого тазобедренного сустава, стадия 4 (возможно), реактивный синовит левого коленного сустава. ФНС. Артериальная гипертензия ст. 2. 2. Боль, крепитация в суставах, характерная деформация, возраст (70 лет), превышение веса. 3. ОАК, ОАМ, БАК (СРБ, РФ, серомукоид, протеинограмма), иммунологическое исследование (антитела к циклическому цитрулиновому пептиду); Р-графия суставов, сцинтиграфия суставов, пункция левого коленного сустава с исследованием	№1, стр 400

	Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 160/85 мм рт. ст. ЧСС — 82 уд./мин, пульс — 82 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания. Тазобедренные суставы: отведение, сгибание, ротация в правом суставе болезненны, незначительно ограничены; в левом движения резко ограничены, болезненны. Коленные суставы: небольшая О-образная деформация, дефигурация левого сустава из-за отечности. Движения в обоих суставах несколько ограничены из-за боли (больше слева), при движениях слышна крепитация. Голеностопные суставы не деформированы. Отмечается болезненность при пальпации пояснично-крестцового отдела позвоночника. Симптомов натяжения нет. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациентки? 3. Составьте план обследования. 4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать это заболевание? 5. Как называются узловатые разрастания в области дистальных и проксимальных фаланг пальцев кистей? 6. Какие изменения можно обнаружить на рентгенограммах суставов? 7. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапах.	синовиальной жидкости; профиль АД, ЭКГ. 4. Заболевание надо дифференцировать с ревматоидным и псориатическим артритом. 5. Разрастания в области дистальных фаланг пальцев кистей — узелки Гебердена, в проксимальных — узелки Бушара. 6. На рентгенограммах крупных суставов можно увидеть сужения суставных щелей, остеофиты, субхондральный остеосклероз. 7. НПВС внутрь (до купирования болевого синдрома) + мази местно с компрессами из димексида на область левого коленного сустава; хондропротекторы (курсовое лечение). В стационаре возможно внутрисустав- 25 ное введение хондропротекторов. Гипотензивная терапия. ФТЛ. Изготовление протезов. При резком сужении суставной щели, деформации головки левой бедренной кости — эндопротезирование.	
12.	Пациентка П., 59 лет, маляр поступила в отделение ревматологии с жалобами на одышку при	1. ХРБС: комбинированный порок сердца,	№6, стр 121

	незначительной физической нагрузке и в покое, постоянные перебои в работе сердца, увеличение живота, отеки на ногах. Считает себя больной с 13 лет, когда перенесла острую ревматическую лихорадку. В 21 год при обследовании были обнаружены порокисердца. 10 лет назад впервые сорвался ритм, был восстановлен медикаментозно, однако, впоследствии срывался неоднократно. В течение последних 5 лет ритм не восстанавливается. Настоящее ухудшение состояния развилось в течение последнего месяца без видимых причин. Объективное состояние пациентки средней степени тяжести. Положение вынужденное: полусидя. Наблюдается акроцианоз, цианоз губ, незначительная одышка при разговоре. Перкуторно отмечается притупление легочного звука над легкими с обеих сторон ниже угла лопатки. Там же дыхание не проводится. Перкуторно правая граница сердца выступает на 2 см от края грудины, левая — до линии axillaries anterior. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Систолодиастолический шум во всех точках. ЧСС — 105 уд./мин, пульс — 89 уд./мин, АД — 125/50 мм рт. ст. Живот увеличен, напряжен (за счет асцита), печень пальпировать не удается. Отеки голеней до уровня верхней трети. Стул: запоры, диурез снижен; пьет около 500 мл/сут, выделяет около 400 мл/сут. 1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз. 2. Диагностические признаки какого клапанного поражения сердца имеют место у данной пациентки? 3. Какое обследование необходимо провести в данном случае? 4. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на	сочетанный аортальный и сочетанный митральный. Перманентная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант. ХСН ФК 4 (Н III) (двусторонний гидроторакс, асцит). 2. Систоло-диастолический шум во всех точках, смещение границ относительной сердечной тупости, наличие фибрилляции предсердий. 3. ОАК, ОАМ, БАК (мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ), ЭКГ, ЭХО-КГ, Р-графия ОГК. 4. Для лечения необходимо назначить препараты из 5 групп: ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл и др.), β-адреноблокаторы (бисопролол), сердечные гликозиды (дигоксин), спиронолактон, мочегонные (фуросемид, торасемид). Метаболическая терапия для миокарда, дезагреганты.	

	стационарном и амбулаторном этапе. Выпишите рецепты		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
11.	КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА - ЭТО:... а) Высыпания красного цвета, локализующиеся на коже лица, туловища и нижних конечностей, исчезающих при надавливании, не возвышающихся над уровнем кожи. б) Пузырьковые высыпания, локализующиеся по ходу межреберных нервов, болезненные. в) Высыпания бледно-розового цвета, локализующиеся на коже туловища и внутренней поверхности конечностей, исчезающие при надавливании, не возвышающиеся над уровнем кожи. г) Высыпания бледно-розового цвета, локализующиеся на коже туловища, сопровождающиеся кожным зудом, исчезающие при надавливании.	Высыпания красного цвета, локализующиеся на коже лица, туловища и нижних конечностей, исчезающих при надавливании, не возвышающихся над уровнем кожи.	№2, стр 321
12.	ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ..... а) Биологические б) Природные в) Социально-экономические г) Организация медицинской помощи!	а) Биологические б) Природные в) Социально-экономические г) Организация медицинской помощи!	№2, стр 77
13.	ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗЫВАЕТ... а) Генетический риск б) Окружающая среда в) Образ жизни населения г) Уровень и качество медицинской помощи	а) Генетический риск б) Окружающая среда в) Образ жизни населения г) Уровень и качество медицинской помощи	№10, стр 87
14.	ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОСНОВЫВАЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ МОМЕНТАХ. а) Активный отбор больных, подлежащих диспансеризации б) Необходимость пожизненного диспансерного учета большинства	а) Активный отбор больных, подлежащих диспансеризации б) Необходимость пожизненного диспансерного учета большинства больных с ревматическими заболеваниями	№2, стр 65

	больных с ревматическими заболеваниями в) Проведение лечебно-профилактических мероприятий и осуществление контроля за состоянием здоровья больных г) Диспансеризацию может осуществлять врач-кардиолог	в) Проведение лечебно-профилактических мероприятий и осуществление контроля за состоянием здоровья больных г) Диспансеризацию может осуществлять врач-кардиолог	
15.	НЕ ДОПУСКАЮТСЯ К РАБОТЕ, А СРАЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МСЭ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫЕ ... а) С ревматизмом б) С узелковым периартериитом в) С болезнью Бехтерева г) С псориатическим артритом	а) С ревматизмом б) С узелковым периартериитом	№1, стр 277

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Уметь
ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1 - проводить беседы с пациентами и членами их семей о ведении здорового образа жизни, об отказе от вредных привычек, о минимизировании влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье, о мерах по профилактике ревматологической патологии

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	СОЧЕТАНИЕ С КОНКРЕТНЫМ АНТИГЕНОМ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ УСТАНОВЛЕНО а) при ревматизме б) при анкилозирующем спондилоартрите в) при синдроме Марфана г) при болезни Шегрена	б) при анкилозирующем спондилоартрите	№1, глава 2
2.	ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ	б) Антиген HLA B27	№1, глава 2

	СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ВРАЧУ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ТИПИРОВАНИЕ НА а) Антиген HLA B7 б) Антиген HLA B27 в) Антиген HLA DR4 г) Антиген HLA B5		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Острый приступ подагры может быть спровоцирован: а) Переохлаждением б) Легкой травмой в) Злоупотреблением алкоголем и мясной пищей г) Длительной ходьбой	а) Переохлаждением б) Легкой травмой в) Злоупотреблением алкоголем и мясной пищей г) Длительной ходьбой	№1, глава 13
2.	Характерными признаками РА являются: а) Преимущественное поражение мелких суставов б) Скованность по утрам в) Поражение сухожилий мышц в области кисти (тендовагиниты) г) Кожные эритематозные проявления на лице	а) Преимущественное поражение мелких суставов б) Скованность по утрам в) Поражение сухожилий мышц в области кисти (тендовагиниты)	№1, глава 1
	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 Г. Нарушение функции ферментов, участвующих в метаболизме пуринов Д. Нарушение жирового и	1.Развитие острых болей в плюснефаланговом суставе большого пальца стопы – Б. Острая воспалительная реакция синовиальной оболочки, вследствие острой преципитации кристаллических уратов в синовиальной жидкости 2.Артериальная гипертензия – А. Развитие «подагрической почки» (интерстициального нефрита) 3.Подагрические узелки (тофусы) на ушных раковинах, пальцах кистей и стоп - В. Отложения уратов, окруженных соединительной тканью	№1, глава 13

	углеводного обмена	4.Деформация суставов и ограни-чение подвижности – В. Отложения уратов, окруженных соединительной тканью	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больная К. 56 лет обратилась к ревматологу с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся в положении стоя или при нагрузке. По утрам после пробуждения ощущает скованность движений в левом коленном суставе, которая длится 15-20 минут. Боли появились около 2 лет назад и постепенно усиливались. При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и дефигурации не отмечаются. Объем активных и пассивных движений незначительно снижен в левом коленном суставе. Атрофии окружающих тканей нет. Анализ крови: без отклонений от нормальных значений, СОЭ – 20 мм/ч, РФ - отрицательный. Рентгенограммы коленных суставов: сужение суставной щели, субхондральный склероз с формированием остеофитов. Вопросы: 1. Укажите факторы риска данного заболевания.	Эндогенные факторы риска остеоартроза: возраст, пол, дефекты развития, наследственная предрасположенность. Экзогенные факторы: травмы, профессиональная деятельность, спорт, избыточная масса тела.	№1, глава 12
2.	Больной М. 49 лет поступил в ревматологическое отделение с жалобами на боли в плюснефаланговых суставах I пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру и при движениях. Считает себя больным в течение последних 5 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 (50-100 мг) и при необходимости повышают на 100 мг каждые 2-4 недели под	№1, глава 13

	области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы около двух часов ночи. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой и блестящей. Повысилась температура тела до 38,2°С. 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 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 легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный над всеми легочными полями. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не	контролем уровня урикемии до достижения целевого уровня мочевой кислоты (менее 360 мкмоль/л) или до максимальной дозы 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. Количество белков пищи следует ограничивать до 0,8-1,0 г на 1 кг массы. 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).	

	выслушивается. АД - 160/80 мм рт. ст., ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю реберной дуги. Периферических отеков нет. Вопросы: 1. Выберите тактику ведения пациента в межприступный период. Обоснуйте Ваш выбор.		
3.	Больной М. 59 лет обратился к ревматологу 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 10 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты размером до 3-4 мм. 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, синевато-багрового цвета, горячая. АД - 160/105 мм рт. ст. ЧСС - 94 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,	В межприступный период: необходимо продолжить придерживаться диеты, к терапии добавить Аллопуринол до нормализации мочевой кислоты, с последующим снижением дозы до поддерживающей, НПВС - при болях	№1, глава 13

	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. Вопросы: 1. Какой будет Ваша тактика лечения в межприступный период?		
4.	Мужчина К. 60 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 860 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 5 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ и блокаторов медленных кальциевых каналов – неэффективно. 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 правильные, 80 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 симптомы являются обязательными для данного заболевания?	Приступы острого артрита, провоцируемые травмами и микротравмами, физической и психической перегрузкой, инфекцией, приемом диуретиков и других медикаментов, повышающих содержание мочевой кислоты в крови. Характерная картина подагрического приступа: внезапное появление резчайших болей (обычно ночью), чаще всего в I плюснефаланговом суставе, с его припухлостью, яркой гиперемией и последующем шелушением. Сопровождаются лихорадкой, ознобом, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. При длительном течении подагры число пораженных суставов и локализация изменяются. Образование тофусов. Деформация суставов. Подагрическая нефропатия. Гломерулосклероз и нефросклероз с развитием гипертензии и недостаточности функции почек. Синдром «пробойника» при рентгенографии суставов.	№1, глава 13
5.	Больной К., 44 года, поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющие боли в I ПлФС пальцев обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру и	Вероятные провоцирующие факторы в обострении подагрического артрита: употребление алкоголя или большого	№1, глава 13

	при движениях, ограничение объёма движений в вышеперечисленных суставах, отёчность голеней и стоп, эпизодическое повышение АД до 160/110 мм рт. ст., ноющие боли в правой поясничной области. Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда впервые появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области ПлФС I пальца левой стопы ночью. Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год. Обратился к врачу, при обследовании выявлены: СОЭ 52 мм/ч, гиперфибриногенемия (6,88 г/л), гиперурикемия (МК в крови 546 мкмоль/л), на рентгенограмме правого голеностопного сустава изменения не обнаружены. Назначен индометацин в дозе 150 мг/сут. В дальнейшем пациент отметил увеличение кратности обострений болезни до 3-4 раз в год. Известно, что пациент злоупотребляет алкоголем. При объективном осмотре (на момент поступления больного в ревматологическое отделение): больной повышенного питания, деформация голеностопных суставов, более выраженная справа, I ПлФС обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болей. На медиальном крас правой стопы обнаружен тофус до 6 мм в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64 в мин. АД 140/90 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный. Вопросы: 1. Какие провоцирующие факторы могли послужить причиной новых приступов артрита?	количества продуктов, содержащих в высоких концентрациях пуриновые основания; нервно-психическое напряжение; физическое переутомление; острое респираторное заболевание; переохлаждение; травмы, ушибы; приём лекарственных препаратов (диуретики).	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник

1.	Назовите факторы риска неблагоприятного прогноза при РА	• Серопозитивность по РФ и АЦБ (особенно высокие уровни аутоантител и одномоментное обнаружение РФ и АЦБ в сыворотках больных). • Высокая воспалительная активность (DAS28-СОЭ >5,1; SDAI >26; CDAI >22). • Выявление эрозий при рентгенологическом исследовании суставов в первые 6 мес от начала болезни. • Внесуставные (системные) проявления заболевания: ревматоидные узлы, ревматоидный васкулит, синдром Фелти, интерстициальная болезнь легких и др.). • Наличие тяжелой сопутствующей (коморбидной) патологии [сердечнососудистых заболеваний (ССЗ), избыточной массы тела, нарушений функций жизненно важных органов и иммунной системы] и вредных привычек (курения, алкоголизма и др.).	№1, глава 1
2.	Перечислите факторы неблагоприятного прогноза при АС являются:	• начало болезни в детском возрасте; • коксит (воспаление тазобедренного сустава); • раннее формирование кифоза шейного отдела позвоночника; • стойкий периферический артрит нижних конечностей;	№1, глава 2

		• внескелетные проявления (рецидивирующий или хронический увеит, аортит, выраженные нарушения проводимости сердца); • стойкая высокая лабораторная активность (увеличение СОЭ, СРБ); • неэффективность или плохая переносимость НПВП	
3.	Факторами риска неблагоприятных исходов у больных СКВ являются:	• развитие заболевания в подростковом возрасте; • мужской пол; • острое течение; • высокая активность; • развитие нефрита в первые 3-6 мес от начала болезни; • прогрессирующая почечная недостаточность; • поражение ЦНС; • тромбоцитопения; • коморбидные заболевания (инфекции, атеросклеротическое поражение сосудов); • наличие более двух необратимых органных повреждений; • беременность.	№1, глава 4
4.	К общим факторам риска неблагоприятного прогноза при ССД относят	• пожилой возраст дебюта заболевания • мужской пол • быстрое про-грессирование • диффузную форму • высокую степень уплотнения и распространения кожи в дебюте • раннее вовлечение внутренних органов • обнаружение Scl-70.	№1, глава 6

5.	К факторам риска прогрессирования остеоартроза относятся:	• высокий индекс массы тела; • наличие синовита; • нарушение биомеханики суставов; • интенсивные спортивные нагрузки; • интенсивная боль в суставах; • наличие генерализованного ОА.	№1, глава 12

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1 - владеть навыками к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ..... а) Биологические б) Природные в) Социально-экономические г) Организация медицинской помощи	в) Социально-экономические	№1, гл 1
2.	ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОСНОВЫВАЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ МОМЕНТАХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ... а) Активный отбор больных, подлежащих диспансеризации б) Необходимость пожизненного диспансерного учета большинства больных с ревматическими заболеваниями	г) Диспансеризацию может осуществлять врач-кардиолог	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»

	в) Проведение лечебно-профилактических мероприятий и осуществление контроля за состоянием здоровья больных г) Диспансеризацию может осуществлять врач-кардиолог		
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОМПЕТЕНЦИЮ РЕВМАТОЛОГА НЕ ВХОДЯТ ... а) Ишемическая болезнь сердца б) Диффузные заболевания соединительной ткани, системные васкулиты в) Вирусные миокардиты г) Заболевания мягких околосуставных тканей	а) Ишемическая болезнь сердца в) Вирусные миокардиты	№4, гл2
2.	НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗЫВАЕТ... а) Генетический риск б) Окружающая среда в) Образ жизни населения г) Уровень и качество медицинской помощи	в) Образ жизни населения а) Генетический риск	№1, гл3
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1.Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — 2. Здоровое питание – это а) образ жизни человека, направленный на профилактику заболеваний и укрепление здоровья. б) сбалансированный рацион, составленный с учетом пола, возраста, состояния здоровья, образа жизни, характера труда и профессиональной деятельности человека, климатических условий его проживания.	1.Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — а) образ жизни человека, направленный на профилактику заболеваний и укрепление здоровья	№1, гл.1

		2. Здоровое питание – это б) сбалансированный рацион, составленный с учетом пола, возраста, состояния здоровья, образа жизни, характера труда и профессиональной деятельности человека, климатических условий его проживания.	

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной 58 лет, при поступлении в стационар **жалуется** на припухание и боль в левом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них. **Анамнез:** страдает внезапными приступами болей в суставах около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце левой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области левого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. **Объективно:** телосложение правильное, повышенного питания (ИМТ=33). В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 х 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются	Хроническая тофусная подагра. Ожирение 1 ст. Гипертоническая болезнь 2 ст, 2 ст, риск 2 Диета №6: низкокалорийная с ограничение продуктов, богатых пуринами (мясо), полная отмена алкоголя, ограничение соли	№4, гл.16

	экссудативные явления в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов левой стопы, сочетающиеся с покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Левый 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** 880 ммоль/л, **холестерин крови** 6,7 ммоль/л. **Поставьте диагноз. Какие рекомендации по диете Вы дадите пациенту**		
2.	Больная 30 лет, в течение 2 лет болеет СКВ с поражением суставов, почек (диффузный гломерулонефрит СКФ=45), гематологическим синдромом (в анамнезе). В настоящее время состояние больной стабильное, активность 1, принимает 2 таблетки преднизолона, азатиоприн 50 мг 2 раза в день. **Какие рекомендации по диете Вы дадите больной?**	Диета 7 по Певзнеру Характерная особенность – это **ограниченное содержание в пище белков**. При этом жиры и углеводы находятся в пределах физиологической нормы. Пищу готовят без соли. Количество свободной жидкости уменьшают до 1 л. Пищу употребляют обычной температуры. Мясо и рыбу обязательно отваривают, причём в день порция не должна превышать 100-150 г. Рекомендуемый режим питания составляет четыре-пять приёмов пищи в день.	№4, гл.11
3.	Больной Ю., 33 года, предъявляет **жалобы** на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю	Анкилозирующий спондилит, умеренная активность, развернутая	№4, гл. 5

	скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. **Анамнез:** Болеет с 25 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. Курит. **Объективно**: состояние удовлетворительное, положение активное. АД=130/90 мм рт.ст. ЧСС-74 уд. в мин. ЧД=18 в мин. Отмечается сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль. **<u>Пробы:</u>** Проба Томайера 65см, Форестье-2 см, проба подбородок-грудина-5см, экскурсия грудной клетки- 100-96 см (4 см). **Офтальмолог:** без **Рентгенограмма илеосакральных сочленений**: двусторонний сакроилиит, St 3. **Общий анализ крови**: эритроциты $4,2x^{12}$/л, Hb 122 г/л, тромбоциты $220x10^{3}$/л, лейкоциты $9x10^{9}$/л, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-18 мм/ч. **Биохимическое исследование крови:** СРБ – 5мг/л , HLA-B27-положителен. **Общий анализ мочи** – норма. **Поставьте диагноз. Какие немедекаментозные рекомендации Вы дадите пациенту?**	клиническая стадия. Коксит? 1.Лечебная физкультура в постоянном ежедневном режиме 2.Плавание 3. Бросить курить	
4.	Больная 58 лет, предъявляет **жалобы** на боль в коленных суставах, I плюснефаланговом суставе стопы, Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят 5 лет. **Объективно:** повышенного питания ИМТ=36, коленные суставы деформированы, в полости правого – небольшое количество выпота. Незначительная атрофия мышц	Полиостеоартрит, ст2, ФНС 2. Ожирение 2 ст. Нарушение пуринового обмена Диета №6: низкокалорийная с ограничением продуктов, богатых пуринами (мясо), полная отмена	№1, гл.12

	бедер. Сердце: левая граница сердца смещена влево до СКЛ, тоны приглушены, шумов нет. АД – 180/100 мм рт.ст. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена. **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** – 560 мкмоль/л. **Поставьте диагноз.** **Какие рекомендации по диете Вы дадите пациентке?**	алкоголя, ограничение соли **сокращение в рационе количества жиров и углеводов**. Также **ограничивают количество поваренной соли, жидкости** и продуктов, которые раздражают печень и почки – острые, жареные, жирные блюда; трудно перевариваются и могут быть причиной метеоризма – бобы, капуста, грибы.	
5.	Больная 34 года. Беспокоят боли в мелких суставах кистей, стоп, утренняя скованность в течение всего дня. С 20 летнего возраста страдает псориазом. Суставы беспокоят 4 года. Появились боли и припухлость в мелких суставах, температура 37,8-38 С. Через 6 месяцев от начала заболевания изменилась форма мелких суставов, нарастала тугоподвижность в них. **Объективно**:Повышенного питания ИМТ=32. В области волосистой части головы, разгибательных поверхностей локтевых суставов – псориатические бляшки. Отмечается дефигурация всех межфаланговых суставов. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. 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. **СРБ** 15 мг/л. Bi=20 мкмоль/л, АЛТ= 86, АСТ=90, Мочевая кислота- 450 мкмоль/л	Псориатический артрит, акт 2, ст3, ФК2, полиартритический вариант. Вульгарный псориаз. Ожирение 2 ст. НАЖБП, стеатогепатит Нарушение пуринового обмена. Диета: низкокалорийная с ограничением продуктов, богатых пуринами (мясо), полная отмена алкоголя, ограничение соли сокращение в рационе количества жиров и легкоусваяемых углеводов. Физическая активность: ходьба 30 мин ежедневно	№ 1, гл.3

	РФ отр, АЦЦП- норма **Общий анализ мочи:** без патологии **R-гр. кистей**: резко выраженный остеопороз, сужение суставных щелей в обоих лучезапястных суставах, видны множественные костные эрозии. **Поставьте диагноз** **Какие рекомендации по немедикаментозной терапии Вы дадите?**		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, РАЗРУШАЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ	1.Курение 2.Алкоголь 3.Психоактивные вещества 4.Стресс 5.Гиподинамия	№1, гл.1
2.	Основные компоненты здорового образа жизни:	1.Здоровое питание 2.Оптимальный уровень двигательной активности 3.Соблюдение режима труда и отдыха 4.Отказ от вредных привычек 5.Закаливание организма 6.Соблюдение правил личной гигиены и 7. Соблюдение правил безопасного поведения	№1, гл.1
3.	Принципы здорового питания:	1.Энергетическое равновесие 2.Сбалансированность питания по содержанию основных пищевых веществ 3.Ограничение потребления поваренной соли 3.Разнообразие рациона питания 4.Использование цельнозерновых продуктов	№4, гл.1

		5.Повышенное потребление овощей и фруктов 6.Избегание переедания и развития ожирения 7.Низкое содержание жиров в рационе с их оптимальным соотношением 8.Ограничение в рационе простых углеводов (сахаров) 9.Ограничение потребления алкоголя (в дозах, не превышающих допустимые)	
4.	Какие вопросы должно включать обучение пациента подагрой	1.Изменить образ жизни (отказ от курения, алкоголя, нормализация веса, диета) 2.Информация о характере болезни, последствиях неконтролируемой гиперурикемии 3.Обучение быстрому купированию приступа	№2, гл.13
5.	Какой тип физической нагрузки мы рекомендуем пациенту с подагрой?	1.Кардиотренировки велотренажер, беговая дорожка, 2.Дозированная ходьба, 3.Плавание, 4.Лыжные прогулки.	№2, гл.13

ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Знать

ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основные нормативные документы регламентирующие работу поликлинической и стационарной помощи врача-ревматолога

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ... а) Числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения б) Заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости в) Числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр г) Заболеваемости в данном году и в предыдущие годы	г) Заболеваемости в данном году и в предыдущие годы	№10, стр 122
2.	ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПО ... а) Пропускной способности поликлиники по числу посещений в день б) Количеству обслуживаемого населения на территории в) Количеству посещений на одного жителя в год г) Плановой функции врачебной должности	в) Количеству посещений на одного жителя в год	№10, стр 122
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОЧИХ, ПОДЛЕЖАЩИХ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ... а) Предварительные (при поступлении на работу) б) Периодические (в период работы)	а) Предварительные (при поступлении на работу) б) Периодические (в период работы)	№10, стр 122

	в) Целевые (на выявление заболеваний определенной нозологии) г) После снятия с соответствующей группы инвалидности		
2.	. СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ... а) Оценку качества медицинской помощи по конечным результатам б) Лицензирование и аккредитацию ресурсной базы учреждений здравоохранения в) Оценку соблюдения технологий лечебно-диагностического процесса г) Расчет интегрального коэффициента эффективности	а) Оценку качества медицинской помощи по конечным результатам в) Оценку соблюдения технологий лечебно-диагностического процесса г) Расчет интегрального коэффициента эффективности	№10, стр 121
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	ОСНОВАНИЕМ ДОПУСКА С МЕДИЦИНСКОЙ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ, КРОМЕ ... а) Диплома об окончании высшего или среднего (фармацевтического) заведения б) Сертификата в) Лицензии	а) Диплома об окончании высшего или среднего (фармацевтического) заведения б) Сертификата в) Лицензии	№10, стр 121

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	В одном из районов города несколько лет работает крупное предприятие химической промышленности, выбросы которого загрязняют атмосферный воздух сернистым газом, парами серной кислоты и спирта. Для изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье населения в исследуемом районе было обследовано 120 детей младшего школьного возраста. Из общего числа исследуемых тонзиллит диагностирован у 60 детей, конъюктивит обнаружен у 38, кариес	Частота распространенности оториноларингологической патологии, болезней глаз, заболеваний зубов и кожных покровов у детей исследуемого района в 5 раз превышает аналогичный показатель контрольной группы (133,3% и 26,9% соответственно). В	№10, стр 121

	– у 50, кожными болезнями страдали 12 человек. В контрольном районе обследовано 134 ребенка того же возраста, из них тонзиллитом страдали 16 человек, конъюктивитом – 8, кариесом – 12, кожные болезни не выявлены. Вопрос: Вычислите интенсивные и экстенсивные коэффициенты заболеваемости детей младшего школьного возраста тонзиллитом, конъюктивитом, кариесом зубов и кожными болезнями, проживающими в районе с загрязнением воздушного бассейна и в контрольном районе.	изучаемой группе тонзиллит обнаружен у каждого второго обследованного ребенка (50,0% против 11,9% в контроле), кариес зубов – у 47,7% (против 9,0% в контроле), конъюнктивит – у 31,7% (против 6,0% в контроле), кожные болезни – у 10,0% (против 0% в контроле). Данные показатели относятся к интенсивным. В структуре выявленной патологии у детей исследуемого района преобладают болезни горла (37,5%) и кариес (31,2%), конъюнктивит и кожные болезни составили соответственно 23,8% и 7,5% от общего числа выявленных заболеваний. В структуре патологии контрольной группы почти половина (44,4%) всех заболеваний пришлась на тонзиллит, еще треть (33,3%) – на кариес и 22,2% - на конъюнктивит. Данные показатели относятся к экстенсивным.	
2.	В лечебно-профилактических учреждениях города за отчетный период было зарегистрировано 400 000 первичных обращений населения, в том числе по поводу болезней органов дыхания – 130 000; травм, отравлений и других последствий внешних причин – 65 000; болезней нервной системы – 25 000. среднегодовая численность	За отчетный период уровень первичной заболеваемости городского населения составил 666, 7 на 1000 человек (интенсивный показатель). В структуре выявленной патологии	№10, стр 122

	населения в отчетном году составила 600 000 человек. Вопросы: На основании представленных абсолютных данных рассчитайте относительные показатели. Укажите, к какому виду относительных величин они относятся. Назовите 4 вида относительных величин и раскройте их сущность.	более половины всех заболеваний (55,0%) пришлось на три класса болезней, в том числе 32,5% - болезни органов дыхания, 16,3% - травмы, отравления и другие последствия внешних причин, 6,2% - болезни нервной системы. Остальные классы болезней составили 45,0%. Рассчитанные статистические коэффициенты относятся к экстенсивным показателям. По своему содержанию относительные величины, чаще всего применяемые в медицинской статистике, подразделяют на 4 вида: экстенсивные коэффициенты (относительные величины распределения или структуры); интенсивные коэффициенты (относительные величины частоты);коэффициенты (относительные) соотношения; коэффициенты (относительные) наглядности.	
3.	В двух районах города за отчетный период были зарегистрированы инфекционные заболевания. В районе А с численностью населения 175 000 человек число заболевших составило: дифтирией – 6, скарлатиной – 505, полиемиелитом – 3, корью – 720, коклюшем – 632,	В отчетном году уровень инфекционной заболеваемости городского населения составил 1647,8 на 100 000 человек. В районе А заболеваемость населения	№10, стр 132

	цереброспинальным менингитом – 1, эпидемическим паротитом – 422, ветряной оспой – 304, вирусным гепатитом – 48. в районе Б с численностью населения 120 000 человек дифтирией заболели 4, скарлатиной – 410, полиемиелитом – 2, корью – 603, коклюшем – 541, цереброспинальным менингитом -2, эпидемическим паротитом – 348, ветряной оспой – 275, вирусным гепатитом -35 человек. Вопросы: Определите уровень инфекционной заболеваемости населения в районах А и Б, а также в городе в целом. Укажите, к какому виду относительных величин относятся рассчитанные показатели. Установите наличие (или отсутствие) различий в уровне инфекционной заболеваемости населения, проживающего в разных районах данного города. Какие относительные показатели, исходя из имеющихся сведений, могут быть рассчитаны дополнительно.	инфекционными болезнями на 18,4% ниже, чем в районе Б, и составила соответственно 1509,1 и 1850,0 на 100 000 населения каждого района. Рассчитанные статистические коэффициенты относятся к интенсивным показателям. Для установления различий в уровнях инфекционной заболеваемости населения, проживающего в разных районах города, необходимо рассчитать средние ошибки относительных показателей и вычислить значение критерия Стъюдента. По нашим данным, величина критерия t равна 7,0, что означает наличие статистически достоверных различий в уровнях инфекционной заболеваемости населения района А и Б с вероятностью безошибочного прогноза более 99%. На основании представленных сведений можно рассчитать структуру инфекционной заболеваемости городского населения в целом, а также структуру инфекционной	

		заболеваемости населения, проживающего в районах А и Б.	
4.	В течение года в стационарных учреждениях системы здравоохранения было пролечено 4 487 человек. Из общего числа госпитализированных работающие составили 2 169, неработающие – 2 318, в том числе лица пенсионного возраста – 1 046, инвалиды – 501, безработные граждане – 452, учащиеся – 310 человек. Общая численность населения составила 21 995 человек, из них работающих – 8798. Вопросы: На основании имеющихся данных рассчитайте интенсивные и экстенсивные показатели госпитализированной заболеваемости с учетом занятости населения. .	Уровень госпитализации населения в целом составил 20,4%. Частота госпитализации неработающего населения (17,6%) несколько ниже, чем работающего (24,6%). Рассчитанные статистические коэффициенты относятся к интенсивным показателям и наглядно могут быть представлены столбиковой диаграммой. Из общего числа госпитализированных больше половины (51,7%) составили неработающие граждане, в том числе: лица пенсионного возраста – 23,3%, инвалиды – 11,2%, безработные – 10,1% и учащиеся – 7,1%. Рассчитанные статистические коэффициенты относятся к экстенсивным показателям и наглядно могут быть представлены секторной или внутристолбиковой диаграммой.	№10, стр 132
5.	В городе проживает 120 000 человек. За последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту смертности населения, чем	О регрессивном типе структуры населения аналитики судят на основании	№10, стр 102

	обусловлено формирование регрессивного типа структуры населения. За отчетный год в городе родилось 1 550 детей, из них на первом году жизни умерло 15 человек, в том числе 8 – от состояний, возникших в перинатальном периоде, 5 – от врожденных аномалий, 2 – от пневмонии. Вопросы: Объясните, на каком основании специалисты делают вывод о регрессивном типе структуры населения. Исходя из имеющихся данных, рассчитайте показатели, характеризующие демографическую ситуацию в городе.	соотношения доли возрастных групп от 0 до 14 лет включительно и 50 лет и старше. При этом доля лиц в возрасте 50 лет и старше должна превышать долю лиц от 0 до 14 лет включительно. На основании имеющихся данных можно рассчитать показатели рождаемости, младенческой смертности и структуру причин младенческой смертности. Интенсивные показатели наглядно изображаются столбиковыми диаграммами, экстенсивные показатели – секторной или внутристолбиковой диаграммами.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	ВРАЧ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ... а) Осуществляет диспансерное наблюдение за больными, страдающими ревматическими заболеваниями б) Анализирует динамику ревматических заболеваний на курируемом им участке в) Осуществляет диспансерное наблюдение за подростками г) Является членом комиссии МСЭ.	а) Осуществляет диспансерное наблюдение за больными, страдающими ревматическими заболеваниями б) Анализирует динамику ревматических заболеваний на курируемом им участке в) Осуществляет диспансерное наблюдение за подростками	№10, стр 98

		г) Является членом комиссии МСЭ.	
2.	РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОРГАНИЗУЕТСЯ НА БАЗЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ а) Многопрофильной больницы, имеющей ревматологический кабинет и ревматологическое отделение б) Ревматологического отделения и ревматологического кабинета в) Крупного терапевтического отделения, ревматологического кабинета и ревматологического отделения	а) Многопрофильной больницы, имеющей ревматологический кабинет и ревматологическое отделение б) Ревматологического отделения и ревматологического кабинета в) Крупного терапевтического отделения, ревматологического кабинета и	№10, стр 97
3.	. СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ ... а) Фонда медицинского страхования б) Страховой организации в) Органа управления здравоохранением г) Гражданина	а) Фонда медицинского страхования б) Страховой организации в) Органа управления здравоохранением	№10, стр 98
4.	НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗЫВАЕТ... а) Генетический риск б) Окружающая среда в) Образ жизни населения г) Уровень и качество медицинской помощи	а) Генетический риск б) Окружающая среда в) Образ жизни населения г) Уровень и качество медицинской помощи	№10, стр 98
5.	. К ХАРАКТЕРИСТИКАМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ: а) своевременность оказания медицинской помощи; б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи; в) степень достижения запланированного результата;	а) своевременность оказания медицинской помощи; б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи; в) степень достижения запланированного результата;	№10, стр 67

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине

	Уметь
ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1. Организовать работу специализированного кабинета поликлиники врача ревматолога и стационарного отделения ревматологии взрослых и детей

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	КРИТЕРИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ а) демографические показатели б) заболеваемость населения в) физическое развитие г) инвалидность	б) заболеваемость населения	№1, глава 1
2.	ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ а) биологические б) природные в) социально-экономические г) организация медицинской помощи.	в) социально-экономические	№1, глава 1
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА а) устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан б)определяет объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты; в) дает рекомендации по трудовому устройству граждан;	а) устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан б)определяет объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты; в) дает рекомендации по трудовому устройству граждан;	№1, глава 1
2.	Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан создаются в целях: а) защиты прав пациента и отдельных групп населения б) разработки норм медицинской этики	а) защиты прав пациента и отдельных групп населения б) разработки норм медицинской этики в) разрешением вопросов, связанных с	№1, глава 1

	в) разрешением вопросов, связанных с нарушением норм медицинской этики г) подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской медицинской деятельности	нарушением норм медицинской этики г) подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской медицинской деятельности	
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1. Виды оказания медицинской помощи _____ 2. Формы медицинской помощи _____ 3. Условия оказания помощи _____ а) специализированная, в том числе высокотехнологичная, а также скорая. б) плановая, неотложная. в) амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.	Виды оказания медицинской помощи - специализированная, в том числе высокотехнологичная, а также скорая. Формы медицинской помощи - плановая, неотложная. Условия оказания помощи - амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.	№1, глава 1

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Женщина 67 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. 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 - 165 см, вес - 82 кг. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое	Жизненный прогноз благоприятен. Возможно инвалидизирующее поражение коленных и тазобедренных суставов. На момент обострения - временная нетрудоспособность.	№1, глава 12

	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, 78 в минуту. АД - 135/80 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, субхондральный склероз, краевые остеофиты. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеосклероз. Вопросы: 1. Определите прогноз и трудоспособность пациента.		
2.	Женщина К. 50 лет, предъявляют жалбы на выраженную слабость, недомогание, боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в	Прогноз относительно благоприятный. Ожидаемая продолжительность жизни у больных РА ниже на 3 года у женщин и на 7 лет у мужчин. Возможно	№1, глава 1

	указанных суставах в течении всего дня, похудание. Больна 10 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. За медицинской помощью не обращалась. При осмотре: пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. 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. 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). Рентгенограмма кистей: РА IV ствдия	получение стойкой ремиссии. Бисфосфонаты и базисная терапия пожизненно. Излечение в настоящее время не достигается. Рекомендовано определение группы инвалидности.	

	Вопросы: 1. Определите прогноз заболевания и тактику дальнейшего ведения пациента.		
3.	Женщина 33 лет, обратилась к врачу-ревматологу с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 8 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочередно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия. Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 80 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы	Прогноз относительно благоприятный: возможно достижение стойкой клиниколабораторной ремиссии при пожизненной поддерживающей терапии. Необходимо определение группы инвалидности (II).	№1, глава 4

	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. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 80 в минуту. Отечность и гиперемия красной каймы губ. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна. 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 - - 98×109/л. Общий анализ мочи: светло-желтая, 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. серомукоид - 0,32 г/л. 18 Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток на 1000 лейкоцитов. Вопросы: 1. Определите прогноз и трудоспособность пациента.		
4.	Женщина 25 лет, предъявляет жалобы на затруднение вдоха при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°С, сердцебиение, слабость. Два года назад, после ангины, возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности; появились летучие боли в коленных и плечевых	Прогноз относительно неблагоприятный. Абсолютно показана хирургическая коррекция порока. На период лечения - полная потеря трудоспособности. В последующем вероятна стойкая утрата трудоспособности.	№2, тема 2

	суставах. За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала Парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток. При осмотре: кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отѐков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, трѐхчленный ритм, на верхушке сердца – хлопающий I тон, диастолический шум, во втором межреберье слева от грудины – акцент II тона, над мечевидным отростком – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - 4,2×1012/л, лейкоциты –12,1×109/л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 37 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок – нет, лейкоциты – 3-4, эпителий - 1-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины:		

	α1 – 6%, α2 – 14%, β – 18%, γ – 28%, СРБ – 7,5 мг/л (N - 1-6 мг/л). Вопросы: 1. Определите прогноз и трудоспособность пациента.		
5.	Женщина П. 43 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 30 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. В 42 года 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 берѐтся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса 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.	Прогноз неблагоприятный, связан с висцеральными поражениями. Больной нетрудоспособен, требуется определение группы инвалидности (II).	№1, глава 6

	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. Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лѐгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах. Рентгенография кистей: остеолиз дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз Вопросы: 1. Определите прогноз болезни и трудоспособность пациента.		

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Принципы стратегии «Лечение до достижения цели» при РА включают следующие основные положения.	• Лечение РА следует проводить на основе тесного взаимодействия врача и пациента. • Лечение БПВП следует начинать как можно раньше (window of opportunity), желательно в течение первых 3 мес от момента развития первых симптомов РА. • Основная цель лечения - достижение (и поддержание) ремиссии (при раннем РА) и/или низкой	№1, глава 1

		активности воспаления (при развернутом РА), позволяющее сохранить трудоспособность, качество жизни и снизить риск преждевременной летальности. • Важнейший путь для достижения этой цели - подавление локального и системного воспаления с использованием противоревматических препаратов, обладающих различными механизмами действия. • Тщательный подбор терапии, основанный на оценке стандартизованных индексов активности заболевания в динамике (tight control), способствует достижению цели лечения.	
2.	Дайте определение школы здоровья для пациентов с заболеваниями суставов	Школа здоровья для пациентов с заболеваниями суставов- является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиенического обучения и воспитания - по МКБ-10), а также медицинской профилактической услугой, оказываемой пациентам с заболеваниями суставов в первичном звене здравоохранения.	№ 7, глава 13
3.	Медицинская профилактическая услуга - это	Медицинская профилактическая услуга - это	№ 7, глава 13

		мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение, определенную стоимость и направленных на профилактику заболевания, своевременное лечение, оздоровление.	
4.	Целями терапии ревматоидного артрита являются …	Целями терапии ревматоидного артрита являются уменьшение или подавление симптомов артрита и внесуставных проявлений, контроль над воспалительной активностью, профилактика прогрессирования заболевания (предотвращение хрящевой и, особенно, костной деструкции, деформации суставов, утраты функции сустава, инвалидности), сохранение и существенное улучшение качества жизни, увеличение продолжительности жизни до популяционного уровня	№4. глава 4
5.	К факторам неблагоприятного прогноза АС относят:	• мужской пол; • развитие болезни в раннем возрасте (до 19 лет); • ограничение подвижности позвоночника в первые два года болезни; • артрит тазобедренных суставов и поражение шейного отела позвоночника в начале болезни;	№4, глава 5

		• сочетание периферического артрита с выраженными энтезитами в дебюте заболевания; • поздняя постановка диагноза; • высокие значения СОЭ и СРБ в течение многих месяцев; • наличие HLA-B27; • семейная агрегация заболеваний из группы серонегативных спондилоарт-ритов; • недостаточная эффективность НПВП; • внесуставные проявления (увеит, кардиальная патология); • низкая комплаентность пациента.	

Результаты освоения ОП (компетенции)	Результаты обучения по дисциплине
	Владеть
ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1.Навыками организации работы специализированного кабинета врача ревматолога и стационарного отделения ревматологии взрослых и детей с учетом нормативной документации принятой в здравоохранении РФ по службе ревматологии

Задания закрытого типа

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
Выберите один правильный ответ			
1.	ВРАЧ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ВЫПОЛНЯЕТ	г) Является членом комиссии МСЭ	Приказ Минздрава России от

	СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ... а) Осуществляет диспансерное наблюдение за больными, страдающими ревматическими заболеваниями б) Анализирует динамику ревматических заболеваний на курируемом им участке в) Осуществляет диспансерное наблюдение за подростками г) Является членом комиссии МСЭ		123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»
2.	РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОРГАНИЗУЕТСЯ НА БАЗЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, КРОМЕ ... а) Многопрофильной больницы, имеющей ревматологический кабинет и ревматологическое отделение б) Ревматологического отделения и ревматологического кабинета в) Крупного терапевтического отделения, ревматологического кабинета и ревматологического отделения г) Ревматологического отделения без ревматологического кабинета	г) Ревматологического отделения без ревматологического кабинета	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»
	Выберите несколько правильных ответов		
1.	Какие приборы должны входить в оснащение ревматологического кабинета? 1.Ростомер 2.Тонометр 3.Фонендоскоп 4.Весы 5.Негатоскоп 6. ЭКГ-аппарат	1.Ростомер 2.Тонометр 3.Фонендоскоп 4.Весы 5.Негатоскоп	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»
2.	Основными функциями ревматологического кабинета являются: 1.консультативно-диагностическая и лечебная помощь 2.направление больных с ревматическими заболеваниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях	1.консультативно-диагностическая и лечебная помощь 2.направление больных с ревматическими заболеваниями для оказания медицинской помощи в стационарных условиях	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по

	3.диспансерное наблюдение больных с ревматическими заболеваниями 4.направление больных с ревматическими заболеваниями на медико-социальную экспертизу 5. диспансерное наблюдение больных кардиологического профиля	3.диспансерное наблюдение больных с ревматическими заболеваниями 4.направление больных с ревматическими заболеваниями на медико-социальную экспертизу	профилю «ревматология»
	Установите последовательность/Сопоставьте понятия		
1.	1.ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ МИНЗДРАВА РОССИИ ЕДИНИЦА ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕНА на... 2. ПОДАННЫМ СТАТИСТИКИ В РОССИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ОКОЛО…ПАЦИЕНТОВ С РА 3. ПОДАННЫМ СТАТИСТИКИ В РОССИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ОКОЛО…ПАЦИЕНТОВ С АС а) 200000 человек б) 40000 человек в) 50 000 человек	1.ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ МИНЗДРАВА РОССИИ ЕДИНИЦА ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕНА на... в) 50 000 человек 2. ПОДАННЫМ СТАТИСТИКИ В РОССИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ОКОЛО…ПАЦИЕНТОВ С РА а) 200000 человек 3. ПОДАННЫМ СТАТИСТИКИ В РОССИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО ОКОЛО…ПАЦИЕНТОВ С АС б) 40000 человек	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»

Задания открытого типа

Ситуационные задачи/кейсы

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Больной 55 лет с диагнозом: Хроническая тофусная подагра. Острый подагрический артрит. Гипертоническая болезнь, ст2,	Пациента с хронической тофусной подагрой в период острого артрита и при	№ 4, гл.

	степень 2, риск 3., обратился к врачу поликлиники. Скажите, направите ли Вы пациента на стационарное лечение или будете наблюдать амбулаторно?	наличии коморбидной патологии целесообразно госпитализировать.	
2.	Больная 76 лет с диагнозом Полиостеоартроз, ст2, ФНС 2 обратилась к терапевту в связи с усилением боли в суставах, ограничением функиональной активности. Кем должна оказываться первичная врачебная медико-санитарная помощь?	Первичная врачебная медико-санитарная помощь больному с остеоартритом крупных суставов без явлений синовита оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики	
3.	Больная 32 лет с диагнозом: Ревматоидный артрит, акт 2, ст2, ФК 2, развернутая клиническая стадия. Принимает метотрексат 17,5 мг в неделю, необходим контроль анализов крови. Можно ли этот контроль осуществлять врачом терапевтом участковым, врачом общей практики?	Первичная врачебная медико-санитарная помощь больному с воспалительными заболевапниями вне обострения оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики	
4.	Больная 65 лет с диагнозом: Первичный постменопаузальный остеопороз. Кем оказывается первичная врачебная медико-санитарная помощь больному с первичным остеопорозом?	Первичная врачебная медико-санитарная помощь больному с первичным остеопорозом оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики по рекомендации врача-ревматолога или другого врача-специалиста.	
5.	Больной 63 лет с диагнозом: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза. Н2А, ФК 2. Может ли оказываться первичная врачебная медико-санитарная помощь больному с таким диагнозом врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики?	Первичная врачебная медико-санитарная помощь больному с ХрБС без признаков воспаления оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей.	

Вопросы с развёрнутым ответом

№	Содержание задания	Правильный ответ	Источник
1.	Перечислите функции, которые осуществляет ревматологическое отделение	1.Оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с ревматическими заболеваниями 2.оказание консультативной помощиврачам других подразделений медицинской организации по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с ревматическими заболеваниями 3.Разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы 4.проведение санитарно-гигиенического обучения больных и их родственников	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»
2.	Что включает в себя первичная медико-санитарная помощь?	1.Первичная врачебная медико-санитарная помощь 2.Первичная специализированная медико-санитарная помощь	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»
3.	Кто оказывает первичную врачебную помощь и кто первичную специализированную?	Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики. Первичная специализированная	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по

		медико-санитарная помощь оказывается врачом-ревматологом	профилю «ревматология»
4.	В каких формах оказывается медицинская помощь взрослому населению по профилю «ревматология»	1.Первичная медико-санитарная помощь 2.Специализированная, в т.ч. высокотехнологичная медицинская помощь	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»
5.	Куда направляются больные при наличии показаний к проведению терапии генно-инженерными биологическими препаратами?	В кабинеты ГИБП	Приказ Минздрава России от 123.11.2012 N 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»