

**Оценочные средства для проведения аттестации
по дисциплине «Педиатрическая ревматология»
для обучающихся 2021 года поступления
по образовательной программе
31.05.02 Педиатрия,
направленность (профиль) Педиатрия (специалитет),
форма обучения очная,
на 2025-2026 учебный год**

1. Оценочные средства для проведения текущей аттестации по дисциплине

1.1. Оценочные средства для проведения текущей аттестации на занятиях семинарского типа

Аттестация включает следующие типы заданий: тестирование, решение ситуационных задач, контрольная работа, собеседование по контрольным вопросам, оценка освоения практических навыков (умений).

1.1.1. Примеры тестовых заданий

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4.

1. В качестве противовоспалительных средств используются все перечисленные препараты, кроме

- 1 парацетамола
- 2 индометацина
- 3 аспирина
- 4 диклофенака натрия
- 5 ибупрофена

2. Артрофоон может использоваться при

- 1 болезни Бехтерева
- 2 остеоартрозе
- 3 ревматоидном артрите
- 4 системных заболеваниях соединительной ткани
- 5 наследственных заболеваниях соединительной ткани

3. Повышенная подвижность в суставах выявляется при

- 1 синдроме Рейтера
- 2 анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева)
- 3 синдроме Марфана
- 4 ревматоидном артрите
- 5 острой ревматической лихорадке

4. К селективным ингибиторам ЦОГ-1 можно отнести

- 1 ацетилсалициловую кислоту в малых дозах
- 2 нимесулид
- 3 мелоксикам
- 4 пироксикам
- 5 целекоксиб

5. Суперселективные (специфические) ингибиторы ЦОГ-2 не должны применяться

- 1 у больных с установленной ишемической болезнью сердца
- 2 у больных с заболеванием мозговых сосудов (инсультом)
- 3 у больных с заболеванием периферических артерий
- 4 у больных с заболеваниями почек

- 5 у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта
6. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:
 - 1 во время систолы
 - 2 в начале диастолы
 - 3 в конце диастолы
 - 4 в середине диастолы
 - 5 в систолу после систолического шума
7. К селективным ингибиторам ЦОГ-2 относятся
 - 1 ибупрофен
 - 2 нимесулид
 - 3 мелоксикам
 - 4 пироксикам
 - 5 целекоксиб
8. Критериями оценки гипермобильности суставов С.О. Carter, J.A. Wilkinson (1964) в модификации Р.Н. Beighton, F.T. Hoggan являются
 - 1 пассивное приведение I-го пальца кисти к предплечью
 - 2 пассивное переразгибание мизинца на 90° и более
 - 3 переразгибание в локтевом суставе на 100° и более
 - 4 переразгибание в коленном суставе на 100° и более
 - 5 возможность коснуться ладонями пола при наклоне вперёд с выпрямленными в коленных суставах ногами
 - 6 всё перечисленное верно
9. Малыми критериями гипермобильного синдрома из числа нижеперечисленных являются
 - 1 периартикулярные поражения более 2 локализаций (эпикондилит, теносиновит, бурсит)
 - 2 марфаноидность (высокий рост, худощавость, соотношение размах рук/рост > 1,03, соотношение верхний/нижний сегмент < 0,83, арахнодактилия)
 - 3 аномальная кожа: тонкость, гиперрастяжимость, стрии, атрофичные рубцы
 - 4 глазные признаки: нависающие веки или миопия или антимонголоидная складка
 - 5 варикозные вены или грыжи или опущение матки/прямой кишки.
 - 6 Вывих/подвывих более чем в одном суставе или повторные вывихи в одном суставе
 - 6 всё перечисленное верно
10. Диагностически важными критериями синдрома Марфана из нижеперечисленных являются
 - 1 дилатация восходящей аорты
 - 2 расслаивающая аневризма аорты
 - 3 вывихи хрусталиков
 - 4 эктазия твёрдой мозговой оболочки
 - 5 обнаружение специфичного ге-нетического маркера (FBN1)
 - 6 всё перечисленное верно

1.1.2. Примеры ситуационных задач

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-1.2.1, ПК-1.2.2, ПК-1.2.3, ПК-1.2.4, ПК-1.3.1, ПК-1.3.2, ПК-1.3.3, ПК-1.3.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-2.2.1, ПК-2.2.2, ПК-2.2.3, ПК-2.3.1, ПК-2.3.2, ПК-2.3.3, ПК-4.1.1, ПК-4.1.4, ПК-4.2.1, ПК-4.2.4, ПК-4.3.1, ПК-4.3.4.

Девочка 2 года.

Первые высыпания появились на лице весной. Мама ребенка связывала их с укусами комаров. Применяемые самостоятельно наружные средства (фенистил гель и

бепантен крем) не оказали эффекта. Продолжавшееся в дальнейшем амбулаторное лечение у дерматолога по месту регистрации этого дерматоза, но уже как аллергического дерматита, фуцидином и акридермом оставалось безуспешным. Микоз гладкой кожи был исключен отрицательными результатами микроскопии и отсутствием свечения сыпи в лучах лампы Вуда, а также отрицательными результатами культурального исследования. Применение пимафукорта уменьшило эритему в очагах.

Пациентка вскоре после заболевания была консультирована. Локальный статус: эритематозные отечные пятна располагались на лице. Они были мелкими дискретными, диаметром 1—4 мм, в небольшом количестве, на левой щеке сливались в бляшку. Зуд отсутствовал (рис. 1). Мама увезла девочку на море. Отдых негативно отразился на состоянии кожного процесса, высыпаний стало больше, они увеличились в размере (рис. 2).

При поступлении в стационар в октябре 2015 г.. Кожный процесс был представлен отечными эритематозными пятнами и четко контурированными бляшками диаметром до 5 см, располагающимися на лице (щеки, нос).

Результаты клинико-лабораторного обследования Динамика показателей клинического анализа крови представлена в табл. 1. В клиническом анализе мочи: цвет соломенножелтый, прозрачность полная, относительная плотность 1015, реакция кислая (pH 5,5); белок не обнаружен, глюкоза в норме, уробилиноиды в норме; эпителий — плоский 2—3 в поле зрения, переходный 4—6 в поле зрения; лейкоциты 1—2—3 в поле зрения; эритроцитов нет, соли и бактерии отсутствуют, слизи нет.

Результаты биохимического анализа крови представлены в табл. 2.

Содержание антител класса IgG к двухцепочечной ДНК методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови Anti-dsDNA-NcX IgG 2,28 МЕ/мл (референтный интервал не более 100 МЕ/мл). Определение аутоантител класса IgG к ядерным антигенам методом иммуноблоттинга в сыворотке крови — обнаружены SS-A. Результаты соскоба на энтеробиоз и анализа кала на простейших и яйца гельминтов отрицательные. Консультации специалистов: педиатр: острой соматической патологии не выявил. В анамнезе отметил функциональное нарушение желудочно-кишечного тракта; эндокринолог: патологии не обнаружил; ревматолог: убедительных клинико-лабораторных данных за СКВ не обнаружил. Результаты анализа на LE-клетки отрицательные.

Задание:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте клинический диагноз.
2. Назначьте обследование.
3. Назначьте лечение в данном периоде заболевания. Опишите этапное лечение заболевания.
4. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
5. Какова тактика введения.
6. Этиопатогенез этого заболевания.

2. Мальчик А., 9 лет, поступил в отделение для уточнения диагноза и коррекции терапии. Anamnesis morbi: заболевание началось в 2,5-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать — как оказалось при осмотре, из-за поражения правого коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, имелось ограничение объема движений. Лечился амбулаторно с диагнозом «реактивный артрит правого коленного сустава». В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10–12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое, отмечается деформация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе.

Кожные покровы обычной окраски, чистые, теплые; дермографизм белый нестойкий, тургор не снижен. Видимые слизистые розовые, чистые. Небные миндалины без изменений. Лимфатические узлы не увеличены. Частота дыхания 20 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Язык чистый, влажный. Живот: мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, не пальпируется. Край ровный, по краю реберной дуги справа. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и диурез без патологии. Отеков нет

Общий анализ крови: эр.— 3,5х10¹²/л, Нв — 100 г/л, лейкоц.— 10,0х10⁹/л, э — 2%, п/я — 4%, с — 44%, л — 47%, м — 3%, тр.— 425х10⁹/л, СОЭ — 46 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1014, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 73 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямой билирубин — 18,0 мкмоль/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л.

Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставных щелей межфаланговых, лучезапястных суставов.

Задание:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте клинический диагноз.
2. Назначьте обследование.
3. Назначьте лечение в данном периоде заболевания. Опишите этапное лечение заболевания.
4. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
5. Какова тактика введения.
6. Этиопатогенез этого заболевания.

1.1.3. Примеры вариантов контрольной работы

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4.

Вариант 1

1. Диагностика остеоартритов.
2. Рентгенологические стадии артроза.

Вариант 2

1. Синовиит при остеоартрозе.
 2. Вторичные регионарные мягкотканые синдромы при остеоартрозе.
- Дифференциальная диагностика.

1.1.4. Примеры контрольных вопросов для собеседования

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4

1. Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных препаратов
2. Дифференциальная диагностика дерматомиозита.
3. Методы лечения ревматических болезней.
4. «Системные васкулиты. Дифференциальная диагностика.

5. Факторы риска развития системной красной волчанки.

1.1.5. Примеры заданий по оценке освоения практических навыков (умений)

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-1.2.1, ПК-1.2.2, ПК-1.2.3, ПК-1.2.4, ПК-1.3.1, ПК-1.3.2, ПК-1.3.3, ПК-1.3.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-2.2.1, ПК-2.2.2, ПК-2.2.3, ПК-2.3.1, ПК-2.3.2, ПК-2.3.3, ПК-4.1.1, ПК-4.1.4, ПК-4.2.1, ПК-4.2.4, ПК-4.3.1, ПК-4.3.4.

1. Составьте план обследования пациента с диагнозом «Системная красная волчанка».

2. Составьте план профилактических мероприятий при ювенильном ревматоидном артрите.

1.2. Оценочные средства для самостоятельной работы обучающихся

Оценка самостоятельной работы включает в себя тестирование.

1.2.1. Примеры тестовых заданий с одиночным ответом

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1, ПК-4.1.4.

1. Основные клинические проявления синдром Марфана

1 дилатация восходящей аорты

2 деформации передней стенки грудной клетки

3 арахнодактилия и долихостеномелия

4 «готическое нёбо» с нарушением нормального ряда зубов

5 кожные стрии

6 всё перечисленное верно (+)

2. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

1 во время систолы

2 в начале диастолы

3 в конце диастолы

4 в середине диастолы

5 в систолу после систолического шума

3. К селективным ингибиторам ЦОГ-2 относятся

1 ибупрофен

2 нимесулид

3 мелоксикам

4 пироксикам

5 целекоксиб

4. Критериями оценки гипермобильности суставов С.О. Carter, J.A. Wilkinson (1964) в модификации Р.Н. Beighton, F.T. Horan являются

1 пассивное приведение I-го пальца кисти к предплечью

2 пассивное переразгибание мизинца на 90° и более

3 переразгибание в локтевом суставе на 100° и более

4 переразгибание в коленном суставе на 100° и более

5 возможность коснуться ладонями пола при наклоне вперёд с выпрямленными в коленных суставах ногами

6 всё перечисленное верно

5. Малыми критериями гипермобильного синдрома из числа нижеперечисленных являются

1 периартикулярные поражения более 2 локализаций (эпикондилит, теносиновит, бурсит)

2 марфаноидность (высокий рост, худощавость, соотношение размах рук/рост > 1,03, соотношение верхний/нижний сегмент < 0,83, арахнодактилия)

3 аномальная кожа: тонкость, гиперрастяжимость, стрии, атрофичные рубцы

4 глазные признаки: нависающие веки или миопия или антимонголоидная складка

5 варикозные вены или грыжи или опущение матки/прямой кишки.

6 Вывих/подвывих более чем в одном суставе или повторные вывихи в одном суставе

6 всё перечисленное верно

6. Диагностически важными критериями синдрома Марфана из нижеперечисленных являются

1 дилатация восходящей аорты

2 расслаивающая аневризма аорты

3 вывихи хрусталиков

4 эктазия твёрдой мозговой оболочки

5 обнаружение специфического ге-нетического маркера (FBN1)

7. Повышенная подвижность в суставах выявляется при

1 синдроме Рейтера

2 анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева)

3 синдроме Марфана

4 ревматоидном артрите

5 острой ревматической лихорадке

8. К селективным ингибиторам ЦОГ-1 можно отнести

1 ацетилсалициловую кислоту в малых дозах

2 нимесулид

3 мелоксикам

4 пироксикам

5 целекоксиб

9. Суперселективные (специфические) ингибиторы ЦОГ-2 не должны применяться

1 у больных с установленной ишемической болезнью сердца

2 у больных с заболеванием мозговых сосудов (инсультом)

3 у больных с заболеванием периферических артерий

4 у больных с заболеваниями почек

5 у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

10. При пролабировании митрального клапана щелчок выслушивается:

1 во время систолы

2 в начале диастолы

3 в конце диастолы

4 в середине диастолы

5 в систолу после систолического шума

1.2.2. Примеры тестовых заданий с множественным выбором и/или на сопоставление и/или на установление последовательности.

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4.

1. Определите последовательность этапов обследования ребенка с подозрением на ювенильный идиопатический артрит:

1. Назначение МРТ пораженного сустава с контрастированием.

2. Исключение других причин артрита (инфекции, онкология).

3. Тщательный сбор анамнеза и физикальный осмотр с оценкой количества и характера пораженных суставов.
4. Назначение общеклинических анализов (ОАК, СРБ, РФ, АЦЦП).
5. Консультация офтальмолога с осмотром щелевой лампой для исключения увеита.
2. Установите последовательность лечебных и диагностических мероприятия при впервые выявленной системной красной волчанке у подростка с активным нефритом
 1. Назначение высоких доз глюкокортикоидов (пульс-терапия метилпреднизолоном) и циклофосфамида.
 2. Подбор поддерживающей терапии азатиоприном или микофенолата мофетиллом.
 3. Биопсия почки для определения класса волчаночного нефрита.
 4. Оценка активности болезни: анализы крови, мочи (протеинурия), антитела к дсДНК, комплемент.
 5. Назначение гидроксихлорохина для базового контроля болезни.
3. Установите последовательность обследования ребенка с рецидивирующей лихорадкой неясного генеза
 1. Консультация генетика и проведение генетического секвенирования (панель "аутоинфламаторные синдромы").
 2. Тщательный сбор семейного анамнеза и оценка характера лихорадки (продолжительность, сопутствующие симптомы).
 3. Назначение общеклинических анализов (ОАК, СРБ, СОЭ) в момент приступа и вне его.
 4. Исключение инфекционных, онкологических и классических ревматических причин лихорадки.
 5. Оценка эффективности пробной терапии IL-1-ингибитором (канакинумаб).
4. Установите последовательность лечебных и диагностических мероприятия при ювенильном дерматомиозите
 1. Назначение МРТ мышц для выявления активного миозита и отека.
 2. Назначение глюкокортикоидов (перорально или пульс-терапия) и метотрексата.
 3. Консультация физиотерапевта для разработки программы лечебной физкультуры.
 4. Исследование мышечных ферментов (КФК, ЛДГ, АЛТ, АСТ).
 5. Биопсия мышцы (при атипичном течении или для подтверждения диагноза).
5. Выберите три ответа из шести. Какие из перечисленных критериев относятся к системному варианту ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) согласно классификации ILAR?
 1. Артрит одного или более суставов продолжительностью не менее 6 недель.
 2. Наличие ежедневной фебрильной лихорадки ремиттирующего типа продолжительностью не менее 2 недель.
 3. Наличие ревматоидного фактора в двух и более анализах.
 4. Наличие хотя бы одного из следующих признаков: лососевая сыпь, генерализованная лимфаденопатия, гепато- и/или спленомегалия, серозит.
 5. Псориаз у пациента или родственников первой линии.
 6. Положительный HLA-B27 антиген у мальчиков с началом артрита после 6 лет.
6. Выберите четыре ответа из шести. Какие из перечисленных признаков относятся к большим критериям Джонса (пересмотр АНА, 2015) для диагностики острой ревматической лихорадки?
 1. Кардит (эндокардит, миокардит, перикардит)
 2. Полиартрит (мигрирующий, преимущественно крупных суставов)
 3. Увеличение интервала PR на ЭКГ
 4. Хорея Сиденгама
 5. Кольцевидная эритема
 6. Повышение титров антистрептолизина-О (АСЛ-О)

7. Выберите три ответа из шести. Какие из перечисленных аутоантител имеют наибольшее диагностическое значение для системной красной волчанки у детей?

1. Антитела к нативной ДНК
2. Ревматоидный фактор
3. Антитела к антигену Смит (anti-Sm)
4. Антиядерный фактор
5. Антифосфолипидные антитела (волчаночный антикоагулянт, антикардиолипиновые антитела)
6. Антитела к цитруллинированному пептиду (АЦЦП)

8. Установите соответствие между патологией и наиболее специфичным для нее лабораторным маркером или находкой:

Патология:	Маркеры/Находки:
1. Системная красная волчанка	А. Повышение антистрептолизина-О
2. Острая ревматическая лихорадка	Б. Наличие кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости
3. Антифосфолипидный синдром	В. Высокие титры антител к дсДНК
4. Подагра	Г. Наличие волчаночного антикоагулянта
5. Ювенильный идиопатический артрит	Д. Положительный ревматоидный фактор (в основном при серопозитивном полиартикулярном варианте)

9. Установите соответствие между заболеванием и ключевым диагностическим критерием.

Заболевание	Критерии диагноза
1. Болезнь Kawasaki	А. Лихорадка не менее 5 дней + 4 из 5 основных признаков (изменения слизистых, конечностей, сыпь, двусторонний конъюнктивит, шейная лимфаденопатия).
2. Ювенильный дерматомиозит	Б. Поражение не более 4 суставов в первые 6 месяцев болезни, высокий риск увеита.
3. Острая ревматическая лихорадка	В. Критерий Джонса.
4. ЮИА (олигоартикулярный вариант)	Г. Признаки мышечной слабости + повышение мышечных ферментов + типичные изменения на ЭМГ/МРТ/биопсии
5. Синдром Шарпа (смешанное заболевание соединительной ткани)	Д. Наличие в высоком титре антител к U1-RNP.

10. Установите соответствие между группой препаратов и заболеванием, для лечения которого она является препаратом первой линии.

Группа препаратов:	Заболевания:
1. Нестероидные противовоспалительные препараты	А. Болезнь Kawasaki (в сочетании с аспирином)
2. Глюкокортикоиды	Б. Ювенильный дерматомиозит (в сочетании с глюкокортикостероидами)
3. Иммунодепрессанты (метотрексат, азатиоприн)	В. Системный вариант ювенильный идиопатический артрит, резистентный к нестероидным противовоспалительным препаратам и глюкокортикостероидам
4. Внутривенный иммуноглобулин	Г. Острая ревматическая лихорадка (для купирования артрита и лихорадки)

5. Ингибиторы интерлейкина-1 (Анакинра) или интерлейкина-6 (Тоцилизумаб)	Д. Ювенильный идиопатический артрит (полиартикулярный и олигоартикулярный варианты)
--	---

1.2.3. Примеры заданий открытого типа (вопрос с открытым ответом)

Проверяемые индикаторы достижения компетенции: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4.

1. Назовите варианты ювенильного идиопатического артрита.
2. Что такое волчаночный нефрит?
3. Какой лабораторный показатель важен для диагностики ювенильного дерматомиозита?
4. Какой калибр сосудов поражается при болезни Кавасаки?
5. Какой показатель резко повышен при синдроме активации макрофагов?

2. Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации по дисциплине

Промежуточная аттестация проводится в форме зачёта.

Перечень вопросов для подготовки к промежуточной аттестации:

№	Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации	Проверяемые индикаторы достижения компетенций
1.	Основы организации ревматологической помощи в РФ. Номенклатура и классификация ревматических болезней. Эпидемиология. Социальные аспекты ревматологических заболеваний.	ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4
2.	Морфо-функциональное понятие соединительной ткани. Клиническая анатомия, физиология опорно-двигательного аппарата.	ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4
3.	Общее врачебное обследование. Лабораторные методы диагностики. Ультразвуковая диагностика. Рентгенологические методы диагностики. Морфологические методы диагностики. Современные подходы к терапии ревматологических заболеваний у детей. Генноинженернобиологические препараты.	ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4
4.	Ювенильный ревматоидный артрит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.	ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4
5.	Системная красная волчанка. Этиопатогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз	ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4
6.	Ювенильный дерматомиозит. Этиопатогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.	ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4
7.	Ювенильная склеродермия. Этиопатогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.	ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1,

		ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4
8.	Васкулиты. Этиопатогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.	ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-4.1.1. ПК-4.1.4

Промежуточная аттестация включает следующие типы заданий: собеседование (решение ситуационной задачи).

Проверяемые индикаторы достижения компетенций: ПК-1.1.1, ПК-1.1.2, ПК-1.1.3, ПК-1.1.4, ПК-1.2.1, ПК-1.2.2, ПК-1.2.3, ПК-1.2.4, ПК-1.3.1, ПК-1.3.2, ПК-1.3.3, ПК-1.3.4, ПК-2.1.1, ПК-2.1.2, ПК-2.2.1, ПК-2.2.2, ПК-2.2.3, ПК-2.3.1, ПК-2.3.2, ПК-2.3.3, ПК-4.1.1, ПК-4.1.4, ПК-4.2.1, ПК-4.2.4, ПК-4.3.1, ПК-4.3.4.

2.1. Примеры ситуационных задач.

Девочка Ю., 14 лет, обратилась в поликлинику к педиатру с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C в течение 2-х недель, слабость и головную боль.

Anamnesis vitae: 2 недели назад появились изменения со стороны суставов – припухлость, болезненность, повышение температуры кожи в области пораженных суставов, утренняя скованность. Отмечалось поражение коленных, плечевых, локтевых, лучезапястных суставов, а также височно-нижнечелюстного сочленения. Девочка лечилась по месту жительства, получала антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, антигистаминные препараты в течение 7 дней - без эффекта. Продолжала лихорадить, сохранялся суставной синдром. В связи с неясностью диагноза и неэффективностью проводимой терапии ребенок направлен участковым врачом на госпитализацию в стационар с диагнозом: ЮРА, язвенная болезнь 12-перстной кишки (в анамнезе).

Anamnesis morbi: ребенок от 1 беременности, роды затяжные в сроке 42 недели, воды зеленые, масса тела 3.400. Родилась в синей асфиксии, закричала после проведенных реанимационных мероприятий. Грудное вскармливание до 1 мес. Развивалась соответственно возрасту. Часто болела ОРВИ, перенесла несколько детских инфекций, стафилококковый энтероколит, дизентерию, сальмонеллез. В возрасте 5 лет была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, в 11 лет была оперирована по поводу врожденной аномалии кишечника. Летом этого года отдыхала на юге, где много загорала.

Данные объективного осмотра: При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Температура тела быстро нормализовалась. Жалуется на головную боль. Выражены явления полиартрита. На лице в области щек и спинки носа эритематозные высыпания. В легких и сердце без патологии. Печень и селезенка не увеличены.

В динамике суставной синдром имел нестойкий характер, продолжался 1 неделю, некоторое время проявлялся артралгиями, далее исчез полностью без каких-либо остаточных явлений со стороны суставов. Утренней скованности не отмечает. Кожные изменения также уменьшились, температура тела быстро нормализовалась. Наряду с этим при ультразвуковом исследовании сердца были обнаружены явления перикардита. Появились ломкость и выпадение волос на голове. Сохранялись жалобы на головную боль, которая носила мигреноподобный характер.

В анализе крови: эритроциты $3.7 \cdot 10^{12}/л$, Hb 99 г/л, ЦП 0.9, тромбоциты $227 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $6.3 \cdot 10^9/л$, б 0%, э 5%, п/я 11%, с/я 64%, л 17%, м 3%, СОЭ 40 мм/час.

Анализ мочи: относительная плотность 1018; белок отсутствует, эпителиальные клетки 2-4 в п/зр, лейкоциты 2-6 п/зр, эритроциты отсутствуют, цилиндры не определяются.

Белок сыворотки крови 84.9 г/л, гамма-глобулины 31%.

Задание:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?
4. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
5. Как называются кожные изменения, и к каким критериям относятся эти изменения?
6. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания, и есть ли его признаки у больного? Проведите анализ гемограммы данного больного.
7. Назовите принципы лечения данного заболевания.
8. Какие эндогенные факторы способствуют развитию данного заболевания? Что является патоморфологической основой заболевания?
9. Каков характер патоморфологических изменений?

Девочка К., 6 лет, доставлена на приемный покой бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли, нарушение движений, припухлость левого коленного и голеностопного суставов.

Anamnesis morbi: 2 недели назад ребенок перенес острую респираторную инфекцию, протекавшую с конъюнктивитом. Сегодня утром не смогла встать на левую ногу.

Anamnesis vitae: ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных родов в срок 39 нед, масса тела 3.100. Грудное вскармливание до 61 мес. Развивалась соответственно возрасту. Привита по календарю

Данные объективного осмотра: состояние девочки средней тяжести. Ребенок щадит левую ногу, хромота. Кожа физиологической окраски, катаральных явлений нет. Отмечается умеренное увеличение передне- и заднешейных лимфоузлов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, ЧСС 92 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме, болезненность и значительное ограничение движений в левом коленном и голеностопном суставах.

Общий анализ крови: Нв — 118 г/л, лейкоц. — $10,0 \times 10^9$ /л, э — 2%, п/я — 4%, с — 42%, л — 49%, м — 3%, СОЭ — 20 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1018, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 78 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямой билирубин — 18,0 мкмоль/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 30 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л.

Задание:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?
4. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
5. Как называются изменения суставов и к каким критериям относятся эти изменения?
6. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания, и есть ли его признаки у больного? Проведите анализ гемограммы данного больного.
7. Назовите принципы лечения данного заболевания.
8. Какие эндогенные факторы способствуют развитию данного заболевания?

9. Что является патоморфологической основой заболевания? Каков характер патоморфологических изменений в суставах?

В полном объеме фонд оценочных средств по дисциплине доступен в ЭИОС ВолгГМУ по ссылке: <https://elearning.volgmed.ru/course/index.php?categoryid=2261>

Рассмотрено на заседании кафедры детских болезней педиатрического факультета «13» мая 2025 г., протокол № 10

Заведующий кафедрой детских болезней
педиатрического факультета, д.м.н., профессор  Н.В.Малюжинская