

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней № 1

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания
Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «22» марта 2022 г.
Пр.№4**

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

к рабочей программе дисциплины «Ревматология» основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология, утвержденной 30.03.2022 г.

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 18 марта 2022 г. (протокол № 7)**

Заведующий кафедрой



д.м.н. И.Н. Тотров

г. Владикавказ 2022 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к модулю
 - банк ситуационных задач
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),
 - экзаменационные билеты

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на фонд оценочных средств**

**по дисциплине «Ревматология» для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.46 «Ревматология»**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре **внутренних болезней № 1** на основании рабочей программы учебной дисциплины (Ревматология) и соответствуют требованиям ФГОС ВО

Фонд оценочных средств включает в себя:

вопросы к модулю

- банк ситуационных задач

- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),

- экзаменационные билеты

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе **по дисциплине «Ревматология»** и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов к зачету достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя **3** вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, электрокардиограммы, рентгенограммы и т.д.). Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения теоретического материала при промежуточном контроле. Сложность вопросов в билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств **по дисциплине «Ревматология»** способствует качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств **по дисциплине «Ревматология»** может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.46 «Ревматология»

Рецензент:

Зав. кафедрой внутренних болезней №4 д.м.н., профессор З.Т. Астахова

М.П.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на фонд оценочных средств**

**по дисциплине «Ревматология» для ординаторов, обучающихся по
специальности**

31.08.46 «Ревматология»

Фонд оценочных средств составлен на кафедре **внутренних болезней № 1** на основании рабочей программы учебной дисциплины (Ревматология) и соответствуют требованиям ФГОС ВО

Фонд оценочных средств включает в себя:

вопросы к модулю

- банк ситуационных задач

- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением),

- экзаменационные билеты

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе **по дисциплине «Ревматология»** и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов к зачету достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя **3** вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач (анализы, электрокардиограммы, рентгенограммы и т.д.). Ситуационные задачи (и др.) дают возможность объективно оценить уровень усвоения теоретического материала при промежуточном контроле. Сложность вопросов в билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств **по дисциплине «Ревматология»** способствует

качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств **по дисциплине «Ревматология»** может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.46 «Ревматология»

Рецензент:

**Зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России д.м.н.,
профессор А.В. Ягода**

М.П.

Паспорт оценочных материалов по дисциплине

«Ревматология»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1	Ревматология	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Тестовый контроль, вопросы и билеты для зачета, ситуационные задачи

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

**Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Ревматология»
для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.46
«Ревматология»**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

- 1 Острая ревматическая лихорадка. Современная классификация. Клинико-диагностические критерии ревматической лихорадки. Дифференциальный диагноз ревматической лихорадки и инфекционного эндокардита, неревматического миокардита, пролапса митрального клапана.
- 2 Лечение ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика ревматической лихорадки.
- 3 Дифференциальная диагностика заболеваний, характеризующиеся появлением шумов в области сердца.
- 4 Дифференциальная диагностика ревматоидного артрита и деформирующего остеоартроза.
- 5 Классификация ревматоидного артрита. Клиническая картина. Критерии диагноза.
- 6 Рентгенологические стадии ревматоидного артрита.
- 7 Лечение ревматоидного артрита с позиций доказательной медицины. Показания к назначению глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, препаратов антицитокинового действия.
- 8 Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева). Критерии диагностики. Классификация. Определение активности и тяжести анкилозирующего спондилоартрита.

- 9 Реактивные артриты. Этиология, патогенез, клиническая картина.
- 10 Синдром Рейтера как вариант реактивного артрита. Критерии диагноза.
- 11 Медикаментозное лечение реактивных артритов.
- 12 Псориатический артрит. Особенности клинической картины. Диагностические критерии. Лечение. Показания к назначению базисных препаратов.
- 13 Подагра. Три стадии развития подагры (острый подагрический артрит, межприступная подагра и рецидивирующий подагрический артрит, хроническая тофусная подагра), их характеристика. Критерии диагноза подагры.
- 14 Лечение острого подагрического артрита. Антигиперурикемическая терапия: показания, противопоказания.
- 15 Системная красная волчанка (СКВ), этиология и патогенез. Рабочая классификация СКВ. Клинико-иммунологические варианты.
- 16 Клинические проявления СКВ. Критерии диагноза.
- 17 Дифференциальная диагностика СКВ с другими заболеваниями (сепсис, инфекционный эндокардит, паранеопластический синдром).
- 18 Лечение СКВ. Принципы базисного лечения. Понятие о пульс-терапии.
- 19 Осложнения терапии глюкокортикостероидами и цитостатиками.
- 20 Системная склеродермия (ССД). Клинические формы ССД (диффузная, лимитированная, склеродермия без склеродермы, перекрестные формы, ювенильная склеродермия) и их особенности. Варианты течения и стадии развития.
- 21 Лечение ССД. Показания для назначения иммунодепрессантов.

- 22 Дерматомиозит. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 23 Полимиозит. Клинические проявления.
- 24 Болезнь и синдром Шегрена. Клиника. Лечение.
- 25 Антифосфолипидный синдром. Клинические проявления. Классификация.
- 26 Системные васкулиты. Определение. Механизмы повреждения сосудистой стенки. Классификация.
- 27 Гигантоклеточный артериит. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 28 Ревматическая полимиалгия. SECRET (расшифровать аббревиатуру). Клиника.
- 29 Болезнь Кавасаки. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 30 Узелковый полиартериит. Основные проявления. Клиническая классификация.
- 31 Узелковый полиартериит. Диагностика. Принципы фармакотерапии.
- 32 Гранулематоз Вегенера. Клинические формы. Клиника.
- 33 Гранулематоз Вегенера. Диагностика. Лечение.
- 34 Синдром Черджа-Стросса. Клиническая картина. Клиническая классификация.
- 35 Болезнь Бехчета. Клинические проявления. Диагностические критерии. Лечение.
- 36 Синдром Гудпасчера. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

- 37 Принципы фармакотерапии системных васкулитов.
- 38 Дифференциальная диагностика системных васкулитов с другими заболеваниями соединительной ткани (СКВ, дерматомиозит, ревматизм).
- 39 Деформирующий остеоартроз (остеоартрит). Факторы риска развития ДООА. Морфологические изменения в суставах.
- 40 Деформирующий остеоартроз. Классификация. Клиника.
- 41 Деформирующий остеоартроз. Диагностика. Лечение.
- 42 Рентгенологические стадии деформирующего остеоартроза.
- 43 Дифференциальная диагностика деформирующего остеоартроза и ревматоидного артрита.
- 44 Охарактеризовать клинические проявления синдрома Рейно. Перечислить заболевания, при которых он встречается.
- 45 Остеопороз. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 46 Новое в фармакотерапии остеоартрита (биологические агенты, цитостатики, ФНО-альфа).
- 47 Основные принципы терапии глюкокортикоидами при ревматологической патологии.
- 48 Основные принципы терапии цитостатиками при ревматологической патологии.
- 49 Применение НПВП при ревматологической патологии.
- 50 Клиническое обследование ревматологического больного с системной красной волчанкой.

- 51 Клиническое обследование ревматологического больного с системной красной волчанкой.
- 52 Клиническое обследование ревматологического больного с антифосфолипидным синдромом.
- 53 Клиническое обследование ревматологического больного с хронической ревматической болезнью сердца.
- 54 Клиническое обследование ревматологического больного с псориатическим артритом
- 55 Клиническое обследование ревматологического больного с ревматической полимиалгией.
- 56 Клиническое обследование ревматологического больного с анкилозирующим спондилоартритом.
- 57 Клиническое обследование ревматологического больного с системным васкулитом.
- 58 Клиническое обследование ревматологического больного с ювенильным ревматоидным артритом.
- 59 Клиническое обследование ревматологического больного с остеоартрозом.
- 60 Клиническое обследование ревматологического больного с инфекционным эндокардитом.
- 61 Клиническое обследование ревматологического больного с реактивным артритом.
- 62 Клинико-лабораторные и инструментальные признаки ХПН. Оценка электролитных и кислотно-основных показателей.
- 63 Показания к проведению плевральной пункции, методика проведения. Оценка результатов исследования плевральной жидкости.
- 64 Методика измерения АД и интерпретация полученных показателей. Классификация показателей АД.
- 65 Изменения общего анализа крови и биохимических показателей при ОИМ.
- 66.Лабораторные критерии активности ревматического процесса, аутоиммунного воспалительного процесса.
- 67.Основы электрокардиографии. Системы ЭКГ отведений. Методика анализа ЭКГ.
- 68.ЭКГ-изменения при перегрузке и гипертрофии различных отделов

сердца

69. Изменения данных перкуссии и аускультации сердца при приобретенных и врожденных пороках.
70. Определение показаний и противопоказаний, подготовка больного к бронхоскопии, ЭГДС, колоноскопии, цистоскопии, лапароскопии и лапаротомии
71. Методика и оценка результатов дуоденального зондирования, фракционного исследования желудочного сока. Показания, противопоказания к проведению.
72. Лабораторные критерии печеночно-клеточной недостаточности, желтух, холестатического синдрома.
73. Характеристика мочевого синдрома, биохимических показателей состояния функции почек (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, остаточный азот, скорость фильтрации и реабсорбции мочи) у больных острым и хроническим диффузным гломерулонефритом
74. Клинико-лабораторные и инструментальные признаки ХПН. Оценка электролитных и кислотно-основных показателей.
75. Лабораторное исследование мочи. Оценка анализа мочи общего, по Нечипоренко, Зимницкому, пробы Реберга. Диагностическое значение

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Больная Б., 23 года. С 18-ти летнего возраста беспокоят боли в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Была выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялась увеличение печени и селезенки. В 22 года после инсоляции вновь отмечены желтуха, гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 месяца назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме. Объективно: желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный, пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/ч, билирубин 150 мкм/л (прямой-105 мкм/л). Общий белок-75 г/л, альбумины-45%, а-глобулины-5%, протромбиновый индекс-60%, HBSAg- отр. Выявлены LE-клетки 4:1000.

1. Предварительный диагноз? Его обоснование.
2. План обследования, план лечения.
3. Какой синдром является ведущим?
4. Какие заболевания необходимо исключить при дифференциальной диагностике?

Ситуационная задача № 2

Мужчина 26 лет 10 лет назад почувствовал тупые боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливавшиеся при физической работе. К врачу не обращался. Позднее боли стали постоянными, временами принимая острый характер. Больного лечили от радикулита анальгетиками, которые уменьшали боли. Три года тому назад появились боли в шейном и грудном отделах позвоночника особенно при кашле и чихании, а также боли в тазобедренных и коленных суставах. Стало трудно наклоняться.

Объективно: туловище фиксировано в положении сгибания вперед с опущенной головой (поза «просителя»). Сердце и лёгкие без особенностей. Атрофия ягодичных мышц. Дорсальный кифоз. Спина в виде «гладильной доски». Болезненность остистых отростков грудного, шейного, крестцового отделов позвоночника. Рентгенологически: остеопороз тел позвонков и особенно их поперечных отростков, окостенение продольных межостистых связок, позвонки в пояснично-крестцовом отделе спаяны. В общем анализе крови: лейкоцитов $9,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 32 мм/час.

1. О каком заболевании идёт речь?
2. Сформулируйте полный клинический диагноз?
3. Какие исследования нужно назначить больному?
4. Наметьте лечебные мероприятия.

Ситуационная задача №3.

Больной П. 42 лет, поступил в клинику с жалобами на внезапное появление приступов резчайшей боли в большом пальце стопы, его припухлость и покраснение, головную боль, утомляемость, слабость, повышение температуры тела до 38°C .

Из анамнеза: ухудшение связывает с употреблением алкоголя в последние дни. Ночью появилась острая боль в большом пальце стопы, припухлость, покраснение.

Объективно: Состояние средней тяжести, нормального питания. Кожные покровы влажные, температура тела 38°C . Лимфоузлы не увеличены. Кожа над суставом блестит, синевато- багрово-го цвета, горячая. Движения в суставе резко ограничены из-за болей. В легких - дыхание везикулярное. ЧД 20 в 1 мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 90 в 1 мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 128 г/л, лейкоциты $11,8 \times 10^9/\text{л}$,

п/яд 10%, сегм/яд 70%, эоз 1%, лимф- 14%, мон 5%, СОЭ 36 мм/ч. *Общий анализ мочи:* прозр. реакция кислая, плотность мочи 1017, белок - отр., лейкоциты 1-2-1 в п/зрения, единичные клетки почечного эпителия. *Биохим. анализ крови:* белок - 78 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, мочевая кислота 0,65 ммоль/л, сиаловые кислоты 180 ед. ЭКГ: синусовый ритм, частота 90 в 1 мин., электрическая ось сердца не отклонена. *Исследование синовиальной жидкости:* цвет - прозрачный, вязкость не изменена, лейкоциты 12×10^9 /л, гранулоциты составляют 70%, кристаллы урата натрия. Рентгенография стопы: в области 1 плюснефалангового сустава деструкция субхондрального участка кости и эпифиза, очаги просветления величиной 1,2-1,6 см в диаметре, окруженные склеротической каймой.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Какой синдром является ведущим?

Ситуационная задача № 4.

Больная 35 лет. Поступила в стационар с жалобами на боли и ограничение движений в лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей рук, коленных, голеностопных суставах, утреннюю скованность до полудня. Больна 3 года. Принимала найз без видимого эффекта.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Положение активное. Нормостенического телосложения. Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы чистые, бледные. Отмечается периартикулярный отек, локальная гиперемия и гипертермия кожных покровов над пястнофаланговыми, проксимальными межфаланговыми суставами кистей рук, коленными, голеностопными суставами. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болезненности. Атрофия межкостных мышц. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 18 в 1 мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 80 в 1 мин., пульс ритмичный, частота 80 в 1 мин, полный, мягкий, симметричный. АД 130/80 мм рт.ст. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 139 г/л, лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л палочкояд. 5%, сегментояд- 67%, эоз. 2%, лимфоц. 19%, мон. 7%, СОЭ 35 мм/ч. *Общий анализ мочи:* прозр., реакция кислая, плотность 1015, белок -отр., лейкоциты 2-0-1 в п/зрения. *Биох. анализ крови:* белок - 78 г/л, альбумины 38%, альфа1-глобулины 11%, α-глобулины 20%, β-глобулины 7%, γ-глобулины 22%, холестерин 5,8 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 108 мкмоль/л, мочевина 5,67 ммоль/л, фибриноген- 5г/л, латекс -тест 1/160. Иммунограмма: Ig A- 2,9 г/л, Ig M- 2,0 г/л, Ig G - 25,6 г/л. АЦЦП 40 ЕД/мл. Рентгенография суставов: сужение межсуставных щелей, множественные узлы, остеопороз эпифизов.

1. Какой синдром является ведущим при данном заболевании?
2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходные клинические симптомы
3. Сформулируйте полный диагноз.

Ситуационная задача № 5.

Больная 52 лет, поступила в отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: в детстве перенесла полиартрит. В возрасте 26 лет обнаружен порок сердца. В течение 10 лет отмечает перебои в работе сердца и одышку при физической нагрузке. В последние два года появились отеки, усилилась одышка, кашель.

Объективно: Состояние средней тяжести, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. Кожные покровы желтушные, сухие, горячие на ощупь, отмечаются отеки нижних конечностей до середины бедер. При перкуссии над легкими - притупление перкуторного звука в нижних отделах. Аускультативно: жесткое дыхание, в задненижних отделах легких - влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в 1 мин. Шейные вены набухшие, пульсируют. При осмотре области сердца определяется сердечный толчок в эпигастральной области. При пальпации верхушечный толчок смещен влево, вниз, не усилен, ограниченный. Определяется «кошачье мурлыканье» над верхушкой. Перкуторно - левая граница сердца - в 5 межреберье по среднеключичной линии, правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне II межреберья. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - хлопающий 1 тон, ритм "перепела", диастолический шум, у основания мечевидного отростка - систолический шум более грубый, усиливающийся на вдохе. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. ЧСС - 115 в мин., пульс - 90 в мин. малый, аритмичный, частый. АД - 110/75 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, плотная с острым краем, пульсирует.

Общий анализ крови: Эритроциты- $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин- 100 г/л, лейкоциты- $10 \times 10^9/л$ п/яд - 3%, сегм/яд - 59%, эоз - 3%, лимф- 25%, мон - 10%, СОЭ 21 мм/ч. *Общий анализ мочи:* прозр., относительная плотность 1014, белок -отр. *Биох. анализ крови:* белок-85 г/л, СРБ ++, билирубин общий - 38 мкмоль/л. ЭКГ: ритм неправильный, частота 100 в 1 мин., признаки гипертрофии обоих желудочков, интервалы R-R различной величины, зубцы R отсутствуют, волны ff, комплексы QRS не расширены.

1. Как можно оценить изменения на ЭКГ?

2. Как объяснить шум у мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе, и изменения печени? 3. Ваш предварительный диагноз?

4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача № 6.

Больная 24 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, потерю аппетита, потливость, ознобы, боли в суставах, одышку при малейшей физической нагрузке, боли в правой поясничной области.

В анамнезе: две недели назад после произведенного аборта стала отмечать подъемы температуры тела до $39^{\circ}C$.

В прошлом - ничем не болела.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела $37,5^{\circ}C$. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Петехии и геморрагии на коже, слизистых оболочках, конъюнктиве, мелкие болезненные красноватые узелки на пальцах, ладонях. Над легкими перкуторно - легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 22 в 1 мин. При осмотре области сердца: пульсация верхушки в 6 межреберье. Пальпаторно: верхушечный толчок смещен вниз и влево, усиленный, приподнимающий, разлитой. Границы сердца расширены влево, на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации: тахикардия, ослабление I тона на верхушке, грубый диастолический шум над аортой, в V точке, ослабление II тона на аорте. ЧСС 90 в мин. Пульс ритмичный, скорый, высокий, большой. АД 140/60 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом и левом подреберьях. Печень увеличена, на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

Общий анализ крови: Эритроциты- $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин-94 г/л, лейкоциты- $14,8 \times 10^9/л$ п/яд 12%, сегм/яд 54%, эоз 3%, лимф- 29%, мон 2% СОЭ 40 мм/ч *Общий анализ мочи:* прозр., плотность 1023, белок -0,068%, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты 8-10-12 в поле зрения *Биох. анализ крови:* белок - 80 г/л, холестерин 4,8

ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, частота 90 в 1 мин., электрическая ось сердца отклонена влево, $R_1 > R_2 > R_3$, в грудных отведениях смещение переходной зоны влево, $Sv_1 + Rv_5 = 36$ мм В посеве крови выделен энтерококк, чувствительный к ампициллину, гентамицину.

1. Назовите клинические синдромы заболевания у данной больной.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Каков ваш предварительный диагноз, его обоснование?

Ситуационная задача № 7.

Больной 61 года, поступил в клинику с жалобами на боль в 1 плюснефаланговой суставе стопы, припухлость и покраснение сустава, головную боль, утомляемость, слабость. В прошлом году перенес два приступа почечной колики. Ухудшение связывает с употреблением алкоголя. Ночью появилась острая боль в 1 плюснефаланговом суставе стопы, припухлость, покраснение.

Объективно: Состояние средней тяжести, повышенного питания. Кожные покровы влажные, температура тела 38°C . Лимфоузлы не увеличены. Кожа над суставом бледит, синевато-багрового цвета, горячая. Движения в суставе резко ограничены из-за болей. На правой ушной раковине плотное, безболезненное, бугристое выступающее образование диаметром 5-6 мм, кожа над ним не изменена. В легких дыхание везикулярное. ЧД 20 в 1 мин. Границы сердца расширены влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 78 в мин. АД 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин- 128 г/л, лейкоциты $10,8 \times 10^9/\text{л}$, п/яд 6%, сегм/яд 70%, эоз 1%, лимф- 18%, мон 5%, СОЭ 30 мм/ч. *Общий анализ мочи:* прозр. реакция кислая, плотность 1015, белок -0,033%, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., эрит. 4-6-4 в п/зр., соли ураты +++ *Биох. анализ крови:* белок - 68 г/л, холестерин 5,8 ммоль/л, СРБ +, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, моченая кислота 880 мкмоль/л (N-до 420 мкмоль/л) ЭКГ: синусовый ритм, частота 90 в 1 мин., электрическая ось сердца отклонена влево, $R_1 > R_2 > R_3$, в грудных отведениях смещение переходной зоны влево, $Sv_1 + Rv_5 = 38$ мм. *Исследование синовиальной жидкости:* лейкоциты $10 \times 10^9/\text{л}$, кристаллы урата натрия. *УЗИ почек:* Обнаружены конкременты в ткани почек. *Рентгенография стопы:* в области 1 плюснефалангового сустава - деструкция субхондрального участка кости и эпифиза, очаги просветления величиной 1,5 см в диаметре, окруженные склеротической каймой.

1. Какие синдромы являются ведущими при этом заболевании?
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику суставного синдрома.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Ваши назначения.

Ситуационная задача № 8.

20-летняя медсестра во время летнего отпуска на море ежедневно по несколько часов находилась на пляже. Через две недели появились боли в мелких суставах кистей рук, голеностопных суставах, субфебрильная температура, сухой кашель, слабость, анорексия. Принимала антибиотики без эффекта, самочувствие ухудшалось, продолжали беспокоить артралгии, температура повысилась до 38°C , лечилась сульфаниламидами, аспирином.

Через два месяца обратилась в поликлинику и была госпитализирована.

При осмотре состояние больной средней тяжести. В области щёк и спинки носа эритематозные высыпания в форме «бабочки». В нижнебоковых отделах грудной клетки с обеих сторон немного звонких влажных мелкопузырчатых хрипов на фоне жёсткого дыхания, под правой лопаткой нежный шум трения плевры. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, ритмичны, 94 уд/мин. На верхушке и в точке Боткина систолический шум. АД 110/65 мм рт.ст. Со стороны других органов патологических изменений не выявлено.

На рентгенограмме грудной клетки обнаружено усиление сосудистого рисунка в нижних отделах лёгких. ЭКГ – синусовая тахикардия, умеренное снижение амплитуды зубца Т в грудных отведениях. Анализ крови: Нв 101 г/л, эр $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц 6,0 $\times 10^9$ /л, цв. показатель 0,9, эоз 5%, п/я 6%, сегм 68%, лимф 15%, мон 6%, СОЭ 48 мм/час. При исследовании мочи 0,066‰, 103 эритроцита и 1-2 гиалиновых цилиндра в п/зр.

1. Какие синдромы являются ведущими при этом заболевании?
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Сформулируйте диагноз.

Ситуационная задача № 9

Женщина 32 лет заболела остро 2 месяца назад после ангины. Появились боли в суставах, сначала в межфаланговых, затем в правом коленном, слабость, повышение температуры до 37,8°C. Через две недели суставы припухли, после приёма салицилатов боли и припухлость уменьшились, температура нормализовалась. При осмотре патологии внутренних органов нет. Суставы межфаланговые, пястно-фаланговые 2-3 пальцев припухшие, тугоподвижные. Коленный сустав отёчный, горячий на ощупь. Небольшая атрофия межкостных мышц кистей.

В анализе крови лейкоц $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 35 мм/час, СРБ +++.

1. О каких заболеваниях можно думать прежде всего?
2. Назначьте обследование больной для уточнения диагноза.
3. Какие препараты необходимо назначить больной?

Ситуационная задача №10.

Больная 24 лет. *Жалобы при поступлении*: головная боль, тошнота, резчайшая слабость, боли в суставах, одышка при физической нагрузке.

Больна 2 года. Заболевание началось с высокой температуры, эритематозной сыпи на лице, макрогематурии. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфатических узлов. Полгода назад больная находилась на стационарном лечении по поводу выраженных болей в области сердца, был диагностирован перикардит. В течение полугода принимает 10 мг преднизолона ежедневно. Ухудшение состояния отмечает последние два месяца.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы сухие. В области скуловых дуг и спинки носа-эритематозные высыпания-разлитое покраснение кожи с цианотичным оттенком, (усиливающееся при волнении, на холоде). Пальпируются увеличенные лимфатические узлы размерами до 1 см в диаметре, мягкие, безболезненные. Суставы: Определяется периартикулярный отёк, гиперемия проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных суставов кисти, локтевых суставов; кожа над суставами горячая на ощупь, движения активные и пассивные ограничены. В легких - дыхание везикулярное. ЧД -18 в 1 мин. Левая граница сердца расположена на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке. Пульс - 108 в 1 мин., ритмичный. АД 160/100 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, край ее плотный, чувствителен, заострен. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты- $2,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин- 72 г/л, лейкоциты- $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ- 56 мм/ч. *Общий анализ мочи:* мутн., реакция кислая, плотность 1015, белок -1,2%, лейкоциты 2-0-1 в п/зр., гиалиновые цилиндры 2-4-6 в п/зр., эритроциты - 40-26-40 в п/зр. *Биох. анализ крови:* белок - 75 г/л, альбумины 45%, α_1 -глобулины 8%, α_2 -глобулины 12%, β -глобулины 10%, γ -глобулины 25%, холестерин 4,8 ммоль/л, СРБ +++, билирубин общий - 28 мкмоль/л, креатинин -115 мкмоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л. АсАТ - 89 МЕ/л, АлАТ - 120 МЕ/л. Иммунограмма: Ig А- 4,5г/л, Ig М- 2,0г/л, Ig G - 5,35г/л. АНФ 1:360 (Н 1:40). АНА (антитела к двуспиральной /нативной/ ДНК) 80 МЕ/мл. ЭКГ: Синусовый ритм, тахикардия ЧСС 108 в мин., ЭОС отклонена влево, снижение вольтажа зубцов, депрессия сегмента ST, инверсия зубца Т во всех отведениях.

1. Какие синдромы являются ведущими при этом заболевании?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Сформулируйте диагноз.

Федеральное государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Внутренних болезней №1

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Цикловой
учебно-методической комиссии
от «05» февраля 2021г. Пр. № 3**

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине Ревматология

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности 31.08.46 «Ревматология», утвержденной
26.02.2021 г.**

для ординаторов

по специальности 31.08.46 «Ревматология»

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 04 февраля 2021г. (протокол № 6)**

Заведующий кафедрой

_____ д.м.н. И.Н. Тотров

г. Владикавказ 2021 год

Тестовые задания

1. Какие выводы о ревматоидном артрите верны?

1. Ревматоидный фактор обнаруживается в сыворотках большинства больных этим заболеванием.
2. У 25% больных в сыворотках присутствует антинуклеарный фактор.
3. Поражение щитовидной железы не характерно, не смотря на частое обнаружение антител к тиреоцитам.
4. Увеличена частота носительства HLA-DR4

2. Какие симптомы имеют значение для ранней диагностики ревматоидного артрита?

1. Утренняя скованность
2. Болезненность при пальпации Ахиллова сухожилия
3. Ослабление силы сжатия кисти
4. Латеральная девиация суставов кистей
5. Подкожные узелки
6. Отек проксимальных межфаланговых суставов

3. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите?

1. Дистальные межфаланговые суставы
2. Проксимальные межфаланговые суставы
3. Первый пястно-запястный сустав
4. Суставы шейного отдела позвоночника
5. Суставы поясничного отдела позвоночника

4. Какие выводы о подкожных ревматоидных узелках верны?

1. Обнаруживаются у 25-30% больных ревматоидным артритом
2. Наиболее часто локализуются в области локтевого "сгиба"
3. Как правило ассоциируются с выявлением ревматоидного фактора
4. Могут исчезать при назначении базисных противоревматических препаратов
5. Могут быть причиной дисфонии
6. Редко ассоциируются с развитием ревматоидного васкулита

5. Какие клинические проявления наиболее часто встречаются у больных ревматоидным васкулитом?

1. Гематурия и протеинурия
2. Инфаркты в области ногтевого ложа
3. Похудание
4. Сенсорномоторная нейропатия
5. Ревматоидные узелки

6. Какие положения о синдроме Фелти верны?

1. Развивается как у мужчин, так и у женщин.
2. Всегда сочетается с высокими титрами ревматоидного фактора
3. После спленэктомии может рецидивировать лейкопения
4. Назначение глюкокортикостероидов приводит к увеличению количества лейкоцитов
5. Может развиваться гепатомегалия
6. Основной причиной смерти больных является сепсис

7. Какие выводы о синдроме Каплана верны?

1. Может развиваться в отсутствии ревматоидного артрита

2. Всегда ассоциируется с обнаружением ревматоидного фактора
3. Чаще развивается у мужчин
4. Гистологические изменения легочного узелка сходны с ревматоидным узелком

8. Какие офтальмологические осложнения могут наблюдаться при ревматоидном артрите?

1. Ирить
2. Эписклерит
3. Хороидоретинит
4. Сухой кератоконъюнктивит

9. Отметить возможные причины анемии при ревматоидном артрите:

1. Дефицит железа
2. Гиперспленизм
3. Хроническое воспаление
4. Лекарственная терапия

10. Имеются данные о том, что некоторые из перечисленных сопутствующие состояния или осложнения могут способствовать снижению активности синовиита у больных ревматоидным артритом.

1. Синдром Фелти
2. Беременность
3. Желтуха
4. Амилоидоз
5. Агранулоцитоз
6. Сепсис

11. Какие из следующих признаков характерны для болезни Стилла взрослых?

1. Лихорадка
2. Сыпь
3. Положительный латекс-тест
4. Спленомегалия
5. Лимфаденопатия
6. Лейкопения

12. Отметить наиболее характерные признаки серонегативных спондилоартритов

1. Рентгенологические признаки сакроилеита с или без сопутствующего спондилита
2. Семейная агрегация
3. Носительство HLA-B27
4. Отсутствие ревматоидного Фактора
5. Развитие не симметричного периферического артрита
6. Частое развитие переднего увеита

13. Какие клинические проявления могут встречаться при серонегативных спондилоартропатиях?

1. Изъязвление кожи и слизистых оболочек
2. Воспаление глаз
3. Кожная сыпь.
4. Узловатая эритема

14. Какие признаки позволяют заподозрить анкилозирующий спондилоартрит?

1. Боли в пояснице, крестце и позвоночнике
2. Появление суставных симптомов у мужчин моложе 40 лет

3. Выраженная утренняя скованность
4. Улучшение состояния после физических упражнений
5. Прогрессирование рентгенологических изменений в периферических суставах

15. Что из перечисленного характерно для анкилозирующего спондилита?

1. Чаще развивается у женщин, чем у мужчин
2. Чаще развивается у лиц молодого возраста, чем пожилого возраста
3. Регулярные физические упражнения противопоказаны
4. Возникают затруднения при управлении машиной
5. Более высокая смертность от легочных, сердечно-сосудистых и почечных заболеваний, чем в популяции
6. Поражение глаз может быть первым проявлением заболевания

16. Какие признаки редко встречаются при анкилозирующем спондилите?

1. Увеличение СОЭ
2. HLA-B27
3. Сакроилеит
4. Энтезопатии
5. Ревматоидный фактор

17. Отметить рентгенологические изменения, характерные для анкилозирующего спондилита?

1. Псевдорасширение щелей крестцово-подвздошных сочленений
2. Субхондральный остеосклероз в области крестцово-подвздошных сочленений
3. Синдром "квадратизации" позвонков
4. Эрозивный артрит мелких суставов стоп и кистей
5. Образование синдесмофитов

18. Отметить клинические признаки псориатического артрита:

1. Поражение дистальных межфаланговых суставов
2. Мутилирующий артрит
3. Асимметричный олигоартрит
4. Анкилозирующий спондилит

19. Отметить рентгенологические признаки псориатического артрита:

1. Эрозивный артрит
2. Образование синдесмофитов
3. Периостит
4. Акроостеолит

20. Отметить признаки болезни Рейтера:

1. Болезненность при пальпации Ахиллова сухожилия
2. Частое поражение мелких суставов кистей
3. Рецидивирующий ирит
4. Аортальная недостаточность
5. Частое обнаружение ревматоидного фактора

21. Что из перечисленного характерно для болезни Рейтера?

1. Чаще развивается у мужчин
2. Может быть связана с гонорейной инфекцией
3. Имеет хороший прогноз
4. Поддается лечению тетрациклином

5. Чаще развивается у носителей HLA-B27

22. Отметить заболевания, при которых может развиваться двухсторонний сакроилеит:

1. Синдром Рейтера
2. Псориаз
3. Параплегия
4. Ювенильный хронический артрит
5. Бруцеллез

23. Какие выводы об экстраартикулярных проявлениях анкилозирующего спондилита верны?

1. Острый передний увеит развивается у четверти больных
2. Самой частой формой поражения сердечно-сосудистой системы является аортит
3. Поражение почек может быть связано с амилоидозом и IgA-нефропатией
4. Часто развивается апикальный легочный фиброз

24. Какие из перечисленных инфекционных агентов вызывают развитие синдрома Рейтера или реактивного артрита

1. *Shigella flexneri*
2. *Yersinia enterocolitica*
3. *Salmonella typhimurium*
4. *Campilobacter fetus*
5. *Chlamidia trachomatis*

25. Отметить клинические проявления, входящие в диагностические критерии системной красной волчанки?

1. Дискоидная сыпь 1
2. Феномен Рейно
3. Нефрит
4. Серозит
5. Миозит

26. Какие лабораторные нарушения относятся к диагностическим критериям системной красной волчанки?

1. Увеличение СОЭ
2. Ложноположительная реакция Вассермана
3. Антитела к ДНК
4. Антитела к тромбоцитам
5. Антитела к Sm-антигену

27. Какие гематологические нарушения входят в диагностические критерии системной красной волчанки?

1. Гемолитическая анемия с ретикулоцитозом
2. Лейкопения менее 4000/мл
3. Тромбоцитопения менее 150000/мл
4. Лимфопения менее 1500/мл

28. Отметить признаки нефротического синдрома при системной красной волчанке:

1. Бактериурия.
2. Гипокомплементемия.
3. Лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрuria
4. Снижение клиренса креатинина

29. На фоне приема каких лекарственных препаратов наиболее часто наблюдается развитие лекарственной красной волчанки?

1. Гидралазин
2. Гипотиазид
3. Пенициллин
4. Новокаионамид
5. Аллопуринол

30. Отметить характерные клинические и лабораторные проявления лекарственной красной волчанки:

1. Артрит мелких суставов кистей
2. Плеврит
3. Нефрит
4. Поражение центральной нервной системы
5. Антитела к ДНК

31. Какие признаки системной склеродермии ассоциируются с повышенным риском развития поражения почек?

1. Изменения при капилляроскопии
2. Антитела к центромере
3. Отек кистей
4. Поражение кожи живота
5. Поражение пищевода

32. Какие признаки позволяют дифференцировать диффузную форму системной склеродермии от CREST-синдрома?

1. Феномен Рейно
2. Телеангиэктазии
3. Подкожный кальциноз
4. Поражение пищевода
5. Ни один из перечисленных

33. Отметить характерные клинические проявления CREST-синдрома

1. Проксимальная миопатия
2. Феномен Рейно
3. Поражение кишечника
4. Телеангиэктазии
5. Поражение почек
6. Легочная гипертензия

34. Какие факторы могут провоцировать феномен Рейно?

1. Кофеин
2. Никотин
3. Эмоциональный стресс
4. Бета-блокаторы

35. Какие признаки не типичны для первичного феномена Рейно?

1. Обострение на фоне эмоционального стресса
2. Язвы на кончиках пальцев
3. Односторонний вазоспазм
4. Начало в детском возрасте (менее 14 лет)

36. При каких заболеваниях может развиваться феномен Рейно?

1. Системная склеродермия
2. Crest-синдром
3. Синдром Шарпа
4. Подагра.

37. При каких заболеваниях редко встречается с синдромом Шегрена?

1. Ревматоидный артрит
2. Саркоидоз
3. Полимиозит
4. Системная склеродермия
5. Системная красная волчанка

38. Какие признаки характерны для синдрома Шегрена?

1. Антитела к Ro/La-антигенам
2. Поражение ЦНС
3. Поражение малых слюнных желез, подтвержденное при морфологическом исследовании
4. Высокие титры ревматоидного фактора
5. Увеличение частоты лимфопролиферативных опухолей

39. Какие признаки поражения нервной системы наблюдаются при синдроме Шегрена?

1. Множественный мононеврит
2. Шизофрения
3. Синдром запястного канала
4. Синдром Гийена-Барре

40. Какие клинические признаки следует учитывать при дифференциальной диагностике первичного и вторичного синдрома Шегрена?

1. Симметричный полиартрит с эрозиями
2. Кожный васкулит
3. Множественный мононеврит
4. Ответ на глюкокортикостероиды

41. Отметить заболевания, при которых встречается сухой кератоконъюнктивит:

1. Ювенильный хронический артрит
2. Синдром Шегрена
3. Дефицит витамина А
4. Синдром Рейтера

42. Что из перечисленного не характерно для полимиозита?

1. Атония мочевого пузыря
2. Дисфагия
3. Осиплость голоса
4. Слабость проксимальной мускулатуры конечностей

43. Отметить характерные особенности мышечного синдрома при полимиозите:

1. Симметричность
2. Поражение проксимальной мускулатуры
3. Выраженная мышечная слабость
4. Все выше сказанное верно

44. Отметить наиболее типичные проявления кожного синдрома при дерматомиозите.

1. Фоточувствительная эритематозная сыпь на лице и груди
2. Чешуйчатые пятна, напоминающие псориаз
3. Локализация сыпи в подмышечной ямке и в паху
4. Развитие сыпи сочетается с кожным зудом

45. Какие лабораторные тесты не имеют значения для подтверждения диагноза полимиозит?

1. СОЭ
2. Антинуклеарный факто
3. Ревматоидный фактор
4. Антитела к мышечным антигенам

46. Какие выводы о дерматомиозите правильны?

1. Всегда развивается на фоне опухолей
2. Симптом Готрона является характерным признаком болезни
3. Часто развиваются мышечные контрактуры
4. Часто развивается подкожный кальциноз
5. Могут развиваться нарушение сердечной проводимости
6. "Рука механика" не характерна для дерматомиозита

47. Какие заболевания наиболее часто развиваются после операции имплантации силиконового протеза молочной железы?

1. Системная красная волчанка
2. Эозинофильный фасциит
3. Системная склеродермия
4. Ревматоидный артрит
5. Реактивный артрит

48. Какие проявления наиболее часто встречаются при смешанном заболевании соединительной ткани?

1. Артралгии
2. Феномен Рейно
3. Плотный отек кистей
4. Гипергаммаглобулинемия
5. Увеличение концентрации мышечных ферментов

49. Отметить признаки эозинофильного фасциита:

1. Отек дистальных отделов конечностей
2. Развитие после непривычной физической нагрузки
3. Связь с гематологическими заболеваниями
4. Частое поражение почек
5. Периферическая эозинофилия

50. Отметить признаки рецидивирующего полихондрита:

1. Резкая болезненность и покраснение наружного отдела ушной раковины
2. Седловидная деформация носа
3. Поражение суставов часто является первым проявлением заболевания
4. Узловатая эритема
5. Хороший эффект при назначении кортикостероидов

51. Отметить диагностические признаки синдрома Бехчета:

1. Афтозные язвы в ротовой полости
2. Васкулит сосудов сетчатки

3. Положительный тест патергии
4. Тромбофлебит
5. Рецидивирующие язвы половых органов

52. Какие клинические и лабораторные нарушения наиболее часто встречаются при антифосфолипидном синдроме?

1. Тромбоцитопения
2. Ревматоидный фактор
3. Поражение клапанов сердца
4. Лимфопения
5. Гангрена подвздошной кишки.
6. Венозный тромбоз

53. Отметить заболевания, при которых может наблюдаться сетчатое ливедо:

1. Системная красная волчанка
2. Синдром Снеддона
3. Антифосфолипидный синдром
4. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
5. Атеросклеротическое поражение сосудов

54. При каких ревматических заболеваниях отмечается наиболее высокая частота развития лимфопролиферативных опухолей?

1. Системная красная волчанка
2. Ревматоидный артрит
3. синдром Шегрена
4. Системная склеродермия
5. Полимиозит

55. Какие клинические проявления и лабораторных нарушений наиболее часто выявляются у больных первичным антифосфолипидным синдромом?

1. Акушерская патология
2. Венозный тромбоз
3. Артериальный тромбоз
4. Нефрит
5. Антитела к ДНК

56. При каких васкулитах поражаются преимущественно сосуды крупного калибра?

1. Болезнь Бюргера
2. Узелковый периартериит
3. Артериит Такаясу
4. Височный артериит
5. Геморрагический васкулит

57. Какие васкулиты встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста?

1. Геморрагический васкулит
2. Височный артериит
3. Болезнь Такаясу
4. Узелковый периартериит

58. Отметить основные проявления гигантоклеточного артериита:

1. Ревматическая полимиалгия
2. Слепота

3. Головная боль
4. Боли в челюсти, усиливающиеся при жевании
5. Лихорадка
6. Расслаивающаяся аневризма аорты

59. Отметить частые проявления узелкового периартериита:

1. Поражение почек в 80% случаев
2. Образование аневризм в сосудах среднего калибра
3. Эозинофилия
4. Обнаружение HBS-антигена
5. Снижение концентрации C3 компонента комплемента

60. Отметить характерные признаки генерализованного остеоартроза:

1. Узелки Гебердена
2. Узелки Бушара
3. Суставы Клаттона
4. Эрозии тел верхних поясничных и нижних грудных позвонков

61. Какие нарушения метаболизма предрасполагают к развитию остеоартроза?

1. Тучность
2. Гипертиреоз
3. Диабет
4. Акромегалия
5. Гемохроматоз

62. Что из перечисленного не характерно для остеоартроза?

1. Механический тип болей
2. Деформация суставов
3. Ухудшение общего состояния больных
4. Ограничение подвижности суставов
5. Преимущественное поражение нагрузочных суставов

63. Отметить правильное заключение о подагре:

1. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой
2. Пик заболеваемости приходится на 25-35 лет
3. В период подагрических приступов может развиваться лихорадка
4. Выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты
5. Действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты

64. Отметить основные отличия вторичной подагры от первичной подагры:

1. Женщины поражаются чаще, чем мужчины
2. Имеется семейная агрегация
3. Наблюдается более высокая концентрация мочевой кислоты в сыворотке
4. Развивается в более позднем возрасте

65. Отметить правильные заключения, касающиеся концентрации мочевой кислоты в сыворотке:

1. Снижается на фоне голодания
2. Более высокий уровень у мужчин, чем у женщин
3. Увеличивается на фоне лечения глюкокортикостероидами
4. Снижается при приеме аспирина в дозе 2 г в день
5. Увеличивается при полицитемии

6. Снижается на фоне лечения колхицином

66. При каких заболеваниях наблюдается гипермобильность суставов?

1. Синдром Марфана
2. Несовершенный остеогенез
3. Гипертиреоз
4. Синдром Эллерса-Данло

67. Какие заключения о системном амилоидозе верны?

1. Развивается у большинства больных ревматоидным артритом с длительностью более 10 лет
2. Обычно проявляется протеинурией
3. Развитие амилоидоза при ревматоидном артрите существенно ухудшает прогноз болезни
4. Может быть успешно вылечен колхицином
5. Является осложнением хронического гемодиализа

68. Какие выводы о вторичном амилоидозе правильны?

1. Характерным клиническим проявлением является артрит
2. Основным клиническим проявлением является нефропатия
3. Частая причина летальности у больных ювенильным хроническим артритом
4. Основная причина смерти у больных ревматоидным артритом

69. Отметить ситуации, при которых может развиваться синдром запястного канала:

1. Алкогольный цирроз печени
2. Микседема
3. Беременность
4. Первичный амилоидоз
5. Ревматоидный артрит

70. Какие положения о болезни Лайма верны?

1. Причиной заболевания является спирохета
2. Хронический артрит развивается в I стадии заболевания
3. Характерным симптомом является мигрирующая эритема
4. Часто развиваются неврологические осложнения
5. Заболевание особенно часто развивается у городских жителей
6. Причиной заболевания является вирус

71. При каких заболеваниях наиболее часто выявляются антитела к центромере?

1. Системная красная волчанка
2. Диффузная форма системной склеродермии
3. Crest-синдром*
4. Смешанное заболевание соединительной ткани

72. Какие выводы о ревматоидном факторе верны?

1. Относится к диагностическим критериям ревматоидного артрита
2. Высокие титры ассоциируются с тяжелым течением ревматоидного артрита
3. Имеет патогенетическое значение в развитии ревматоидного васкулита
4. Может появляться до развития клинических проявлений ревматоидного артрита
5. Отсутствие ревматоидного фактора позволяет исключить диагноз ревматоидный артрит

73. У больных какими заболеваниями увеличивается частота носительства HLA-B27?

1. Анкилозирующий спондилоартрит
2. Воспалительные заболевания кишечника

3. Псориаз
4. Ювенильный хронический артрит
5. Хронический конъюнктивит
6. Острый передний увеит*

74. Отметить заболевания, при которых развитие артрита сопровождается очень выраженным покраснением кожи над суставами?

1. Септический артрит
2. Палиндромный ревматизм
3. Острый синдром Рейтера
4. Остеоартроз
5. Подагра
6. Острая ревматическая лихорадка

75. Какие заболеваний могут сопровождаться болями и деформацией области суставов?

1. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
2. Гемофилия
3. Хронический лимфолейкоз
4. синдром Шенлейна-Геноха
5. Полицитемия
6. Все, перечисленные выше

76. При каких заболеваниях следует избегать инсоляции?

1. Псориатический артрит
2. Ревматоидный артрит
3. Системная красная волчанка
4. Саркоидоз

77. При каких заболеваниях показана бальнеотерапия и терапия сероводородными и родоновыми ваннами

1. Остеоартроз
2. Ревматоидный артрит
3. Болезнь Бехтерева
4. Реактивный артрит
5. Системная красная волчанка
6. Все перечисленные выше

78. Отметить правильные выводы об использовании нестероидных противовоспалительных препаратов в ревматологии:

1. Метод выбора при лечении острой подагры
2. Часто вызывают поражение желудочно-кишечного тракта у лиц пожилого возраста
3. Их не следует применять в течение длительного времени
4. Их можно назначать в свечах
5. Поражение желудочно-кишечного тракта на фоне лечения чаще развивается у мужчин, чем у женщин

79. Отметить частые побочные эффекты нестероидных противовоспалительных препаратов:

1. Головная боль
2. Психические нарушения
3. Интерстициальный нефрит
4. Отеки
5. Повышение креатинина в сыворотке

80. Какие из перечисленных выводов о внутрисуставном введении глюкокортикостероидов правильны?

1. Длительность эффекта зависит от растворимости препарата
2. Кристаллические препараты могут вызывать обострение синовита
3. При внутрисуставном введении глюкокортикостероидов необходим длительный постельный режим
4. Частые повторные инъекции препаратов могут вызывать развитие артропатии, напоминающей артропатию Шарк
5. Не рекомендуется вводить кортикостероиды в связки

81. Какие из перечисленных выводов о лечении ревматоидного артрита солями золота верны? -

1. Курс лечения препаратом проводится до достижения кумулятивной дозы 1г металлического золота
2. После окончания лечения препарат может задерживаться в тканях до 1 года
3. Протеинурия - основная причина отмены препарат
4. Нефротоксичность более вероятна у больных, у которых предшествующая терапия Д-пенициламином привела к развитию протеинурии

82. Какие положения, касающиеся лечения ревматоидного артрита правильны?

1. Симптоматический эффект при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов ассоциируется со снижением СОЭ и концентрации С-реактивного белка
2. Назначение солей золота может подавить активность болезни
3. Некоторые побочные эффекты при лечении солями золота и Д-пеницилламином при ревматоидном артрите ассоциируются с носительством определенных антигенов HLA
4. Все выше сказанное верно

83. Какие препараты наиболее часто вызывают офтальмологические побочные эффекты?

1. Делагил
2. Аспирин
3. Глюкокортикостероиды
4. Соли золота
5. Анальгин

84. Отметить правильные выводы о лечении аллопуринолом:

1. Может потенцировать эффект аминазина
2. Может вызывать обострение подагры
3. Может назначаться прерывистыми курсами
4. Может вызывать тромбоцитопеническую пурпуру
5. Является средством выбора для лечения гиперурикемии у больных с мочекаменной болезнью

85. Отметить на какие механизмы развития болезни влияют базисные препараты у больных ревматоидным артритом:

1. Генетическая предрасположенность
2. Этиологические факторы
3. Нарушения иммунитета
4. Хроническое воспаление

86. Какие препараты используются для лечения первичного феномена Рейно?

1. Низкие дозы аспирина
2. Нифедипины
3. Празозин

4. Кетансерин

87. Отметить показания для назначения цитотоксической терапии при системной красной волчанке

1. Волчаночный нефрит
2. Волчаночный цереброваскулит
3. Полисерозит
4. Артрит
5. Алопеция.

88. Какие препараты относятся к базисным средствам при лечении васкулитов?

2. Глюкокортикостероиды
3. Нестероидные противовоспалительные препараты
4. Соли золота
5. Цитостатики
6. Пеницилламин

