Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра терапии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«17» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.46 Ревматология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1089 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.46 Ревматология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-ревматолог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетные единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.46 Ревматология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-ревматолог».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

– готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

– готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

– готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

– 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 (ПК-1);

– готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

– готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

– готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

– готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

Лечебная деятельность:

– готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи (ПК-6);

– готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

– готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

Организационно-управленческая деятельность:

– готовность к применению основных принципов организации и управления в

сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10),

– готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

– готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Высокой степени активности соответствует значение индекса BASDAI более

а) 1

б) 3

в) 4

г) 2

2. Наличие серозита относится к критериям

а) TRUELOVE

б) SLICC

в) CASPAR

г) ACR/EULAR 2010

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.46 Ревматология.

Примеры контрольных вопросов:

1. История развития ревматологии: основные этапы развития, роль российских и зарубежных ученых в развитии ревматологической школы.

2. Организация ревматологической службы в Российской Федерации.

Примеры контрольных заданий:

1. Соберите анамнез у пациента с ревматологическим заболеванием.

2. Составьте план обследования пациенту с ревматологическим заболеванием.

3. Оцените результаты лабораторного исследования синовиальной жидкости.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача №1.

Женщина, 22 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. Внезапно начала повышаться температура тела, появилась головная боль, боли в суставах. В это время была эпидемия гриппа, и больная расценила свое состояние как грипп. К врачу обращаться не стала, лечилась народными средствами. В течение 2 недель состояние прогрессивно ухудшалось: похудела на 4кг, нарастала выраженная слабость, появились отеки на лице и на ногах. Вызвала участкового врача, взяты анализы крови и мочи. ОАК: эритроциты – $2{,}0x10^{12}$/л, Hb – 72 г/л, лейкоциты $3{,}0x10^{9}$/л, СОЭ – 50мм/ч. ОАМ: белок – 2,3г/л, эритроциты – 20-30 в поле зрения, лейкоциты – 15-20 в поле зрения, цилиндры – 8-10 в поле зрения; был установлен диагноз: острый гломерулонефрит, женщина экстренно госпитализирована в отделение нефрологии, выполнена консультация ревматолога, по результату переведена в отделение ревматологии. При осмотре: состояние тяжелое. Положение пассивное. Больная заторможена, но на вопросы отвечает правильно. Нормального телосложения. Температура тела – 38,7°С., одутловатость лица, век, гиперемия щек и спинки носа, высыпания по типу крапивницы по всему телу, множественные язвочки на слизистой оболочке в полости рта, хейлит, периферические лимфоузлы до 1см, 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 – 100 в одну минуту, мягкий дующий систолический шум во всех точках. АД на обеих руках – 160/100 мм рт.ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Отеки голеней. Суставы кистей несколько отечны, при пальпации болезненны. Стул в норме, диурез снижен: выпивает около 1 литра в сутки, выделяет 600-700мл.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте обследования, необходимы для подтверждения диагноза.

4. Укажите возможные иммунологические маркёры.

3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 2.

Женщина, 20 лет. Заболела около 4-6 месяцев назад: появились боли в крупных суставах и температура до 37,4ºС, увеличение СОЭ до 45мм/час. Лечилась по поводу реактивного артрита, получала пенициллин и другие препараты. Через 4 месяца стала нарастать слабость, появились головокружение, головная боль, резкое снижение остроты зрения на правый глаз. Терапевтом выявлено ослабление пульса на левой лучевой артерии, повышение артериального давления. Направлена в стационар. При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожа бледная, чистая, периферические лимфоузлы не увеличены, суставы не изменены, движения в них в полном объеме. Перкуторный звук ясный, легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 15 в одну минуту. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, над сосудами шеи, брюшной аортой. Резко ослаблена пульсация на левой лучевой артерии. АД на правой руке – 230/130 мм рт.ст., на левой – 150/130 мм рт.ст., на ногах – 220/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах., печень по краю реберной дуги, край ровный, гладкий, пальпация безболезненна.

Вопросы:
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимы для подтверждения диагноза.
4. Выполните дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:
- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Елисеев М.С. Подагра / Елисеев М.С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-5091-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450918.html

2. Насонов Е.Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология / Насонов Е.Л. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4261-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442616.html

3. Лесняк О.М. Остеопороз / под ред. О.М. Лесняк – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-3986-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439869.html

4. Лесняк О.М. Остеоартроз крупных суставов нижних конечностей: Руководство для врачей первичного звена / Лесняк О.М., Попов А.А., Максимов Д.М., Пухтинская П.С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 144 с. – ISBN 978-5-9704-3678-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436783.html

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

6. Хаитов Р.М. Иммунотерапия / Под редакцией Хаитова Р.М., Атауллаханова Р.И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 672 с. – ISBN 978-5-9704-2692-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426920.html

7. Носков С.М. Консервативное лечение остеоартроза / Носков С.М. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 232 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-2747-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427477.html

8. Насонов С.Л. Ревматология: клинические рекомендации / Под ред. Насонова

С.Л. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 752 с. – ISBN 978-5-9704-1918-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/RML0311V3.html

9. Насонов Е.Л. Ревматология / Под ред. Насонова Е.Л., Насоновой В.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 720 с. – ISBN 978-5-9704-1650-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416501.html

10. Насонова В.А. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний / Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т. и др. / Под общ. ред. Насоновой В.А., Насонова Е.Л. – Москва: Литтерра, 2010. – 448 с. (Рациональная фармакотерапия: Compendium) – ISBN 978-5-904090-39-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785904090395.html

11. Котельников Г.П. Остеоартроз / Котельников Г.П , Ларцев Ю.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208 с. (Серия «Библиотека врача-специалистая») – ISBN 978-5-9704-1108-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411087.html

12. Клинические рекомендации: Псориаз артропатический. Псориатический артрит, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/562_2

13. Клинические рекомендации: Ревматоидный артрит, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/250_2

14. Клинические рекомендации: Юношеский артрит с системным началом, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/26_2

15. Клинические рекомендации: Остеопороз, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/87_4

16. Клинические рекомендации: Псориаз, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/234_1

17. Клинические рекомендации: Легочная гипертензия, в том числе хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия, 2020, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/159_1

18. Клинические рекомендации: Миокардиты, 2020, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/153_1

Дополнительная литература:

1. 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 // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459232.html

2. Эрдес Ш.Ф. Анкилозирующий спондилит / Эрдес Ш.Ф. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 184 с. – ISBN 978-5-9704-5732-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457320.html

3. Левчук И.П. Поражения кожи при болезнях внутренних органов: иллюстрированное руководство для врачей / Левчук И.П., Соков С.Л., Курочка А.В., Назаров А. П. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. – ISBN 978-5-9704-5379-7. – Текст: электронный // URL:https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453797.html

4. Муртазин А.И. Травматология и ортопедия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. Муртазин А.И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 760 с. – ISBN 978-5-9704-4896-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448960.html

5. Древаль А.В. Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D / Древаль А.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-4850-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448502.html

6. Котенко К.В. Боль в суставах / Котенко К. В. [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 560 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – ISBN 978-5-9704-5232-5. – Текст: электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452325.html

7. Щёкотова В.В. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред.

Щёкотова В.В., Мартынова А.И., Спасского А.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 928 с.– ISBN 978-5-9704-4778-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447789.html

8. Миронов С.П. Ортопедия / под ред. Миронова С.П. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 784 с. – ISBN 978-5-9704-4520-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445204.html

9. 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 // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448052.html

10. Котенко К.В. Заболевания и повреждения плечевого сустава / Котенко К.В. [и др.] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 384 с. – ISBN 978-5-9704-4278-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442784.html

11. Чучалин А.Г. Респираторная медицина: в 3 т. Т. 3.: руководство / под ред. Чучалина А.Г. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 464 с. – ISBN 978-5-4235-0272-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502720.html

12. Годзенко А.А. Методы оценки воспалительной активности и эффективности терапии при спондилоартритах / Годзенко А.А., Корсакова Ю.Л., Бадокин В.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 48 с. – ISBN 978-5-9704-2458-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970424582.html

13. Егоров И.В. Сенильный аортальный стеноз и внутрисердечный кальциноз / Егоров И.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 176 с. – ISBN 978-5-9704-1749-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417492.html

14. Родионова С.С. Болезнь Педжета / Родионова С.С., Колондаев А.Ф. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 56 с. (Серия «Актуальные вопросы медицины») – ISBN 978-5-9704-0866-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408667.html

15. Клинические рекомендации: Хроническая болезнь почек, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/469_2

16. Клинические рекомендации: Хроническая обструктивная болезнь легких, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/603_2

17. Клинические рекомендации: Эмфизема легких, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/656_1

18. Клинические рекомендации: Атопический дерматит, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/265_2

19. Клинические рекомендации: Экзема, 2021, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/246_2

20. Клинические рекомендации: Хроническая сердечная недостаточность, 2020, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/156_1

21. Клинические рекомендации: Брадиаритмии и нарушения проводимости, 2020, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/160_1

22. Клинические рекомендации: Желудочковые нарушения ритма. Желудочковые тахикардии и внезапная сердечная смерть, 2020, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/569_1

23. Клинические рекомендации: Анемия при хронической болезни почек, 2020, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/623_4

24. Клинические рекомендации: Артериальная гипертензия у взрослых, 2020, https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/62_2

25. Методические рекомендации: лекарственный мониторинг и взаимозаменяемость оригинальных и генерических иммунодепрессантов с узким терапевтическим индексом, https://apicr.minzdrav.gov.ru/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0106.PDF

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.46 Ревматология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Ревматология /45	**1. Высокой степени активности соответствует значение индекса BASDAI более** а) 1 б) 3 в) 4 г) 2 **2. Наличие серозита относится к критериям** а) TRUELOVE б) SLICC в) CASPAR г) ACR/EULAR 2010 **3. Для гранулематоза с полиангиитом наиболее характерно выявление в сыворотке крови антител к** а) протеиназе 3 б) эндотелиальным клеткам в) протеиназе 33 г) базальной мембране **4. Врожденная дисплазия соединительной ткани характеризуется** а) гипермобильностью суставов б) фибромиалгией в) гипомобильностью суставов г) гидротораксом **5. К категории признаков, используемых в диагностических критериях CASPAR, относят** а) кератодермию б) токсикодермию в) гиперкератоз г) псориаз **6. Типичным проявлением ревматоидного артрита является** а) симметричное поражение мелких суставов кистей б) моноартрит крупного сустава конечностей в) увеличение общей двигательной активности г) отсутствие утренней скованности **7. Остеоартрит представляет собой заболевание, в основе которого лежит** а) деградация матрикса хряща б) замещение хрящевой ткани паннусом в) активация фиброзообразования г) нарушение пуринового обмена

		8. Поражение кожи при воспалительных заболеваниях кишечника характеризуется эритемой а) узловатой б) кольцевидной в) полиморфной г) мигрирующей **9. Наличие дактилита в анамнезе относится к критериям** а) TRUELOVE б) CASPAR в) SLICC г) ASAS/OMERACT **10. К блокаторам Ко-стимуляции Т-лимфоцитов относят** а) ритуксимаб б) тофацитиниб в) абатацепт г) этанерцепт **11. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом рассматривается как рефрактерный к терапии при нарастании или сохранении прежней активности заболевания, несмотря на проводимую терапию в течение (в неделях)** а) 1 б) 3 в) 4 г) 2 **12. Одним из больших критериев острой ревматической лихорадки является** а) кардит б) лихорадка в) отит г) лимфангит **13. Критерием антифосфолипидного синдрома является** а) тромбоцитоз б) неэрозивный артрит в) артериальный тромбоз г) лейкоцитоз **14. Остеолиз дистальных фаланг пальцев кистей характерен для** а) ревматоидного артрита б) туберкулеза костей в) системной склеродермии г) саркоидоза **15. Оценка расстояния от козелка до стены используется для расчета индекса** а) BASMI б) MASES в) BASDAI г) BASFI **16. Плотность капилляров ногтевого ложа, равная 5-**

		6 на один миллиметр, является а) нормальной б) сниженной в) парадоксальной г) повышенной **17. Препаратом выбора для купирования острого подагрического артрита является** а) фебуксостат б) нимесил в) тетрациклин г) кохицин **18. Повышение уровня С-реактивного белка относится к критериям** а) CASPAR б) ASAS в) SLICC г) SIRS **19. К кожным проявлениям спондилоартритов относят** а) пиодермию б) псориаз в) микроспорию г) розацею **20. Режим приема алендроновой кислоты при лечении остеопороза 1 раз в** а) неделю б) день в) месяц г) квартал **21. К признакам гипермобильности суставов при критериям Бейтона относится переразгибвание свыше 10 градусов сустава** а) локтевого б) тазобедренного в) коленного г) лучезапястного **22. Наиболее характерное проявление поражения сердца у больных системной склеродермией** а) нарушение ритма и проводимости б) панкардит в) гипертрофическая кардиомиопатия г) амилоидоз **23. Наличие антицентромерных антител при системной склеродермии ассоциировано с** а) миозитом б) легочной артериальной гипертензией в) дерматитом г) развитием ренального криза **24. Показанием для внутрисуставного введения глюкокортикоидов является** а) моноартрит крупного сустава б) профилактика остеоартроза

		в) внутрисуставная инфекция г) стартовые боли в крупном суставе **25. При лечении остеопороза золедроновая кислота вводится с частотой 1 раз в** а) год б) месяц в) неделю г) день **26. Для поражения позвоночника при остеопорозе характерна следующая рентгенологическая картина** а) обилие синдесмофитов б) передняя клиновидная деформация тел позвонков в) позвоночник в виде «бамбуковой палки» г) «квадратизация» тел позвонков **27. При ревматоидном артрите чаще имеет место** а) полиартрит б) артралгии в) моноартрит г) дактилит **28. Для острой ревматической лихорадки характерна** а) «рука механика» б) кольцевидная эритема в) мигрирующая эритема г) «бабочка» на лице **29. Невоспалительный характер синовиальной жидкости свойственен для** а) остеоартроза б) ревматоидного артрита в) септического артрита г) реактивного артрита **30. Для оценки пуринового обмена в сыворотке крови определяют уровень** а) холестерина б) мочевой кислоты в) креатинина г) билирубина **31. К группе спондилоартритов относят артрит** а) ревматический б) подагрический в) ревматоидный г) реактивный **32. К побочным эффектам глюкокортикоидов относят** а) миопию б) иридоциклит в) катаракту г) астигматизм **33. Снижение массы тела более, чем на 4 килограмма относится к классификационным критериям диагноза** а) системная красная волчанка б) антифосфолипидный синдром

		в) болезнь Форестье г) узелковый полиартериит **34. К ингибиторам фактора некрозы опухоли-α относится** а) ритуксимаб б) этанерцепт в) канакинумаб г) тоцилизумаб **35. Септический характер синовиальной жидкости свойственен для** а) бактериального артрита б) остеонекроза в) ревматоидного артрита г) острой ревматической лихорадки **36. Псевдоподагра вызывает отложение в суставном хряще кристаллов** а) моноурата моногидрата б) липидов в) пирофосфата кальция г) железа **37. К проявлениям псориатического артрита относят** а) кардит б) энтезит в) хейлит г) пневмонит **38. При беременности прием нестероидных противовоспалительных препаратов не рекомендован** а) в 3 триместре б) в 1 период родов в) в 1 триместре г) в 3 период родов **39. Сосуды крупного калибра поражаются при** а) узелковом полиартериите б) геморрагическом васкулите в) артериите Такаясу г) микроскопическом полиангиите **40. При ревматоидном артрите чаще всего встречается вторичный амилоидоз** а) сердца б) легких в) почек г) печени **41. Под термином «локоть гольфиста» понимают** а) медиальный эпикондилит б) латеральный эпикондилит в) тендинит трицепса г) миозит трицепса **42. Под термином «локоть теннисиста» понимают** а) медиальный эпикондилит б) латеральный эпикондилит в) тендинит трицепса

		г) миозит трицепса **43. Наличие легочной артериальной гипертензии относится к критериям диагноза** а) микроскопический полиангиит б) гранулематоз с полиангиитом в) системная склеродермия г) анкилозирующий спондилит **44. Терапия адалимумабом проводится** а) внутримышечно б) перорально в) внутривенно г) подкожно **45. При подагре повышается уровень кислоты** а) мочевой б) арахидоновой в) муравьиной г) уксусной
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты

		3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** а) дидактика, психология, история, философия, школоведение б) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов в) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология г) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология д) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** а) наглядных б) комбинированных в) устных г) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** а) учебная программа б) учебный план в) государственный образовательный стандарт г) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** а) мониторинг б) контроль в) планирование качества г) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** а) кредит б) нагрузка в) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** а) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС б) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС в) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС г) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС

		д) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** а) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России б) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России в) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления г) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** а) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы б) четко организованная медицинская эвакуация в) прогнозирование исхода поражения г) медицинская сортировка д) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** а) пункт сбора пораженных б) распределительный пост в) сортировочная площадка г) площадка санитарного транспорта д) площадка оказания медицинской помощи е) площадка размещения легко пораженных ж) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** а) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении б) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших в) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи г) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов д) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления е) контролирует исполнения решений
5.	Патология /5	**1. При общении практикующего врача с родственниками умершего основным нормативным актом, регламентирующим его права и обязанности, является** а) приказ Минздрава России «О порядке проведения

		патолого-анатомических вскрытий» б) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в) ФЗ «О погребении и похоронном деле» г) приказ Минздрава России «О правилах проведения патолого-анатомических исследований» д) приказ Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» **2. К основным методам лабораторной диагностики относятся** а) цитологический б) иммуногистохимический в) молекулярно-генетический г) серологический д) ничего из вышеперечисленного е) все вышеперечисленные **3. Понятие «атипия» относится к** а) доброкачественной опухоли б) продуктивному воспалению в) гнойному расплавлению ткани г) жировому перерождению ткани д) ничего из перечисленного е) все перечисленное **4. К исходам патологического процесса можно отнести** а) замещение соединительной тканью б) замещение нейроглией в) формирование кисты г) формирование каверны д) ничего из перечисленного е) все перечисленное **5. Осложнение основного заболевания – это** а) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу б) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности могло привести к летальному исходу в) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые этиологически не связаны, но включились в общий патогенез с основным заболеванием, явились одной из причин его развития, впоследствии отягощали течение и способствовали развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу г) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые связаны с основным заболеванием патогенетически (непосредственно или опосредованно) и не являются его проявлением (не

		включены в синдромокомплекс основного заболевания) д) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием и не оказавшие влияния на летальный исход
6.	Аллергология и иммунология/15	**1. Постановку аппликационных тестов проводят после регресса симптомов контактного дерматита через** а) 10 месяцев б) 1 день в) 1 месяц г) 10 дней **2. Синдром аспириновой триады включает – непереносимость аспирина/анальгина, полипозный риносинусит и** а) бронхиальную астму б) хронический гломерулонефрит в) гипертоническую болезнь г) синдром обструктивного апноэ сна **3. Индекс scored применяют для** а) оценки интенсивности симптомов аллергического ринита б) оценки степени тяжести атопического дерматита в) расчета дозировки используемых глюкокортикостероидов г) оценки степени тяжести аллергического шока **4. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа** а) всех конечностей б) верхней половины тела в) нижней половины тела г) всего тела **5. Острая форма экзогенного аллергического альвеолита, как правило, развивается через ____ часа (часов) после контакта** а) 1,5-2 б) 14-18 в) 24-48 г) 4-8 **6. Повышенная чувствительность к вирусным инфекциям связана с нарушением в звене** а) моноцитов-макрофагов б) Т-лимфоцитов в) системы комплемента г) В-лимфоцитов **7. Наследственный ангионевротический отек характеризуется** а) быстрым развитием б) плотностью, после нажатия не оставляет ямки в) разлитой гиперемией г) полной элиминацией при приеме антигистаминных препаратов

		8. Внутрикожный тест с лекарственными препаратами проводит а) процедурная медицинская сестра б) врач аллерголог-иммунолог в) медицинская сестра палатная г) врач терапевт участковый **9. При тяжелой профессиональной бронхиальной астме с отсутствием терапевтического эффекта от базисных препаратов показано добавление препаратов группы** а) стабилизаторов мембран тучных клеток б) антибиотиков широкого спектра действия в) анти-IgE-антител г) антилейкотриенов **10. Характерным признаком ревматоидного артрита у пожилых больных является** а) лихенификацией б) чешуйками в) ссадинами г) корками **11. К наиболее частым побочным эффектам ингибиторов кальциневрина относят** а) зуд и слезотечение б) жжение и пощипывание в) атрофию кожи г) снижение иммунитета **12. Средством первой линии для лечения обострений атопического дерматита у детей являются** а) препараты цинка б) местные глюкокортикостероиды в) анилиновые красители г) наружные препараты на основе дегтя **13. Астма у пациентов, уже получающих лечение, классифицируется как легкая, если хорошо контролируется** а) без базисной терапии б) терапией 4-й и 5-й ступеней в) терапией 1-й и 2-й ступеней г) терапией 3-й ступени **14. В основе Х-сцепленной агаммаглобулинемии лежит** а) нарушение процессов дифференцировки и созревания В-лимфоцитов б) наличие дефектов фагоцитирующих клеток и опсонинов в) нарушение процессов дифференцировки и созревания Т-лимфоцитов г) дефект стволовых клеток, приводящий к нарушению созревания лейкоцитов **15. Форменными элементами уртикарной сыпи являются** а) папулы

		б) волдыри в) пустулы г) везикулы
7.	Методы статистического анализа в медицине/10	**1. Для большинства медико-биологических исследований оптимальной является вероятность безошибочного прогноза (в процентах)** а) 100 б) 95 в) 50 г) 85 **2. Под корреляцией понимается установление** а) взаимосвязи между изучаемыми признаками б) закономерностей изменения явления в пространстве в) взаимопроникновения изучаемых признаков г) закономерностей изменения явления во времени **3. К научным статистическим исследованиям в зависимости от времени регистрации не относится** а) сплошное б) текущее в) ретроспективное г) единовременное **4. К научным статистическим исследованиям в зависимости от степени охвата объекта исследования относится** а) единовременное б) текущее в) ретроспективное г) сплошное **5. В стратегии построения сравниваемых групп для статистического анализа применение рандомизации означает отбор** а) приближенный б) попарный в) случайный г) необходимый **6. Статистической совокупностью является** а) группа отдельных единичных наблюдений, объединенных исследователем произвольно б) объект наблюдения статистического научно-практического исследования в) группа объектов наблюдения, удовлетворяющих гипотезе исследователя для решения задачи научно-практического исследования г) группа относительно однородных элементов, взятых вместе в известных границах времени и пространства **7. Распределение может быть представлено в виде формулы и** а) символа б)условного знака в) последовательности имен г) графика

		8. На 100 000 пилотов в год приходится 1,7 острых неотложных состояний у лиц летного состава, явившихся причиной авиационных инцидентов и обусловленных а) сердечно-сосудистыми заболеваниями б) заболеваниями желудочно-кишечного тракта в) заболеваниями дыхательной системы г) эндокринными заболеваниями **9. Понятие «двойной слепой метод» означает, что** а) ни пациенты, ни врачи не знают, что входит в состав плацебо б) ни пациенты, ни врачи не знают, кто получал лекарство, а кто – плацебо в) ни основная, ни контрольная группа не знают, кто получал лекарство, а кто – плацебо г) основная и контрольная группа не общаются друг с другом в период исследования **10. Медианой называется варианта** а) выскакивающая из ряда данных б) с наибольшей частотой в) находящаяся в середине ряда г) с наименьшей частотой
8.	Кардиология/10	**1. Гипертоническая болезнь II стадии устанавливается при** а) наличии факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений и ассоциированных клинических состояний б) отсутствии изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней в) наличии только факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений г) изменениях со стороны одного или нескольких органов-мишеней **2. К противопоказаниям при хирургической коррекции хронической ишемической болезни сердца относят** а) возраст больного старше 70 лет б) диаметр коронарных артерий менее 1,5мм в) избыточную массу тела г) хроническую сердечную недостаточность I-II ФК **3. Наиболее частой причиной кардиоэмболического инсульта является** а) постинфарктный кардиосклероз б) синусовая тахикардия в) фибрилляция предсердий г) желудочковая экстрасистолия **4. Признаком правожелудочковой недостаточности является** а) повышение центрального венозного давления б) анемия в) снижение центрального венозного давления г) отек легких

		5. Противопоказанием к применению пентоксифиллина является а) повышенная чувствительность к метилксантинам б) нарушение кровообращения в сетчатке в) сниженная чувствительность к метилксантинам г) нарушение мозгового кровообращения **6. На тампонаду сердца указывает** а) дефицит пульса более 15 в минуту б) усиленный сердечный толчок в) парадоксальный пульс г) высокое пульсовое давление **7. Для выявления аритмогенной природы синкопальных состояний показано проведение регистрации ЭКГ в течение (в часах)** а) 24 б) 72 в) 12 г) 48 **8. Побочную реакцию в виде отека лодыжек обычно вызывает** а) амлодипин б) спиронолактон в) нитроглицерин г) периндоприл **9. В покое частота синусового ритма в норме составляет (ударов в минуту)** а) 70-100 б) 40-80 в) 80-100 г) 60-80 **10. Приступы стенокардии, возникающие при ходьбе по ровной поверхности в обычном темпе через 100-200 метров или при подъеме по лестнице на 1 пролет, соответствуют ____ ФК** а) III б) I в) IV г) II **11. Рекомендуемая доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации составляет ___ мг каждые ___ минут** а) 3; 1-2 б) 1; 3-5 в) 5; 1-2 г) 2; 3-5

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. История развития ревматологии: основные этапы развития, роль российских и зарубежных ученых в развитии ревматологической школы.

2. Организация ревматологической службы в Российской Федерации.
3. Основные типы иммунного ответа, особенности их формирования.
4. Представление о формах соединительной ткани, ее клеточных элементах и межклеточном веществе.
5. Строение и функции клеточных элементов соединительной ткани (фибробласты, макрофаги, тучные клетки).
6. Основы межклеточного взаимодействия, роль цитокинов в иммунном ответе.
7. Строение и функции межклеточного вещества соединительной ткани (коллагеновые и эластичные волокна).
8. Оценка суставного синдрома у больных ревматическими заболеваниями.
9. Осмотр суставов, понятие припухлости, дефигурации и деформации суставов.
10. Показания и противопоказания к внутрисуставному введению лекарственных препаратов при ревматических заболеваниях.
11. Острая ревматическая лихорадка: эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология; роль гемолитического стрептококка группы А, значение иммунных механизмов и наследственной предрасположенности в развитии заболевания.
12. Острая ревматическая лихорадка: диагностика.
13. Острая ревматическая лихорадка: клиника, лечение.
14. Хроническая ревматическая болезнь сердца – диагностика, подходы к терапии и профилактике.
15. Псориатрический артрит: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология.
16. Псориатрический артрит: клиника, оценка активности заболевания, лечение; показания к назначению генно-инженерных биологических препаратов.
17. Псориатрический артрит: диагностика и дифференциальная диагностика.
18. Болезнь Шегрена: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология.
19. Болезнь Шегрена: клиника и лечение.
20. Болезнь Шегрена: диагностика и дифференциальная диагностика.
21. Болезнь Лайма: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология.
22. Болезнь Лайма: клиника и лечение.
23. Болезнь Лайма: диагностика и дифференциальная диагностика.
24. Системные васкулиты: определение, современная классификация.
25. Системные васкулиты: основные принципы и методы диагностики, принципы лечения.
26. Рабочая классификация системных васкулитов (2012г.).
27. Полиангиит: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология.
28. Гигантоклеточный (височный) артериит: определение, клиника, диагностика.
29. Гигантоклеточный (височный) артериит: лечение.
30. Принципы лечения некротизирующих васкулитов.
31. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу): определение, патогенез, классификационные критерии, клиника, диагностика, подходы к лечению.
32. Лечение неспецифического аортоартериита.
33. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера): определение, клиника, классификационные критерии.
34. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера): лечение.
35. Узелковый полиартериит: определение, этиология, патогенез, клиника, классификационные критерии, диагностика, лечение.
36. Микроскопический полиартериит: этиология, патогенез, клиника, морфологическая картина.
37. Микроскопический полиартериит: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
38. Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна-Геноха): определение, классификация, клиническая картина.
39. Геморрагический васкулит (пурпура Шенлейна-Геноха): принципы терапии.

40. Синдром Рейно: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, дифференциальная диагностика, лечение.
41. Криоглобулинемический васкулит: классификация, клиническая картина, подходы к терапии.
42. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом – клиника, диагностика, лечение.
43. Подагра: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология.
44. Подагра: клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика.
45. Подагра: принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии.
46. Подагрический артрит: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология.
47. Подагрический артрит: клинические варианты.
48. Противоподагрические средства – группы, механизм действия, показания и противопоказания.
49. Дерматомиозит и полимиозит: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, патоморфология.
50. Дерматомиозит и полимиозит: варианты течения, особенности клинической картины.
51. Дерматомиозит и полимиозит: диагностика и дифференциальная диагностика.
52. Дерматомиозит и полимиозит: лечение.
53. Пирофосфатная артропатия: определение, эпидемиология, этиология, патогенез.
54. Пирофосфатная артропатия: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
55. Ревматоидный артрит: определение, эпидемиология, этиология, патогенез.
56. Ревматоидный артрит (суставная форма): клиника, основные клинические признаки прогрессирования.
57. Ревматоидный артрит: современные принципы лечения, назначение базисной терапии.
58. Ревматоидный артрит: оценка эффективности и безопасности проводимой базисной терапии, методы интенсификации лечения.
59. Особые варианты течения ревматоидного артрита – синдром Фелти, болезнь Стилла взрослых.
60. Ревматическая полимиалгия: диагностика, клиника, лечение.
61. Системная красная волчанка: этиология, патогенез, классификация.
62. Системная красная волчанка: клиническая картина.
63. Системная красная волчанка: критерии диагностики.
64. Системная красная волчанка: основные принципы лечения.
65. Поражение почек при системной красной волчанке – диагностика, подходы к терапии.
66. Антифосфолипидный синдром: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация.
67. Антифосфолипидный синдром: диагностика, критерии диагностики, клиника.
68. Антифосфолипидный синдром: лечение; особенности лечения первичного и вторичного антифосфолипидного синдрома.
69. Катастрофический антифосфолипидный синдром (синдром Ашерсона): определение, особенности течения, клиники, терапии.
70. Системная склеродермия: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация.
71. Системная склеродермия: клинические проявления, основные клинические синдромы, принципы лечения.
72. Поражение внутренних органов при системной склеродермии.
73. Антагонисты рецепторов эндотелина -1 в лечении системной склеродермии.
74. Ревматоидный артрит: определение, классификация, этиология, патогенез.
75. Ревматоидный артрит: диагностические критерии (ACR, 1987г.; EULAR/ACR, 2010), формулировка диагноза.
76. Ревматоидный артрит: методы оценки суставного синдрома (суставные индексы, индексы активности болезни, методы оценки функциональной активности больного).

77. Кардиоваскулярные проблемы при ревматоидном артрите.
78. Остеоартроз: классификация, этиология, патогенез, факторы риска.
79. Остеоартроз: принципы терапии в зависимости от стадии поражения.
80. Остеоартроз: первичный и вторичный, дифференциальная диагностика, особенности лечения.
81. Реактивные артриты: этиология и патогенез.
82. Реактивные артриты: классификация.
83. Реактивные артриты: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
84. Ювенильный ревматоидный артрит: определение, клиника, диагностика.
85. Ювенильный ревматоидный артрит: лечение.
86. Ювенильный идиопатический артрит: определение, клиника, дифференциальная диагностика с ювенильным ревматоидным артритом.
87. Моноартрит: дифференциальная диагностика.
88. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при полиартрите.
89. Заболевания околосуставных мягких тканей плечевого сустава: клиника, диагностика, подходы к терапии.
90. Микрокристаллические артриты: понятие, классификация, клиническая картина, лечение.
91. Туберкулезное поражение суставов и позвоночника: клиника, диагностика, лечение.
92. Гонококковый артрит: определение, факторы риска, клиническая картина диссеминированной гонококковой инфекции, клинические особенности гонококкового артрита, диагностика.
93. Псориатрический артрит: дифференциальная диагностика.
94. Дегенеративные заболевания позвоночника: эпидемиология, факторы риска, этиология, патогенез, клиническая картина.
95. Клинические методы исследования позвоночника.
96. Спондилоартриты: этиология, патогенез, классификация и критерии постановки диагноза.
97. Аксиальный спондилоартрит: определение, диагностические критерии.
98. Аксиальный спондилоартрит: оценка активности заболевания, методы оценки суставного синдрома.
99. Аксиальный спондилоартрит: дифференцированный подход к терапии.
100. Анкилозирующий спондилоартрит: клиника, критерии диагностики, варианты течения.
101. Анкилозирующий спондилоартрит: лечение.
102. Спондилоартриты, ассоциированные с воспалительными заболеваниями кишечника: подходы к диагностике и терапии.
103. Остеопороз: этиология, этиопатогенетическая классификация, методы дифференциальной диагностики и оценки минеральной плотности кости.
104. Остеопороз: факторы риска развития, принципы профилактики.
105. Остеопороз: основные группы препаратов, используемые для лечения, принципы лечения.
106. Средства для лечения системного остеопороза и остеомаляции.
107. Рецидивирующий полихондрит: определение, этиология, патогенез, клиника.
108. Рецидивирующий полихондрит: диагностика, лечение.
109. Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция (пирофосфатная атропатия).
110. Принципы лечения заболеваний, протекающих с суставным синдромом (базисное лечение, симптоматическое лечение, локальная терапия).
111. Артропатии, обусловленные неревматическими заболеваниями.
112. Смешанное заболевание соединительной ткани, определение, клиника, лечение.
113. Фибромиалгии: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии.
114. Первичная фибромиалгия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
115. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей в практике ревматолога.

116. Локальные ревматические заболевания околосуставных мягких тканей в области шеи и грудной клетки (синдромы верхней апертуры грудной клетки).
117. Синдром запястного канала: клиническая картина, диагностика, лечение.
118. Диффузный эозинофильный фасциит: патогенез, классификация, клиника, лечение.
119. Асептические некрозы головки бедренной кости (болезнь Пертеса) и других локализаций (например, болезнь Келлера I и Келлера II. Болезнь Кинбека).
120. Болезнь Бехчета: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
121. Болезнь Шегрена: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
122. Панникулиты в практике ревматолога: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
123. Перекрестный синдром в ревматологии: определение, возможные сочетания, принципы диагностики и терапии.
124. Комплексный региональный болевой синдром: классификация, диагностика и лечение.
125. Боли в нижней части спины: основные клинические синдромы, принципы дифференциальной диагностики и лечения.
126. Легочная артериальная гипертензия при системных заболеваниях соединительной ткани: классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
127. Неспецифические миокардиты, этиология, патогенез, классификация, клиника.
128. Поражение легких при смешанном заболевании соединительной ткани.
129. Периодическая болезнь: этиология, патогенез, клиническая картина, тактика ведения больного.
130. Аминохинолиновые препараты: механизмы действия, показания, принципы назначения, осложнения.
131. Глюкокортикостероиды (ГКС) в ревматологии: механизмы действия, показания, осложнения, принципы назначения, мониторинг безопасности.
132. Цитостатики: классификация, механизмы действия, показания, принципы назначения, осложнения.
133. Пульс-терапия ГКС и ЦС: показания, варианты, контроль осложнений.
134. Классификация НПВП по химическому строению и по степени селективного ингибирования ЦОГ-2
135. Генно-инженерная биологическая терапия: механизмы действия, показания, принципы назначения, контроль осложнений.
136. Генно-инженерные биологические препараты и инфекции.
137. Неблагоприятные реакции на генно-инженерные биологические препараты
138. Сравнительная эффективность и безопасность генно-инженерных биологических препаратов.
139. Иммуногенность генно-инженерных биологических препаратов при ревматических заболеваниях.
140. Генно-инженерная биологическая терапия в ревматологии: классификация препаратов, показания к назначению, мониторинг безопасности перед назначением.
141. Роль лабораторных биомаркеров в оценке эффективности терапии ревматических заболеваний генно-инженерными биологическими препаратами.
142. Генно-инженерная биологическая терапия при анкилозирующем спондилите и псориатическом артрите: показания для назначения ГИБП, оценка эффективности и безопасности.
143. Генно-инженерная биологическая терапия при ревматоидном артрите: показания к назначению генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), оценка эффективности и безопасности.
144. Фармакотерапия моноклональными антителами.

145. Ингибиторы ФНО: Инфликсимаб, Адалимумаб, Этанерцепт, Цертолизумаба пэгол, Голимумаб.
146. Анти-В-клеточная терапия: Ритуксимаб, Белимумуаб.
147. Блокатор ИЛ-6: Тоцилизумаб.
148. Новые аспекты фармакотерапии ревматоидного артрита: ингибиторы малых молекул (тофацитиниб).
149. Комбинированная терапия ревматоидного артрита: возможные комбинации, показания, контроль эффективности и безопасности.
150. Локальная терапия ревматических болезней: показания к проведению, противопоказания, мониторинг безопасности.
151. Немедикаментозные методы лечения в ревматологии (физиотерапевтические методы, лечебная физкультура, ортопедические пособия): показания, выбор метода.
152. Нестероидные противовоспалительные препараты в ревматологии (показания, тактика назначения, мониторинг безопасности).
153. Интерфероновые тесты в лабораторной диагностике латентной туберкулезной инфекции у больных ревматическими заболеваниями при терапии ингибиторами фактора некроза опухоли α
154. Метотрексат в лечении ревматических заболеваний.
155. Антиостеопоротическая терапия при ревматических заболеваниях: показания и противопоказания.
156. Антибиотики в лечении ревматических заболеваний.
157. Антикоагулянты в практике ревматолога.
158. Гистологическая диагностика ревматических заболеваний: возможности метода, показания к проведению, морфологические особенности при различных заболеваниях.
159. Морфологические методы диагностики при ревматических заболеваниях.
160. Иммунологическая диагностика в ревматологии: современные возможности, показания к исследованию, чувствительность и специфичность тестов.
161. Инструментальные методы в диагностике ревматических заболеваний (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование): возможности метода, показания, диагностическая значимость.
162. Исследование синовиальной жидкости при ревматических заболеваниях: дифференциальные признаки при артритах различного генеза.
163. Рентгенологическая картина поражения суставов с определением рентгенологической стадии заболевания (ревматоидный артрит, псориатический артрит).
164. Эхокардиографические изменения при вовлечении сердца в ревматологии.
165. Реабилитация больных ревматическими заболеваниями.
166. Ревматологический кабинет и работа врача-ревматолога в поликлинике.
167. Организация специализированной ревматологической помощи населению.
168. Медицинская психология и деонтология в практике ревматолога.
169. Медико-социальная экспертиза и трудовая реабилитация при ревматических заболеваниях.
170. Социально-экономическое значение экспертизы трудоспособности при ревматических заболеваниях.
171. Гериатрические проблемы в ревматологии. Возрастные изменения опорно-двигательного аппарата.

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Соберите анамнез у пациента с ревматологическим заболеванием.
2. Составьте план обследования пациенту с ревматологическим заболеванием.
3. Выполните физикальное обследование пациента с ревматологическим заболеванием (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
4. Выполните обследование больного с жалобами на боли в суставах.
5. Выполните оценку суставного статуса.

6. Проведите оценку болезненных и воспаленных суставов у пациента с ревматоидным артритом.

7. Проведите оценку объема движений в суставах.

8. Проведите оценку подвижности позвоночника у больного анкилозирующим спондилитом.

9. Проведите оценку активности и тяжести поражения кожи у больного псориатическим артритом.

10. Оцените воспалительную активность ревматоидного артрита с использованием валидированных индексов активности.

11. Оцените воспалительную активность системной красной волчанки с использованием валидированных индексов активности.

12. Оцените поражение кожи у больного системной склеродермией с использованием кожного счета.

13. Проведите мануальное мышечное тестирование у больного дерматомиозитом.

14. Проведите физикальный осмотр и оценку органных поражений у больного васкулитом.

15. Опишите методику пункции коленного сустава с эвакуацией синовиальной жидкости.

16. Опишите методику внутрисуставного введения препарата в плечевой сустав.

17. Опишите методику внутрисуставного введения препарата в локтевой сустав.

18. Опишите методику внутрисуставного введения препарата в суставы кисти.

19. Опишите методику внутрисуставного введения препарата в голеностопный сустав.

20. Опишите методику внутрисуставного введения препарата в суставы стопы.

21. Опишите методику проведения внутривенных инъекций.

22. Оцените рентгенологические изменения крестцово-подвздошных суставов при анкилозирующем спондилите.

23. Оцените рентгенологические изменения позвоночника при анкилозирующем спондилите.

24. Оцените рентгенологические изменения суставов кистей и стоп при ревматоидном артрите.

25. Оцените данные магнитно-резонансной томографии позвоночника при анкилозирующем спондилите.

26. Оцените данные магнитно-резонансной томографии крестцово-подвздошных суставов при анкилозирующем спондилите.

27. Оцените данные магнитно-резонансной томографии плечевых суставов.

28. Оцените данные магнитно-резонансной томографии коленных суставов.

29. Опишите технику и выполните измерение артериального давления на верхних и нижних конечностях.

30. Сформулируйте полный клинический диагноз с обоснованием.

31. Определите показания для дополнительной консультации специалистами различного профиля.

32. Продемонстрируйте интерпретацию данных биохимического анализа крови.

33. Продемонстрируйте интерпретацию данных иммунологического анализа крови.

34. Продемонстрируйте интерпретацию данных анализа синовиальной жидкости.

35. Продемонстрируйте интерпретацию данных электрокардиограммы.

36. Продемонстрируйте интерпретацию данных активности воспалительного заболевания суставов.

37. Выполните тестирование для оценки болевого синдрома.

38. Порядок ведения медицинской документации.

39. Определите показания для инструментальных исследований пациенту с ревматологическим заболеванием.

40. Определите показания для лабораторных исследований пациенту с ревматологическим заболеванием.

41. Определите показания для специальных иммунологических исследований пациенту с ревматологическим заболеванием.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Женщина, 22 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. Внезапно начала повышаться температура тела, появилась головная боль, боли в суставах. В это время была эпидемия гриппа, и больная расценила свое состояние как грипп. К врачу обращаться не стала, лечилась народными средствами. В течение 2 недель состояние прогрессивно ухудшалось: похудела на 4кг, нарастала выраженная слабость, появились отеки на лице и на ногах. Вызвала участкового врача, взяты анализы крови и мочи. ОАК: эритроциты – $2{,}0x10^{12}$/л, Hb – 72 г/л, лейкоциты $3{,}0x10^{9}$/л, СОЭ – 50мм/ч. ОАМ: белок – 2,3г/л, эритроциты – 20-30 в поле зрения, лейкоциты – 15-20 в поле зрения, цилиндры – 8-10 в поле зрения; был установлен диагноз: острый гломерулонефрит, женщина экстренно госпитализирована в отделение нефрологии, выполнена консультация ревматолога, по результату переведена в отделение ревматологии. При осмотре: состояние тяжелое. Положение пассивное. Больная заторможена, но на вопросы отвечает правильно. Нормального телосложения. Температура тела – 38,7°С., одутловатость лица, век, гиперемия щек и спинки носа, высыпания по типу крапивницы по всему телу, множественные язвочки на слизистой оболочке в полости рта, хейлит, периферические лимфоузлы до 1см, 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 – 100 в одну минуту, мягкий дующий систолический шум во всех точках. АД на обеих руках – 160/100 мм рт.ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Отеки голеней. Суставы кистей несколько отечны, при пальпации болезненны. Стул в норме, диурез снижен: выпивает около 1 литра в сутки, выделяет 600-700мл.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимы для подтверждения диагноза.
4. Укажите возможные иммунологические маркёры.
3. Назначьте лечение.

Задача 2.

Женщина, 20 лет. Заболела около 4-6 месяцев назад: появились боли в крупных суставах и температура до 37,4ºС, увеличение СОЭ до 45мм/час. Лечилась по поводу реактивного артрита, получала пенициллин и другие препараты. Через 4 месяца стала нарастать слабость, появились головокружение, головная боль, резкое снижение остроты зрения на правый глаз. Терапевтом выявлено ослабление пульса на левой лучевой артерии, повышение артериального давления. Направлена в стационар. При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожа бледная, чистая, периферические лимфоузлы не увеличены, суставы не изменены, движения в них в полном объеме. Перкуторный звук ясный, легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 15 в одну минуту. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, над сосудами шеи, брюшной аортой. Резко ослаблена пульсация на левой лучевой артерии. АД на правой руке – 230/130 мм рт.ст., на левой – 150/130 мм рт.ст., на ногах – 220/110 мм рт.ст. Живот

мягкий, безболезненный во всех отделах., печень по краю реберной дуги, край ровный, гладкий, пальпация безболезненна.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимы для подтверждения диагноза.
4. Выполните дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.

Задача 3.

Мужчина, 22 года. Жалобы на сильную слабость, озноб с подъемом температуры до 40ºС, проливные поты при снижении температуры, одышку при малейшей физической нагрузке, артралгии. Болен около 7 дней, когда через 3-4 дня после экстракции зуба отметил повышение температуры тела, слабость. Принимал жаропонижающие препараты без эффекта. Лихорадка и слабость прогрессировали, присоединились боли в суставах, одышка. Врожденный порок сердца – дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар. При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания, кожа бледно-желтого цвета, пальпируются подчелюстные лимфоузлы: слева – 2см, эластичный, безболезненный; справа – 3см, эластичный, умеренно болезненный. Температура тела – 38,9ºС, суставы не изменены. При перкуссии грудной клетки перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, единичные незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД – 24 в одну минуту. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается грубый систолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины, проводящийся в межлопаточную область, диастолический шум над аортой в положении стоя, ЧСС – 110 в мин., АД – 110/60мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 7 см, пальпируется селезенка. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

Общий анализ крови: СОЭ – 44мм/час, эритроциты – $2,6x10^{12}$/л, Нв – 107г/л, ЦП – 0,7, лейкоциты – $20x10^{9}$/л, б – 0%, э – 2%, п/я – 10%, с/я – 71%, лимф – 12%, мон – 5%.

Общий анализ мочи: прозрачная, слабо-кислая, удельный вес – 1008, белок – 0,066г/л, сахара нет, желчные пигменты – 0, лейкоциты – 0-1-2 в п/зр., эритроциты – 2-3-5 в п/зр., эпителий – 0-1-3 в п/зр., бактерии ++, соли – мочевая кислота.

ЭХО-КС – аорта не уплотнена, 25мм, ЛП – 40мм, ЛЖ - КДР – 43мм, КСР – 30мм, фракция выброса – 0,58, МЖП – 15мм, дефект в мышечной части диаметром – 0,8см, ЗСЛЖ – 17мм, аортальный клапан – крупные вегетации на створках, амплитуда открытия – 1,0, митральный клапан – без патологии, в Д-режиме выявлены патологические потоки на аортальном клапане и через дефект в межжелудочковой перегородке, правый желудочек незначительно расширен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимы для подтверждения диагноза.
4. Выполните дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Дайте рекомендации.

Задача 4.

Женщина, 30 лет. Установлен диагноз: «хроническая пневмония». Больна две недели, появились субфебрильная температура, одышка при ходьбе, сухой кашель. Лечилась самостоятельно эритромицином, бромгексином, ингаляциями. Состояние не улучшилось, температура держалась в пределах 37,5-38,2ºС. При осмотре: пониженного питания, бледная, небольшой цианоз губ. Лимфатические узлы шейные и подмышечные размером 0,6-0,8см, безболезненные. На слизистой оболочке полости рта – афты. Частота

дыхания до 30 в одну минуту, в легких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Пульс – 36 ударов в одну минуту, АД – 110/70мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза жизни: в детстве ангины, скарлатина, ОРЗ; 2 года назад опоясывающий лишай. В течение последнего года трижды была интерстициальная пневмония, лечилась в стационаре. Последние несколько месяцев часто бывает жидкий стул по 2-3 раза в день. Похудела на 10кг. Работала в Африке, где чувствовала себя хорошо.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимы для подтверждения диагноза.
4. Выполните дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Дайте рекомендации.

Задача 5.

Женщина, 32 года. Жалобы на боль в шейном, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, голеностопных суставах, выраженную утреннюю скованность около 2-3 часов. Из анамнеза: боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника беспокоят около 5 лет, лечилась у невролога с диагнозом остеохондроз позвоночника, назначали курсы диклофенака, витаминов группы В, массаж. Отмечала уменьшение интенсивности боли. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Болезненность при пальпации паравертебральных точек шейного, пояснично-крестцового отделов позвоночника. Поворот головы вправо 65 градусов, влево 70 градусов. При сгибании вперед не достает руками до пола 25см. Умеренная дефигурация левого голеностопного сустава. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 20 в одну минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 86 в одну мин. Артериальное давление – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. Физиологические отправления в норме.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимы для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.

Задача 6.

Мужчина, 35 лет. Жалобы на ноющие боли области сердца, одышку, отеки на ногах, общую слабость. Заболел 2 месяца назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 39ºС, через 10 дней почувствовал себя здоровым, вышел на работу, но периодически отмечал субфебрилитет; две недели назад появились боли в груди, нарастала слабость, затем присоединились отеки ног. В анамнезе - бронхоаденит. Объективно: акроцианоз, набухшие шейные вены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной и абсолютной тупости совпадают: правая – на 3 см кнаружи от края грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II ребро. Тоны сердца ослаблены, короткий систолический шум на верхушке, никуда не проводится. Пульс – 112 в одну минуту, ритмичный. АД – 100/70мм рт.ст. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Печень выступает на 6см, уплотнена.

ЭХО-кардиография: значительное утолщение перикарда, значительное количество жидкости в полости перикарда. При пункции перикарда удалено 320мл серозно-фибринозной жидкости.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,5x10^{12}$/л, Нв – 125г/л, лейкоциты – $10,^{9}x109$/л, эозинофилы – 1%, пал. – 8%, сегм. – 45%, лимф. – 40%, мон. – 4%, СОЭ – 39мм/час. Сыворотка крови: СРБ +++, АСТ – 20 Е/л, АЛТ – 16 Е/л, КФК – 2,4ммоль/гл.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1020, белок – 0,066%, эритроциты – 2-4 в п/зр., лейкоциты – 3-4 в п/зр.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимы для подтверждения диагноза.
3. Выполните дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.

Задача 7.

Женщина, 24 года. Жалобы на боль и припухлость, ограничение движений в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставах; утреннюю скованность в пораженных суставах примерно до обеда. Указанные симптомы появились около 5-6 месяцев назад после перенесенной ОРВИ. Объективно: дефигурация пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение подвижности, снижение силы сжатия кистей; других изменений не установлено.

ОАК: СОЭ – 39мм/ч, СРБ +++, α2- глобулины – 12%, γ-глобулины – 27%.

Рентгенологическое исследование кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фаланговых суставов.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите диагностические критерии установленного заболевания.
4. Выполните дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение.

Задача 8

Женщина, 40 лет. Жалобы на появление отеков на лице, боли в мышцах, поперхивание при глотании, сухость во рту, ощущение песка в глазах, запоры, зябкость и онемение рук, боли в области сердца, одышку в покое. Заболевание началось 10 лет назад – появилось онемение и бледность пальцев рук, особенно на холоде, через некоторое время появились боли в мышцах, стала худеть; около двух последних лет появилась и стала нарастать одышка, цианоз, отеки на ногах. Объективно: состояние тяжелое, ортопноэ, цианоз, лицо амимично, выраженная деформация кистей рук, кожа отечная, плотная, кисть трудно сжать в кулак, ногти утолщены, с поперечной исчерченностью; отек нижних конечностей и поясничной области, мышцы тонкие плотные. Одышка, ЧД – 36 в одну минуту; над легкими коробочный звук, справа ниже IV ребра притупление, ослабленное дыхание. Левая граница сердца на 1,5см кнаружи от левой среднеключичной линии; правая – на 1см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя – III ребро. При аускультации I тон ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент и расщепление II тона на легочной артерии. Пульс – 89-92 удара в одну минуту, аритмичный. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Печень плотная, болезненна, выступает на 4см из-под реберной дуги. Олигурия.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимые для подтверждения диагноза и объективной оценки состояния больной.
3. Перечислите диагностические критерии установленного заболевания.
4. Назначьте лечение.

Задача 9.

Женщина, 19 лет. Жалобы на появившиеся в течение 4 последних месяцев раздражительность, потливость, плохую переносимость тепла, постоянные сердцебиения, одышку при ходьбе, похудание (за четыре месяца на 8кг), аппетит сохранен хороший; частый стул до 4-х раза в сутки, кашицеобразный, без примеси слизи и крови. Принимала корвалол, без эффекта. Анамнез жизни: частые ангины. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, отмечается общее возбуждение, суетлива, речь быстрая. Одета не по сезону легко. Рост 164см, вес 58кг. Телосложение

нормостеническое, питание нормальное. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, теплые на ощупь. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 14 в одну минуту. В сердце тоны ритмичные, первый тон на верхушке громкий, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. ЧСС=Ps=108 уд/мин. АД – 155/60 мм рт. ст. Status localis: щитовидная железа диффузно увеличена в размере, отчетливо определяется визуально, смещается при глотании, конфигурация шеи не изменена; мелкий тремор пальцев вытянутых рук.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимые для подтверждения диагноза и объективной оценки состояния больной.
3. Перечислите диагностические критерии установленного заболевания, этиологию.
4. Назначьте лечение.

Задача 10.

Женщина, 55 лет. Ревматоидный артрит установлен 18 лет назад. На момент контрольного осмотра: СОЭ – 71мм/ч, пастозность голеней до коленных суставов, признаков активного синовита не выявлено. Получает нестероидные противовоспалительные препараты.

1. Укажите полный клинический диагноз.
2. Назначьте обследования, необходимые для подтверждения диагноза и объективной оценки состояния больной.
3. Назначьте лечение.

Задача 11.

Мужчина, 32 года. Жалобы на боли в нижней части спины и ягодицах, в позвоночнике, длящихся около двух лет, утреннюю скованность в течение нескольких часов, которая уменьшается после движений. Несколько месяцев назад внезапно возникли боли в левом глазу, обратился к офтальмологу, диагностирован увеит и ирит, пршел лечение глазными каплями, содержащими стероиды. Дяди и отца пациента похожие боли в спине. При осмотре: суставы без видимых изменений. Пробы Томайера, Шобера, Форестье, Отта положительны. Со стороны внутренних органов особенностей нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Выполните назначение лабораторно-инструментального обследования в соответствии со стандартами.

Задача 12.

Мужчина, 49 лет. Жалобы на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них. Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 5 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы, припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Принимает анальгетики – значительно уменьшают болевой синдром, восстанавливается функция суставов. Заметил, что рецидив артрита 1-го плюсне-фалангового сустава возникает после застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области поврежденных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности. Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3х0,2см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности, тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов рпавой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами.

Симптом бокового сжатия правой стопы – положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли. Внутренние органы без существенных видимых изменений.

ПАК: Нв – 158г/л, эритроциты – $4,5x10^{12}$/л, лейкоциты – $7,9x10^{9}$/л, СОЭ – 26мм/час.

Анализ крови на сахар – 4,66ммоль/л.

Биохимический анализ крови: билирубин – 13,5мкмоль/л, холестерин – 5,8ммоль/л, креатинин – 65мкмоль/л, остаточный азот – 16, ммоль/л.

Биохимический анализ крови на ревмопробы: мочевая кислота – 589мкмоль/л, СРБ – 2, ревматоидный фактор – 0, АСЛ-О – 125ед., сиаловые кислоты – 2,99ммоль/л (по нейтраминовой кислоте), общий белок – 77,5г/л, белковые фракции – альбумины – 53%, глобулины а1 – 3%, а2 – 9%, в – 14%, у – 21%. ПТИ – 87%.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1015, реакция слабо-кислая, белок – 0,066г/л, эритроциты – 0-2 в п/зр., лейкоциты – 0-2-4 в п/зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты – 1000х103/л, лейкоциты – 4000х103/л.

Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез – 1200мл, ночной диурез – 700мл, уд. вес – 1003- 1015ед.

Исследование синовиальной жидкости: наличие игольчатых кристаллов, расположенных внутриклеточно и двоякопреломляющих свет в поляризационном микроскопе. Цитоз 10 000-60 000 клеток на $мм^3$ (преимущественно нейтрофилы).

Аспирация содержимого тофусов – наличие кристаллов мочевой кислоты.

Ультразвуковое исследование почек – расположены типично, подвижность сохранена, чашечно-лоханный комплекс не изменен. В области кортикальной зоны левой почки прослеживаются очаги незначительно выраженной гиперэхогенности и симптомы микролитиаза.

Компьютерная томография области почек: обнаружены очаги интерстициального фиброза и микроконкременты в области кортикального слоя левой почки.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте рекомендации.

Задача 13.

Мужчина, 49 лет. Жалобы на повышение температура тела до 38,5ºС, появились катаральные явления, лечился дома антигриппином, лазолваном без особого эффекта; через четыре дня появились неприятные ощущения за грудиной, чувство нехватки воздуха, которые нарастали. На момент осмотра состояние тяжелое, кожные покровы синюшные, холодные на ощупь; в легких – укорочение перкуторного звука в заднебоковых отделах ниже угла лопатки, в этих областях дыхание ослаблено, влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧД – 22 в одну минуту. Пульс – 100 в одну минуту, аритмичный, слабого наполнения. АД – 90/60мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца: правая – на 2см от края грудины, левая – на 3см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, на верхушке – систолический шум. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 3см, плотноватая.

ЭХО-КС: снижение сердечного выброса, полость левого желудочка дилатирована.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2x10^{12}$/л, Нв – 130г/л, лейкоциты – $15,1x10^{9}$/л, эозинофилы – 4%, пал. – 5%, сегм. – 45%, лимф. – 36%, мон – 9%, СОЭ – 6мм/час. Сыворотка крови: СРБ ++, КФК – 3,6ммоль/гл, ЛДГ – 320 Ед/л, АСТ – 36 Ед/л.

Посев крови стерилен.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1016, белок – 0,06%, гиалиновые цилиндры – ед. в п/зр.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Выполните дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.
5. Составьте рекомендации.

Задача 14.

Женщина, 28 лет. Жалобы на появившиеся после удаления зуба (20 дней назад) и прогрессирующие по степени выраженности: сердцебиение, пульсацию в голове, периодические загрудинные боли, в последние несколько дней почти потеряла сознание на занятиях фитнесом два дня подряд, заметила подъемы температуры до 37,7ºС градусов к вечеру. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное; кожные покровы бледные, лимфатические узлы не увеличены; отмечена пульсация сосудов на шее; в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в одну минуту. При перкуссии границы сердца расширены влево и вверх, верхушечный толчок в 6 межреберье на 3см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации на верхушке 1тон ослаблен, легкий диастолический убывающий шум, более грубый систолический, проводящийся на сосуды шеи. Эпицентр диастолического шума в точке Боткина. Пульс – 64 в 1 минуту, АД – 160/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Рентгеноскопия грудной клетки – увеличение левого желудочка и левого предсердия, расширена восходящая дуга аорты, глубокая и быстрая пульсация левого желудочка и аорты.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Назначьте лечение.
5. Меры профилактики.

Задача 15.

Женщина, 39 лет. Жалобы на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД – 170/110мм рт.ст., сердечные тоны ритмичные, акцент II тона над аортой; в легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. Общий анализ крови: эритроциты – $3{,}0 \times 10^{12}$/л, Нв – 100г/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – $7{,}8 \times 10^{9}$/л, формула без отклонений, СОЭ – 40мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес – 1002, белок – 1,0г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр., эритроциты – 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые. Проба Реберга: креатинин – 250мкмоль/л, клубочковая фильтрация – 30мл/мин., канальцевая реабсорбция – 97%.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Назначьте дополнительное обследование при необходимости.
4. Назначьте лечение.
5. Перечислите показания к гемодиализу.