

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«09 сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности

31.08.46 «Ревматология»

Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Санкт-Петербург

2021 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.46 «Ревматология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1089;
- Профессиональным стандартом «Врач-ревматолог», утвержденным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 января 2019 г. №50н;
- Порядком организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об организации практической подготовки обучающихся по образовательным программам медицинского и фармацевтического образования в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» от 29 марта 2020 г. № 248;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья» от 30 июня 2016 г. № 435н;
- Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования от 3 сентября 2013 г. № 620н;
- Письмом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека «Об организации практической подготовки обучающихся по программам среднего, высшего, послевузовского профессионального образования и дополнительным профессиональным программам по медико-профилактическим специальностям на базах учреждений, подведомственных роспотребнадзору» от 15 февраля 2013 г. № 01/1680-13-32

Разработчики рабочей программы:

<u>Заведующий кафедрой, д.м.н. профессор</u> (должность, ученое звание, степень)	<u></u> (подпись)	<u>Новик Г.А.</u> (расшифровка)
<u>Доцент кафедры, к.м.н.</u> (должность, ученое звание, степень)	<u></u> (подпись)	<u>Жданова М.В.</u> (расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО

название кафедры

« 30 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой Детских болезней им. проф. И.М.Воронцова ФП и ДПО

название кафедры

<u>Д.м.н., профессор</u> (должность, ученое звание, степень)	<u></u> (подпись)	<u>Новик Г.А.</u> (расшифровка)
---	---	------------------------------------

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.46 «Ревматология» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.46 «Ревматология» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.46 «Ревматология» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):
- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК).

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность 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).

Профессиональные компетенции (ПК):

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).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

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

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Основы медицинской этики и деонтологии в ревматологии

2. Должностные обязанности и правовые вопросы в деятельности врача ревматолога
3. Медико-юридические аспекты в ревматологии
4. Организация деятельности ревматологической службы медицинского учреждения в условиях медицинского страхования.
5. Основные директивные документы, регламентирующие деятельность врача ревматолога
6. Клиническая анатомия и физиология костно-суставной системы
7. Патофизиология воспаления
8. Клиническая иммунология
9. Клиническая фармакология стероидных противовоспалительных препаратов
10. Клиническая фармакология нестероидных противовоспалительных препаратов
11. Клиническая фармакология цитостатических препаратов
12. Клиническая фармакология ингибиторов ФНО-альфа
13. Клиническая фармакология ингибиторов ИЛ-1
14. Клиническая фармакология ингибиторов ИЛ-6
15. Эпидемиология артритов
16. Этиология и патогенез артритов
17. Диф. диагностика артритов
18. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика артритов
19. Современные подходы к терапии артритов
20. Диспансерное наблюдение и реабилитация пациентов с артритами

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик, 4 года 9 мес.

Данные анамнеза

Из анамнеза известно, с 4,5 лет отмечается увеличение левого коленного сустава. Обследовался по месту жительства. Диагноз: Ювенильный ревматоидный артрит, олигоартрит. Получал терапию НПВС, кратковременно цитостатическую терапию метотрексатом без выраженного улучшения. При обследовании в институте ортопедии им. Турнера выявлены диспротеинемия, гипоглобулинемия.

Анамнез жизни: от V беременность, протекавшей с угрозой прерывания, на фоне герпетической инфекции на 3-4 месяце. Внутриутробно по УЗИ расширение лоханок почек. Роды I на 35-36 неделе, Кесарево сечение. Первый из двойни. Вес 2450, рост 49см. На грудном вскармливании до 2,5 месяцев. Далее на искусственном. Рос и развивался по возрасту. В 6 месяцев стафилококковая инфекция. С двух лет частые ОРЗ, гайморит в 4 года. В 2,5 года оперирован по поводу уретерогидронефроза слева.

При осмотре:

Рост 115.5см Вес 21.3 кг Состояние по заболеванию средней тяжести. Телосложение правильное. Сколиотическая осанка, плоскостопие. Питание достаточное. Кожные покровы чистые. В левой поясничной области шрам келоидные рубцы. Зев розовый, налетов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, хордальный шум в точке Боткина. ЧСС 110 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул диурез в норме. По суставам: лучезапястные суставы деформированы, определяется выпот (S>D), движения безболезненные в полном объеме. Коленные суставы деформированы ((S>D), движения безболезненные в полном объеме.

Клинический анализ крови

Гемоглобин	133	г/л
Эритроциты	5,02	10 ¹² /л

Тромбоциты	367	10 ⁹ /л
Лейкоциты	9,5	10 ⁹ /л
Палочкоядерные	-	%
Сегментоядерные	39	%
Лимфоциты	57	%
Моноциты	3	%
Эозинофилы	1	%
СОЭ	4	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	65,7	г/л
Альбумин	39	г/л
СРБ	2,8	г/л
АЛТ	22,1	Ед/л
АСТ	28,9	Ед/л
Билирубин общий	10,0	мкмоль\л
Сахар	5,39	ммоль\л
Мочевина	4,09	ммоль\л
Калий	4,8	ммоль\л
Натрий	140	ммоль\л
АСЛ-О	15	МЕ/мл
орозомукоид	1,36	

Яйца глистов – не обнаружены.

Анализ мочи

Уд. вес	Сахар	Белок	Лейкоциты	Эритроциты	Слизь	Бактерии	Соли
1030	-	-	-	-	-	-	-

Электрокардиограмма

QRS	0,074	"	Р	0,1	"
QT	0,358	"	ЧСС	74	уд/мин

Заключение: Синусовая аритмия.

Квантифероновый тест отрицательный.

Рентгенография.

На представленных рентгенограммах бедренных костей и коленных суставов без костно-деструктивных изменений. Соотношение в суставах удовлетворительное, суставные поверхности не изменены.

УЗИ органов брюшной полости Заключение: Расширение ЧЛС обеих почек больше слева (признаки гидронефроза).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования для верификации диагноза

3. Является ли основное заболевание врожденным и приобретенным. Патогенез развития артрита в данном случае.
4. Терапия
5. Прогноз и тактика диспансерного наблюдения, вакцинация.

Задача №2

Мальчик Левон А., 2 года.

Госпитализирован экстренно в связи с рецидивирующей лихорадкой, сопровождающейся синдромом ангины. Известно, что с 1 года 3 мес - стереотипные лихорадки, появление налета на миндалинах, не сопровождающиеся болевым синдромом с незначительной реакцией регионарных лимфоузлов. Эффективность антибиотикотерапии сомнительная. Поступил с очередным обострением, продолжительностью 6 дней. Амбулаторно назначена антибактериальная терапия зиннатом.

Наследственность: у отца – периодическая болезнь под вопросом, у старшей сестры – рецидивирующие ангины с параклинической активностью - прекратившиеся после тонзиллэктомии.

Данные клинического обследования

Ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, без инфекционной сыпи. В ротоглотке яркая отграниченная гиперемия миндалин. Налетов нет. ЧСС-105 в 1 мин. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, б/болезненный, печень, селезенка не увеличены. Стул, диурез (со слов) не нарушены.

Клинический анализ крови

Гемоглобин	117	г/л
Эритроциты	4.58	10 ¹² /л
Цветовой показатель	0.76	
Тромбоциты	415	10 ⁹ /л
Лейкоциты	12,3	10 ⁹ /л
Палочкоядерные	2	%
Сегментоядерные	43	%
Лимфоциты	53	%
Моноциты	2	%
СОЭ	15	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	78	г/л
Альбумины	43	%
Глобулины: α1	5,6	%
α2	19	%
β	14	%
γ	18	%
СРБ	12,7	
Орозомукоид	1,66	
АЛТ	26	ЕД/л
АСТ	55	ЕД/л
Билирубин общий	11	мкмоль/л
Сахар	4,6	ммоль/л
Мочевина	5,34	ммоль/л
Креатинин	0.040	ммоль/л
Триглицериды	1.06	ммоль/л
Кальций общий	2.4	ммоль/л

Фосфор неорганический	1.72	ммоль/л
ЛДГ	591	Ед/л
Щелочная фосфатаза	346.6	Ед/л
Калий	3.6	ммоль/л
Натрий	144	ммоль/л
Холестерин	6,2	ммоль/л
АСЛ-О	76	Ед/л
Ферритин	114	Мг\л

Диагностика ВУИ

Антитела	Ig M	Ig G
Цитомегаловирус	Отр	Пол
Вирус герпеса 1 и 2 типа	Отр	Отр
Вирус Эпштейна-Барр	Отр	Пол
Хламидии трахоматис	Отр	Отр
Хламидии пневмонии	Отр	Пол
Микоплазма пневмонии	Отр	Отр

УЗИ органов брюшной полости умеренная гепатоспленомегалия.

Мазок из зева на флору: Грам (-) палочки из рода *Pseudomonas* – значительное количество (чувствительность сохранена кроме Левомецитина), зеленыячий стрептококк – значительное количество, непатогенные нейсерии – большое количество

Посев мочи *Citrobacter* 5×10^3 /мл. (чувствительность сохранена), *Staph. epidermidis* 1×10^3 /мл.

Маркеры гепатитов В и С: отрицательные.

Анализ мочи

Уд. вес	Сахар	Белок	Лейкоциты	Эритроциты	Слизь	Бактерии	Соли
1025	Нет	нет	-	-	-	-	-

Офтальмолог патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз
2. Круг дифференциальной диагностики
3. Причина развития ангина
4. Подходы к терапии
5. Прогноз

Задача №3

Мальчик Ярослав К. 1г 1 месяц поступил для обследования.

Из анамнеза болезни: Ребенок от 1 срочных родов. Масса при рождении 3470 гр. на грудном вскармливании с рождения. Докорм молочной смесью с 2.5 мес. Респираторными заболеваниями страдает редко, первое ОРЗ в 5 мес. жизни.

С возраста 3 недель нарушения стула примесь крови, в копрограмме слизь 4, лейкоциты покрывают все поля зрения, эр 2-3 в п\зр. В возрасте 1 мес. впервые отмечено появление бледно-розовой уртикароподобной сыпи на спине, животе (в дальнейшем характер высыпаний не менялся). Был госпитализирован в ДИБ № 5 Диагноз: острый энтероколит клебсиеллезной этиологии, средней тяжести. Ротавирусная инфекция.

Ребенок хорошо прибавлял в массе до 3 месяцев, далее темп прибавок снизился. В течение 1-х 3 месяцев жизни сохранялась сыпь, нарушенный стул, параклиническая

активность (СОЭ 48 мм\час в 4 мес), анемия 73 г\л . С 3 месяцев периодически регистрировались подъемы температуры до субфебрильных цифр, в последующем подъем до фебрильных цифр. В 4 мес. госпитализация в ДГБ№1. Диагноз: анемия смешанного генеза средней степени тяжести. Рецидивирующий энтероколит неясной этиологии. Инфекционно-аллергическая крапивница. Сохранялась высокая параклиническая активность (СОЭ 35 мм\час, повышенные показатели СРБ), появилась гепатоспленомегалия.

С 8 месяцев торможение темпов физического развития, темповая задержка ПМР, длительная лихорадка, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия, волнообразные кожные высыпания, стойкие воспалительные изменения в ан. крови и анемия. УЗИ головного мозга - расширение правого бокового желудочка без нарушения ликвородинамики. Проводилась кортикостероидная терапия в начальной дозе преднизолона 1.5 мг\кг. На фоне терапии температура снизилась до субфебрильных цифр, рецидивирование сыпи, параклиническая активность сохранились. В 10мес присоединение глазной симптоматики: псевдоневрит зрительн проминирование дисков зрительного нерва в стекловидное тело.

При осмотре: 1год 1 месяц: состояние ребенка средней тяжести. Рост = 83 см. Вес = 12кг. Окружность головы 53см. Грубой задержки психомоторного развития не отмечено. Обращает внимание бледность кожи, обильная уртикароподобная, незудящая сыпь. Волосы сухие, жесткие. Лицевой дизморфизм, своеобразная форма пальцев рук, напоминающая барабанные палочки, развернутая апертура грудной клетки, в месте прикрепления 8-9 ребер к груди слева-утолщение. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 124 в мин., имеется систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги. Пальпируется нижний край селезенки, безболезненный. Стул к/образный, 3 – 4 р/сут. Дизурии нет.

Данные клинического обследования

Клинический анализ крови

Гемоглобин	99	г/л
Эритроциты	4.83	10 ¹² /л
Цветовой показатель	0.61	
Ретикулоциты	13	%
Тромбоциты	304	10 ⁹ /л
Лейкоциты	13.8	10 ⁹ /л
Палочкоядерные	1	%
Сегментоядерные	58	%
Лимфоциты	30	%
Моноциты	6	%
Эозинофилы	5	%
СОЭ	40	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	66	г/л
Альбумины	39.1	%
Глобулины: α1	5.8	%
α2	15.4	%
β	14.1	%
γ	25.4	%
СРБ	141.6	ммоль/л
АЛТ	16.3	ЕД/л
АСТ	23	ЕД/л
ЛДГ	456	ЕД/л
Билирубин общий	8.1	мкмоль/л
Сахар	3.65	ммоль/л

Мочевина	4.01	ммоль/л
Ферритин	50	Мг\л
КФК	58.3	Ед/л
Креатинин	0.036	ммоль/л
Кальций общий	2.66	ммоль/л
Кальций ионизированный	1.17	ммоль/л
Фосфор неорганический	1.69	ммоль/л
Щелочная фосфатаза	304.0	Ед/л
Калий	4.6	ммоль/л
Натрий	137	ммоль/л
Холестерин	3.94	ммоль/л
АСЛ-О	40	Ед/л
Железо сыворотки	3.6	ммоль/л
ОЖСС	55.0	Ммоль/л
Свободный трансферрин	51.4	Ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости признаки гепатомегалии.

Анализ мочи

Уд. вес	Сахар	Белок	Лейкоциты	Эритроциты	Слизь	Бактерии	Соли
м/м	нет	нет	4-6 в п/з	-	-	-	-

Анализ кала

Яйца глистов не обнаружены, соскоб на энтеробиоз отрицательный.

Копрограмма: детрит-2-3, непереваренная клетчатка-1, переваренная клетчатка-0-1, крахмал внеклеточный -0, крахмал внутриклеточный -0, жир расщепл. легкоплавн.-0-1, жир расщепл. тугоплавн.-1, исчерченные мышечные волокна-0, неисчерченные -0-1.

Электрокардиограмма от 09.12.2010: ритм синусовый, небольшой участок миграции водителя ритма.

Рентгенограмма кистей - На рентгенограмме кистей костно-патологических изменений не определяется. Костный возраст соответствует паспортному.

Офтальмолог: застойные диски зрительных нервов обоих глаз

Невролог: гидроцефалия компенсированная.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Оцените физическое развитие ребенка.
3. Круг дифференциальной диагностики.
4. Подходы к терапии.
5. Прогноз

Задача №4

Девочка Люба Ц., 10 лет.

Данные анамнеза

Больна с 6 лет, когда отмечено повышение температуры, появление болей в животе, госпитализирована в ДГБ №2. При обследовании отмечена анемия, лейкоцитоз с п\я сдвигом, ускоренная СОЭ. После лечения ципрофлоксацином нормализация показателей гемограммы. В клинике заболевания сохранялись боли в животе, не связанные с приемом пищи, стул стал более обильным, рыхлым, отмечались эпизоды повышенной температуры. Через 2 месяца повторно госпитализация в ДГБ 2. Диагноз мезаденит (по УЗИ множественные мезентериальные л/узлы). Впервые зарегистрировано снижение общего белка до 55.7г/л, анемия и повышение СОЭ сохранялись. На фоне антибактериальной терапии не лихорадила. После выписки из стационара вновь фебрильная лихорадка, боли в животе, рвота. Через неделю после выписки 3-я госпитализация в ДГБ 2. В связи с инфицированием МБТ консультирована фтизиатром, ПЦР диагностика МБТ отрицательная. Стерильная пункция без патологии. ФГДС картина поверхностного гастродуоденита. ФКС

– умеренная гиперемия слизистой. Биопсия- хроническое изменение слизистой по катаральному типу. Изменения в гемограмме сохранялись. В последующем наблюдалась амбулаторно по поводу длительного фебрилитета. Лихорадка как правило в ночное время. В связи с инфицированием с прошлых лет МБТ получила курс тест химиопрофилактики 2 –мя противотуберкулезными препаратами С 9лет 9 мес появились жалобы на боли в суставах, в животе, головные боли, затем отек, боли в суставах нижних конечностей. Госпитализирована в СПбПМА.

Объективно:

При поступлении состояние расценено как среднетяжелое. Обращала внимание бледность кожи с серым колоритом, воспалительные изменения в области суставов нижних конечностей, сопровождающиеся болью. Ограничением объема движений, нарушением походки. Живот увеличен в объеме, асцита нет. Размеры печени, селезенки не увеличены. Масса тела, 26.5 кг.

Клинический анализ крови

Гемоглобин	88	г/л
Эритроциты	4.09	10 ¹² /л
Цветовой показатель	0.66	
Ретикулоциты	19	%
Тромбоциты	670	10 ⁹ /л
Лейкоциты	9.8	10 ⁹ /л
Палочкоядерные	3	%
Сегментоядерные	62	%
Лимфоциты	25	%
Моноциты	9	%
Эозинофилы	1	%
СОЭ	17	мм/ч

Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Ед.измерения
Общий белок	49	г/л
Альбумины	32.9	%
Глобулины: α1	8.3	%
α2	17.8	%
β	16.8	%
γ	23.9	%
СРБ	11.1	
АЛТ	24.8	Ед/л
АСТ	34.1	Ед/л
Билирубин общий	3.5	Мкмоль/л
Сахар	4.65	Ммоль/л
Мочевина	4.03	Ммоль/л
Мочевая кислота	0.18	Ммоль/л
Креатинин	0.044	Ммоль/л
α -амилаза	60.5	Ед/л
Фибриноген	5.0	г/л
КФК	88.7	Ед/л
Кальций общий	2.0	Ммоль/л
Кальций ионизированный	1.12	Ммоль/л
Фосфор неорганический	1.56	Ммоль/л
Щелочная фосфатаза	374	Ед/л

Калий	4.8	Ммоль/л
Натрий	142	Ммоль/л
ЛДГ	238	Ед/л
Холестерин	3.3	Ммоль/л
Железо сыворотки	3.8	Ммоль/л
ОЖСС	30.2	Ммоль/л
Коэф насыщенности	12.6	
Своб. трансферрин	26.4	Ммоль/л
АСЛО	71	Ед/л

Анализы мочи

Уд. вес	сахар	белок	Лейк.	Эритроц.	слизь	бактерии	соли
1008	нет	нет	0-2	-	-	-	-

Посев мочи – стерилен.

Суточная потеря белка с мочой отр.

Развернутая реакция Видаля отр.

Церулоплазмин 140.0 мг\л (N 240-480)

Ферритин сыв. 29.7 нг\мл.

Иммунологическое исследование: АНЦА – отриц, АСЦА – отриц, РФ- отриц.

Анализ кала

Яйца глистов не обнаружены, соскоб на энтеробиоз отрицательный.

Реакция на сывороточный белок (+1)

Реакция на муцин (+2).

Кальпротектин фекальный 609 (100 и более результат положительный).

Копрограмма: детрит-3, непереваренная клетчатка-1, переваренная клетчатка-0-1, крахмал внеклеточный -0, крахмал внутриклеточный -0-1 , жирные кислоты-0-1, исчерченные мышечные волокна-, неисчерченные -,мыла – 0-1

УЗИ органов брюшной полости и почек Заключение: Эхопризнаки гепатомегалии. Свободной жидкости в брюшной полости и в малом тазу не определяется.

УЗИ щитовидной железы: Эхогенность – не изменена. Эхоструктура – неоднородная (гипоэхогенные участки). Общий объем: 2.2 см3. Железа уменьшена в объеме.

Электрокардиограмма

			QRS	0.06	"	RR	0.50	"
PQ	0.10	"	QT	0.27	"	ЧСС	120	уд/мин

Заключение: Синусовая тахикардия. Укорочение PQ.

Рентгенограммы - На рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции легочный рисунок усилен диффузно с обеих сторон за счет интерстициальных изменений. Размеры сердца не изменены.

При пассаже сульфата бария по кишечнику задержки продвижения контраста не определяется. Топика не нарушена.

На рентгенограммах коленных суставов в 2-х проекциях без костно-патологических изменений. Соотношение в суставах удовлетворительное. Суставные поверхности не изменены.

УЗИ голеностопных, тазобедренных суставов – без патологии

Эхокардиограмма с доплеровским анализом – без патологии.

Фиброзофагогастродуоденоскопия от 15.05.09 – нодулярный пангастрит. Поверхностный бульбит. Нодулярный дуоденит. НР(-).

ФКС от 13.05.09 – катаральный проктит.

ФВД- не изменена.

Офтальмолог- без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какой отдел кишечника поражен у данного ребенка
3. К какой группе заболеваний относится данная патология, проведите дифференциальную диагностику
4. Подходы к терапии, группы препаратов для лечения
5. Прогноз и план диспансерного наблюдения

Задача №5

Мальчик Алексей Б., 2 года 5 мес.

Поступил экстренно в связи с жалобами на остро возникшие боли в правой нижней конечности 2 дня назад.

Данные анамнеза:

Из анамнеза жизни: Мальчик от II беременности путём ЭКО, I родов на 30 неделе. Третий из тройни. Вес при рождении 1150 г, длина 31 см. ИВЛ 1-2 дня. БЦЖ – рубчик 4 мм. До 2-х лет наблюдался неврологом, ортопедом - со слов мамы без патологии, пульмонологом с диагнозом: БЛД. Наблюдался офтальмологом с диагнозом: ретинопатия.

Из анамнеза заболевания: В начале марта перенёс ротавирусную инфекцию, травмы отрицает. Осмотрен хирургом с выполнением Rg-графии ТБС, данных за хирургическую патологию не выявлено.

Данные осмотра:

Состояние по заболеванию средней степени тяжести. Самочувствие не нарушено. Ходит щадя правую ногу. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, носоглотка без острых катаральных явлений. Дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные, ясные. ЧСС 125 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезёнка не увеличены. Стул в норме (со слов), дизурии нет.

Локально: Суставы внешне не изменены. Движения в правом ТБС, в правом коленном суставах в полном объёме, ограничений нет, умеренно болезненны. В остальных группах суставов в полном объёме, безболезненные.

Анализ крови

Гемоглобин	117	г/л
Эритроциты	4,06	$10^{12}/л$
Гематокрит	0,346	
Тромбоциты	322	$10^9/л$
Лейкоциты	8,1	$10^9/л$
Палочкоядерные	1	%
Сегментоядерные	45	%
Лимфоциты	45	%
Моноциты	8	%
Эозинофилы	1	%
СОЭ	2	мм/ч

Биохимический анализ крови

Общий белок	69	г/л
Альбумины	65,6	г/л
α_1	3,4	%
α_2	11,4	%
β_1	6,3	%
β_2	3,8	%
Гамма	9,5	%
СРБ	отриц	г/л

АЛТ	21	Ед/л
АСТ	37	Ед/л
Билирубин общий	10,4	мкмоль\л
Сахар	4,37	ммоль\л
Мочевина	3,7	ммоль\л
Мочевая кислота	0,19	ммоль\л
Кальций общий	2,62	ммоль\л
Хлор	104	ммоль\л
Амилаза	45	ммоль\л
Щелочная фосфатаза	208	Ед/л
Калий	4,6	ммоль\л
Натрий	136	ммоль\л

Электрокардиограмма

			RS	Q	0	"	R	R	0,5	"
	P	0	"	Q	0	"	Ч		120	уд/м
Q	,12		T	,25		СС				ин

Заключение: Ритм синусовый.

Кровь на вирусологию

Показатель	Результат
Хламидия пневмонии IgM	0.15
Хламидия пневмонии IgM	отрицательный
Хламидия пневмонии IgG	2.41
Хламидия пневмонии IgG	отрицательный

Кровь на гепатит В,С Анти-НСV – не обнаружены, HBs Ag – не обнаружен

РНГА с кишечной группой – отриц.

Мазок из зева на флору и чувствительность: Str. viridians – Значительное количество, Neisseria spp-умеренное количество, Candida spp- незначительное количество, St.epidermidii-единичные.

Анализ мочи

Уд. вес	сахар	белок	Лейк.	Эритро.	слизь	бактерии	соли
1020	-	-	-	-	-	-	-

Яйца глистов и цисты простейших не обнаружены

УЗИ суставов в скрининговом режиме:

Тазобедренные: в правом лоцируется выпот (сепарация до 2мм), продуктивного компонента на момент исследования не выявлено. Левый- без особенностей.

Коленные: Выпота нет, гиалиновый хрящ с ровным четким контуром, неоднороден по возрасту. УЗ-признаков поврежденная связок и сухожилий не выявлено, УЗ-признаков энтезитов, тендинопатий не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Круг дифференциальной диагностики
3. Причины развития заболевания. Оцените риск развития хронического воспалительного заболевания суставов
4. Тактика ведения пациента и подходы к терапии
5. Прогноз и план диспансерного наблюдения

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Методы обследования больных (сбор анамнеза, осмотр, перкуссия, пальпация,

- аускультация).
2. Общая оценка рентгенограмм, УЗИ, КТ, МРТ костно-суставной системы
 3. Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации.
 4. Физические методы охлаждения при гипертермии.
 5. Проведение внутримышечных и подкожных инъекций.
 6. Проведение зондирования и промывания желудка.
 7. Измерение и оценка параметров артериального давления.
 8. Снятие и общая расшифровка ЭКГ.
 9. Проведение и оценка результатов функциональных проб с физической нагрузкой, клинортостатической пробы.
 10. Подготовка пациента к проведению эндоскопического исследования (ФГДС, ФКС).
Оценка результатов.
 11. Оценка общего анализа мочи.
 12. Оценка общего анализа крови.
 13. Оценка биохимического анализа крови.
 14. Оценка свертывающей системы крови.
 15. Показания к костномозговой пункции и трепанбиопсии. Оценка миелограммы.
 16. Забор материала от пациента для бактериологического исследования.
 17. Методика иммунофлюоресцентного анализа.
 18. Характеристика вакцин БЦЖ, АКДС, АДС-М, коревой, паротитной, против краснулы, гепатита В и др. Показания и противопоказания для вакцинации.

6.2.4. Тестовые задания

001. Частота ревматоидного артрита у жителей России
- а) 0.42-1%
 - б) 3%
 - в) 5%
 - г) 7%
 - д) 10%
002. Наиболее часто заболевают ревматоидным артритом в возрасте
- а) 10-20 лет
 - б) 20-50 лет
 - в) 50-60 лет
 - г) 60-65 лет
 - д) 65 лет и старше
003. Гипотетическими возбудителями ревматоидного артрита предполагаются все перечисленные, кроме
- а) вируса Эпштейна - Барра
 - б) вируса кори
 - в) вируса краснухи
 - г) вируса гепатита В
 - д) бета-гемолитического стрептококка группы А
004. Для развития ревматоидного артрита является ведущим
- а) генетическая предрасположенность
 - б) нейроэндокринные нарушения
 - в) энзимопатии
 - г) аутоиммунные нарушения
 - д) образование супероксидантных анионов (O, HO)
005. С тяжелым эрозивным серопозитивным ревматоидным артритом ассоциируются следующие антиген гистосовместимости
- а) HLA-B27

- б) HLA-DR4
 - в) HLA-A11
 - г) HLA-B35
 - д) HLA-B8
006. Возникновению ревматоидного артрита способствует повышение уровня
- а) эстрогенов
 - б) андрогенов
 - в) адреналина
 - г) паратгормона
 - д) тиреоидина
007. Из перечисленных клеток иммунной системы в первую очередь распознают неустановленный специфический антиген при ревматоидном артрите
- а) Т-хелперы
 - б) Т-супрессоры
 - в) Т-киллеры
 - г) моноциты/макрофаги
 - д) В-лимфоциты
008. Процессом, не имеющим решающего значения для развития иммунных (аутоиммунных) нарушений при ревматоидном артрите, является
- а) поступление в синовиальную полость антигена
 - б) поглощение макрофагом антигена
 - в) соединение обработанного макрофагом антигена с HLA-DR4
 - г) соединение антигена в комплексе с HLA-DR4 с Т-хелперами и Т-супрессорами
 - д) активирование интерлейкином-1 и интерлейкином-2 Т-лимфоцитов
 - е) феномены, связанные с патологией ядер
009. При развитии нарушений гуморального иммунитета при ревматоидном артрите отмечаются следующие изменения, кроме
- а) нарастания уровня иммуноглобулинов трех классов (А, М, G) в синовиальной жидкости
 - б) нарастания уровня иммуноглобулинов в сыворотке крови
 - в) повышения содержания в синовиальной мембране плазматических клеток
 - г) повышения содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови
 - д) выявления иммунных комплексов (IgРФ, IgРФ+комплемент) в синовиальной мембране и сосудах
 - е) появления антител к нативной ДНК
010. Иммунные комплексы влияют на все следующие звенья патогенеза, кроме
- а) активируют комплемент
 - б) повреждают лизосомальные мембраны нейтрофилов и макрофагов
 - в) способствуют высвобождению протеолитических ферментов
 - г) активируют систему свертывания
 - д) способствуют высвобождению простагландинов, токсических дериватов кислорода
 - е) все перечисленное
011. Из перечисленных ниже положений, касающихся патогенеза амилоидоза при ревматоидном артрите, верно все, за исключением одного
- а) длительная антигенная стимуляция
 - б) основной компонент амилоидных фибрилл - белок АА

- в) предшественник белка АА в крови - высокомолекулярный белок SAA, синтезируемый в печени
 - г) все перечисленное верно
 - д) все перечисленное неверно
012. Укажите рубрику из классификации ревматоидного артрита 1980 г. (в разделе "Клиническая характеристика ревматоидного артрита"), исключенную в классификации 1991 г.
- а) ревматоидный артрит (полиартрит, моно- или олигоартрит)
 - б) ревматоидный артрит с системными проявлениями
 - в) ревматоидный артрит в сочетании с остеоартрозом, диффузными болезнями соединительной ткани, ревматизмом
 - г) ювенильный ревматоидный артрит
013. Самым частым вариантом начала ревматоидного артрита является
- а) начало с продромальных явлений
 - б) начало без продромальных явлений
 - в) постепенное начало
 - г) подострое начало
 - д) острое начало
014. В начале ревматоидного артрита наиболее часто поражаются следующие суставы
- а) пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые
 - б) лучезапястные
 - в) коленные
 - г) шейный отдел позвоночника
 - д) локтевые
015. Наиболее типичным признаком деформации кисти при ревматоидном артрите является
- а) "рука с лорнетом"
 - б) ульнарная девиация
 - в) в виде "шеи лебедя"
 - г) в виде "бутоньерки"
 - д) в виде "молоткообразного пальца"
016. Общим проявлением ревматоидного и псориатического артритов при поражении стопы является
- а) вальгусное отклонение стопы
 - б) сосискообразные пальцы
 - в) Hallux valgus - вальгусное отклонение большого пальца стопы
 - г) синдром предплюсневого канала
017. Хирургическое лечение ревматоидного артрита при поражении коленных суставов имеет временный эффект в случае
- а) варусного отклонения
 - б) вальгусного отклонения
 - в) подколенной кисты Бейкера
 - г) сгибательной контрактуры
018. Для ревматоидного артрита наиболее характерно поражение
- а) шейного отдела позвоночника
 - б) грудного отдела позвоночника
 - в) поясничного отдела позвоночника
 - г) крестцового отдела позвоночника
 - д) крестцово-подвздошных сочленений
019. Поражение шейного отдела позвоночника при ревматоидном артрите

- проявляется всеми перечисленными ниже изменениями, кроме
- а) артритом межпозвоночных суставов
 - б) подвывихом шейных позвонков
 - в) слабостью в руках
 - г) костными анкилозами шейных позвонков
020. При увеличении у больного с ревматоидным артритом подмышечных лимфоузлов до размеров куриного яйца биопсия
- а) целесообразна
 - б) не целесообразна
021. Причина анемии при ревматоидном артрите
- а) дефицит железа в организме
 - б) аутоиммунный процесс
 - в) дефицит фолиевой кислоты
 - г) неизвестна
022. Ревматоидный артрит может сопровождаться всем перечисленным, за исключением
- а) дигитального артериита
 - б) геморрагической сыпи ("пальпируемой пурпуры")
 - в) изъязвления кожи голени
 - г) кольцевидной эритемы
023. Поражением нервной системы, встречающееся реже других при ревматоидном артрите, является
- а) двигательная нейропатия
 - б) сенсорная нейропатия
 - в) нарушение мозгового кровообращения, связанное с васкулитом головного мозга
 - г) острый некротизирующий артериит с неврологическими нарушениями
024. Для синдрома Фелти характерны
- 1) склерит
 - 2) синдром Рейно
 - 3) полисерозит
 - 4) кожный васкулит
 - 5) лейкопения
 - б) рецидивирующая инфекция
 - 7) альвеолит
- а) верно 1, 2, 3
 - б) верно 2, 3, 4
 - в) верно 2, 4, 5
 - г) верно 4, 5, 6
 - д) верно 4, 5, 7
025. Синдром Шегрена при ревматоидном артрите отличается от болезни Шегрена
- а) повышением частоты носительства HLA-B27
 - б) повышением частоты носительства HLA-DR4
 - в) положительный ревматоидный фактор
 - г) наличие антиядерных антител
 - д) положительный LE-клеточный тест
026. При ревматоидном артрите чаще всего встречается вторичный амилоидоз
- а) печени
 - б) кишечника
 - в) почек
 - г) надпочечников

- д) сердца
027. Уремия при амилоидозе почек у больных ревматоидным артритом развивается
- а) в течение года
 - б) в течение 1-5 лет
 - в) через 6 лет
 - г) через 7-10 лет
 - д) через 15 лет
028. Для суставного синдрома при серонегативном ревматоидном артрите характерны все перечисленные особенности, кроме
- а) начинается с поражения крупных суставов
 - б) быстро и рано в процесс вовлекаются суставы запястья
 - в) редко в процесс вовлекаются проксимальные межфаланговые и пястно-фаланговые кисти
 - г) часто поражается тазобедренный сустав с развитием асептического некроза
 - д) рентгенологически - преобладают анкилозирование над эрозивным процессом
 - е) часто выявляется двусторонний сакроилеит
029. Вариантами течения ревматоидного артрита являются
- а) медленно прогрессирующее течение
 - б) с длительными ремиссиями
 - в) со спонтанными ремиссиями
 - г) быстро прогрессирующее течение
 - д) все перечисленное
030. Ремиссия при ревматоидном артрите в результате беременности
- а) может наступить
 - б) не может наступить
031. Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является
- а) некротизирующий васкулит с вовлечением жизненно важных органов
 - б) поражение легких
 - в) подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга
 - г) уремия при вторичном амилоидозе почек
 - д) осложнения лекарственной терапии
032. Критериями Американской ревматологической ассоциации (1987), при наличии которых диагноз ревматоидного артрита достоверен, являются
- 1) утренняя скованность не менее 1 часа
 - 2) артрит 3 и более суставов
 - 3) артрит суставов кисти
 - 4) симметричный артрит
 - 5) ревматоидные узелки
 - б) наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови
 - 7) рентгенологические изменения
- а) верно 1, 5, 6, 7
 - б) верно 2, 5, 6, 4
 - в) верно 3, 4, 5, 7
 - г) верно 1, 2, 3, 4
 - д) верно 2, 4, 5, 6
033. Для диагностики ревматоидного артрита наиболее важным из лабораторных показателей является
- а) повышение СОЭ
 - б) повышение уровня α_2 -глобулина

- в) наличие в сыворотке крови С-реактивного белка
 - г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора
 - д) повышение в синовиальной жидкости количества лейкоцитов и снижение содержания глюкозы
034. О степени активности ревматоидного артрита можно судить по всем перечисленным изменениям, кроме
- а) лабораторных показателей активности
 - б) выраженности экссудативных изменений в суставах
 - в) наличия или отсутствия системных проявлений
 - г) температурной реакции организма
 - д) амилоидоза почек
035. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относятся
- 1) эпифизарный остеопороз
 - 2) сужение суставной щели
 - 3) кисты в костях
 - 4) узурация суставных поверхностей эпифиза
- а) верно 1, 2, 4
 - б) верно 1, 2, 3, 4
 - в) верно 3, 4
 - г) верно 1, 2, 3
 - д) верно 2, 3, 4
036. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются
- а) в локтевых суставах
 - б) в плечевых суставах
 - в) в проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах
 - г) в коленных суставах
 - д) в голеностопных суставах
037. Морфологическим признаком при биопсии синовиальной оболочки, определяющим правомочность диагноза ревматоидный артрит, является
- а) пролиферация синовиоцитов, фибробластов
 - б) лимфоцитарная, плазмноклеточная, макрофагальная инфильтрация
 - в) отложение фибрина
 - г) фибриноидный некроз
038. Синдром повышенной вязкости крови при ревматоидном артрите может проявиться всеми перечисленными признаками, за исключением
- а) вялости, сонливости
 - б) головной боли, головокружения
 - в) тромбоза вен глазного дна
 - г) сетчатого ливедо
 - д) ступора, комы
039. Разрыв мышечных сухожилий чаще всего встречается
- а) при реактивном артрите
 - б) при псориатическом артрите
 - в) при артрите, сопровождающим кишечные заболевания
 - г) при ревматоидном артрите
 - д) при анкилозирующем спондилоартрите
040. Для ревматоидного артрита не характерно
- а) подвывихи
 - б) анкилозы
 - в) бурситы

- г) "белая опухоль" коленного сустава
 - д) контрактуры
041. Признаком, характерным для ревматоидного артрита, является
- а) ахилоденция
 - б) талалгия
 - в) кератодермия
 - г) двусторонний сакроилеит (IV стадия)
 - д) симметричный артрит проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кисти
042. Из перечисленных видов клапанного поражения сердца наиболее характерным для ревматоидного артрита является
- а) недостаточность митрального клапана
 - б) митральный стеноз
 - в) сочетанный митральный порок
 - г) недостаточность аортального клапана
 - д) аортальный стеноз
043. Для ревматоидного артрита характерно
- а) начало заболевания после длительной физической нагрузки
 - б) поражение проксимальных межфаланговых суставов кистей
 - в) локализация в крупных или дистальных межфаланговых суставах
 - г) первичное изолированное поражение тазобедренных суставов
 - д) нормальная СОЭ
044. Диагностически важным для ревматоидного артрита признаком является
- а) артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
 - б) одновременное поражение суставов одного пальца
 - в) диффузный отек пальцев рук или ног в виде "сардельки"
 - г) сенсорная нейропатия
 - д) изменения ногтей (симптом наперстка)
045. Для ревматоидного артрита характерно
- а) 90% больных составляют мужчины
 - б) наличие HLA-B27
 - в) наличие синдесмофитов на рентгенограммах позвоночника
 - г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора
046. Все положения, касающиеся лечения ревматоидного артрита правильны, исключая
- а) лечение комплексное
 - б) лечение длительное, в течение многих месяцев и лет
 - в) лечение этапное (стационар, поликлиника, курорт)
 - г) лечение индивидуальное
 - д) лечение радикальное (вызывающее выздоровление)
047. Наиболее важным механизмом, обеспечивающим противовоспалительный, жаропонижающий и анальгетический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов, является
- а) подавление миграции макрофагов
 - б) снижение лизосомальной проницаемости
 - в) уменьшение сосудистой проницаемости
 - г) подавление синтеза простагландинов
 - д) ингибция супероксидных радикалов
048. Из перечисленных положений, касающихся нестероидных противовоспалительных препаратов, неверным является

- а) неспецифичность противовоспалительного действия
 - б) сочетание противовоспалительных, жаропонижающих и анальгетических свойств
 - в) быстрое выведение из организма
 - г) тормозящее влияние на синтез простагландинов
 - д) вызывают ремиссию
049. Из нижеуказанных препаратов только анальгетическими свойствами обладают
- а) индолные производные
 - б) салицилаты
 - в) фенаматы
 - г) производные фенилуксусной кислоты
050. Оптимальной суточной дозой, в которой применяется ацетилсалициловая кислоты, при ревматоидном артрите является
- а) 1 г
 - б) 2 г
 - в) 3-4 г
 - г) 6 г

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Ревматология [Электронный ресурс] / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416501.html>
2. Ревматология. Клинические лекции [Электронный ресурс] / под ред. проф. В.В. Бадюкина - М. : Литтерра, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501235.html>
3. Ревматология [Электронный ресурс] : клинические рекомендации / Под ред. С.Л. Насонова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.rosmedlib.ru/book/RML0311V3.html>
4. Российские клинические рекомендации. Ревматология [Электронный ресурс] / Е. Л. Насонов - М. : ГЭОТАР-Медиа, . - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442616.html>
5. Методы оценки воспалительной активности и эффективности терапии при спондилоартритах [Электронный ресурс] / Годзенко А.А., Корсакова Ю.Л., Бадюкин В.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970424582.html>
6. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний [Электронный ресурс] / Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т. и др. / Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова - М. : Литтерра, 2010. - (Рациональная фармакотерапия: Compendium). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785904090395.html>

Дополнительная литература:

1. Боли в суставах [Электронный ресурс] / Филоненко С.П., Якушин С.С - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970414972.html>
2. Остеопороз [Электронный ресурс] / под ред. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439869.html>
3. Ревматоидный артрит. Модуль / В.В. Бадюкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 - <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2199.html>
4. Системная красная волчанка. Модуль / С.С. Вахлярская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 - <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-0417.html>
5. Ювенильный идиопатический артрит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, современные подходы к терапии. Модуль / Е.С. Жолобова, А.В. Мелешкина, С.Н. Чебышева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 - <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-1531.html>

