

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

РЕВМАТОЛОГИЯ

Специальность 31.08.43 Нефрология
код, наименование

Кафедра: факультетской и поликлинической терапии

Форма обучения очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Ревматология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Ревматология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Ревматология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2 УК-3 УК-4 УК-5 ПК-1 ПК-2 ПК-5	Текущий	Раздел 1. Принципы диагностики и дифференциальный диагноз ревматологических заболеваний.	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Принципы лечения ревматологической патологии	Ситуационные задачи
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	тесты

4. Содержание оценочных средств текущего контроля.

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-5

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	001	

Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка Б., 34 лет, учитель младших классов, обратилась с жалобами на боли ноющего характера вдоль всего позвоночника, боли в нижней части спины, преимущественно в покое, в ночное время, несколько уменьшающиеся после физической нагрузки; утреннюю скованность в позвоночнике до двух часов; выраженные ограничения движений во всех отделах позвоночника.</p> <p>Анамнез заболевания: впервые боли в нижней части спины, преимущественно в покое, с иррадиацией в правую ягодичную область, появились около 5 лет назад. Обследовалась и лечилась у невролога. По компьютерной томографии выявлено усиление физиологического лордоза, признаки грыжи Шморля Th11 и Th12, признаки нестабильности на уровне L2-L5. Выражен артроз межпозвонковых суставов. Был выставлен диагноз спондилопатия. Принимала периодически нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), на фоне чего боли стихали, но возобновлялись после отмены препарата. Постепенно состояние позвоночника ухудшалось, стала отмечать утреннюю скованность в позвоночнике продолжительностью до двух часов, появились боли в грудном отделе позвоночника, нарастало ограничение подвижности в поясничном и грудном отделе позвоночника. При обследовании у ревматолога выявлен HLA B27-антиген, признаки двустороннего сакроилиита II стадии. В объективном статусе – ограничение подвижности грудного и поясничного отдела позвоночника – симптом Томайера 30 см, снижение экскурсии грудной клетки до 3 см; симптом Кушелевского положительный с обеих сторон; незначительное ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, АД 140/90 мм рт ст, ЧСС 80 уд в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.</p> <p>Наследственность отягощена по гипертонической болезни, у отца было заболевание позвоночника, по поводу которого к врачу не обращался, умер в 54 года от инфаркта миокарда. Пациентка курит 10 сигарет в день, алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез спокойный.</p> <p>Дополнительные методы обследования: Общий анализ крови: Hb 114 г/л, лейкоциты $7,6 \times 10^9$/л, п/я 1%, с/я 62%, эозинофилы 1%, моноциты 3%, лимфоциты 33%, СОЭ 25 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: светло желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1010, белок 0,6 г/л, сахар отр., лейкоциты 0-1-3 в п/зр., эпителий пл. 0-1-3 в п/зр, эритроциты 15-20 в поле зрения.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Анкилозирующий спондилит, развернутая стадия, двусторонний сакроилиит II стадия, с поражением почек (нефропатия неуточненная), HLA B27-антиген-позитивный, ФК II.

P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не выделены все клинические проявления
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
V	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании модифицированных Нью-Йоркских критериев: клинические критерии – боль в нижней части спины, уменьшающаяся после физических упражнений, но сохраняющаяся в покое (в течение более 3 месяцев); ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях;</p> <p>Рентгенологические критерии - признаки двустороннего сакроилиита II ст.</p> <p>Развернутая стадия устанавливается на основании рентгенологических признаков двустороннего сакроилиит второй стадии при отсутствии структурных изменений в позвоночнике в виде синдесмофитов.</p> <p>ФК II – сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность</p> <p>Для уточнения активности заболевания необходимо оценить индекс активности по шкале BASDAI.</p> <p>В связи с наличием в моче небольшого количества белка и эритроцитов установлен диагноз нефропатии, генез которой требует уточнения.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
V	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Для определения активности заболевания и эффективности терапии рекомендуется определять уровень СОЭ (по возможности методом Вестергрена, мм/ч) и СРБ (количественным методом, по возможности высокочувствительным, мг/л). При длительном назначении НПВП рекомендовано регулярно мониторировать безопасность лечения: общий анализ крови, аланин- и аспаратаминотрансминазы, гаммаглутамилтранспептидаза, эзофагогастродуоденоскопия, контроль артериального давления, функции почек (общий анализ мочи, мочевины, креатинин с расчетом скорости клубочковой фильтрации), числом тромбоцитов крови, при необходимости – исследование коагулограммы.</p> <p>Учитывая наличие в моче повышенного уровня белка, необходимо исследование мочи на суточную протеинурию, расчет СКФ, определение уровня мочевой кислоты в крови, липидного профиля, а также проведение УЗИ почек.</p> <p>Учитывая наличие изменений в мочевом осадке для уточнения генеза нефропатии необходимо исследование уровня иммуноглобулина А (клинически и по результатам анализа нельзя исключить IgA-нефропатию).</p> <p>В случае прогрессирования поражения почек, нормального уровня иммуноглобулина А, с целью исключения амилоидоза почек (меньше клинических данных) возможно проведение биопсии почек. Альтернативной проведения биопсии почек может служить окраска</p>

		слизистой прямой кишки или слизистой десны по конго-рот (окрашивание слизистой в красный цвет), а также биопсия слизистой толстой кишки или десны
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Опишите тактику ведения пациента с развернутой стадией АС умеренной степени активности, обоснуйте свой выбор.
Э	-	Немедикаментозное лечение: • Ежедневное выполнение пациентом специальных физических упражнений. Один или два раза в день в течение 30 мин должны проводиться дыхательная гимнастика и упражнения, направленные на поддержание достаточной амплитуды движений позвоночника (с акцентом на разгибательные движения), крупных суставов, а также на укрепление мышц спины. • показан регулярный массаж мышц спины и бальнеотерапия Медикаментозное лечение АС является единственным ревматическим заболеванием, при котором длительный прием НПВП патогенетически обоснован, высокоэффективен и не имеет альтернативы, кроме лечения иФНОα НПВП рекомендованы в качестве препаратов первой линии при наличии боли и скованности у пациентов АС. Рекомендовано назначать НПВП больному АС сразу после установления диагноза, независимо от стадии заболевания. Длительное применение НПВП при АС предпочтительнее коротких курсов в связи с возможной способностью НПВП предотвращать структурные изменения. Уменьшение частоты приема НПВП или отмена препарата возможна после достижения клинической (согласно индексу ASDAS), лабораторной и МРТ-ремиссии (полное исчезновение острых воспалительных изменений в позвоночнике, КПС и тазобедренных суставах) При неэффективности или неполной эффективности первого НПВП необходимо выполнить его замену на другой
P2	-	Описана верная тактика ведения пациента с АС умеренной степени активности. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения, однако выбор не обоснован.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме НПВП.

В	5	<i>При обследовании выявлен повышенный уровень иммуноглобулина А, креатинин в пределах нормы (80 мкмоль/л), в связи с чем высока вероятность IgA нефропатии у пациента с АС. Суточная протеинурия 0,9 г. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	<p>Тактика лечения больных IgA-нефропатией основывается на оценке риска прогрессирования с помощью клинико-лабораторных и морфологических критериев. К клинико-лабораторным критериям неблагоприятного прогноза при IgA-нефропатии относятся: снижение СКФ или повышение уровня креатинина в крови на момент установления диагноза или в течение заболевания; артериальная гипертензия на момент установления диагноза или в течение заболевания; персистирующая протеинурия ≥ 1 г/сут; мужской пол; старший возраст на момент начала заболевания; ожирение/дислипидемия; гиперурикемия.</p> <p>Больным с изолированной гематурией, а также с сочетанием гематурии с минимальной протеинурией ($< 0,5$ г/сут), нормальной СКФ и отсутствием АГ, лечение не показано. Эти пациенты должны находиться под наблюдением нефролога и раз в 6-12 месяцев проходить обследование (оценка протеинурии, уровня креатинина/СКФ, АД) для своевременного выявления показаний к началу терапии.</p> <p>При персистировании протеинурии $> 0,5$ г/сут показана нефропротективная терапия (ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента или блокаторами рецепторов ангиотензина II). Целевым следует считать АД $< 130/80$ мм рт. ст. для пациентов с протеинурией < 1 г/сут и АД $< 125/75$ мм рт. ст. при протеинурии > 1 г/сут.</p>
P2	-	Тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	002	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент Н, 45 лет, руководитель отдела продаж, обратился с жалобами на боли и припухлость правого голеностопного сустава.</p> <p>В анамнезе: острые приступы болей в I плюсне-фаланговом суставе (ПФС) обеих стоп около 10 лет. Сустав припухал, был красным, горячим. Приступы проходили сначала самостоятельно через 1-2 дня, затем на фоне приема диклофенака. Постепенно продолжительность приступов становилась длиннее – до 7-10 дней, а интервалы между ними короче. Кроме I ПФС отмечалось припухание левого коленного сустава, правого голеностопного сустава, был эпизод локтевого бурсита. Три года назад впервые установлен диагноз подагра, начал принимать аллопуринол, сначала нерегулярно, последние полгода ежедневно 200</p>

		<p>мг/сутки. В течение года появились и значительно увеличились в размерах подкожные образования в области локтевых суставов. В течение 3 лет дважды приступы почечной колики. Наблюдается у уролога. В последние два года отмечается нарастание уровня креатинина до 160 мкмоль/л.</p> <p>Из сопутствующей патологии – гипертоническая болезнь с умеренной артериальной гипертензией, получает лозап-плюс.</p> <p>Наследственность отягощена по сахарному диабету, гипертонической болезни со стороны матери. У отца была МКБ, гипертоническая болезнь.</p> <p>Объективно: гиперстеник. Рост 180 см, вес 110 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Тофусы на ушных раковинах, в области локтевых суставов. Вальгусная деформация I пальца обеих стоп. Правый голеностопный сустав припухший, красный, теплый на ощупь, объем движений в нем ограничен. Остальные суставы внешне не изменены, пальпация безболезненная, объем движений в них полный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд в мин, АД 150/100 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет ЧД 20 в 1 мин. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.</p> <p>Лабораторные анализы: в общем анализе крови – эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв 142 г/л, лейкоциты $5,7 \times 10^9/л$, (базофилы 1%, эозинофилы 1%, п/я 1%, с/я 64%, лимфоциты 23%, моноциты 9%), тромбоциты $190 \times 10^9/л$, СОЭ 21 мм/ч. В общем анализе мочи – удельный вес 1018, белок отр, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 2-3 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: мочевая кислота 480 мкмоль/л, креатинин 160 мкмоль/л, холестерин 6,8 ммоль/л, триглицериды 3,2 ммоль/л. С-РБ отрицательный.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Подагра, интермитирующее течение, обострение, тофусный вариант, с поражением почек (МКБ, ХБП СЗБ). Гипертоническая болезнь II стадия, неконтролируемая, риск 3. Целевое АД 130-140/70-79 мм рт ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно оценена стадия ХБП, не уточнен вариант течения подагры.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз подагры установлен на основании клинико-anamnestических данных – эпизоды моно-или олигоартрита, в том числе с локализацией в 1 ПФС стоп, голеностопного, локтевого суставов, эпизоды локтевого бурсита, формирование подкожных тофусов, гиперурикемия. В настоящее время обострение интермитирующего процесса, тк имеются признаки артрита. Тофусный вариант подагры установлен на основании наличия подкожных тофусов. Поражение почек представлено мочекаменной болезнью по данным анамнеза, лабораторными признаками нарушения выделительной функции почек (нарастание уровня креатинина). ХБП СЗБ установлена на основании расчета СКФ (мл/мин/1,73м²) по формуле по формуле СКD-EPI.</p>

P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
V	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение УЗ-исследование почек для оценки их состояния (размеры, эхоплотность, наличие эхопозитивных образований); определение биохимических анализов крови - глюкозы, печеночных ферментов, электролитов (калия, натрия); моча на микроальбуминурию; дообследование с целью уточнения состояния глазного дна (консультация офтальмолога), сердца (ЭХО-КГ для оценки состояния размеров полостей сердца и толщины стенок). Рентгенография стоп для оценки состояния пораженных суставов, исключения внутрикостных тофусов.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Определите целевой уровень мочевой кислоты у этого пациента. Напишите критерии эффективности антигиперурикемической терапии, оцените ее эффект в данном случае. При необходимости предложите вариант коррекции терапии.
Э	-	Целевой уровень мочевой кислоты у данного пациента менее 360 мкмоль/л. Эффективность антигиперурикемической терапии определяется нормализацией уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, уменьшением частоты приступов подагры, рассасыванием тофусов, отсутствием прогрессирования уrolитиаза. Получаемая урокозурическая терапия у данного пациента неэффективна по всем критериям. С целью ее оптимизации, учитывая наличие умеренной почечной недостаточности необходимо заменить аллопуринол на фебуксостат с подбором дозировки препарата до достижения целевых показателей мочевой кислоты. Кроме этого, возможно, использование антигипертензивных препаратов, обладающих дополнительным урикозурическим эффектом – лозаратан, амлодипин.
P2	-	Выбрана верная тактика антигиперурикемической терапии. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны верные препараты для достижения эффекта антигиперурикемической терапии, однако выбор не обоснован. или

		Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: тактика ведения пациента указана неправильно. Неправильно обозначен целевой уровень мочевого кислоты.
B	5	<i>Требуется ли коррекция антигипертензивная терапия? Обоснуйте Ваш выбор лекарственных препаратов для достижения целевых уровней АД.</i>
Э	-	Наличие у пациента подагры и гиперурикемии является противопоказанием для использования тиазидовых диуретиков, поэтому лозап плюс необходимо отменить. В качестве антигипертензивной терапии целесообразно использовать комбинацию ингибиторов АПФ (или блокаторов рецепторов к ангиотензину II) и дигидропиридиновых антагонистов кальциевых каналов. Данные препараты являются оптимальной комбинацией, оказывающей нефропротективное действие, дополнительный урикозурический эффект, метаболически нейтральные. Целевой уровень АД у данной категории пациентов 130-140/70-79 мм рт ст.
P2	-	Антигипертензивная тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика коррекции АД у пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента в плане коррекции АД выбрана полностью неверно.
H	003	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка Н., 28 лет, менеджер, обратилась с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, боли, скованность в мелких суставах кистей, запястий, похудание на 3 кг, выпадение волос, появление высыпаний на коже лица, в области «декольте», отеки нижних конечностей.</p> <p>Анамнез заболевания: месяц назад во время летнего отдыха на юге отметила появление эритемы на коже лица, декольте, за медицинской помощью не обращалась. Через 7-10 дней заметила интенсивное выпадение волос на голове, повышение температуры тела до 38°C без катаральных явлений. Лечилась самостоятельно парацетамолом с временным снижением температуры. Самочувствие ухудшалось, нарастала слабость, похудание, появились боли и скованность в суставах кистей, отечность стоп и голеней.</p> <p>Хронических заболеваний нет. Отмечает аллергическую реакцию на цитрусовые по типу крапивницы. Родители здоровы. Не замужем. Беременностей не было. Оперативные вмешательства отрицает.</p> <p>Объективно: астенического телосложения, рост 160 см, вес 50 кг. Температура тела 38,5° С. Кожные покровы бледные, на коже лица в области скуловых дуг и спинки носа - эритематозная сыпь. Пятнистая</p>

		<p>аллопеция на волосистой части головы без расчесов. Дефигурация проксимальных межфаланговых и пястнофаланговых суставов кистей за счет экссудативных изменений, при пальпации суставов – умеренная болезненность. Объем движений полный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 уд в мин, АД 140/100 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет ЧД 20 в 1 мин. Живот не увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Плотные отеки стоп, голеней.</p> <p>Лабораторные анализы: в общем анализе крови – эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$, Нв 100 г/л, лейкоциты $3,4 \times 10^9/л$, (базофилы 1%, эозинофилы 1%, п/я 6%, с/я 60%, лимфоциты 23%, моноциты 9%), тромбоциты $100 \times 10^9/л$, СОЭ 45 мм/ч. В общем анализе мочи – удельный вес 1018, белок 1,3 г/л, лейкоциты 15-18 в поле зрения, эритроциты 15-25 в поле зрения. Суточная протеинурия 4,2 г/сут. Биохимический анализ крови: общий белок 50 г/л, альбумин 23 г/л, креатинин 90 мкмоль/л, холестерин 8,3 ммоль/л, триглицериды 4,8 ммоль/л. С-РБ отрицательный.</p> <p>Иммунологические анализы: АТ к двуспиральной ДНК 230 МЕ/мл ($N < 20$ МЕ/мл), антинуклеарные антитела 5,7 ЕД/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Системная красная волчанка, дебют, очень высокая степень активности (SLEDAI 25 баллов), с поражением кожи (эритема лица, декольте, аллопеция, фотосенсибилизация), суставов (полиартрит), почек (люпус-нефрит с нефротическим синдромом), лейкопения, тромбоцитопения, повышение титра антител к ДНК, ANA, лихорадка. Артериальная гипертензия 1 степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно оценена степень активности СКВ, выделены не все клинические проявления
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании критериев СКВ ACR, 2019: высокий титр ANA в сочетании со следующими клинико-лабораторными проявлениями – лихорадка (2 балла), аллопеция (2 балла), артрит (6 баллов), лейкопения и тромбоцитопения (4 балла), протеинурия $\geq 0,5$ г/сут (4 балла), повышенный титр антител к двуспиральной ДНК (6 баллов). В сумме 24 балла (диагноз СКВ достоверен при сумме баллов ≥ 10). Индекс активности определен по шкале SLEDAI 2К, который равен 25 баллов, что соответствует очень высокой степени активности СКВ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно, не установлен индекс активности.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для оценки состояния клапанного аппарата сердца, размеров полостей сердца и толщины стенок,

		наличия лёгочной гипертензии, уточнение количество жидкости в перикарде; УЗ-исследование почек для оценки их состояния (размеры, эхоплотность); рентгенография органов грудной клетки для исключения жидкости в плевре, воспалительных изменений в легких; определение уровня электролитов (калия, натрия), комплемента С3, С4; С целью подтверждения волчаночного нефрита и уточнения его морфологической формы показано проведение биопсии почек.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препараты каких групп для лечения активного волчаночного нефрита с нефротическим синдромом в качестве индукционной терапии вы назначили бы пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Для индукционной терапии волчаночного нефрита используется циклофосфан (ЦФ) или мофетила микофенолат (ММФ). ЦФ назначается при развитии волчаночного нефрита по 1000 мг внутривенно ежемесячно в течение 6 месяцев или по 500 мг каждые 2 недели, до 6 инфузий. ММФ назначается в дозе 2-3 г в день в течение 6 месяцев. ЦФ и ММФ применяются в комбинации с пульс-терапией 6-метилпреднизолоном и последующим назначением глюкокортикоидов внутрь в дозе 0.5-1.0 мг/кг. Индукционная терапия проводится в течение 6 месяцев.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения СКВ очень высокой степени активности с поражением почек, суставов, панцитопенией, иммунологическими сдвигами. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения СКВ очень высокой степени активности с поражением почек, суставов, панцитопенией, иммунологическими сдвигами, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме ГКС и цитостатиков. Не указано возможное проведение ГИБТ при отсутствии эффекта от пульс-терапии.
B	5	После проведения курса программной пульс терапии метилпреднизолоном в сочетании с циклофосфаном достигнута положительная динамика в виде исчезновения белка в моче, отеков,

		нормализации уровня артериального давления и креатинина. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Э	-	После достижения эффекта на фоне индукционной терапии возможно переход на поддерживающую терапию азатиоприном в дозе 2 мг/кг в сутки, постепенное снижение дозы ГКС по схеме под контролем клинико-лабораторных показателей
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	004	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка С, 35 лет, обратилась с жалобами на появление эритематозных элементов на коже декольте.</p> <p>Анамнез заболевания: заболела 5 лет назад, когда через полгода после родов появились боли в коленных, локтевых, т/б суставов, отмечалось припухание коленных суставов, мелких суставов кистей, лихорадка до 38,5*С, стала отмечать выпадение волос. При обследовании выявлен высокий титр антител к ДНК (около 400 МЕ/л), положительные антинуклеарные антитела, лейкопения. Установлен диагноз СКВ. Консультирована ревматологом, назначен преднизолон 3 табл в сутки в сочетании с плаквенилом, на фоне чего суставной синдром и лихорадка купированы. Постепенно доза преднизолона снижена до 1½ табл, на данной дозе была в течение года. Через год после инсоляции появились боли в мышцах, выявлены изменения в моче в виде массивной протеинурии, в крови повышение уровня КФК общей до 450 мкмоль/л. Доза ГКС увеличена до 6 табл в сутки, начата пульс терапия 6-метилпреднизолоном (1000 мг №3) в сочетании с циклофосфаном 1000 мг. После третьего пульса отмечено значительное снижение уровня белка в моче, практически до полного исчезновения, начато снижение пероральной дозы ГКС. К четвертой госпитализации достигнута нормализация уровня антител к ДНК на фоне минимальной протеинурии, продолжено снижение дозы ГКС на фоне программной пульс-терапии. Через некоторое время при хороших анализах на дозе ГКС 3 таблетки у больной появились единичные элементы на коже лица и груди с небольшим зудом и шелушением. Постепенно достаточно быстрое нарастание площади поражения с элементами пузырей и мокнутием и последующим шелушением, в анализах появилась небольшая протеинурия. Консультирована дерматологом, диагностирована эритема Роуэлла. Проведена пульс-терапия ГКС с увеличением дозы ГКС внутрь до 6 таблеток, на фоне чего значительно улучшился кожный процесс, но окончательного купирования эритемы не произошло, сохранялись корочки на месте самых крупных пузырей. Назначен микофенолата мофетил 2000 г/сутки, на фоне чего кожа практически</p>

		<p>очистилась. Начала постепенно снижать дозу ГКС по ¼ табл в 3 недели, однако при достижении дозы ГКС 3 таблетки вновь появились элементы на коже.</p> <p>Объективно: нормостеник, рост 164 см, вес 56 кг. Температура тела 36,7° С. Кожные покровы обычной окраски, на коже декольте несколько округлых эритематозных образований с шелушением. Внешне суставы не изменены, пальпация их безболезненная, объем движений в суставах полный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд в мин, АД 130/80 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в 1 мин. Живот не увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.</p> <p>Лабораторные анализы: в общем анализе крови – эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв 121 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$, (базофилы 1%, эозинофилы 1%, п/я 3%, с/я 62%, лимфоциты 23%, моноциты 9%), тромбоциты $180 \times 10^9/л$, СОЭ 28 мм/ч. В общем анализе мочи удельный вес 1018, белок 0,8 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 3-5 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, креатинин 85 мкмоль/л, холестерин 5,2 ммоль/л, С-РБ отрицательный. Иммунологические анализы: АТ к двуспиральной ДНК 120 МЕ/мл (N < 20 МЕ/мл), антинуклеарные антитела 3,7 ЕД/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	СКВ, рецидивирующее-ремиттирующее течение, средняя степень активности (SLEDAI 2K 8 баллов), с поражением кожи (эритема кожи декольте, в анамнезе распространенная эритема Роуэлла, аллопеция), почек (нефрит с минимальным мочевым синдромом, ХБП С2), повышение титра антител к ДНК, ANA, в анамнезе поражение суставов (артрит), мышц (полимиозит), лейкопения.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно оценена степень активности СКВ, вписаны не все клинические проявления
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании критериев СКВ ACR, 2019: высокий титр ANA в сочетании со следующими клинико-лабораторными проявлениями – лихорадка (2 балла), поражение кожи (6 баллов), артрит (6 баллов), лейкопения (3 балла), протеинурия $\geq 0,5$ г/сут (4 балла), повышенный титр антител к двуспиральной ДНК (6 баллов). В сумме 27 баллов (диагноз СКВ достоверен при сумме баллов ≥ 10). Индекс активности определен по шкале SLEDAI 2K, который равен 8 баллов, что соответствует средней степени активности СКВ.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно, не установлен индекс активности.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Э	-	Пациентке рекомендовано: проведение ЭХО-КГ для оценки состояния клапанного аппарата сердца, размеров полостей сердца и толщины стенок, наличия лёгочной гипертензии, уточнение количество жидкости в перикарде; УЗ-исследование почек для оценки их состояния (размеры, эхоплотность); рентгенография органов грудной клетки для исключения жидкости в плевре, воспалительных изменений в легких; определение уровня электролитов (калия, натрия), комплемента С3, С4, анализ мочи на суточную протеинурию; С целью подтверждения волчаночного нефрита и уточнения его морфологической формы показано проведение биопсии почек.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	4	Препараты каких групп для лечения данной пациентки вы бы назначили. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Все пациентам с СКВ показано назначение препаратов гидроксихлорохина. Учитывая среднюю степень активности доза ГКС внутрь может составлять до 30 мг/сутки, в данном случае достаточно 4 таблетки в сутки. В связи с поражением кожи и почек целесообразно оставить в терапии микофенолата мофетил в дозе 2000 мг/сутки. Учитывая рецидивирующее поражение кожи, почек, высокий титр антител к ДНК, невозможность снизить дозу ГКС до поддерживающей, пациентке показано лечение таргетным препаратом белимумабом.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения СКВ средней степени активности с рецидивирующим поражением почек, кожи, иммунологическими сдвигами. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения СКВ средней степени активности с рецидивирующим поражением почек, кожи, иммунологическими сдвигами, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: названы любые другие группы лекарственных препаратов, кроме ГКС и цитостатиков. Не указано возможное проведение ГИБТ при отсутствии эффекта от лечения
В	5	<i>Через месяц после назначенного лечения отмечается положительная динамика в виде исчезновения белка в моче, кожных проявлений,</i>

		<i>нормализация титра антител к ДНК и ANA. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.</i>
Э	-	Оставить в лечении основные лекарственные средства: гидроксихлорохин, белимумаб, микофенолата мофетил. Возможно продолжить снижение дозы ГКС по схеме до поддерживающей 5-7,5 мг в сутки под контролем клинико-лабораторных показателей.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	005	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент К., 40 лет, обратился с жалобами на повышение температуры тела до 38*С, резкое похудание, боли в мышцах, особенно в икроножных мышцах, боли в коленных суставах, парестезии и боли в стопах в ночное время.</p> <p>В анамнезе: заболел около трех месяцев назад после инсоляции, когда появилась общая слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, стал отмечать боли в мышцах. Обследовался по месту жительства, исключали инфекцию легких, мочевыводящих путей, крови. Эмпирически проведен курс антибактериальной терапии без эффекта. Постепенно состояние ухудшилось, пациент похудел на 15 кг, усилились боли в мышцах, периодически боли в крупных суставах. Последнее время появилась папулопетехиальная пурпура на нижних конечностях, лихорадка до 38,5*С.</p> <p>Из перенесенных заболеваний – простудные, детские инфекции. Курит 10 сигарет в день. Наследственность отягощена по гипертонической болезни.</p> <p>Объективно: вес 53 кг, рост 178 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности, папулопетехиальная пурпура на нижних конечностях. Сетчатое ливедо на нижних и верхних конечностях. Суставы внешне не изменены, пальпация безболезненная, объем движений в них полный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд в мин, АД 140/95 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 16 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.</p> <p>Лабораторные анализы: в общем анализе крови – эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв 100 г/л, лейкоциты $14,0 \times 10^9/л$, (эозинофилы 5%, п/я 1%, с/я 75%, лимфоциты 14%, моноциты 5%), тромбоциты $450 \times 10^9/л$, СОЭ 30 мм/ч. Биохимический анализ крови: креатинин 110 мкмоль/л, АсАТ 25 ЕД/л, АлАТ 28 ЕД/л. С-РБ 5,2 мг/л. В общем анализе мочи – удельный вес</p>

		1018, белок 1,2 г/л, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты 5-7 в поле зрения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Узелковый полиартериит, подострое течение, активность III, с поражением кожи (папулопетехиальная пурпура, сетчатое ливедо), мышц (миалгии), почек, суставов (артралгии), нервной системы (полинейропатия нижних конечностей), лихорадка, снижение массы тела.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно установлена активность болезни, не вписаны все клинические проявления.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз узелкового полиартериита установлен на основании классификационных критериев Американской коллегии ревматологов. У пациента 6 признаков из 10 - похудение более 4 кг, наличие сетчатого ливедо, миалгии, боли в мышцах нижних конечностей, клинические признаки полинейропатии нижних конечностей, повышение диастолического АД более 90 мм рт ст, повышение уровня креатинина. Достоверный диагноз устанавливается при наличии у больного трех и более любых критериев.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических критериев не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: определение биохимических анализов крови - глюкозы, печеночных ферментов, мочевины, электролитов (калия, натрия), креатининфосфокиназы, коагулограммы, ферритина; моча на суточную протеинурию; исследование маркеров гепатитов В и С, ВИЧ, антинейтрофильные цитоплазматические антитела; проведение УЗ-исследования почек для оценки их состояния (размеры, эхоплотность, наличие эхопозитивных образований); для уточнения наличия полинейропатии показано проведение электронейромиографии нижних конечностей. Перед началом активной иммуносупрессивной терапии показано исключение инфекционного процесса – прокальцитониновый тест, посев крови, рентгенография органов грудной клетки, ЭХО-КГ (оценка состояния сердца, его размеров, клапанного аппарата, наличие вегетаций), УЗИ органов брюшной полости и почек, ФГДС. Наряду с клиническими данными для постановки диагноза УП, необходимо морфологическое подтверждение. Наиболее информативно гистологическое изучение биопсии кожно-мышечного лоскута. Для дифференциальной диагностики УП и микроскопического полиангиита показано проведение биопсии почек. При невозможности ее выполнения или при получении неспецифических результатов показана ангиография.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

		или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Укажите схему индукционной терапии у пациентов с высокой степенью активности заболевания при нарушении функции почек. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Для индукции ремиссии (4-6 мес) показано назначение преднизолона перорально в дозе 1 мг/кг/сутки в течение 4-х недель с последующим снижением дозы до 0,3 - 0,7 мг/кг в течение 6 - 8 недель. Преднизолон для перорального приема необходимо сочетать с пульс-терапией метилпреднизолоном 15 мг/кг/сутки в течение трех дней и циклофосфана в дозе 500-700 мг/м ² . Программная пульс-терапия проводится в течение 6 месяцев с последующим переходом на поддерживающую терапию при наличии эффекта от индукционной терапии.
P2	-	Выбрана верная тактика индукционной терапии. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны верные препараты для индукционной противовоспалительной терапии, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный: тактика ведения пациента указана неправильно.
B	5	<i>У пациента при обследовании выявлен положительный HBsAg. Требуется ли коррекция лечения?</i>
Э	-	При носительстве HBsAg ведение больных УП не отличается от такого у других пациентов. При обнаружении маркеров активной репликации вируса гепатита В показано назначение противовирусных препаратов (интерферон α и видарабин) в сочетании со средними дозами ГКС и повторными процедурами плазмафереза, в то время как применение высоких доз цитостатиков менее целесообразно.
P2	-	Тактика ведения пациента выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
H	006	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза

Ф	А/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Женщина, 28 лет, обратилась с жалобами на субфебрилитет в течение нескольких месяцев в вечернее время (37,2–37,4°С), похудение на 5 кг, общую слабость, снижение аппетита, слабость в мышцах верхних конечностей, онемение правой руки, онемение и зябкость пальцев кистей, головные боли, повышение АД.</p> <p>Из анамнеза известно, что заболела 3 года назад, когда появилось онемение в правой руке, периодически отмечались подъемы температуры до 38° С, постепенно появилась и усилилась общая слабость, снизился аппетит, появились онемение и зябкость пальцев, потеряла в весе 5 кг за полгода.</p> <p>Анамнез жизни. Изредка ОРЗ. 1 нормальные роды. Туберкулез, вирусный гепатит, сахарный диабет, аллергические реакции – отрицает</p> <p>При поступлении: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, питание снижено, астенического телосложения, кожа и видимые слизистые бледные, гипотермия пальцев кистей, лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены, молочные железы без изменений. Гипотрофия мышц конечностей. Частота дыхания 20 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости не расширены. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум над всей прекардиальной областью с максимумом над аортой, шум над подключичными артериями, брюшным отделом аорты. Выявлено отсутствие пульса на правой лучевой артерии, выраженное ослабление пульса на левой лучевой артерии. ЧСС=88 уд/мин. Верхние конечности: АДd 130/40 мм рт. ст. АДs 145/40 мм рт. ст.; нижние конечности: АД d 170/0 мм рт. ст. АДs 165/0 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги по правой срединноключичной линии. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 90/мин, преобладание потенциалов левого желудочка.</p> <p>ЭХО - КГ: аневризма восходящего отдела аорты 5,2 см, дуга аорты – 3,5 см, грудная аорта 1,8 см, аортальный стеноз относительный, ФВ 67%.</p> <p>Эхосонография почек и сосудов почек: правосторонний нефроптоз, признаки стенотического кровотока в почечных артериях.</p> <p>КТ-ангиография торакоабдоминального отдела аорты: КТ-признаки расширения среднего отдела восходящей аорты, диффузного утолщения стенки аорты и магистральных артерий, гемодинамически значимого стеноза правой позвоночной артерии (85-90%), гемодинамически значимого стеноза левой подключичной артерии (85%). КТ-картина может соответствовать аортоартерииту.</p> <p>Общий анализ крови: СОЭ 18 мм/ч, гемоглобин 104г/л, эритроциты - $4,0 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $8,4 \cdot 10^9$. СРБ - отрицательный, общий белок 75 г/л, альбумины: 36,8%, глобулины: α_1 - 2,7%, α_2 - 12,1%, β - 18,8%, γ - 29,6%, аланинаминотрансфераза 24, аспартатаминотрансфераза 33 Е/л, мочевины 5,4 ммоль/л, креатинин-50 мкмоль/л, глюкоза крови 3,8ммоль/л. Антитела к кардиолипину IgG+, IgM отсутствуют., антитела к ДНК отр, ANA отр, ANCA отр.</p>

		Общий анализ мочи: уд вес 1022 г/л, прозрачность умереная, белок 0,033 г/л, лейкоциты 3-5 в п/зр, эритроциты 0-1 п/зр., соли не обнаружены.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу), хроническая стадия, тип III: аневризма восходящего отдела аорты, стеноз правой позвоночной артерии (85-90%), стеноз левой подключичной артерии 85%, стеноз почечных артерий. Артериальная гипертензия 2 степени.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью – не выделены все проявления болезни, неправильно поставлена стадия и тип заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз неспецифического аортоартериита (синдром Такаясу) поставлен на основании следующих критериев: женский пол, возраст до 40 лет, клинической картины перемежающейся хромоты на верхних конечностях (слабость, онемение в правой руке), разнице систолического АД на верхней и нижней конечности более 10 мм рт. ст., наличие систолического шума над подключичными артериями и над брюшной аортой. Диагноз подтвержден данными инструментальными обследованиями (УЗДГ, КТ-ангиография). В клинике описаны характерные для системного васкулита общие конституциональные проявления: похудение, повышение температуры, общая слабость, снижение аппетита. Поражение почек выявляется при исследовании почечных сосудов (сужение почечных артерий), но длительное время может протекать практически бессимптомно. Изменения в ОАМ минимальны или отсутствуют. Ведущим симптом является стойкая вазоренальная гипертензия при развитии гемодинамически значимого стеноза почечных артерий. III тип поражения сосудов ставится на основании того, что патологический процесс в дуге аорты и ее ветвях сочетается с изменениями в брюшной аорте (вовлечение в процесс почечных артерий). Хроническая стадия заболевания ставится на основании отсутствия лабораторной активности (СОЭ -18 мм/ч, СРБ отр), сохраняется небольшой субфибрилитет. При этом в клинической картине на первый план выходят такие проявления, как слабость и онемение в руках, синдром перемежающейся «хромоты, при объективном осмотре выявлены снижение пульсации (слабый пульс на левой лучевой артерии) и отсутствие пульса на правой лучевой артерии, выявление при аускультации систолического шума при аускультации над подключичными артериями и брюшной аортой.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
Э	-	Рекомендуется исследование суточной протеинурии и анализ мочи на бакурию для исключения инфекции мочевыводящих путей, учитывая

		небольшую лейкоцитурию. Также необходимо проведение более развернутого общего анализа крови для уточнения характера анемии (микроцитарная? нормоцитарная?), а также исследование уровня железа и ферритина в сыворотке крови для исключения железодефицитной анемии, исследование электролитов сыворотки крови. Через 3 месяца от начала терапии повторное обследование: УЗДГ брахиоцефальных артерий, ЭХО-КГ, УЗДГ почечных артерий, КТ – ангиография торакоабдоминального отдела аорты для оценки эффективности терапии.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
V	4	Препараты каких групп вы назначите данной пациентке?
Э	-	Пациентке необходимо назначение ГКС-терапии в поддерживающей дозе, учитывая хроническую стадию заболевания: метилпреднизолон 3 т в сутки в сочетании с базисной терапией метотрексатом в дозе 15 мг в/м 1 раз в неделю. Комбинированная терапия позволяет использовать меньшие дозы ГКС, при этом повышается эффективность терапии, снижается вероятность побочных эффектов ГКС. При достижении эффективности терапии (уменьшение симптомов перемежающейся хромоты, уменьшение головных болей, нормализация температуры тела) рекомендовано снижение дозы метипреда по ¼ табл (1 мг) в 4 недели под контролем лабораторных показателей и клинической симптоматики, до минимальной дозы продолжение базисной терапии метотрексатом в прежней дозе 15 мг в неделю в/м длительно. Также пациентке необходимо назначение фолиевой кислоты, гастропротекторов (омепразол или пантопразол), в дозе 20-40 мг в сутки, назначение препаратов кальция с витамином Д для снижения риска развития стероидного остеопороза. При развитии побочных эффектов на фоне терапии метотрексатом возможен перевод пациентки на азатиоприн. При неэффективности терапии метотрексатом или азатиоприном – решение вопроса о назначении ГИБП (тоцилизумаб).
P2	-	Выбраны верные группы препаратов
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный
V	5	<i>Показано ли в данном случае хирургическое лечение?</i>
Э	-	Учитывая выраженный стеноз правой позвоночной артерии (85%), левой подключичной артерии (80%), стеноз почечных артерий, пациентка

		нуждается в консультации сосудистого хирурга в специализированном сосудистом центре для решения вопроса о проведении реконструктивной операции на сосудах.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	007	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у		<p>Мужчина, 65 лет, обратился с жалобами на одышку, общую слабость, субфебрилитет до 37,4, кашель, сопровождающийся болью в грудной клетке. Из анамнеза: около года назад появились общая слабость, повышение температуры тела до 37,4 в вечернее время, снижение аппетита. Похудел на 6 кг за последние 4 месяца. В течение последнего месяца появился и стал усиливаться кашель, который сопровождается незначительным кровохарканьем, появились периорбитальная отечность, отеки голеней и стоп, стал отмечать снижение диуреза.</p> <p>При осмотре: состояние средней тяжести. ИМТ – 21,4 кг/м². Кожные покровы чистые, бледные, цианоз слизистых оболочек, пастозность лица, отеки голеней и стоп, В легких дыхание жёсткое, в нижних отделах выслушиваются сухие и влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены (1 тон ослаблен), ритмичные. Тахикардия с ЧСС 96 ударов в мин., акцент II тона над проекцией лёгочной артерии, негромкий систолический шум. АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отечность голеней и стоп.</p> <p>В анализах: ОАК: гемоглобин -75 г/л, эритроциты -2,61*10¹², лейкоциты - 6,69*10⁹, нейтрофилы -78,1%, эозинофилы - 4,8%, моноциты -10,4, базофилы - 0,5%тромбоциты – 275*10⁹, СОЭ -45 мм/ч.</p> <p>Биохимия: СРБ -71 мг/л, мочевины -17,3 ммоль/л, креатинин – 460-598 мкмоль/л. Общий белок -60 г/л, альбумин -43%, мочевины -493 мкмоль/л, железо сыворотки крови -4,0 мкмоль/л, калий -5,02 ммоль/л, натрий -130 ммоль/л, РФ -72 МЕ/мл, антитела к ДНК отр, антитела к кардиолипину отр, АНА отр, ANCA не обнаружены. Коагулограмма: ПВ - 10,9, МНО -1,04, фибриноген -6,7 г/л, АЧТВ - 28,8.</p> <p>Уровень антител к базальной мембране клубочков более 200 ед/мл.</p> <p>ОАМ: белок -0,96 г/л, эритроциты -50 в мкл., лейкоциты -1 в мкл, отн. плотность -1008.</p> <p>Суточный белок в моче - 1,51 г в сутки.</p> <p>УЗИ почек: диффузные изменения паренхимы почек.</p>

		<p>ЭКГ: ритм синусовый, регулярный с ЧСС - 77 в мин. Вертикальная ЭОС. Умеренные изменения миокарда передне-боковых отделов.</p> <p>ЭХО-КС: дилатация правого предсердия, СДЛА -53 мм.рт.ст. Толщина стенок ЛЖ не увеличена, Диастолическая функция обоих желудочков не нарушена. Глобальная систолическая функция ЛЖ удовлетворительная. ФВ -58%. Фиброзные изменения АК и МК с регургитацией на них 0-1 и 2 ст. Умеренная легочная регургитация - на ТК -1-2 ст.</p> <p>МСКТ грудной клетки: признаки узелковых, нерезко выраженных линейных фиброзных изменений в обоих легких, атеросклероза аорты и коронарных артерий.</p> <p>ФВД: ЖЕЛ в пределах нормы, умеренные нарушения проходимости дыхательных путей на уровне средних значительные нарушения на уровне мелких бронхов. Нарушение ФВД по обструктивному типу.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		<p>О.З.: Синдром Гудпасчера с поражением почек (быстро прогрессирующий гломерулонефрит, ХБП 5) и легких (фиброзно-очаговые изменения с развитием легочной гипертензии).</p> <p>О.О.З: ХПН IV, анемия тяжелого течения смешанного генеза. Хроническое компенсированное легочное сердце.</p> <p>С.З: Гипертоническая болезнь III ст., неконтролируемая, риск 4.</p>
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		<p>Диагноз установлен на основании клинических признаков: сочетание легочной и почечной патологии (кашель с примесью крови, сопровождающийся болью в грудной клетке, кровохарканье, одышка, отеки голеней и стоп, пастозность лица, быстро прогрессирующее течение нефрита, с развитием почечной недостаточности), развитие анемии, резкое и быстрое нарастание уровня креатинина в сыворотке крови, повышение мочевины, выявление антител к базальной мембране клубочков более 200 ед/мл, характерные изменения в легких, выявлены при проведении КТ грудной клетки и по УЗИ почек, выявление легочной гипертензии при проведении ЭХО-КГ.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Необходимо исследование газового состава крови и проведение пульсоксиметрии, исследование общего холестерина, триглицеридов. Решение вопроса о проведении биопсии легких или почек.</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.
P0	-	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

В	4	Назначьте необходимые лекарственные препараты для лечения данного заболевания.
Э	-	<p>Учитывая высокую скорость нарастания креатинина и мочевины, рекомендовано начало ЗПТ методом острого диализа через временный сосудистый доступ на низкопоточном диализаторе. После подачи документов на диализную комиссию пациенту показано формирование постоянного сосудистого доступа для проведения программного гемодиализа.</p> <p>ГКС: пульс-терапия метипредом в течение 3-х дней 1000 мг в/в капельно, преднизолон, 6 т в сутки (3 т в 8 ч утра после еды, 3 т в 12 часов дня) после проведения пульс-терапии, циклофосфан, 600 мг в/в капельно 1 раз в месяц длительно (не менее 6-12 месяцев). При неэффективности терапии ГКС и циклофосфана – проведение плазмафереза. Плазмаферез проводится ежедневно в течение 14 дней или до полного исчезновения антител из крови.</p> <p>С гастропротективной целью – назначение пантопразола 40 мг в сутки длительно. С противоостеоперетической целью – препараты кальция с витамином Д.</p> <p>Лечение анемии: назначение эритропоэтина в дозе 2000 ЕД п/к 2-3 раза в неделю достижения целевого уровня гемоглобина 110 г/л, затем 2000 ЕД 1 раз в неделю в сочетании с препаратами железа, например феррум лек 100 мг, по 1 т 2 раза в сутки и фолиевой кислотой 1 т 2 раза в сутки длительно. При нормализации уровня антител к базальной мембране клубочков - решение вопроса о трансплантации почек.</p> <p>Назначение гипотензивной терапии: рамиприл, 10 мг, 1 т в сутки, амлодипин, 5 мг в сутки, метопролол, 50-100 мг в сутки под контролем ЧСС и АД, моксонидин, 0,4 1 т на ночь.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения. Выбор правильно обоснован.
P1	-	<p>Выбраны правильные группы препаратов для лечения, однако выбор не обоснован.</p> <p>или</p> <p>Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.</p>
P0	-	Ответ неверный
Н	008	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка Ж., 54 лет, предъявляет жалобы на истончение черт лица, плотный отек кистей, зябкость в кончиках пальцев кистей и стоп, синюшность пальцев кистей и стоп, боли в суставах, тугоподвижность в них, затруднение при глотании твердой пищи, появление изжоги, пастозность голеней и стоп, периорбитальную отечность.

		<p>Из анамнеза: в течение 10 лет синдрома Рейно при воздействии холода. Позднее появился плотный отек кистей, изменение черт и «маскообразность» лица, боли в суставах кистей, тугоподвижность с них, стала отмечать затруднение при глотании (прием твердой пищи), появление изжоги, пастозность голеней и стоп.</p> <p>При объективном осмотре: нормального телосложения, вес -56 кг, рост -160 см, ИМТ -22 кг/м², уплотнение кожи на кистях, маскообразность лица, «кисетный» рот. Отечность вокруг глаз. Множественные телеангиоэктазии на лице, передней грудной стенке. Цианоз кистей и стоп. Периферические л/у не пальпируются. При аускультации дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД — 17 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 80 в 1 мин. Пульс — 80 уд/мин удовлетворительного качества, правильный. АД 145/90 мм рт.ст. Пульсация на периферических артериях конечностей сохранена. Шумов на сонных артериях нет. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. Стул нерегулярный, оформленный, мочеиспускание свободное, безболезненное. Пастозность н/з голеней и стоп.</p> <p>В ОАК: гемоглобин -110 г/л, э-4,2*10¹², лейкоциты -6,7*10⁹, тромбоциты -340*10⁹, СОЭ -20 мм/ч.</p> <p>В ОАМ: цвет с/ж, уд вес -1015, реакция кислая, белок -0,075 г/л, эритроциты - 5-6 в п/з, лейкоциты -2-3 в п/з, бактерии отр.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий холестерин -5,6 ммоль/л, триглицериды -3,4 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л, мочевины -7,7 ммоль/л, антитела к ДНК -20 МЕ/мл, РФ -42 Ед/мл, антицентромерные антитела 1:160, глюкоза крови -4,8 ммоль/л, общий белок -65 г/л, альбумин -48 г/л.</p> <p>Антинуклеарные антитела — отр.; анти-ScL-70 — отр. Антицентромерные антитела 1:160.</p> <p>ФГДС - гипотония пищевода, рефлюкс-эзофагит 1-2 ст.</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, нормальное положение ЭОС</p>
В	1	Сформулируйте диагноз.
Э	-	Системная склеродермия, хроническое течение, лимитированная форма, стадия развернутых клинических проявлений, акт II с поражением кожи (склеродерма: отек кистей), лица («кисетный рот»), суставов (артралгии), сосудов (синдром Рейно), телеангиэктазии, ЖКТ (гипотония пищевода, рефлюкс-эзофагит 1-2 ст.), почек (хроническая склеродермическая нефропатия, ХБП С 3 а, ХПН 0), позитивность по антицентромерным антителам.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз ССД ставится на основании характерных клинических проявлений ССД: плотный отек кожи кистей и лица, дисфагии, появление изжоги, рефлюкс-эзофагита, артралгий, синдрома Рейно. Наличие в течение длительного времени у пациентки синдрома Рейно (10 лет) до клинической манифестации ССД, свидетельствует о хроническом течении заболевания. Отсутствие антител к Scl -70, отрицательные антинуклеарные антитела, а также ограниченный плотный отек кистей позволяют верифицировать

		<p>лимитированную форму системной склеродермии. Наличие позитивных антицентромерных антител говорит о благоприятном прогнозе и редком поражении внутренних органов. Особенно редким является поражение легких и развитие легочной артериальной гипертензии.</p> <p>Учитывая появление периорбитальных отеков, повышение уровня АД и изменений в общем анализе мочи в виде минимального мочевого синдрома (белок - 0,075 г/л, микрогематурия), отсутствие азотемии, можно говорить о благоприятно протекающей хронической склеродермической нефропатии.</p> <p>Риск развития одного из наиболее редко встречающегося поражения почек при ССД, но наиболее неблагоприятного в плане прогноза и высокой летальности (острая склеродермическая почка, склеродермический почечный криз) у данной пациентки минимальный, так как она страдает лимитированной формой ССД, нет антител к Scl-70.</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Данной пациентке необходимо проведение капилляроскопии для инструментального подтверждения синдрома Рейно, ЭХО-КГ для выявления изменений со стороны ССС (посмотреть уровень давления в легочной артерии, выявить признаки ГЛЖ, наличие или отсутствие систолической и диастолической дисфункции ЛЖ, оценить состояние клапанов сердца, аорты и т.д.</p> <p>Обязательным является проведения КТ грудной клетки, так как ССД - это заболевание, характеризующееся прогрессирующим системным склерозом, для оценки поражения легких. При выявлении изменений в легких – показано проведение спирографии (ФВД).</p> <p>Определить суточную протеинурию. Исследовать уровень электролитов в крови, газовый состав крови, мочевую кислоту, сывороточное железо и ферритин, АсАт, АлАт, общий билирубин, ГГТП, ЩФ для выявления органной недостаточности.</p> <p>Проведение УЗИ почек (уточнить состояние паренхимы, исключить МКБ, оценить размеры почек и т.д).</p>
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	<p>План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.</p> <p>или</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
P0	-	<p>Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
B	4	Назначьте необходимое лечение.
Э		<p>У данной пациентки – стадия развернутых клинических проявлений. Учитывая наличие синдрома Рейно показана сосудистая терапия</p>

		<p>пентоксифиллином (5 мг в 200 мл физ.р-ра) или реополиглюкином, 200 мг в/в капельно от 10 до 15 инфузий с последующим переводом пациентки на терапию пентоксифиллином per os до месяца. Проведение сосудистой терапии улучшает микроциркуляцию почечных артерий. Терапия проводится курсами 2 раза в год. Рекомендовано избегать переохлаждений. Показан прием амлодипина в дозе 5-10 мг в сутки под контролем уровня АД.</p> <p>Учитывая выявление поражения почек, минимальный мочевого синдром обосновано рназначение ГКС - метипред в минимальной дозе - 4 мг в сутки с оценкой динамики мочевого синдрома. С нефропротективной целью и антигипертензивной целью показано назначение ингибиторов АПФ под контролем уровня АД.</p> <p>Решение вопроса о назначении купренила, учитывая плотный отек кистей. Необходима длительная терапия препаратами кальция в сочетании с витаминами группы Д.</p> <p>Для лечения поражения ЖКТ (рефлюкс – эзофагит) - назначение ингибиторов протоновой помпы (омепразол) в сочетании с прокинетиками (домперидон, 10 мг 3 раза в сутки).</p> <p>Течение хронической склеродермичекой нефропатии благоприятное, редко приводит к развитию ХПН и прогрессированию ХБП.</p>
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения. Выбор правильно обоснован.
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный
H	009	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка Ф, 68 лет, страдает ревматоидным артритом 20 лет, в дебюте заболевания - высокая лабораторная активность заболевания в виде длительной скованности в пястно-фаланговых суставах, ПМФС кистей и стоп, коленных суставов. Особенностью течения заболевания была недостаточная эффективность базисной терапии, сохранение высокой лабораторной активности РА (СОЭ до 30 мм/ч, СРБ -48 мг/л) Пациентка получала базисную терапию метотрексатом 15 мг в неделю в сочетании с сульфасалазином 2 г (4 т в сутки) в течение 10 лет. В дебюте заболевания назначались ГКС -1 т метипреда, в дальнейшем пыталась по рекомендации врача-ревматолога постепенно снизить дозу метипреда до полной отмены, но на дозе ½ т в сутки наступало обострение суставного синдром, в связи с чем пациентке рекомендовано «оставаться» на 1 т метипреда. После 10 лет лечения метотрексатом в сочетании с сульфасалазином наступила</p>

		<p>вторичная неэффективность базисной терапии. В течение последующих 5 лет находилась на терапии препаратом аравой, на фоне которой сохранялась потребность в НПВП, по-прежнему принимала 4 мг метипреда. Спустя 5 лет в виду развития вторичной неэффективности аравы вновь пациентке назначен метотрексат. Учитывая выявленный при проведении УЗИ почек конкремент правой почки, сульфасалазин не назначался. На фоне терапии метотрексатом в дозе 15 мг в неделю – повышение уровня АсАт, алАт, в связи с чем дозу препарата снизили до 10 мг в неделю и пациентка находится на данной терапии 10 мг метотрексата по настоящее время, также она получает по-прежнему 4 мг метипреда и НПВП. В течение последних 3-х лет активность ревматоидного артрита снизилась, уменьшились синовиты мелких суставов кистей, утренняя скованность до 20- минут. После того, как уменьшились боли в суставах, пациентка стала реже посещать врача-ревматолога, с ее слов очень устала от «хождений по больницам», длительное время не контролировала анализы, так как переехала на постоянное место жительства за город. Однако в течение последнего года появились небольшая слабость, одышка при обычной физической нагрузке, периорбитальная отечность, пастозность голеней и стоп. 2 недели назад пациентка сдала контрольные анализы крови и мочи и обратилась к участковому терапевту.</p> <p>В анализах:</p> <p>В ОАК: гемоглобин -107 г/л, эритроциты $-3,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты $-9,6 \cdot 10^9$, тромбоциты $-180 \cdot 10^9$, СОЭ -40 мм/ч по Панченкову (не коррелирует с активностью РА в настоящее время).</p> <p>В ОАМ: прозрачность полная, уд вес -1009, эритроциты -3-4 в п/з, лейкоциты -0-1 в п/з, белок -1,5 г/л.</p> <p>Биохимический анализ крови: РФ -64 Ед/мл, СРБ -6 мг/л, калий -3,3 ммоль/л, натрий -127 ммоль/л, фибриноген -4,6 г/л, общий белок -55 г/л, альбумин -36%, $\alpha 1$-глобулины – 9%, $\alpha 1$-глобулины – 15%, γ-глобулины - 25%, креатинин -111 мкмоль/л, общий холестерин -5,8 ммоль/л, триглицериды -2,3 ммоль/л.</p> <p>Рентгенография кистей – РА III ст., эрозивный артрит.</p> <p>Рентгенография стоп – РА III ст.</p> <p>При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 26 кг/м² (вес -72 кг, рост -166 см). Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Небольшая периорбитальная отечность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы сердца расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 67 ударов в мин., АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени, выступает из-под края рёберной дуги на 3см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность нижних конечностей (голеней и стоп).</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и почек – визуализируются увеличенные уплотнённые почки (большие жировые почки).</p> <p>ЭКГ: ритм синусовый, регулярный с ЧСС -65 в минуту, отклонение ЭОС влево, диффузное нарушение процессов реполяризации, инверсия зубца Т в 4,5,6 грудных отведениях.</p> <p>Индекс активности DAS -28 -3,2</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	ОЗ:Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя клиническая стадия, акт 1, эрозивный, ст. III, ФК III. АЦЦП не исследованы. ООЗ: Вторичный амилоидоз почек, протеинурическая стадия, ХБП С 3 б (скорость клубочковой фильтрации 44 мл/мин), ХПН 1.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указаны в полном объеме
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз вторичного амилоидоза установлен на основании того, что пациентка длительно страдает ревматоидным артритом с высокой лабораторной активностью, неэффективностью базисной терапии, что является фактором риска развития вторичного амилоидоза. Ускорение СОЭ в ОАК также свидетельствует именно об амилоидозе, так как отсутствует корреляция с клинической активностью РА (в последнее время пациентка отмечает уменьшение выраженности симптомов РА). Наличие протеинурии до 1,5 г/л при отсутствии значимой гематурии и лейкоцитурии, а также сниженный удельный вес также свидетельствуют в пользу амилоидоза. В крови - выявлено снижение общего белка, снижение уровня альбумина, повышение альфа и гаммаглобулинов наряду с гиперфибринемией также заставляют думать в пользу амилоидоза. Также у пациентки – снижение уровня калия и натрия в крови. Протеинурическая стадия ставится на основании длительности РА, выявлении протеинурии более 1,5 г в разовой порции мочи, а также именно на этой стадии отмечается уменьшение проявлений основного заболевания (клинически), но нарастает общая слабость, сохраняется стойкое повышение СОЭ, не коррелирующее с активностью заболевания.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	Пациенту рекомендовано: проведение биопсии почек. Альтернативной проведения биопсии почек может служить окраска слизистой прямой кишки или слизистой десны по Конго-рот (окрашивание слизистой в красный цвет), а также биопсия слизистой толстой кишки или десны. Исследование крови: реакция связывания комплемента с сывороткой крови больных. В качестве антигена используется амилоидный белок. Необходимо выполнить анализ мочи на определение суточной протеинурии. Пациентке также необходимо проведение ЭХО-КГ (уточнить ФВ, измерить ТМЖП, выявить наличие диастолической дисфункции). Исследование уровня АсАт, АлАт, общего билирубина, ГГТП, ЩФ, мочевой кислоты и мочевины для уточнения функции печени. А также исследование сывороточного железа и ферритина для уточнения характера анемии (исключить железодефицитную анемию), которая часто выявляется при почечной патологии.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования.

		или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Назначьте необходимые лекарственные препараты для лечения почечной патологии. Скорректируйте лечение ревматоидного артрита у данной пациентки, учитывая сопутствующую патологию почек. У каких специалистов должна наблюдаться данная пациентка. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Пациентке необходимо соблюдение диеты. Диета: N 7. Сбалансированное, адекватное введение белка (1,5-2г/кг), калораж по возрасту, при наличии отеков и АГ – ограничение употребления натрия хлорид (поваренной соли) < 1-2г/сут. Мониторинг уровня протеинурии по тест-полоскам 1 раз в 1-2 недели, регулярное измерение АД. При нарастании протеинурии (рецидиве) определение протеин/креатининового коэффициента (для расчета суточной протеинурии) и коррекция патогенетической терапии. Дозированная физическая активность, здоровый образ жизни, отказ от курения и от приема алкоголя; Медикаментозная терапия амилоидоза при ревматоидном артрите включает в себя назначение 1,5% -5% р-ра димексида внутрь. По 1 чайной ложке разводить в 30 мл фруктового сока в 30 мл фруктового сока длительно. Для коррекции АГ и поддержания цифра АД менее 120/80 использовать ингибиторы АПФ -рамиприл, 5-10 мг в сутки или периндоприл, 5-10 мг в сутки. При сохранении отечного синдрома – разгрузка диуретиками «по потребности» -торасемид -10 мг в сутки. Необходима коррекция терапии РА. НПВП в таблетках и уколах использовать нежелательно, только в виде мазей или пластырей, в связи с их нефротоксичным действием. Необходимо продолжить терапию 4 мг метипреда. Метотрексат необходимо отменить, учитывая его нефротоксичность. Пациентку необходимо перевести на прием плаквенила (гидроксихлорохина) в дозе 400 мг (2 т в сутки) с оценкой переносимости препарата, влиянием его на активность РА. Гидроксихлорохин прописан в рекомендациях для лечения амилоидоза. При неэффективности гидроксихлорохина в отношении РА – решение вопроса о терапии лефлунамидом (арава или элафра). В дальнейшем рекомендуется направить к главному ревматологу города (области) для решения вопроса о назначении пациентки ГИБП, которая будет направлена как на подавление активности РА, так и доказана эффективность таких препаратов, как ингибиторы ФНО-альфа в отношении замедления прогрессирования амилоидоза почек у больных РА.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения. Выбор правильно обоснован.

P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный:
H	010	
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациентов при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек с целью постановки диагноза
Ф	A/02.8	Назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ревматических заболеваний с поражением почек, контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Мужчина, 43 лет, обратился к врачу с жалобами на боли, выраженные синовиты 2,3 ПФС, ПМФС кистей, выраженное ограничение объема движений в них, длительную (в течение всего дня) утреннюю скованность в кистях, стопах и плечевых суставах. Также пациент предъявляет жалобы на снижение массы тела на 6 кг за последние 3 месяца, повышение температуры в утренние часы до 37,3. До обращения к врачу принимал НПВП (диклофенак) для уменьшения боли и снижения температуры. Эффект от приема НПВП минимальный. НПВП принимает неежедневно (старается «терпеть боль»), 3-4 раза в неделю на протяжении последнего месяца. В последнее время появилась головная боль, АД не измерял.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент перенёс ОРВИ около 6 месяцев назад с большим подъёмом температуры, выраженными миалгиями и артралгиями. Через 1,5 месяца после перенесенного ОРВИ появились артралгии в кистях, выраженность которых постепенно начала нарастать, присоединились боли в стопах, плечевых суставах, появилась утренняя скованность, длительность которой постепенно нарастает (от 30 минут в самом начале заболевания до 2-х часов, а потом скованность стала сохраняться в течение дня), появились синовиты 2,3 ПФС кистей, присоединились боли в стопах, плечевых суставах, ограничение объема движений в них. Не курит, алкоголем не злоупотребляет (со слов больного), какие-либо заболевания отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес -80 кг, рост 187 см, ИМТ – 22,8 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС -78 ударов в минуту. АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, размеры по Курлову: 10*9*8. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отеков нет.</p> <p>St.localis: синовиты 2,3 ПФС кистей и 2,3 ПМФС кистей с обеих сторон, положительный симптом «сжатия» в кистях и стопах, болезненность при пальпации плечевых суставов и ограничение объема движений в них. У локтевых суставов – пальпируются подкожные образования, б/болезненные, не спаянные с кожей.</p> <p>В анализах: ОАК: гемоглобин – 136 г/л, эритроциты -4,5 *10¹², лейкоциты - 8,3 *10⁹, тромбоциты -260*10⁹, СОЭ -48 мм/ч.</p>

		<p>В ОАМ: цвет – с/желтый, уд вес -1012, белок - 1 г/л, эритроциты -30-40 в п/з, лейкоциты -0-1 в п/з</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, АЛАТ-50 ммоль/л., АСАТ-45 ммоль/л, РФ -260 Ед/мл, СРБ -120 г/л, креатинин -130 мкмоль/л, общий белок – 60 г/л.</p> <p>Das 28 -6,45</p> <p>УЗИ почек: определяется повышенная эхогенность коркового вещества почек, синдром гипозоногенных пирамид, нарушение кортико-медуллярной дифференцировки.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Ревматоидный артрит, серопозитивный, очень ранняя стадия, акт 3, рентгенологическая ? (стадия требует уточнения), с внесуставными проявлениями (ревматоидные узелки, гломерулонефрит, гематурическая форма, синдром артериальной гипертензии, ХПН 1 ст, ХБП С 3 а), ФК III, АЦЦП не исследованы.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью:
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз установлен на основании данных анамнеза (перенес ОРВИ после которой появился суставной синдром с длительной утренней скованностью, синовитами и ограничением объема движений в суставах). Выявление в крови РФ и подкожных РУ подтверждает диагноз серопозитивного РА. Высокий уровень индекса ДАС -28 -6,3 свидетельствуют о высокой клинической активности РА. Наличие РУ подтверждает системные проявления РА. Поэтому изменения, выявленные в ОАМ, а именно: гематурия, протеинурия, наряду с повышением уровня креатинина в сыворотке крови, а также повышение уровня АД, засиавляют нас верифицировать данные изменения, как системные (внесуставные проявления РА), к которым относятся хронический гломерулонефрит. Учитывая умеренную протуеринурию, гематурию и повышение уровня АД можно думать о гематурической клинической форме нефрита). Но диагноз требует уточнения.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	-	<p>Пациенту рекомендовано: исследование уровня АЦЦП, проведение рентгенографии кистей и стоп для установления рентгенологической стадии РА.</p> <p>Исследовать суточную протеинурию.</p> <p>Выполнить анализ крови на Калий, натрий, мочевую кислоту, исследовать фракции общего белка.</p> <p>Учитывая небольшую протеинурию, скорость клубочковой фильтрации более 50 мл/мин, проведение биопсии в ближайшее время не показано. Необходимо назначить терапию и посмотреть в динамике за уровнем</p>

		протеинурии, АД, уровня креатинина в сыворотке крови. В случае прогрессирования протеинурии на фоне терапии, сохранении активности РА – решение вопроса о проведении биопсии. При ревматоидном артрите чаще всего определяется мезангиально-пролиферативный гломерулонефрит или мембранозная нефропатия.
P2	-	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	-	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования. или Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	4	Препараты каких групп для лечения ревматоидного артрита и его системных проявлений вы будете рекомендовать пациенту. Обоснуйте свой выбор.
Э	-	Учитывая высокую активность РА с системными проявлениями и поражение почек по типу гломерулонефрита показано проведение пульс-терапии ГКС (дексаметазон в дозе 60 мг в/в капельно в течение 3-х дней или метипред в дозе 250 мг в/в капельно в течение 3-х дней. Данная доза ГКС является умеренной, так как выраженность протеинурии не более 1 г, а также скорость клубочковой фильтрации более 50 мл/мин. После завершения курса пульс-терапии пациенту необходимо назначит ГКС внутрь до стабилизации протеинурии и снижения активности РА, например, метпред, 4 т (20мг) в сутки с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей. Также необходимо добавление к метипреду (преднизолону) азатиоприна в дозе 100 мг (2 т) в сутки. Комбинация ГКС с азатиоприном позволяет быстрее снизить дозу ГКС, что уменьшит риск побочных эффектов ГКС, а также азатиоприн позволит снизить активность ревматоидного артрита. При снижении или полном отсутствии протеинурии, но сохранении активности РА –решение вопроса о переводе пациента на лефлюнамид. Метотрексат не показан, учитывая поражение почек. При неэффективности базисной терапии, сохранении высокой клинической и лабораторной активности РА, сохранении протеинурии, снижения скорости клубочковой фильтрации менее 50 мл/мин – решение вопроса о назначении ГИБП.
P2	-	Выбраны верные группы препаратов для лечения
P1	-	Выбраны правильные группы препаратов для лечения системных проявлений РА, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
P0	-	Ответ неверный:
H	-	001 Поражение почек при ревматоидном артрите
Ф		
Ф		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка Ф, 68 лет, страдает ревматоидным артритом 20 лет, в дебюте заболевания - высокая лабораторная активность заболевания в виде длительной скованности в пястно-фаланговых суставах, ПМФС кистей и стоп, коленных суставов. Особенностью течения заболевания была недостаточная эффективность базисной терапии, сохранение высокой лабораторной активности РА (СОЭ до 30 мм/ч, СРБ -48 мг/л) Пациентка получала базисную терапию метотрексатом 15 мг в неделю в сочетании с сульфасалазином 2 г (4 г в сутки) в течение 10 лет. В дебюте заболевания назначались ГКС -1 т метипреда, в дальнейшем пыталась по рекомендации врача-ревматолога постепенно снизить дозу метипреда до полной отмены, но на дозе ½ т в сутки наступало обострение суставного синдрома, в связи с чем пациентке рекомендовано «оставаться» на 1 т метипреда. После 10 лет лечения метотрексатом в сочетании с сульфасалазином наступила вторичная неэффективность базисной терапии. В течение последующих 5 лет находилась на терапии препаратом аравой, на фоне которой сохранялась потребность в НПВП, по-прежнему принимала 4 мг метипреда. Спустя 5 лет в виду развития вторичной неэффективности аравы вновь пациентке назначен метотрексат. Учитывая выявленный при проведении УЗИ почек конкремент правой почки, сульфасалазин не назначался. На фоне терапии метотрексатом в дозе 15 мг в неделю – повышение уровня АсАт, алАт, в связи с чем дозу препарата снизили до 10 мг в неделю и пациентка находится на данной терапии 10 мг метотрексата по настоящее время, также она получает по-прежнему 4 мг метипреда и НПВП. В течение последних 3-х лет активность ревматоидного артрита снизилась, уменьшились синовиты мелких суставов кистей, утренняя скованность до 20- минут. После того, как уменьшились боли в суставах, пациентка стала реже посещать врача-ревматолога, с ее слов очень устала от «хождений по больницам», длительное время не контролировала анализы, так как переехала на постоянное место жительства за город. Однако в течение последнего года появились небольшая слабость, одышка при обычной физической нагрузке, периорбитальная отечность, пастозность голеней и стоп. 2 недели назад пациентка сдала контрольные анализы крови и мочи и обратилась к участковому терапевту.</p> <p>В анализах:</p> <p>В ОАК: гемоглобин -107 г/л, эритроциты -$3,8 \cdot 10^{12}$, лейкоциты -$9,6 \cdot 10^9$, тромбоциты -$180 \cdot 10^9$, СОЭ -40 мм/ч по Панченкову (не коррелирует с активностью РА в настоящее время).</p> <p>В ОАМ: прозрачность полная, уд вес -1009, эритроциты -3-4 в п/з, лейкоциты -0-1 в п/з, белок -1,5 г/л.</p> <p>Биохимический анализ крови: РФ -64 Ед/мл, СРБ -6 мг/л, калий -3,3 ммоль/л, натрий -127 ммоль/л, фибриноген -4,6 г/л, общий белок -55 г/л, альбумин -36%, α1-глобулины – 9%, α1-глобулины – 15%, γ-глобулины - 25%, креатинин -111 мкмоль/л, общий холестерин -5,8 ммоль/л, триглицериды -2,3 ммоль/л.</p> <p>Рентгенография кистей – РА III ст., эрозивный артрит.</p> <p>Рентгенография стоп – РА III ст.</p> <p>При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 26 кг/м² (вес -72 кг, рост -166 см). Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Небольшая периорбитальная отечность. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Границы сердца расширены в поперечнике. Тоны</p>

		сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 67 ударов в мин., АД – 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Пальпируется мягкий безболезненный край печени, выступает из-под края рёберной дуги на 3см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность нижних конечностей (голеней и стоп). УЗИ органов брюшной полости и почек – визуализируются увеличенные уплотнённые почки (большие жировые почки). ЭКГ: ритм синусовый, регулярный с ЧСС -65 в минуту, отклонение ЭОС влево, диффузное нарушение процессов реполяризации, инверсия зубца Т в 4,5,6 грудных отведениях. Индекс активности DAS -28 -3,2
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ОЗ:Ревматоидный артрит, серопозитивный, поздняя клиническая стадия, акт 1, эрозивный, ст. III, ФК III. АЦЦП не исследованы. ООЗ: Вторичный амилоидоз почек, протеинурическая стадия, ХБП С 3 б (скорость клубочковой фильтрации 44 мл/мин), ХПН 1.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета..

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 тестовые задания зачету по дисциплине «Ревматология» для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, , ПК-1, ПК-2, ПК-5

Раздел 1. Принципы диагностики и дифференциальный диагноз ревматологических заболеваний. тестовых

Тестовые задания с вариантами ответов	
1.	ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК: А. изолированный мочевого синдром с незначительной протеинурией Б. мочевого синдром с нестойкой артериальной гипертензией В. диффузный гломерулонефрит с синдромом злокачественной артериальной гипертензии Г. нефротический синдром Д. амилоидоз
2.	ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ: А. повышение уровня СРБ в сыворотке крови Б. повышение титров РФ в сыворотке крови В. Выявление антинуклеарных антител в сыворотке крови Г. Выявление лейкопении Д. выявление протеинурии
3.	РАЗВИТИЕ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ОБУСЛОВЛЕНО ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ: А. клубочков Б. канальцев В. артериол Г. чашечно-лоханочной системы
4.	К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

<p>А. быстрое снижение массы тела Б. поражение сосудов мелкого калибра В. боли в яичках Г. повышение уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови</p>
<p>5. КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА: А. системная красная волчанка Б. узелковый полиартериит В. ревматоидный артрит Г. анкилозирующий спондилит (Болезнь Бехтерева)</p>
<p>6. КАКИЕ ПРОЦЕССЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В СОСУДАХ, ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ? А. разрушение стенки сосудов и повреждение эндотелия Б. кровоизлияние в ткани В. тромбоз сосудов Г. ишемические повреждения тканей Д. инфильтрация стенки сосудов клетками воспаления</p>
<p>7. КАКОЙ ПРИНЦИП ПОЛОЖЕН В ОСНОВУ КЛАССИФИКАЦИИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ? А. характер иммунологических особенностей патогенеза Б. характер органных поражений В. причина возникновения Г. калибр пораженных сосудов Д. степень активности воспаления</p>
<p>8. КАКОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВАСКУЛИТОВ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ МЕЛКОГО КАЛИБРА, КОЖИ, ЛЕГКИХ, ПОЧЕК? А. иммунокомплексный Б. образование органоспецифических аутоантител В. образование антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) Г. образование антинуклеарного фактора (АНФ) Д. образование ревматоидного фактора (РФ)</p>
<p>9. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ: А. хронический гломерулонефрит Б. IgA-нефропатия В. почечный васкулит Г. амилоидоз почек</p>
<p>10. К ПОРАЖЕНИЮ ПОЧЕК ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) ОТНОСИТСЯ: А. хронический гломерулонефрит Б. IgA-нефропатия В. почечный васкулит Г. быстро прогрессирующий нефрит</p>
<p>11. ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПОДАГРЫ НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ: А. СРБ Б. креатинина В. мочевой кислоты Г. РФ</p>
<p>12. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ОСТРОЙ НЕФРОПАТИИ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ВНЕЗАПНОМУ ПОЧЕЧНОМУ КРИЗУ</p>

<p>А. ревматоидный артрит Б. системная красная волчанка С. неспецифический аортоартериит Д. системная склеродермия</p>
<p>13. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК НАБЛЮДАЕТСЯ КРОВОХАРКАНИЕ? А. Системная склеродермия Б. Синдром Гудпасчера В. Волчаночный нефрит Г. Синдром Чарджа-Стросса Д. Болезнь Фабри</p>
<p>14. ПРИ КАКОМ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ВСТРЕЧАЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РЕДКО: А. узелковый периартериит Б. Ревматоидный артрит В. Грануломатоз Вегенера Г. Системная красная волчанка Д. неспецифический аортоартериит</p>
<p>15. МЕМБРАНОЗНО-ПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ: А. системной красной волчанке Б. Гранулематозе Вегенера В. Болезни Бехтерева Г. Подагре Д. неспецифическом аортоартериите.</p>

Раздел 2. Принципы лечения ревматологической патологии

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>16. ПРИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СКВ СУТОЧНАЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ (ГКС) СОСТАВЛЯЕТ А. Менее 7,5 мг в сутки Б. 7,5-30 мг/сутки В. 30-100 мг/сутки Г. Более 100 мг/сутки, пульс-терапия</p>
<p>17. ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СКВ СУТОЧНАЯ ДОЗА ГКС СОСТАВЛЯЕТ А. Менее 7,5 мг в сутки Б. 7,5-30 мг/сутки В. 30-100 мг/сутки Г. Более 100 мг/сутки, пульс-терапия</p>
<p>18. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ЦИСТИТА НА ФОНЕ ВЫСОКИХ ДОЗ ЦИКЛОФОСФАНА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: А. преднизолон Б. азатиоприн В. ципрофлоксацин Г. Месна</p>
<p>19. ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОГО ПОЧЕЧНОГО КРИЗА ЯВЛЯЮТСЯ А. Блокаторы кальциевых каналов</p>

<p>Б. Диуретики В. Ингибиторы АПФ Г. Глюкокортикостероиды Д. В-адреноблокаторы</p>
<p>20. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧЕК ПАЦИЕНТУ С СИНДРОМОМ ГУДПАСЧЕРА ВОЗМОЖНА ПРИ УСЛОВИИ:</p> <p>А. приема ГКС Б. нормальном уровне креатинина и СКФ В. отсутствие антител к базальной мембране капилляров клубочков Г. Отсутствие эффекта от пульс-терапии ГКС</p>
<p>21. СУТОЧНАЯ ДОЗА МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА ПРИ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ЛЮПУС-НЕФРИТА</p> <p>А. 500 мг Б. 1000 мг В. 1500 мг Г. 2000 мг</p>
<p>22. В КАЧЕСТВЕ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЮПУС-НЕФРИТЕ III-IV КЛАССА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:</p> <p>А. Метилпреднизолон в режиме пульс-терапии Б. Циклофосфан В. Мофетила микофенолат Г. Азатиоприн</p>
<p>23. В КАЧЕСТВЕ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЮПУС-НЕФРИТЕ V КЛАССА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА СЛЕДУЮЩАЯ КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ:</p> <p>А. Преднизолон + мофетила микофенолат Б. Циклофосфан + азатиоприн В. мофетила микофенолат + азатиоприн Г. Плаквенил + преднизолон</p>
<p>24. В КАЧЕСТВЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЛЮПУС-НЕФРИТА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А. Азатиоприн Б. Метотрексат В. Циклофосфан Г. Ритуксимаб</p>
<p>25. У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ ПРИ НАЛИЧИИ УМЕРЕННОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В КАЧЕСТВЕ УРАТОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН:</p> <p>А. Аллопуринол Б. Фебуксостат В. Урисан Г. Фулфлекс</p>
<p>26. ПАЦИЕНТУ С ПОДАГРОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ К ПРИМЕНЕНИЮ:</p> <p>А. Антагонисты кальциевых каналов Б. Ингибиторы АПФ В. Диуретики Г. В-адреноблокаторы</p>

<p>27. ПАЦИЕНТУ С УЗЕЛКОВЫМ ПОЛИАРТЕРИИТОМ С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА БОЛЕЕ 500 ММОЛЬ/Л ИЛИ С ЛЕГОЧНЫМИ ГЕМОРРАГИЯМИ ПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ:</p> <p>А. Индукционная терапия с использованием пульс-терапии ГКС и циклофосфана Б. Эскалационная терапия с проведением 7-10 процедур плазмафереза или пульс-терапия метилпреднизолоном и циклофосфаном В. Азатиоприн в сочетании с пульс-терапией ГКС Г. Использование противовирусной терапии в сочетании со средними дозами ГКС и повторными процедурами плазмафереза</p>
<p>28. ПАЦИЕНТУ С УЗЕЛКОВЫМ ПОЛИАРТЕРИИТОМ В СОЧЕТАНИИ С УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА ГЕПАТИТА В ПОКАЗАНА СЛЕДУЮЩАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ:</p> <p>А. Индукционная терапия с использованием пульс-терапии ГКС и циклофосфана Б. Эскалационная терапия с проведением 7-10 процедур плазмафереза или пульс-терапия метилпреднизолоном и циклофосфаном В. Азатиоприн в сочетании с пульс-терапией ГКС Г. Использование противовирусной терапии в сочетании со средними дозами ГКС и повторными процедурами плазмафереза</p>
<p>29. В КАЧЕСТВЕ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТАМ С IGA-НЕФРОПАТИЕЙ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:</p> <p>А. Азатиоприн Б. Ингибиторы АПФ В. Антагонисты кальциевых каналов Г. Глюкокортикостероиды</p>
<p>30. ПАЦИЕНТАМ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ПРОТЕИНУРИЕЙ > 1 Г/СУТ И СКФ БОЛЕЕ 50 МЛ/МИН/1,73 М2 ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ ИММУНОСУПРЕССИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ:</p> <p>А. преднизолон Б. азатиоприн В. циклофосфан Г. микофенолата мофетил</p>

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Некрасов Алексей анатольевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической терапии;

Карпухина Елена Владимировна к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии.