

Приложение к рабочей программе

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

РЕВМАТОЛОГИЯ

Специальность: 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Форма обучения: ОЧНАЯ

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	Тесты по дисциплине	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий (размещены на СДО)
2	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
3	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
4	Индивидуальный опрос/задание	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
5	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
6	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов, сообщений

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

Коды компетенций	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------

(УК-1, 4, 5); (ПК -1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 22)	Текущий	Системная красная волчанка. Антифосфолипидный синдром.	<i>контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование компьютерное</i>
(УК-1, 4, 5); (ПК -1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 22)	Текущий	Системная склеродермия	<i>контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование компьютерное</i>
(УК-1, 4, 5); (ПК -1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 22)	Текущий	Идиопатические воспалительные миопатии (полимиозит, дерматомиозит). Ревматическая полимиалгия.	<i>Индивидуальные задания, реферат</i>
(УК-1, 4, 5); (ПК -1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 22)	Текущий	Ревматоидный артрит. Синдром Стилла. Ювенильный ревматоидный артрит.	<i>контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование компьютерное</i>
(УК-1, 4, 5); (ПК -1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 22)	Текущий	Болезнь Шегрена: классификация, клиника, диагностика, лечение.	<i>контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование компьютерное</i>
(УК-1, 4, 5); (ПК -1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 22)	Промежуточный	Зачет	<i>Вопросы к зачету</i>

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Входной/текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме контрольной работы, собеседования по ситуационным задачам, тестирования, реферата. Текущий контроль проводится в разрезе оценки компетенций, предусмотренных в РПД: (УК-1, 4, 5); (ПК -1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 22).

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ:

ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ:

1) ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ПРЕПУБЕРТАНТНОГО ВОЗРАСТА ВО ВСЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ ПРЕОБЛАДАЮТ:

- А) лица женского пола в соотношении 5:1
- В) лица мужского пола в соотношении 8:1
- С) лица женского пола в соотношении 8:1
- Д) лица мужского пола в соотношении 5:1

2) ПРИ АФЛ СИНДРОМЕ С АРТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ ПРИМЕНЯЮТ:

- А) варфарин, гидрооксихлорохин, аспирин
- В) плазмаферез, гепарин, пульс-терапия
- С) аспирин
- Д) варфарин

3) ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ СКВ:

- А) СКВ без поражения почек и с минимальной степенью активности
 В) СКВ с поражением кожи, суставов, лимфаденопатией
 С) СКВ, активность III, люпус-нефрит, поражение ЦНС
 Д) СКВ, активность II, лихорадка, полиартрит, миозит, лимфаденопатия
 Е) СКВ, активность I, "бабочка", синдром Рейно, суставной синдром
- 4) ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ:
 А) 10-15 лет
 В) 15-25 лет
 С) 30-40 лет
 Д) 50 и старше
- 5) ПРИ СКВ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ
 А) В клинической картине нет преобладания конституциональных проявлений, поражения суставов, лёгких, синдрома Шегрена, периферических нейропатий
 В) При лабораторном исследовании анти-ДНК выявляются чаще, чем у больных СКВ молодого возраста
 С) При лабораторном исследовании АТ к Ro/SSa АГ выявляются реже, чем у больных СКВ молодого возраста
 Д) Наблюдается более благоприятное течение заболевания
- 6) АФС
 А) связан с гиперпродукцией аФЛ и развивается у 20-30% больных
 В) не связан с гиперпродукцией аФЛ и развивается у 20-30% больных
 С) связан с гиперпродукцией аФЛ и развивается у 40-50% больных
 Д) не связан с гиперпродукцией аФЛ и развивается у 40-50% больных
 Е) связан с гиперпродукцией аФЛ и развивается у 15-20% больных СКВ
 F) не связан с гиперпродукцией аФЛ и развивается у 15-20% больных СКВ
- 7) ОСТРЫЙ ПСИХОЗ:
 А) развивается на фоне приёма больших доз глюкокортикостероидов
 В) может быть проявлением СКВ и развиваться на фоне приёма больших доз ГКС
 С) это проявление СКВ, не связанное с лечением ГКС
- 8) В АНАЛИЗАХ КРОВИ ПРИ СКВ:
 А) Ускорение СОЭ, анемия, лимфопения, нет увеличения СРБ
 В) ускорение СОЭ, анемия, лимфопения, увеличение СРБ
 С) Ускорение СОЭ, анемия, нейтропения, тромбоцитопения, нет увеличения СРБ
- 9) БОЛЬНЫМ С УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГК НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ:
 А) <10 мг/сутки
 В) 20-40 мг/сутки
 С) 1 мг/кг /сутки
- 10) К БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ СКВ ОТНОСЯТСЯ:
 А) Гидрооксихлорохин, ГК
 В) Мелоксикам, нимесулид
 С) Циклофосфамид, азатиоприн
 Д) мофетил микофенолат
 Е) 3+4
- 11) РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ МОФЕТИЛ МИКОФЕНОЛАТОМ С ДОЗЫ:
 А) 1-3 мг/сутки
 В) 20-40 мг/сутки
 С) 2г/сутки
 Д) 2-3 мг/сутки
 Е) 1г/сутки
- 12) ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ:
 А) Мышечная слабость
 В) Мышечная атрофия
- 13) НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ ДЕРМАТОМИОЗИТА, ЯВЛЯЕТСЯ:
 А) повышение СОЭ

- В) обнаружение в крови антинуклеарного фактора
 С) обнаружение в крови РФ
 D) обнаружение а/т к мышечным а/г
 E) повышение активности КФК
- 14) ПРИЧИНА ДЕРМАТОМИОЗИТА НЕСОМНЕННА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО:
 A) Персистирующей вирусной инфекции
 B) Генетической предрасположенности
 C) Иммунопатологических нарушений
 D) Злокачественной опухоли
 E) Токсоплазма
- 15) КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА? :
 A) азатиоприн
 B) коринфар
 C) преднизолон
 D) делагил
 E) колхицин
- 16) КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ОСТРОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ? :
 A) 80-100 мг.
 B) 60 мг.
 C) 40 мг.
 D) 20 мг.
- 17) ГЕЛИОТРОПНАЯ СЫПЬ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ВОЗНИКАЕТ НА:
 A) Периорбитальная область
 B) Спинка нос
 C) Носогубные складки
 D) Пальцы кисти
- 18) ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА:
 A) «Бабочка» на лице
 B) Остеолиз ногтевых фаланг
 C) Резкая мышечная слабость
 D) Деформация суставов
- 19) ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ:
 A) Повышение уровня белков острой фазы
 B) Высокая активность креатинфосфокиназы
 C) Умеренный лейкоцитоз
 D) Наличие гемолитической анемии
- 20) В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:
 A) Преднизолон в высоких дозах
 B) Преднизолон в средних дозах
 C) Антиревматические противовоспалительные нестероидные препарат
 D) Циклофосфан
 E) Плазмаферез
- 21) ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ХАРАКТЕРНО:
 A) возраст начала болезни старше 65 лет
 B) увеличение СОЭ выше 40 мм/час
 C) двусторонняя симметричная боль в области плечевого и тазового пояса
 D) утренняя скованность более 1 часа
 E) быстрый эффект преднизолона в суточной дозе до 15 мг
 F) всё перечисленное
- 22) ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ФИБРОМИАЛГИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕ БОЛИ ПРИ ДАВЛЕНИИ В СЛЕДУЮЩИХ ИЗ НИЖЕПРЕВЕДЕННЫХ ТОЧЕК:
 A) в области затылка в области прикрепления субокципитальной мышцы
 B) впереди между боковыми отростками 5-7 шейных позвонков
 C) посередине верхнего края трапецевидной мышцы

- D) над лопаткой около медиальной границы m. supraspinatus
 E) латеральнее второго рёберно-грудинного сочленения при давлении сверху
 F) всё перечисленное верно
- 23) ДЛЯ МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
- A) диплопии, дисфагии, дисфонии, двустороннего птоза
 B) миалгии и слабости проксимальных мышц конечностей
 C) уплотнения и увеличения в объеме пораженных мышц
 D) признаков миастении
 E) уменьшения признаков миастении от введения прозерина
- 24) ОПУХОЛЕВЫЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ:
- A) остро
 B) подостро
 C) хронически
 D) по любому из перечисленных вариантов
- 25) ХАРАКТЕРИСТИКОЙ РАННЕЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
- A) Длительность заболевания до 6 месяцев.
 B) Длительность заболевания до 3 месяцев.
 C) Длительность заболевания от 6 месяцев до 1 года
 D) Длительность заболевания более 1 года
 E) Длительность заболевания более 2 лет.
- 26) ДЛЯ РАЗВИТИЯ РА ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ:
- A) Генетическая предрасположенность
 B) Нейроэндокринные нарушения
 C) Энзимопатии
 D) Аутоиммунные нарушения
 E) Образование супероксидных анионов
- 27) С ТЯЖЕЛЫМ ЭРОЗИВНЫМ СЕРОПОЗИТИВНЫМ РА АССОЦИИРУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ АНТИГЕН ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ:
- A) HLA-B27
 B) HLA-DR4
 C) HLA- A11
 D) HLA-B35
 E) HLA-B8
- 28) В ДЕБЮТЕ РА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СУСТАВЫ:
- A) Пястнофаланговые и проксимальные межфаланговые кистей
 B) Лучезапястные
 C) Коленные
 D) Тазобедренные
 E) Локтевые
- 29) ЛИМФАДЕНОПАТИЯ ПРИ РА АССОЦИИРУЕТСЯ С:
- A) Деструкцией суставных поверхностей
 B) Дигитальным артериитом
 C) Синдромом Фелти
 D) Анемией
 E) Туннельными синдромами
- 30) КРИТЕРИЯМИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
- A) антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
 B) ревматоидный фактор
 C) С-реактивный белок
 D) антитела к Smith
 E) антинуклеарные антитела
- 31) ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВАСКУЛИТА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) дигитальный артериит
- В) изъязвления кожи, гангренозная пиодермия
- С) периферическая невропатия
- Д) артериит внутренних органов (сердца, лёгких, кишечника, почек)
- Е) пальпируемая пурпура
- Ф) всё перечисленное

32) СИНДРОМ СТИЛЛА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ ВСЕХ ПРИЗНАКОВ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

- А) лихорадки
- В) незудящая пятнистая, желтовато-розового цвета сыпи, появляющейся на пике
- С) лихорадки или в вечернее время
- Д) анемией
- Е) спленомегалии и лимфоаденопатией
- Ф) стойкой гранулоцитопенией
- Г) часто наличием хронических язв голеней
- Н) нейтрофильным гиперлейкоцитозом

33) КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ EULAR ПО ВЫЯВЛЕНИЮ РАННИХ АРТРИТОВ ОСНОВАНЫ НА ОЦЕНКЕ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

- А) состояния суставов (припухлость и болезненность)
- В) серологии (ревматоидный фактор и АЦЦП)
- С) длительности синовита
- Д) уровня острофазовых показателей воспаления
- Е) длительности утренней скованности

34) У МАЛЬЧИКА 14 ЛЕТ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ СУСТАВОВ РАЗВИЛСЯ АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК. Для какого заболевания это патогномично :

- А) ревматизм
- В) СКВ
- С) ССД
- Д) реактивный артрит
- Е) ЮРА

35) ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮРА:

- А) метотрексат
- В) сульфасалазин
- С) лефлюномид
- Д) циклоспорин А
- Е) всё перечисленное

36) ШКАЛА DAS28 НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИПУХЛОСТИ И БОЛЕЗНЕННОСТИ В СЛЕДУЮЩИХ ГРУППАХ СУСТАВОВ:

- А) Проксимальные межфаланговые кистей
- В) Дистальные межфаланговые кистей
- С) Проксимальные межфаланговые стоп
- Д) Лучезапястные
- Е) Коленные

37) ПРИ ЛЮБОМ ЭРОЗИВНОМ И/ИЛИ СТОЙКОМ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ АРТРИТЕ В ПРЕДЕЛАХ ТРЁХ МЕСЯЦЕВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕДУЕТ:

- А) провести уточняющие исследования для окончательной дифференцировки диагноза, до этого лечения базисными препаратами не начинать
- В) начать лечение, но только нестероидными противовоспалительными препаратами
- С) начать «пробное» лечение глюкокортикостероидными гормонами
- Д) начать лечение базисными противовоспалительными препаратами (или их комбинацией с нестероидными противовоспалительными препаратами)
- Е) начать лечение комбинацией нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикостероидными гормонами

38) ХАРАКТЕРИСТИКОЙ РЕМИССИИ ПО КРИТЕРИЯМ АМЕРИКАНСКОЙ КОЛЛЕГИИ РЕВМАТОЛОГОВ ЯВЛЯЮТСЯ..., КРОМЕ:

- A) утренняя скованность менее 15 минут
- B) отсутствие недомогания
- C) отсутствие болей в суставах
- D) отсутствие болей в суставах при движении
- E) отсутствие припухлости суставов
- F) СОЭ < 30 мм/час (жен.) и < 20 мм/час (муж)
- G) DAS28 < 2,6

39) ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- A) лефлюномид
- B) мофетила микофеналат
- C) метотрексат
- D) азатиоприн
- E) соли золота

40) МЕТОТРЕКСАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАЗНАЧАЕТСЯ В СТАРТОВОЙ ДОЗЕ:

- A) 7,5 мг в неделю
- B) 5 мг в неделю
- C) 10 мг в неделю
- D) 15 мг в неделю
- E) 2,5 мг в неделю

41) ДОЗА ПЕРОРАЛЬНОГО МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СЛУЧАЕ ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ ПОВЫШЕНА НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ ДО :

- A) 25 мг в неделю
- B) 30 мг в неделю
- C) 20 мг в неделю
- D) 15 мг в неделю
- E) 17,5 мг в неделю

42) ПРЕПАРАТОМ НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К ИНТЕРЛЕЙКИНУ 6 ЯВЛЯЕТСЯ:

- A) анакинра
- B) ритуксимаб
- C) адалимумаб
- D) абатацепт
- E) тоцилизумаб

43) ПРЕПАРАТОМ НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К ИНТЕРЛЕЙКИНУ 1 ЯВЛЯЕТСЯ:

- A) анакинра
- B) ритуксимаб
- C) адалимумаб
- D) абатацепт
- E) тоцилизумаб

44) ИНГИБИТОРОМ АКТИВАЦИИ В-ЛИМФОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A) анакинра
- B) ритуксимаб
- C) адалимумаб
- D) абатацепт
- E) тоцилизумаб

45) ИНГИБИТОРОМ КО-АКТИВАЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- A) анакинра
- B) ритуксимаб
- C) адалимумаб
- D) абатацепт
- E) тоцилизумаб

- 46) ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ ЛЕЧЕНИЯ ГИБП ЯВЛЯЮТСЯ:
- A) обострение туберкулеза
 - B) обострение вирусного гепатита у инфицированных вирусом гепатита В
 - C) обострение серьезных бактериальных инфекций (мягкие ткани, суставы, кожа)
 - D) риск развития лимфомы
 - E) риск развития аутоиммунных (волчаночноподобных) процессов
 - F) всё перечисленное
- 47) К СИСТЕМНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТСЯ:
- A) Ревматоидные узелки
 - B) Язвенно-некротический васкулит
 - C) Нейропатия
 - D) Сухой синдром
 - E) Васкулит сетчатки
 - F) Всё перечисленное
- 48) ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С РАЗВИТИЕМ СИСТЕМНОГО ВАСКУЛИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ, КРОМЕ:
- A) поддерживающей терапии азатиоприном
 - B) пульс-терапии метилпреднизолоном
 - C) пульс-терапии циклофосфамидом
 - D) метотрексата или азатиоприна
- 49) ДЛЯ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:
- A) инфаркты ногтевого ложа,
 - B) кольцевидная эритема
 - C) дигитальный артериит
 - D) центробежная эритема Биетта
 - E) ливедо-ангиит
- 50) ПРИЗНАКАМИ III СТАДИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПО ШТЕЙНБРОКЕРУ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
- A) околосуставной остеопороз,
 - B) сужение суставной щели
 - C) единичные эрозии
 - D) множественные эрозии
 - E) подвывихи в суставах
- 51) ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
- A) Сужение суставной щели
 - B) Околосуставной остеопороз
 - C) Субхондральный остеосклероз
 - D) Костные эрозии
 - E) Кистовидные просветления
- 52) КО-СТИМУЛЯЦИЯ Т-ЛИМФОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СВЯЗАНА С ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ АНТИГЕНПРЕЗЕНТИРУЮЩИХ КЛЕТОК С:
- A) CD28 рецепторами
 - B) TCR рецепторами
 - C) CD154 рецепторами
 - D) Комплексом HLA с антигеном
 - E) CD80/CD86 рецепторами
- 53) ОСЛОЖНЕНИЯМИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
- A) остеонекроз
 - B) системный остеопороз
 - C) вторичный системный амилоидоз
 - D) вторичный остеоартроз
 - E) всё перечисленное верно
- 54) К КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СУСТАВОВ ОТНОСИТСЯ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ:
- A) Воспалительным

- В) Дегенеративным
 - С) Метаболическим
 - Д) Реактивным
 - Е) Ассоциированным с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника
- 55) ССД БОЛЕЮТ ЧАЩЕ:
- А) мужчины
 - В) женщины
 - С) дети
- 56) ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ССД:
- А) АНФ у 80% больных
 - В) Анти Scl – у 70% больных
 - С) антицентромерные антитела
 - Д) антитела к двуспиральной ДНК
 - Е) 1+2+3
- 57) ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ССД:
- А) до 30 лет
 - В) 35-64
 - С) 65- 70лет
- 58) ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ССД:
- А) химические (алиментарные, промышленные, медикаментозные)
 - В) инфекция
 - С) внешнесредовые (охлаждение, вибрация, травма)
 - Д) эндогенные (беременность, климакс и др.)
 - Е) всё перечисленное
- 59) В ПАТОГЕНЕЗЕ ССД ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ:
- А) нарушение фиброобразования
 - В) иммунные нарушения
 - С) расстройства микроциркуляции
 - Д) всё перечисленное
- 60) ВЕДУЩИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ССД:
- А) склеротическое поражение кожи
 - В) синдром Рейно
 - С) суставной синдром
 - Д) кальциноз мягких тканей
 - Е) миозит
- 61) CREST- СИНДРОМ НЕ ВКЛЮЧАЕТ:
- А) КАЛЬЦИНОЗ
 - В) с-м Рейно
 - С) эзофагит
 - Д) склеродактилия
 - Е) телеангиоэктазия
 - Ф) колит
- 62) К БОЛЬШОМУ ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ ССД ОТНОСЯТ:
- А) лёгочную гипертензию
 - В) проксимальную склеродермию
 - С) Язвенное поражение кожи пальцев
 - Д) базальный пневмофиброз
 - Е) склеродактилию
- 63) ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ГКС ПРИ ССД ЯВЛЯЮТСЯ:
- А) высокая активность процесса
 - В) синдром Рейно
 - С) эзофагит
 - Д) склеродактилия
- 64) ХАРАКТЕРНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ ПРИ ССД:
- А) остеофиты

- В) остеопороз
 С) остеолиз
 D) 2+3
- 65) ДЛЯ БОЛЕЗНИ (СИНДРОМА) (ШЕГРЕНА) ХАРАКТЕРНО:
 А) паренхиматозный сиаладенит
 В) сухой конъюнктивит
 С) сухой кольпит
 D) сухость кожи
 Е) лимфоаденопатия
 F) всё перечисленное
- 66) ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТ:
 А) эозинофилию
 В) анемию
 С) верно 1 и 2
 D) всё перечисленное неверно
- 67) ДЛЯ БОЛЕЗНИ (СИНДРОМА) (ШЕГРЕНА) ХАРАКТЕРНО:
 А) почечный канальцевый ацидоз
 В) неэрозивный артрит
 С) миалгии
 D) полисерозит
 Е) лимфоцитарный пневмонит
 F) всё перечисленное
- 68) ДЛЯ БОЛЕЗНИ (СИНДРОМА) (ШЕГРЕНА) ХАРАКТЕРНО ВСЁ, КРОМЕ:
 А) кариес
 В) гипотония пищевода
 С) ложноположительная реакция Вассермана
 D) полинейропатия
 Е) аутоиммунный тиреоидит
- 69) ДЛЯ БОЛЕЗНИ (СИНДРОМА) (ШЕГРЕНА) ХАРАКТЕРНО ВСЁ, КРОМЕ:
 А) положительный ревматоидный фактор
 В) положительный антинуклеарный фактор
 С) ложноположительная реакция Вассермана
 D) обнаружение Ro-ss антител
 Е) обнаружение La-ss антител
- 70) В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА (БОЛЕЗНИ) (ШЕГРЕНА) ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЁ, КРОМЕ:
 А) аминоксанолиновые препараты
 В) иммуносупрессоры с антилимфопротеративным действием (хлорамбуцил, циклофосфамид)
 С) глюкокортикостероиды
 D) методы экстракорпоральной терапии
 Е) пульс-терапию ГКС и циклофосфамидом
- 71) НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТИТРЫ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ:
 А) Ревматоидном артрите
 В) Системной склеродермии
 С) Системной красной волчанке
 D) Болезни Шегрена
- 72) ДЛЯ СИНДРОМА ШЕГРЕНА ХАРАКТЕРНО:
 А) Преимущественное поражение суставов с быстрым развитием деформаций
 В) Поражение эпителиальной ткани в целом
 С) Множественные висцериты
- 73) ДЛЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ХАРАКТЕРНО:
 А) Артрит
 В) Высокий титр ревматоидного фактора в сыворотке крови
 С) Лейкопения
 D) всё перечисленное
- 74) ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА САЛИВАЦИЯ:

- А) 1 повышена
- В) понижена
- С) характерно чередование периодов 1 и 2

КЛЮЧИ К ТЕСТУ:

Вопросы	ответы	Вопросы	ответы
1	С	38	G
2	A	39	С
3	С	40	A
4	B	41	С
5	D	42	D
6	A	43	E
7	B	44	B
8	С	45	D
9	B	46	F
10	E	47	F
11	E	48	D
12	A	49	B
13	E	50	С
14	D	51	С
15	С	52	A
16	A	53	E
17	A	54	A
18	С	55	B
19	B	56	E
20	A	57	B
21	F	58	E
22	F	59	D
23	E	60	A
24	D	61	F
25	С	62	B
26	A	63	A
27	B	64	D
28	A	65	F
29	С	66	B
30	A	67	F
31	F	68	С
32	E	69	С
33	E	70	A
34	E	71	D
35	E	72	B
36	B	73	D
37	D	74	B

7.3. Оценочные средства, рекомендуемые для включения в фонд оценочных средств

Типовые ситуационные задачи с эталонами ответов

Задача №1. Больная П., 32 года, предъявляет жалобы на боли и припухлость суставов кистей и стоп, лучезапястных суставов, ограничение их подвижности, утреннюю скованность. Считает себя больной в течение последних 4 месяцев, когда впервые появилась общая слабость, похудание, ухудшение сна, аппетита, повышение температуры до 37,3-37,5°C. В последние 2 месяца присоединились боли в локтевых суставах.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые

обычной окраски. Пястнофаланговые и проксимальные межфаланговые суставы кистей рук отечные, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Отмечается ограничение подвижности из-за болезненности в межфаланговых суставах. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Перкуторно над легкими легочный звук, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритм сердечной деятельности правильный. Пульс 82 в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Рентгенограмма кистей: эпифизарный остеопороз, умеренное сужение суставных щелей в пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах II-IV пальцев.

Анализ крови: HGB (гемоглобин) - 130 г/л, RBC (эритроциты) - $3,7 \times 10^{12}$ /л, MCH - 35 пг; WBC (лейкоциты) - $8,4 \times 10^9$ /л, Э - 1%, П - 4%, С - 66%, Л - 24%, М - 5%, СОЭ - 40 мм/ч, СРБ - 20 мг/л; α_2 -глобулины до 15%.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для окончательной верификации диагноза, каковы предполагаемые результаты этих исследований.
3. Обоснуйте дифференцированную терапию и тактику ведения больного. Обсудите узловые вопросы экспертизы трудоспособности, ее утраты (временной или стойкой) у данного больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз:

Ревматоидный артрит, полиартрит с множественным поражением суставов рук и ног, медленно прогрессирующего течения, активность II, Рo-стадия II, НФ 2; анемия хронического заболевания? I.

2. Дообследование для верификации диагноза:

*Общий анализ мочи, креатинин, гаптоглобин, фибриноген, резохиноый тест+IgM-ревматоидный фактор, ЦИК, Ab-CCP (антитела к циклическому цитруллинированному пептиду), кальций, калий крови, остеоденситометрия, консультация ЛОР-врача и стоматолога (наличие очагов инфекции), ФЛГ грудной клетки в 4 проекциях, ЭКГ, ФГДС+ иссл. на *H.pylori* (1 раз в год), фолиевая кислота крови, ферритин крови.*

3. Лечение (временная утрата трудоспособности)

Режим п/постельный, стол 15, богатый кальцием, НПВС (мелоксикам 7,5 мг 2 раза в сутки после еды) + преднизолон 10 мг после завтрака + метотрексат 7,5 мг/неделю (по Пн и Вт) + после забора крови на концентрацию фолата – фолиевая кислота 5 мг сутки (Ср-Вс) + крем долгит на пораженные суставы 2 раза в сутки + кальций Д3 1 таблетка 2 раза в сутки + панангин 2 таблетки 3 раза в сутки+ЛФК

Задача № 2. Больная Е., 28 лет поступила в стационар с жалобами на боли в мелких суставах кистей и стоп, мышцах конечностей, неприятные ощущения в кончиках пальцев, возникающие при волнении или контакте с холодной водой, субфебрильную температуру, похудание, ломкость волос, общую слабость, повышенную утомляемость. Больна в течение трех лет. Вначале появились боли в суставах, самостоятельно принимала индометацин, после чего боли купировались, продолжала работать. Год назад отмечала боли в груди, сухой кашель с незначительной одышкой. Лечилась домашними средствами (горчичники, содовые ингаляции), самочувствие улучшилось. Проведенная впоследствии при профосмотре флюорография выявила плевро-диафрагмальные спайки. Летом обратила внимание на появление в области щек и спинки носа красноватых пятен, что объяснила избыточным пребыванием на солнце. Впервые обратилась к врачу в связи с возобновлением болей в суставах кистей, усилением мышечной слабости и стойким субфебрилитетом. В общем анализе мочи выявлена протеинурия 0,99 г/л, эритроцитурия — 25-30 в п/зр, лейкоцитурия — 8-12 в п/зр. Больная госпитализирована.

Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледные. Волосы тусклые, ломкие, ногти слоятся. Периферические лимфоузлы всех групп умеренно увеличены, подвижные, безболезненные. Нерезко выраженная дефигурация проксимальных межфаланговых суставов кистей за счет периартикулярного отека. Незначительная болезненность при пальпации мышц конечностей. При аускультации легких дыхание везикулярное, шум трения плевры с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1 см и вверх до II межреберья. I тон на верхушке ослаблен, систолический шум, проводящийся в подмышечную область, акцент II тона на легочной артерии. Пульс - ЧСС 88 в 1 мин., АД - 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, край ее ровный, чувствительный при пальпации. В левом подреберье пальпируется нижний полюс селезенки.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для окончательной верификации диагноза, каковы предполагаемые результаты этих исследований.
3. Обоснуйте дифференцированную терапию и тактику ведения больного. Обсудите узловые вопросы экспертизы трудоспособности, ее утраты (временной или стойкой) у данного больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз:

СКВ, подострого течения с поражением кожи и ее придатков

(люпоидная эритема), миалгией, суставов (полиартрит с поражением проксимальных межфаланговых суставов кисте, суставов стоп, НФИ), сосудов (синдромом Рейно), легких (двухсторонний сухой плеврит ЛН0), сердца (недостаточность митрального клапана II (ПФК), системы кровотока (лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, анемия?), почек (люпус-нефрит с изолированным мочевым синдромом ПН? (ХБП?), активность II.

2. Дообследование для верификации диагноза:

Общий анализ крови, общий анализ мочи, белок суточной мочи, моча по>Addису-Каковскому, моча на гломерулярные эритроциты, глюкоза, креатинин крови с подсчетом СКФ по MDRD, билирубин, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, гаптоглобин, СРБ, фибриноген, белки э/форезом, резехиновый тест+РФ, RW крови, ЦИК, кровь на LE-клетки №3, АНФ, антитела к нативной ДНК, антитела к антигенам клеток HEp-2, антитела к кардиолипину, коагулограмма+ волчаночный антикоагулянт, калий, кальций крови, ферритин, Ro-графия суставов кистей и стоп, УЗДГ артерий верхних конечностей+холодовая проба, капилляроскопия ногтевого ложа, ЭКГ, ЭхоДКГ, УЗИ органов брюшной полости и почек, нефробиопсия

3. Лечение (временная утрата трудоспособности, решение вопроса о ее стойкой утрате)

Режим п/постельный, исключить контакт с холодом, стол 10, богатый омега-3 ненасыщенными жирными кислотами, преднизолон (40 мг после завтрака и 20 мг после обеда), персантин N 75 мг 3 раза в сутки, лозартан 25 мг утром, кальций Д3 1таблетка 2 раза в день.

Задача № 3. Больной В., 36 лет, каменщик, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, ощущение онемения губ, кончика языка, стянутости кожи, «трудно открыть рот», похудание, чередование запоров и поносов. При расспросе выяснено, что до появления вышеуказанных жалоб в течение нескольких лет отмечал отечность кистей рук, их онемение, иногда сопровождавшееся болями в пальцах. К врачу не обращался, так как связывал эти явления с профессиональными факторами (работа на открытом воздухе, контакт с раствором). Позднее начал отмечать выпадение волос и деформацию ногтей, боли в мелких суставах кистей, появление на коже участков депигментации и болезненных уплотнений в мышцах, общую слабость, повышенную мышечную утомляемость и одышку при физической нагрузке, отмечалось проходящее повышение АД, изредка перебои в работе сердца. При амбулаторном обследовании в общем анализе мочи однократно выявлялась небольшая протеинурия без изменений относительной плотности и мочевого осадка.

Объективно: пониженного питания. Кожные покровы бледноватой окраски. Гиперпигментация открытых участков тела в сочетании с зонами депигментации, кожа сухая. Лицо амимично, губы тонкие. Кожа в области тыла кистей истончена, выражен сосудистый рисунок. На пальцах кожа натянута, сглажена - «симптом муляжных пальцев». Отмечается укорочение и

истончение кончиков пальцев рук, легкая сгибательная контрактура. Трофические изменения волос и ногтей. Гипотрофия мышц конечностей. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное. ЧД - 20 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости смещены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, нерезкий акцент II тона над аортой, единичные экстрасистолы. ЧСС - 88 в 1 мин. АД - 160/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень + 1 см из-под края реберной дуги.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для окончательной верификации диагноза, каковы предполагаемые результаты этих исследований.
3. Обоснуйте дифференцированную терапию и тактику ведения больного. Обсудите узловые вопросы экспертизы трудоспособности, ее утраты (временной или стойкой) у данного больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз:

Системная склеродермия, подострого течения, II стадия, с поражением кожи и ее придатков (индуративный отек, гипер- и депигментация), суставов (склеродактилия, остеолиз ногтевых фаланг кистей, кальциноз НФИ), сосудов (телеангиэктазии, синдром Рейно), легких (базальный пневмосклероз ЛН), сердца (кардиосклероз с нарушением ритма по типу экстрасистолии НПА (ПФК)), желудочно-кишечного тракта (хронический эзофагит в фазе обострения, хронический гастрит в фазе обострения, хронический энтероколит?), почек (склеродермическая нефропатия, смешанная форма ПН? (ХБП?); симптоматическая нефрогенная артериальная гипертензия II, степень 2, риск3), активность III. Анемия хронического заболевания?

2. Дообследование для верификации диагноза:

Общий анализ крови, общий анализ мочи, белок суточной мочи, моча по>Addisu-Kakovsky, моча на гломерулярные эритроциты, глюкоза, креатинин крови с подсчетом СКФ по MDRD, КФК, миоглобин, ЛДГ, билирубин, АсАТ, АлАТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, гаптоглобин, СРБ, фибриноген, общий белок+белки э/форезом, резохиновый тест+РФ, ЦИК, антитела к антигенам клеток HEp-2, антитела к коллагену, калий, кальций крови, железо, ОЖСС, ЛЖСС, ферритин, Ro-графия суставов кистей, УЗДГ артерий верхних конечностей+холодовая проба, капилляроскопия ногтевого ложа, ЭНМГ, ФВД, ЭКГ, суточное ЭКГ-мониторирование, СМАД, ЭходКГ, консультация окулиста (фундоскопия), Ro-скопия пищевода и желудка, ФГДС+иссл. на H.pylori+прицельная биопсия, ирригоскопия, ФКС, УЗИ органов брюшной полости и почек, нефробиопсия, биопсия кожно-мышечного лоскута

3. Лечение (временная утрата трудоспособности, решение вопроса о ее стойкой утрате)

Режим п/постельный, исключить контакт с холодом, стол 10, богатый омега-3 ненасыщенными жирными кислотами, Д-пеницилламин 250 мг за 1 час до обеда, преднизолон 20 мг после завтрака, персантин N 75 мг 3 раза в сутки, лозартан 50 мг на ночь, дилтиазем-ретард 180 мг утром, кальций Д3 1 таблетка 2 раза в день, ганатон 50мг 3 раза в сутки, омега-3 20 мг 2 раза в сутки.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

5.1.1. Вопросы к зачёту по дисциплине «Ревматология»

Подраздел	Вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
Ревматология	<ol style="list-style-type: none"> 1. Системная красная волчанка: определение понятия, этиология, патогенез, клинические формы и проявления, критерии постановки диагноза, дифференциальный диагноз, течение и исходы. Лечение. 2. Ревматоидный артрит: определение понятия, этиология, патогенез. Роль иммунных механизмов в становлении и развитии заболевания. Классификация. Клинические проявления, критерии постановки диагноза, дифференциальный диагноз, течение и исходы. Лечение. 3. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся суставным синдромом. 4. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся синдромом Рейно. 	(УК-1, 4, 5); (ПК -1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 19, 22)

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Незачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	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»

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Ревматология» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/course/view.php?id=535>