

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

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **РЕВМАТОЛОГИЯ**

Специальность 31.08.46 Ревматология

Кафедра: терапии и общей врачебной практики

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2026

### 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	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	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Наименование раздела дисциплины	Оценочные средства
ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11,	Текущий	Тема 1 Общие вопросы ревматологии	Тестовые задания, кейс-задания
		Тема 2. Специальные вопросы ревматологии	Тестовые задания, кейс-задания
		Тема 3. Ревматические заболевания у детей	Тестовые задания, кейс-задания
		Тема 4. Оказание медицинской помощи в экстренной форме при ревматических заболеваниях	Тестовые задания, кейс-задания
		Тема 5. Оказание медицинской помощи взрослым с ревматическими заболеваниями в амбулаторных условиях	Тестовые задания, кейс-задания
		Тема 6. Оказание медицинской помощи взрослым с ревматическими заболеваниями в стационарных условиях	Тестовые задания, кейс-задания

Промежуточный	Все разделы дисциплины	Перечень вопросов в экзаменационных билетах
---------------	------------------------	---

#### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля.

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: кейс-задания, тестовые задания, экзаменационные вопросы.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: ПК- 1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11,

##### Раздел 1. Общие вопросы ревматологии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вы – главный врач поликлиники с численностью прикрепленного взрослого населения 120 000 человек. Вам необходимо создать структурное подразделение для оказания первичной специализированной помощи по ревматологии.
В	1	Какое структурное подразделение вы должны организовать в соответствии с Порядком?
Э	-	Необходимо организовать кабинет врача-ревматолога как структурное подразделение поликлиники.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
В	2	Рассчитайте необходимую штатную численность врачей-ревматологов и медицинских сестер для этого подразделения по рекомендуемым нормативам.
Э	-	Расчет штата: врач-ревматолог: $120\ 000 / 50\ 000 = 2,4$ штатные единицы (округляется в зависимости от нагрузки, обычно 2-3 ставки), медицинская сестра: по норме 1 на 1 врача = 2,4 штатные единицы, санитар: 0,25 на кабинет
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
В	3	Назовите не менее 5 основных функций этого подразделения.
Э	-	Основные функции кабинета (согласно Приложению N 1 к Порядку): консультативно-диагностическая и лечебная помощь, направление больных в стационар, диспансерное наблюдение, проведение внутрисуставных и околоуставных манипуляций, экспертиза временной нетрудоспособности, направление на медико-социальную экспертизу, санитарно-просветительная работа, участие в работе школ для пациентов.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ

P0	-	Ответ неверный
H	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Врач-ревматолог городской поликлиники установил пациенту 45 лет диагноз: «Ревматоидный артрит, серопозитивный (АЦЦП+), активность III (DAS28 = 5,1), стадия II, рентгенологическая стадия II, ФК II. Осложнение: Вторичный системный остеопороз. Неэффективность стандартной терапии синтетическими БПВП».
В	1	Определите, какую трудовую функцию врача-ревматолога (код и название) необходимо реализовать для определения дальнейшей тактики?
Э	-	Трудовая функция А/02.8 «Назначение и проведение лечения... контроль его эффективности и безопасности». В рамках нее врач определяет показания для направления на терапию генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	2	Куда, согласно Порядку, врач должен направить пациента для рассмотрения вопроса о специфическом лечении?
Э	-	Пациента необходимо направить в кабинет терапии генно-инженерными биологическими препаратами (Приложение N 7 к Порядку).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	3	Какие дополнительные условия допуска к работе должны быть у врача, который будет проводить такое лечение в специализированном подразделении?
Э	-	Врач-ревматолог такого кабинета, помимо сертификата/аккредитации по «Ревматологии», должен иметь документ о повышении квалификации по вопросам применения генно-инженерной биологической терапии (раздел 3.2 профстандарта).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В ревматологическое отделение стационара поступил пациент с

		системной красной волчанкой в активной фазе. Во время обхода у пациента внезапно развились признаки анафилактической реакции (одышка, гипотензия, генерализованная крапивница) на введенный лекарственный препарат.
В	1	Какую обобщенную трудовую функцию (код и название) должен немедленно реализовать врач-ревматолог?
Э	-	Необходимо реализовать функцию А/07.8 «Оказание медицинской помощи в экстренной форме».
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
В	2	Какие конкретные трудовые действия из этой функции он должен выполнить?
Э	-	Трудовые действия: оценка состояния, требующего оказания помощи в экстренной форме, распознавание состояния, представляющего угрозу жизни (анафилактический шок), оказание медицинской помощи в экстренной форме (прекращение введения препарата, адреналин, обеспечение проходимости дыхательных путей, инфузионная терапия и т.д.), применение лекарственных препаратов и медицинских изделий для неотложной помощи.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
В	3	Какие необходимые умения, согласно профстандарту, требуются для этого?
Э	-	Необходимые умения: распознавать угрожающие жизни состояния, оказывать экстренную помощь, выполнять базовую сердечно-легочную реанимацию, применять лекарства и изделия для неотложной помощи.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 60 лет с длительным стажем остеоартроза коленных суставов III рентгенологической стадии, постоянным болевым синдромом, нуждается в эндопротезировании. Врач-ревматолог поликлиники определил, что консервативная терапия исчерпана.
В	1	В рамках какой трудовой функции (код и название) врач-ревматолог осуществляет диспансерное наблюдение за данной пациенткой?
Э	-	Диспансерное наблюдение осуществляется в рамках функции А/05.8
Р2	-	Ответ правильный

P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
B	2	Какое подразделение медицинской организации, согласно профстандарту, должно осуществлять организационно-методическую помощь в диспансеризации таких пациентов?
Э	-	Центр медицинский ревматологический
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
B	3	На консультацию к какому врачу-специалисту следует направить пациентку для определения дальнейшей тактики, согласно Порядку?
Э	-	Пациентку необходимо направить на консультацию к врачу-травматологу-ортопеду
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	005
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Врач-педиатр участковый заподозрил у ребенка 10 лет ювенильный идиопатический артрит. Ребенок проживает в районе с низкой плотностью населения.
B	1	Куда врач-педиатр должен направить ребенка для уточнения диагноза?
Э	-	Ребенка необходимо направить в детский ревматологический кабинет
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
B	2	Как изменится расчет штатной численности врача-ревматолога для обслуживания этого ребенка по сравнению со стандартными нормативами?
Э	-	Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью количество штатных единиц врача-ревматолога устанавливается исходя из меньшей численности детского населения (примечание 2 к штатным нормативам детского кабинета).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
B	3	Назовите два обязательных инструментальных исследования, которые должны быть доступны в медицинской организации, где будет госпитализирован ребенок для подтверждения диагноза и исключения

		осложнений?
Э	-	Иммунологическая лаборатория с проточным цитофлюометром, отделение лучевой диагностики, включая кабинет компьютерной томографии с программой для исследования суставов
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	При проведении планового осмотра пациента с ревматоидным артритом, получающего терапию метотрексатом, врач-ревматолог выявил признаки активации хронического вирусного гепатита В.
В	1	Какое трудовое действие из функции А/02.8 должен выполнить врач?
Э	-	Врач должен выполнить трудовое действие: «Коррекция лечения при наличии медицинских показаний»
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	2	Укажите код и название трудовой функции, в рамках которой врач должен направить пациента на консультацию к другому специалисту.
Э	-	Направление на консультацию осуществляется в рамках той же функции А/02.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	3	К какому именно врачу-специалисту, скорее всего, потребуются консультация?
Э	-	Пациента необходимо направить на консультацию к врачу-инфекционисту или врачу-гастроэнтерологу-гепатологу.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с подагрическим артритом, наблюдающийся у врача-ревматолога, работает водителем автобуса. В период острой подагрической атаки он обратился к врачу.
В	1	Какую трудовую функцию (код и название) реализует врач-ревматолог, оформляя ему листок временной нетрудоспособности?

Э	-	Функция А/04.8 «Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с ревматическими заболеваниями».
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	2	При каком условии врач-ревматолог может единолично продлевать листок нетрудоспособности свыше 15 дней?
Э	-	Врач может единолично продлевать листок нетрудоспособности на срок до 10 месяцев (в отдельных случаях до 12 месяцев) при благоприятном прогнозе, но только по решению врачебной комиссии (общие правила ВУТ). Без комиссии срок обычно ограничен 15 днями.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	3	Как называется комиссия, в составе которой врач работает при проведении данной экспертизы?
Э	-	Врачебная комиссия медицинской организации (первое трудовое действие в функции А/04.8).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	008
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Вам необходимо организовать рабочее место вновь принятого на работу врача-ревматолога в кабинете поликлиники.
В	1	Укажите не менее 5 единиц оборудования/оснащения, обязательных для кабинета врача-ревматолога для взрослых (по стандарту)
Э	-	По Стандарту оснащения (Приложение N 3): кушетка, тонометр, стетофонендоскоп, бактерицидный облучатель/очиститель воздуха, негатоскоп, ростомер, весы, холодильник, шкаф для хранения лекарств.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	2	Какое оборудование является обязательным для процедурного кабинета ревматологического отделения, где проводятся внутрисуставные инъекции?
Э	-	Для манипуляционной (Приложение N 6, раздел 2): операционный стол, бестеневая лампа, шприцевая помпа (по требованию), аптечка с противошоковыми препаратами, бактерицидный облучатель.
P2	-	Ответ правильный

P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	3	Какой документ регламентирует виды и количество облучателей/очистителей воздуха?
Э	-	Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 (сноска 1 в Приложениях 3, 6, 9, 12 с изменениями от 2020 г.).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Врач-ревматолог консультирует пациентку 35 лет с системной склеродермией и синдромом Рейно. Пациентка курит, работает на «холодном» складе.
В	1	Проведение беседы о вреде курения и рекомендации по трудоустройству входят в трудовую функцию (код и название)?
Э	-	Функция А/05.8
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	2	Какое конкретное трудовое действие из этой функции реализует врач?
Э	-	«Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления табака...».
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	3	Какой еще метод профилактической работы с пациенткой может использовать врач в рамках этой функции?
Э	-	Врач может организовать или пригласить пациентку в «Школу для пациентов с ревматическими заболеваниями», что также является трудовым действием этой функции.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Молодой врач-ревматолог, имеющий сертификат и 2 года стажа работы в поликлинике, желает заниматься назначением и контролем

		терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) в условиях специализированного центра.
В	1	Достаточно ли у него образования и опыта для этого согласно профстандарту? Если нет, то что необходимо?
Э	-	Нет, недостаточно.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	2	К какой обобщенной трудовой функции (код) относится работа с ГИБП?
Э	-	Работа с ГИБП относится к обобщенной трудовой функции В
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	3	Каковы дополнительные требования к условиям допуска к работе для этой функции?
Э	-	Особые условия допуска к работе (раздел 3.2 профстандарта).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента с подозрением на врожденный иммунодефицит исследуют иммунный статус. В результатах анализов отмечается нормальное абсолютное количество лимфоцитов, но резко снижено количество CD19+ клеток (менее 2%). Уровень сывороточных иммуноглобулинов всех классов (IgG, IgA, IgM) крайне низкий.
В	1	Какое звено иммунной системы преимущественно поражено? На каком этапе развития иммунного ответа произойдет сбой у данного пациента? Обоснуйте.
Э	-	Поражено гуморальное звено иммунитета (В-клеточное). Сбой произойдет на этапе запуска специфического гуморального ответа, так как отсутствуют зрелые В-лимфоциты (CD19+) — предшественники плазматических клеток, синтезирующих антитела. Даже при нормальной работе Т-хелперов и антигенпрезентирующих клеток, отсутствие ключевых эффекторов (В-клеток) делает невозможным формирование специфического антительного ответа.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент жалуется на частые тяжелые гнойные инфекции кожи и легких, вызванные стафилококком. В иммунограмме выявлено нормальное количество лейкоцитов и лимфоцитов, нормальные уровни иммуноглобулинов. Однако НСТ-тест спонтанный и стимулированный показывает стойкое снижение (менее 1%).
В	1	О нарушении функции каких клеток свидетельствуют данные? Какой механизм защиты страдает в первую очередь? Как это связано с клиникой
Э	-	Данные свидетельствуют о нарушении функции фагоцитов (нейтрофилов и/или макрофагов). Сниженный НСТ-тест указывает на дефект кислородозависимой (оксидазной) микробицидной системы — неспособность к "дыхательному взрыву". Страдает механизм внутриклеточного уничтожения поглощенных бактерий. Клинически это проявляется тяжелыми, плохо поддающимися лечению гнойными инфекциями, вызванными каталазоположительными микроорганизмами (например, стафилококком), которые не могут быть эффективно убиты внутри фагоцита
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента после трансплантации почки началось острое отторжение трансплантата. Биопсия показала массивную инфильтрацию лимфоцитами.
В	1	Какой тип иммунного ответа является ведущим в механизме отторжения? Какие клетки и молекулы играют ключевую роль в этом процессе? Опишите основной механизм распознавания
Э	-	Ведущим является Т-клеточный иммунный ответ, преимущественно по пути цитотоксических CD8+ Т-лимфоцитов и CD4+ Т-хелперов 1 типа (Th1). Ключевую роль играют донорские молекулы HLA I и II, распознаваемые реципиентными Т-клетками как "чужое". Цитотоксические CD8+ Т-лимфоциты напрямую узнают чужеродные антигены HLA I на клетках трансплантата (по механизму "двойного распознавания" пептид+HLA) и лизируют их. Th1-клетки, активируясь через HLA II, усиливают воспалительную реакцию
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

Н	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	При обследовании пациента с рецидивирующими вирусными инфекциями (герпес, цитомегаловирус) в иммунограмме обнаружено: количество CD3+ лимфоцитов в норме, но резко снижено количество CD4+ клеток при повышенном количестве CD8+ клеток. Соотношение CD4+/CD8+ = 0.3 (при норме >1.5).
В	1	О чем свидетельствует такое изменение в иммунограмме? Почему это приводит к повышенной восприимчивости именно к вирусным инфекциям?
Э	-	Изменение свидетельствует о выраженном дисбалансе в Т-клеточном звене — глубоком дефиците Т-хелперов (CD4+) и относительном преобладании цитотоксических/супрессорных клеток (CD8+). CD4+ Т-хелперы (особенно Th1) необходимы для полноценной активации CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов, макрофагов и для регуляции гуморального ответа. Их дефицит приводит к неэффективному противовирусному иммунитету, так как нарушается координация специфического клеточного ответа, направленного на уничтожение инфицированных вирусом клеток.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенку в возрасте 1 года сделали прививку против кори (живая аттенуированная вакцина). Через 2 недели у него развилась типичная коревая инфекция с выраженной интоксикацией и сыпью.
В	1	О чем может свидетельствовать такое осложнение вакцинации? Нарушение какого компонента иммунной системы следует заподозрить в первую очередь? Обоснуйте, ссылаясь на функции этого компонента.
Э	-	Это свидетельствует о развитии вакцинассоциированной инфекции. В первую очередь следует заподозрить тяжелый дефект клеточного (Т-клеточного) звена иммунитета, например, тяжелый комбинированный иммунодефицит (ТКИД). Живые вакцины противопоказаны при таких состояниях, так как для контроля и элиминации аттенуированного, но живого вируса необходим полноценный специфический Т-клеточный иммунный ответ (цитотоксические Т-лимфоциты и Th1). При его отсутствии вакцинный штамм вируса не элиминируется и вызывает заболевание.
P2	-	Ответ правильный

P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 1,5 лет поступил в стационар с диагнозом «гнойный менингит». Из анамнеза: с 10-месячного возраста многократно лечился по поводу гнойных отитов, дважды перенес пневмонию. При осмотре: периферические лимфоузлы и небные миндалины очень мелкие, практически не пальпируются. В анализе крови: абсолютное количество лимфоцитов в норме, В-лимфоциты (CD19+) отсутствуют.
В	1	Какой наиболее вероятный первичный иммунодефицит следует заподозрить? Обоснуйте.
Э	-	Сцепленная с X-хромосомой агаммаглобулинемия Брутона. Обоснование: начало инфекций после 6-9 месяцев (истощение материнских антител), тяжелые повторные бактериальные инфекции (менингит, отиты, пневмонии), гипоплазия лимфоидной ткани, отсутствие В-лимфоцитов в крови.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 25 лет обращается по поводу частых синуситов и бронхитов. При обследовании выявлено: уровень IgG и IgA значительно снижен, уровень IgM в норме. Количество В-лимфоцитов в норме. В детстве болел редко.
В	1	Какой диагноз наиболее вероятен? В чем особенность начала этого заболевания?
Э	-	Общий переменный иммунодефицит (CVID). Особенность: заболевание может манифестировать не только в детстве, но и во втором-третьем десятилетии жизни (между 26-30 годами).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребенка 3-х лет с первых месяцев жизни отмечаются тяжелые, плохо поддающиеся лечению гнойные инфекции кожи, легких,

		лимфоузлов, вызванные золотистым стафилококком и грибами рода <i>Aspergillus</i> . При микроскопии мазка крови обнаружены нейтрофилы с гигантскими цитоплазматическими гранулами.
В	1	О каком дефекте фагоцитоза идет речь? Какой ключевой дефект лежит в его основе?
Э	-	Синдром Чедиака-Хигаси. Ключевой дефект: нарушение слияния фагосом с лизосомами в фагоцитах из-за дефекта микротрубочек цитоскелета, что приводит к снижению микробицидной активности.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	019
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У новорожденного мальчика диагностирован сложный врожденный порок сердца (тетрада Фалло). На 3-и сутки жизни у ребенка развились судороги на фоне снижения уровня кальция в крови.
В	1	С каким синдромом комбинированного иммунодефицита могут быть связаны эти проявления?
Э	-	Синдром Ди Джорджи. Характерна триада: гипоплазия тимуса (приводит к Т-клеточному дефициту), аплазия паращитовидных желез (гипокальциемия, тетания), пороки сердца и дуги аорты.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	020
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочка 7 лет страдает от тяжелой экземы, с периода новорожденности отмечаются эпизоды кровоточивости (мелена, петехии). Часто болеет гнойными отитами и пневмониями. В ОАК постоянно регистрируется тромбоцитопения.
В	1	Какой ПИД следует заподозрить? Назовите триаду основных симптомов
Э	-	Синдром Вискотта-Олдрича. Триада: экзема, тромбоцитопения (с мелкими тромбоцитами) и рецидивирующие инфекции.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	021

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 10 лет поступил с жалобами на плотный, безболезненный отек кисти, развившийся через несколько часов после незначительной травмы. Ранее подобные отеки возникали на стопе и лице. Прием антигистаминных препаратов эффекта не дал. Уровень С4 компонента комплемента в сыворотке резко снижен.
В	1	О каком ПИД системы комплемента следует думать? Почему антигистаминные препараты неэффективны?
Э	-	Наследственный ангионевротический отек (дефицит С1-ингибитора). Антигистаминные неэффективны, так как отек вызван не аллергической реакцией, а накоплением брадикинина из-за нарушения работы системы комплемента.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	022
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	При плановом обследовании у практически здорового подростка 16 лет случайно выявлено значительное снижение уровня IgA в сыворотке крови (менее 0,07 г/л). Уровни IgG и IgM в норме.
В	1	Какой диагноз можно поставить? Показана ли такому пациенту заместительная терапия внутривенным иммуноглобулином?
Э	-	Селективный дефицит IgA (SD IgA). Заместительная терапия иммуноглобулинами не показана, так как существует высокий риск развития анафилактической реакции на донорский IgA, к которому у пациента могут быть антитела..
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	023
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребенка 4-х месяцев отмечается хроническая диарея, задержка физического развития, упорная кандидозная инфекция полости рта. В анализе крови — выраженная лимфопения. Ребенок получил БЦЖ в роддоме, в месте введения сформировалась незаживающая язва с регионарным лимфаденитом.
В	1	Какая группа ПИД наиболее вероятна? Почему БЦЖ-вакцинация привела к осложнению?

Э	-	Тяжелый комбинированный иммунодефицит (ТКИД). Осложнение связано с тем, что живые вакцины (включая БЦЖ) противопоказаны при ТКИД, так как вызывают жизнеугрожающие вакцинассоциированные инфекции из-за отсутствия функциональных Т-лимфоцитов
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	024
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 5 лет страдает частыми бактериальными инфекциями (пневмонии, отиты). В иммунограмме: уровень IgM повышен, уровни IgG и IgA резко снижены. Количество В- и Т-лимфоцитов в норме.
В	1	О каком синдроме свидетельствует такая картина? Какова его молекулярная основа?
Э	-	Гипер-IgM-синдром. Молекулярная основа (при X-сцепленной форме) — мутация гена CD40L, что нарушает взаимодействие Т-хелперов с В-лимфоцитами и делает невозможным переключение синтеза иммуноглобулинов с IgM на IgG, IgA, IgE.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	025
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Ребенок 1 года отстает в психомоторном развитии, появилась неустойчивость походки (атаксия). При осмотре заметны расширенные сосуды (телеангиэктазии) на конъюнктивах глаз. Часто болеет респираторными инфекциями. В анализе крови снижен уровень IgA
В	1	Какой синдром комбинированного иммунодефицита следует заподозрить? Назовите основные составляющие его клинической картины
Э	-	Синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиэктазия). Основные проявления: прогрессирующая мозжечковая атаксия, телеангиэктазии, рецидивирующие инфекции дыхательных путей, часто — дефицит IgA, повышенный уровень альфа-фетопротеина.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	026

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 55 лет, жалуется на слабость, сонливость, зябкость, сухость кожи, увеличение веса. При осмотре: кожа бледная, пастозность лица, брадикардия. Щитовидная железа при пальпации плотная, бугристая. В сыворотке крови выявлены высокие титры антител к тиреопероксидазе (ТПО) и тиреоглобулину. Уровень ТТГ резко повышен, свободный Т4 снижен.
В	1	Каков наиболее вероятный диагноз? К какому классу и типу (по классификации в тексте) относится это заболевание? Обоснуйте ответ данными.
Э	-	Аутоиммунный тиреоидит Хасимото (хронический лимфоцитарный тиреоидит). Относится к Классу А (первичные аутоиммунные болезни), органоспецифическим. Обоснование: клиника гипотиреоза, плотная бугристая щитовидная железа, наличие специфических аутоантител (к ТПО и тиреоглобулину), гормональная картина (высокий ТТГ, низкий Т4).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	027
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Молодой мужчина жалуется на утреннюю скованность в мелких суставах кистей и стоп продолжительностью более часа, болезненность и припухлость этих суставов, общую слабость. Симптомы длятся 8 недель. Лабораторно: СОЭ повышена, выявлен ревматоидный фактор. На рентгенограмме кистей — околосуставной остеопороз и единичные эрозии.
В	1	Какое заболевание следует заподозрить? Перечислите не менее 4 диагностических критериев из классификации АРА (1987), которые присутствуют у пациента.
Э	-	Ревматоидный артрит. Критерии: 1) Утренняя скованность >1 часа; 2) Артрит 3 и более суставных зон (пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые); 3) Артрит суставов кистей; 4) Симметричный артрит (вероятно); 5) Наличие ревматоидного фактора; 6) Рентгенологические изменения
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	028
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	У больного с прогрессирующим ревматоидным артритом, несмотря на терапию метотрексатом, сохраняется активный синовит, множественные эрозии. Рассматривается вопрос о назначении биологической терапии.
В	1	К какой категории препаратов (по классификации МЛБР/ВОЗ) относится эта новая терапия? Какой мишенью она чаще всего является? Приведите пример такого препарата.
Э	-	К категории «болезнь-контролирующих антиревматических препаратов». Мишенью является провоспалительный цитокин ФНО- $\alpha$ (TNF $\alpha$ ). Примеры: инфликсимаб (моноклональные антитела), адалимумаб, этанерсепт (растворимый рецептор).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	029
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента после перенесенной стрептококковой ангины появились летучие боли в крупных суставах, признаки кардита. В крови обнаружены антитела к стрептолизину-О и перекрестно реагирующие антитела к антигенам миокарда.
В	1	К какому классу аутоиммунных болезней (по систематизации в тексте) можно отнести это состояние? Какой механизм срыва толерантности здесь задействован?
Э	-	Класс В (вторичные аутоиммунные болезни). Задействован механизм перекрестных реакций: антитела, выработанные против антигенов стрептококка, реагируют со структурно сходными антигенами тканей сердца и суставов (феномен молекулярной мимикрии).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	030
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	При скрининговом обследовании у здоровой женщины 45 лет случайно обнаружены антитела к тиреопероксидазе в умеренном титре. Уровень ТТГ и свободного Т4 в норме. Жалоб нет.
В	1	Как можно охарактеризовать это состояние? Означает ли оно обязательное развитие гипотиреоза в будущем? Обоснуйте ответ, используя данные текста.
Э	-	Это состояние — аутоиммунный процесс (носительство антитиреоидных антител) или субклинический аутоиммунный тиреоидит. Оно НЕ означает обязательного развития гипотиреоза.

		Согласно тексту, около 20% женщин имеют антитела, но гипотиреоз развивается лишь у 3–6%. Для манифестации болезни нужны дополнительные факторы.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	031
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У пациента с язвенным колитом в сыворотке крови обнаружены антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА).
В	1	К какому типу аутоиммунных болезней (по систематизации «органоспецифические/неорганоспецифические») можно отнести язвенный колит согласно тексту? Какова возможная роль обнаруженных аутоантител в патогенезе?
Э	-	Согласно тексту, язвенный колит отнесен к промежуточным (или органоспецифическим) аутоиммунным болезням. АНЦА могут участвовать в повреждении тканей кишечника по II типу (цитотоксичность) или, опосредуя активацию нейтрофилов, усиливать воспалительную реакцию.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	032
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	У женщины 28 лет появилась мышечная слабость, усиливающаяся к вечеру, двоение в глазах, опущение век. Симптомы временно уменьшаются после отдыха. При обследовании выявлены циркулирующие антитела к ацетилхолиновым рецепторам.
В	1	О каком аутоиммунном заболевании идет речь? Какой механизм повреждения (тип по Gell и Coombs) лежит в основе? Каков предполагаемый эффект аутоантител?
Э	-	Миастения гравис. Механизм — II тип (антителозависимая цитотоксичность). Аутоантитела блокируют или разрушают ацетилхолиновые рецепторы на постсинаптической мембране нервно-мышечного синапса, что нарушает передачу нервного импульса и приводит к мышечной слабости.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	033

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с СКВ проходит обследование. В иммунограмме отмечается: лимфоцитоз, повышение IgG, высокие титры антител к двуспиральной ДНК, снижение уровня комплемента С3 и С4, повышение концентрации ЦИК.
В	1	Объясните патогенетическое значение выявленных изменений. Какой тип иммунопатологических реакций (по Gell и Coombs) является ведущим при СКВ?
Э	-	Антитела к ДНК образуют иммунные комплексы с ядерными антигенами (ЦИК), которые откладываются в стенках сосудов и базальных мембранах. Активация комплемента этими комплексами (свидетельство — потребление и снижение С3, С4) приводит к воспалению и повреждению тканей. Ведущий механизм — III тип (иммунокомплексный).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	034
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больного ревматоидным артритом планируется начало терапии метотрексатом.
В	1	К какой категории антиревматических препаратов он относится? Почему его назначение считается агрессивным подходом к лечению? Назовите один из предполагаемых механизмов его действия
Э	-	Метотрексат относится к болезнь-модифицирующим антиревматическим препаратам (БМАРП), подкласс цитотоксических. Агрессивный подход подразумевает его раннее назначение для подавления воспаления и предотвращения деструкции суставов. Один из механизмов — иммуносупрессивное действие за счет ингибирования синтеза ДНК и подавления пролиферации иммунных клеток.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	035
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентке с установленным диагнозом «рассеянный склероз, ремиттирующее течение» для профилактики обострений назначили препарат интерферона-бета.

В	1	Каков основной предполагаемый механизм действия этого препарата при РС? Назовите еще одну группу препаратов, применяемых для превентивной терапии РС согласно тексту.
Э	-	Основной механизм — модуляция цитокинового баланса: подавление провоспалительных цитокинов (IFN $\gamma$ , TNF $\alpha$ ) и увеличение продукции противовоспалительных (IL-10). Другая группа — антиген-специфическая терапия (например, глатирамера ацетат / копаксон).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

### Раздел 2: Специальные вопросы ревматологии

Вид	Код	Текст названия трудовой функции
Н	-	036
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 68 лет, госпитализирован с лихорадкой до 39°C, длящейся 4 недели. При стандартном обследовании (анализы крови, мочи, рентген легких, УЗИ) патологии не выявлено. Состояние относительно удовлетворительное, жалоб на боли нет. При измерении температуры медсестрой – 37,2°C. В истории болезни есть записи о температуре 39,5°C, измеренной им самим. Пульс в покое 76 уд/мин.
В	1	О каком состоянии в первую очередь должен подумать врач?
Э	-	Об искусственной лихорадке. На это указывает несоответствие высоких цифр температуры в истории и данных измерения персоналом, относительно удовлетворительное состояние, отсутствие тахикардии, соответствующей лихорадке.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	037
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента 45 лет с лихорадкой выше 38,5°C в течение 3 недель при обследовании выявлено значительное увеличение нескольких групп лимфоузлов, печени и селезенки.
В	1	Какое направление диагностического поиска будет первостепенным?
Э	-	Онкологический поиск, в первую очередь на лимфопролиферативные заболевания (лимфомы, лимфогранулематоз), а также метастатические опухоли.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

Н	-	038
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной 25 лет, ВИЧ-инфицирован, поступает с длительной фебрильной лихорадкой. На фоне стандартной антибактериальной терапии эффекта нет. Какие инфекции наиболее вероятны?
В	1	Какие инфекции наиболее вероятны?
Э	-	Оппортунистические инфекции, ассоциированные с ВИЧ: токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, микобактериозы, криптококкоз, гистоплазмоз.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	039
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У женщины 72 лет в течение 6 недель отмечается лихорадка до 38,0-38,5°C, выраженная слабость, боли и скованность в мышцах плечевого и тазового пояса, резкое увеличение СОЭ (до 60 мм/ч).
В	1	Какие два заболевания наиболее вероятны?
Э	-	Ревматическая полимиалгия и/или височный артериит (гигантоклеточный артериит).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	040
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 50 лет с лихорадкой неясного генеза в течение месяца. В анамнезе – перенесенная 2 месяца назад аппендэктомия. Местных симптомов со стороны живота нет.
В	1	Какой метод диагностики может быть ключевым?
Э	-	УЗИ или КТ органов брюшной полости и малого таза для исключения послеоперационного абсцесса (межкишечного, поддиафрагмального, малого таза).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	041

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с длительной лихорадкой получал цефтриаксон по поводу предполагаемой пневмонии. Температура не снизилась. После отмены антибиотика на 3-й день температура нормализовалась.
В	1	Какой вероятный вывод?
Э	-	Лихорадка могла иметь лекарственную природу (реакция на цефтриаксон).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	042
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больного с ЛНГ при эхокардиографии обнаружены подвижные вегетации на аортальном клапане. Посевы крови стерильны. Что может объяснять отрицательные гемокультуры?
В	1	Что может объяснять отрицательные гемокультуры?
Э	-	Предшествующий прием антибиотиков, инфекционный эндокардит, вызванный атипичными или труднокультивируемыми возбудителями, поражение правых отделов сердца.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	043
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, фермер, с длительной волнообразной лихорадкой, артралгиями, потливостью. При стандартном обследовании – без особенностей.
В	1	Какой вопрос в анамнезе может быть решающим?
Э	-	Контакт с сельскохозяйственными животными (крупный рогатый скот, овцы, козы) для подозрения на бруцеллез.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	044
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	При обследовании больного с ЛНГ выявлено изолированное повышение активности щелочной фосфатазы.
В	1	На какую локализацию патологического процесса это может указывать?
Э	-	На патологию печени и желчевыводящих путей (холангит, абсцесс печени, опухоль) или костной ткани (остеомиелит, метастазы).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	045
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента с ЛНГ и синдромом верхней полой вены (отек лица, шеи, набухание вен) при рентгенографии выявлено расширение тени средостения.
В	1	Какая группа заболеваний наиболее вероятна?
Э	-	Опухолевые заболевания средостения (лимфомы, метастазы, тимомы).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	046
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У молодой женщины с лихорадкой, артритом и макулопапулезной сыпью, не поддающейся антибиотикотерапии, обнаруживается высокий нейтрофильный лейкоцитоз. Ревматоидный фактор отрицательный.
В	1	Какое системное заболевание вероятно?
Э	-	Болезнь Стилла у взрослых.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	047
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента с ЛНГ и сильными болями в поясничном отделе позвоночника первоначально диагностирован остеохондроз. Анализы показывают высокие цифры СОЭ и СРБ.
В	1	Какое исследование необходимо для уточнения?

Э	-	Рентгенография, а лучше КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника, радиоизотопное сканирование костей скелета для исключения остеомиелита позвоночника.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	048
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной с ЛНГ и увеличенными плотными надключичными лимфоузлами слева.
В	1	Какой диагностический метод будет наиболее информативен и быстр?
Э	-	Пункционная или эксцизионная биопсия лимфатического узла с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	049
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента с длительной лихорадкой обнаружены кальцинаты в селезенке при УЗИ.
В	1	О чем это может свидетельствовать в контексте диагностического поиска?
Э	-	О перенесенном ранее туберкулезном процессе, возможно, внелегочной локализации, что должно усилить подозрение на текущий туберкулез как причину ЛНГ.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	050
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больного с ЛНГ и незначительной желтухой обнаружено объемное образование в печени.
В	1	Какой онкомаркер будет наиболее специфичен для первичного рака печени?
Э	-	Альфа-фетопротеин (АФП).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ

P0	-	Ответ неверный
Н	-	051
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка с ЛНГ отмечает периодические кратковременные боли в правой половине шеи. При пальпации щитовидная железа болезненна, немного увеличена.
В	1	О чем следует подумать?
Э	-	О подостром тиреоидите (тиреоидит де Кервена), который может протекать с преобладанием лихорадочного синдрома.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	052
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больного с ЛНГ и тяжелым общим состоянием в анализе крови выявлена выраженная анемия, тромбоцитопения, наличие бластных клеток.
В	1	Какой диагноз наиболее вероятен?
Э	-	Острый лейкоз.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	053
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с ЛНГ жалуется на упорные головные боли. При осмотре пальпируется плотная, болезненная, пульсирующая височная артерия.
В	1	Какое исследование необходимо для верификации диагноза?
Э	-	Биопсия височной артерии.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	054
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента с ЛНГ после протезирования аортального клапана (6

		месяцев назад) лихорадка не купируется антибиотиками широкого спектра. Какая форма ЛНГ и какая причина наиболее вероятны?
В	1	Какая форма ЛНГ и какая причина наиболее вероятны?
Э	-	Нозокомиальный (или связанный с медицинским вмешательством) вариант ЛНГ. Вероятная причина – инфекционный эндокардит протезированного клапана.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	055
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Больному с ЛНГ, не поддающейся диагностике, планируется пробная терапия по поводу подозрения на туберкулез. Какой принцип должен быть соблюден?
Н	-	056
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент 58 лет с длительным анамнезом серопозитивного РА. В течение последних 2 лет отмечает прогрессирующую деформацию и нестабильность левого коленного сустава. Беспокоит постоянная интенсивная боль, возникающая при минимальной нагрузке и в покое, выраженное ограничение движений (сгибательная контрактура). Консервативная терапия (метотрексат, ГИБП, НПВП, внутрисуставные инъекции ГК) не приносит существенного облегчения. На рентгенограммах — выраженное сужение суставной щели, множественные эрозии, субхондральный склероз и кистозная перестройка костной ткани.
В	1	Какое хирургическое лечение показано данному пациенту? Обоснуйте, ссылаясь на критерии из текста.
Э	-	У пациента присутствуют все критерии, указанные в тексте для данного вида вмешательства: Выраженные структурные изменения: На рентгенограммах — картина далеко зашедшего деструктивного артрита (сужение щели, эрозии, кисты). Стойкая боль: Боль постоянная, интенсивная, в покое и при нагрузке, резистентная к консервативной терапии. Нарушение функции сустава: Выраженное ограничение движений, нестабильность, сгибательная контрактура, что приводит к значительному нарушению опорной и двигательной функции конечности. Альтернативный вариант — артродез (замыкание сустава), но при поражении коленного сустава и для сохранения возможности ходьбы эндопротезирование является предпочтительным методом выбора.
P2	-	Ответ правильный

P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	057
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 58 лет с длительным анамнезом неконтролируемой подагры. Обратился с жалобами на нарастающее онемение, покалывание и слабость в I-III пальцах правой кисти, усиливающиеся ночью. При осмотре определяется плотное, безболезненное подкожное образование в области ладони у запястья. Проведенный тест Тинеля положительный. На рентгенограмме кисти — признаки крупного тофуса в проекции карпального канала. Уровень мочевой кислоты — 480 мкмоль/л.
В	1	Какое хирургическое вмешательство показано данному пациенту? Каков патогенетический механизм развития его симптомов?
Э	-	Показано хирургическое вмешательство: Открытое удаление тофуса (тофусэктомия) с декомпрессией срединного нерва в карпальном канале. Механизм развития симптомов: Кристаллы мочевой кислоты, формирующие тофус, вызывают механическую компрессию (сдавление) срединного нерва, проходящего в карпальном канале. Это приводит к развитию характерной неврологической симптоматики — синдрому карпального канала (карпальному туннельному синдрому). Хирургическое удаление тофуса направлено на устранение этой компрессии.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	058
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 60 лет готовится к плановому тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава по поводу коксартроза III стадии. В анамнезе – варикозная болезнь нижних конечностей.
В	1	Какие два основных направления профилактики тромбоэмболических осложнений должны быть ему проведены в послеоперационном периоде согласно тексту? Приведите по одному примеру методов из каждого направления.
Э	-	Неспецифическая (механическая) профилактика: направлена на ускорение кровотока. Примеры: ранняя активизация, лечебная физкультура, эластическая компрессия или перемежающаяся пневмокомпрессия. Специфическая (фармакологическая) антикоагулянтная профилактика: направлена на коррекцию гемостаза. Конкретные препараты в тексте не названы, но указано, что она проводится на основании профильных

P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	059
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 28 лет, с дисплазией тазобедренных суставов и начальными проявлениями вторичного коксартроза справа (I стадия). Жалуется на боли при нагрузке, ограничение отведения. На МРТ: сохраненность суставного хряща, недостаточность покрытия головки бедра крышей вертлужной впадины, признаки ФАИ.
В	1	Какой вид органосохраняющей операции может быть ей рекомендован в первую очередь? В чем заключается основная цель этой операции и ее ожидаемый биомеханический эффект?
Э	-	Пациентке может быть рекомендована периацетабулярная остеотомия. Основная цель при дисплазии – восстановление нормальной биомеханики путем репозиционирования суставных поверхностей. Ожидаемый эффект: операция оказывает положительное влияние на биомеханику тазобедренного сустава за счет улучшения покрытия головки бедренной кости и уменьшения результирующих сил, действующих на нее, что позволяет отсрочить прогрессирование артроза
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	060
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Подросток 15 лет, перенесший болезнь Легга-Кальве-Пертеса в анамнезе. Развился коксартроз I-II стадии. На КТ: асферичность головки бедренной кости, формирование импиджмент-синдрома.
В	1	Какой вид хирургического вмешательства может быть рекомендован для улучшения состояния сустава и с какой конкретной целью? Какой важный технический момент должен быть соблюден во время этой операции для профилактики тяжелого осложнения?
Э	-	Пациенту может быть рекомендована моделирующая резекция головки бедренной кости (в т.ч. сегментарная). Цель: улучшение сферичности головки бедренной кости с ликвидацией конфликта (импиджмента) асферичной части головки с суставной губой. Для предупреждения развития асептического некроза головки бедра во время операции должна использоваться техника безопасного хирургического вывиха бедра.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ

P0	-	Ответ неверный
H	-	061
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 45 лет, 10 недель назад перенес корригирующую остеотомию большеберцовой кости. Рентгенологически – консолидация костной ткани. Он чувствует себя хорошо и спрашивает, когда можно будет полностью нагружать ногу (бегать, заниматься спортом).
В	1	Каков рекомендованный средний срок разрешения полной нагрузки после такой операции? Что составляет основу реабилитационных мероприятий в этом позднем периоде?
Э	-	После корригирующих околосуставных остеотомий полную нагрузку в среднем разрешают через 1.5-3 месяца. Сейчас (10 недель) пациент находится на границе позднего восстановительного и адаптационного периодов. Основу реабилитации в этом периоде составляют ЛФК (в том числе в бассейне), занятия на тренажерах и бальнеотерапевтические процедуры, которые рекомендовано проводить в специализированных центрах или санаториях
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	062
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 75 лет, готовится к эндопротезированию коленного сустава. Лечащий врач, помимо стандартного обследования, назначил ей курс электромиостимуляции (ЭМС) мышц бедра и голени, массаж и ЛФК (изометрические упражнения) за 2 недели до плановой операции.
В	1	С какой целью назначена эта предоперационная подготовка? Какой общий принцип реабилитации иллюстрирует это назначение?
Э	-	Целью предоперационной реабилитации (ЭМС, массаж, ЛФК) является ранняя активизация пациентки в послеоперационном периоде. Это особенно важно для пациентов пожилого и старческого возраста. Данное назначение иллюстрирует принцип непрерывности и последовательности реабилитационного процесса, который начинается до операции для улучшения исходов после нее.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	063

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 60 лет, на 2-е сутки после тотального эндопротезирования коленного сустава по поводу гонартроза. Испытывает умеренную боль, дренажи удалены. Хирург настаивает на начале реабилитации.
В	1	Прав ли хирург? Какие три ключевых принципа должны лечь в основу начинающихся реабилитационных мероприятий согласно тексту? Какое конкретное действие пациенту уже можно разрешить?
Э	-	Да, хирург прав. Реабилитацию рекомендовано начинать в стационаре сразу после операции. Основополагающими принципами являются: Раннее начало. Обеспечение адекватного обезболивания (аналгезии). Индивидуальный подход. Уже на 1-2 день пациента под руководством инструктора обучают присаживаться в кровати с помощью рук и надкроватной рамы. После удаления дренажей рекомендуется ходьба с дополнительной опорой на костыли и дозированной нагрузкой на оперированную конечность
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	064
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 52 года, с гонартрозом II стадии по Косинской, преимущественным поражением внутреннего отдела и варусной деформацией (отклонение оси 12°). ИМТ=28 кг/м <sup>2</sup> . Консервативное лечение эффекта не дало. При МРТ: гиалиновый хрящ латерального отдела в удовлетворительном состоянии.
В	1	Какой вид органосохраняющей операции ей показан? В чем заключается основной принцип и цель данной операции? Каков ключевой положительный долгосрочный результат успешной операции?
Э	-	Пациентке показана корригирующая околосуставная остеотомия большеберцовой кости (возможно, с остеотомией малоберцовой). Основная цель – восстановление измененной оси нижней конечности для разгрузки пораженного внутреннего отдела сустава. После правильно выполненной операции наблюдается регресс субхондрального склероза и восстановление высоты рентгенологической суставной щели, что клинически ведет к уменьшению боли и сохранению амплитуды движений. Такая операция позволяет отсрочить эндопротезирование на 8-12 лет.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	065

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 70 лет, с гонартрозом III стадии по Косинской (IV по Kellgren & Lawtence), выраженным болевым синдромом, сгибательная контрактура 20°, вальгусная деформация 25°. Сопутствующая патология: сахарный диабет в стадии декомпенсации, хроническая трофическая язва голени.
В	1	Почему в данном случае стандартное тотальное эндопротезирование коленного сустава сопряжено с крайне высоким риском? Какой радикальный хирургический метод может быть рассмотрен как последний вариант, и каковы его основные последствия?
Э	-	У пациента высокий риск инфекционных осложнений из-за декомпенсированного диабета и трофической язвы. Имплантация эндопротеза в таких условиях прогнозируемо приведет к глубокой хирургической инфекции. В качестве метода отчаяния может быть рассмотрено артрорезирование (замыкание) коленного сустава. Этот метод позволяет устранить боль и восстановить опороспособность, но сопряжен с укорочением конечности и ведет к прогрессированию дегенеративных изменений в поясничном отделе позвоночника, тазобедренном и голеностопном суставах из-за нарушения биомеханики.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	066
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 48 лет, активный. Диагноз: Гонартроз II стадии по Косинской (по Kellgren & Lawtence – II-III). Выполнена МРТ: признаки повреждения медиального мениска 3 степени, полнослойной потери хряща нет, ось конечности в норме. Консервативная терапия (ЛФК, НПВП, физиотерапия) в течение 4 месяцев не принесла значимого облегчения. Боль и блокады сохраняются.
В	1	Какой вид хирургического вмешательства может быть ему рекомендован в первую очередь, согласно тексту? Укажите строгие условия, при которых это вмешательство показано.
Э	-	Пациенту может быть рекомендовано артроскопическое лечение, в частности, артроскопическая резекция мениска.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

### Раздел 3. Ревматические заболевания у детей

Вид	Код	Текст названия трудовой функции
Н	-	067

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 12 лет. Через 3 недели после перенесенной ангины появились симметричные боли и припухлость коленных и голеностопных суставов, температура 38.5°C. При осмотре: над верхушкой сердца выслушивается нежный систолический шум. В анализах: СОЭ 45 мм/ч, СРБ 25 мг/л, титр АСЛ-О повышен в 4 раза.
В	1	На основании каких критериев можно заподозрить Острую Ревматическую Лихорадку? Какое инструментальное исследование необходимо провести в первую очередь?
Э	-	У пациентки есть большие критерии: полиартрит (поражение нескольких крупных суставов) и кардит (наличие шума). Малые критерии: лихорадка, повышенные острофазовые показатели (СОЭ, СРБ). Есть данные о предшествующей БГСА-инфекции (повышение АСЛ-О). Для подтверждения кардита и оценки его тяжести необходимо срочно провести эхокардиографию (ЭхоКГ).
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	068
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Юноша, 19 лет, перенес первую атаку ОРЛ (кардит) в 14 лет. Порок сердца не сформировался. Сейчас чувствует себя хорошо, ревматологическое наблюдение прекратил 2 года назад.
В	1	Правильно ли было прекратить профилактику? Какова должна была быть минимальная продолжительность вторичной профилактики в его случае?
Э	-	Прекращение профилактики было преждевременным. Для больных, перенесших ОРЛ с кардитом, но без формирования порока сердца, минимальная продолжительность вторичной профилактики составляет не менее 10 лет после последней атаки или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»). Пациенту следовало продолжать профилактику до 25 лет.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	069
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 30 лет, с диагнозом «Хроническая ревматическая болезнь сердца. Состояние после протезирования митрального клапана (механический протез)». Получает варфарин. Обратился с

		симптомами острого фарингита (боль в горле, температура 37.8°C).
В	1	Чем принципиально отличается тактика ведения этого пациента от пациента без ХРБС? Какие два основных направления лечения необходимы?
Э	-	У пациента с ХРБС (особенно с протезом клапана) любая инфекция глотки потенциально опасна рецидивом ОРЛ и высоким риском инфекционного эндокардита. Необходимы: 1. Немедленная антибактериальная терапия для эрадикации возможной БГСА-инфекции (препараты пенициллинового ряда). 2. Рассмотрение вопроса о профилактике инфекционного эндокардита (с учетом приема варфарина и длительной профилактики пенициллином, препаратом выбора может быть клиндамицин).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	070
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Девочка, 9 лет. Родители заметили у ребенка гримасничанье, произвольные подергивания в руках, нарушение почерка, плаксивость. Эти симптомы появились постепенно. Температуры, болей в суставах нет. При аускультации сердца патологии не выявлено. Перенесла ангину 2 месяца назад.
В	1	О какой форме ОРЛ следует подумать? Каков диагностический алгоритм?
Э	-	У пациента картина ревматической (малой) хореи. Это может быть проявлением ОРЛ. Необходимо: провести ЭхоКГ для исключения субклинического кардита. Определить титры противострептококковых антител (АСЛ-О). Исключить другие причины хореи, может потребоваться консультация невролога, МРТ головного мозга, ЭЭГ. Изолированная хорея при подтвержденной связи со стрептококковой инфекцией является достаточным критерием для диагноза ОРЛ.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	071
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент, 45 лет, с ХРБС (митрально-аортальный порок, НК IIА ст.) готовится к плановой операции по удалению желчного пузыря. По поводу ХРБС получает вторичную профилактику бициллином-5.
В	1	Нужна ли ему антибиотикопрофилактика перед операцией? Если да,

		какой препарат предпочтителен и почему?
Э	-	Да, пациенту с ХРБС и пороком сердца перед операцией, связанной с риском бактериемии (на ЖКТ), показана антибиотикопрофилактика инфекционного эндокардита. Учитывая длительный прием пенициллина (бициллин-5), высока вероятность носительства резистентной к пенициллину флоры (например, зеленающих стрептококков). Поэтому препаратом выбора в данной ситуации является ванкомицин 1 г в/в, введение которого заканчивают за 30 мин до процедуры.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	072
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочка 10 лет, жительница сельской местности, через 3 недели после ангины жалуется на болезненность и припухлость крупных суставов (коленных, голеностопных), которые "перескакивают" с одного на другой. При осмотре: температура 38.8°C, ЧСС 110 уд/мин, при аускультации сердца – нежный систолический шум на верхушке. АСЛ-О повышен в 3 раза.
В	1	Какой предварительный диагноз? Какие два основных инструментальных исследования необходимо срочно провести?
Э	-	Подозрение на острую ревматическую лихорадку (полиартрит, лихорадка, кардит). Необходимо срочно выполнить: 1) Эхокардиографию для подтверждения и оценки кардита (митральная регургитация); 2) ЭКГ (для выявления удлинения интервала PR).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	073
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мальчик 14 лет перенес первую атаку ОРЛ с кардитом, приведшим к формированию минимальной митральной недостаточности. Пациент проживает в регионе с низким уровнем дохода.
В	1	Какова минимальная рекомендуемая продолжительность вторичной профилактики в его случае?
Э	-	Не менее 10 лет после последней атаки или до 40-летнего возраста (по принципу "что дольше"). Учитывая сформировавшийся порок сердца и регион высокого риска, профилактика может требоваться дольше, иногда пожизненно.

P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	074
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Юноша 19 лет, перенесший ОРЛ в детстве, поступает с жалобами на произвольные, некоординированные, отрывистые движения конечностей и гримасничанье. Неврологический статус – гипотония, дизартрия. Признаков артрита и активного кардита нет.
B	1	Какой диагноз наиболее вероятен? Достаточно ли этого одного проявления для диагностики ОРЛ?
Э	-	Ревматическая (малая) хорея Сиденгама. Да, изолированная ("чистая") хорея при исключении других причин является достаточным основанием для диагноза повторной атаки ОРЛ.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	075
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентке 25 лет с установленным диагнозом ХРБС (митральный стеноз) планируется экстракция зуба.
B	1	Требуется ли ей антибиотикопрофилактика инфекционного эндокардита? Если да, какой препарат предпочтителен, если она 10 лет получала вторичную профилактику бензатинпенициллином?
Э	-	Да, требуется, так как у нее порок сердца в рамках ХРБС. Учитывая длительный прием пенициллина, высок риск носительства резистентной флоры. Препаратом выбора перед стоматологическими манипуляциями высокого риска будет клиндамицин (600 мг внутрь за 30-60 мин до процедуры).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	076
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Врач на приеме в поликлинике видит пациента 8 лет с жалобами на боль в горле. По шкале МакАйзека (Центора) набирается 3 балла (температура >38°C, налеты на миндалинах, шейный лимфаденит,

		отсутствие кашля).
В	1	Каковы дальнейшие действия врача в условиях, где нет возможности сделать экспресс-тест или посев на БГСА?
Э	-	При 3-5 баллах по шкале рекомендовано назначение антибактериальной терапии для эрадикации БГСА с целью профилактики ОРЛ. Препарат выбора – феноксиметилпенициллин или амоксициллин внутрь в возрастной дозе 10 дней.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	077
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У подростка 16 лет с первой атакой ОРЛ (полиартрит, кардит) после курса лечения в стационаре достигнута клинико-лабораторная ремиссия.
В	1	Какой препарат и в каком режиме будет назначен для длительной вторичной профилактики? Укажите примерную дозу.
Э	-	Для вторичной профилактики назначается бензатинпенициллин внутримышечно. Для подростка с весом >27 кг стандартная доза – 1.2 млн ЕД каждые 3-4 недели.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	078
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	При плановой ЭхоКГ у бессимптомной девочки 12 лет из эндемического района выявлена минимальная митральная регургитация, соответствующая эхокритериям ревматического вальвулита, при абсолютно нормальной аускультативной картине.
В	1	Как трактовать данную находку? О чем она может свидетельствовать?
Э	-	Это признак субклинического кардита. Может свидетельствовать о перенесенной нераспознанной атаке ОРЛ. Такие пациенты нуждаются в постановке на учет, обследовании на маркеры стрептококковой инфекции и решении вопроса о вторичной профилактике.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	079

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 30 лет с ХРБС (состояние после протезирования митрального клапана) обратился с симптомами острого фарингита.
В	1	Отличается ли подход к лечению его острого фарингита от подхода у человека без ХРБС? Почему?
Э	-	Да, отличается кардинально. У пациента с ХРБС любая БГСА-инфекция глотки угрожает развитием повторной атаки ОРЛ, которая крайне опасна на фоне протеза клапана. Ему требуется незамедлительное начало антибактериальной терапии пенициллином, даже без ожидания подтверждения БГСА-этиологии, как часть вторичной профилактики.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	080
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента с первой атакой ОРЛ (кардит, полиартрит) выявлена аллергия на пенициллин в виде анафилаксии в анамнезе.
В	1	Какой антибиотик следует выбрать для эрадикации БГСА в острой фазе? А для длительной вторичной профилактики?
Э	-	Для эрадикации: макролид (например, азитромицин) или цефалоспорин I поколения (если аллергия не в виде анафилаксии). Для длительной вторичной профилактики: сульфадiazин внутрь ежедневно.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	081
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В регионе с высоким уровнем заболеваемости ОРЛ у ребенка 9 лет после ангины наблюдается моноартрит левого коленного сустава, лихорадка 38.2°C, артралгии в других суставах. АСЛ-О повышен.
В	1	Могут ли эти данные соответствовать критериям ОРЛ для популяции высокого риска? Какие критерии здесь присутствуют
Э	-	Да, для популяции высокого риска. Присутствуют: 1) Большой критерий – артрит (моноартрит). 2) Малые критерии: лихорадка $\geq 38^\circ\text{C}$ , полиартралгии, повышенные острофазовые показатели (можно предположить). При наличии доказанной БГСА-инфекции

		(повышение АСЛ-О) этого достаточно для диагноза (1 большой + 2 малых критерия).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

#### Раздел 4. Оказание медицинской помощи в экстренной форме при ревматических заболеваниях

№ п/п	Код трудовой функции	Наименование трудовой функции
И	1	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>
У	-	Пациент жалуется на давящие боли в грудной клетке, слабость, чувство нехватки воздуха. Кожные покровы влажные, холодные, с мраморным цианозом. Выявлены снижение сатурации до 92%, артериальная гипотензия – 80/40 мм рт ст, тахикардия до 110 в минуту, тахипноэ до 22 в минуту, на ЭКГ – подъём сегмента ST в грудных отведениях.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
И	2	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>
У	-	Пациент жалуется на давящие боли в грудной клетке, слабость, чувство нехватки воздуха. Кожные покровы тёплые, влажные с акроцианозом. Выявлены снижение сатурации до 92%, АД – 120/70 мм рт ст, тахикардия до 110 в минуту, тахипноэ до 24 в минуту, влажные хрипы во всех отделах лёгких, на ЭКГ – депрессия сегмента ST в левых грудных отведениях.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента
В	2	На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
И	3	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>
У	-	Состояние пациента ухудшилось внезапно после инъекции антибиотика. Сознание спутанное. Сыпь по типу крапивницы на грудной клетке и руках. Отёк губ. Кожные покровы влажные, холодные, с мраморным цианозом. Выявлены снижение сатурации до 92%, артериальная гипотензия – 80/40 мм рт ст, тахикардия до 110 в минуту, тахипноэ до 22 в минуту.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента
В	2	На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
И	4	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>

У	-	Пациент жалуется на слабость, головокружение. Кожные покровы бледные сухие. Выявлена артериальная гипотензия АД 80/40 мм рт ст. ЧСС 110 в минуту. ЧД 18 в минуту. Был обильный стул чёрного цвета.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
И	5	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>
У	-	Пациент жалуется на затруднение дыхания, выдыхает с усилием. Дышать легче сидя. Кожные покровы тёплые с элементами акроцианоза. При аускультации лёгких – рассеянные сухие хрипы по всей поверхности. ЧД 22 в минуту. Сатурация 95%. АД 130/80 мм рт ст. ЧСС 100 в минуту.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
И	6	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>
У	-	Состояние пациента ухудшилось внезапно. Появилась сильная боль в груди и чувство нехватки воздуха. Лёжа дышать легче. Кожные покровы лица и шеи цианотичные, сухие, тёплые. Дыхание ослаблено в нижних отделах слева, ЧД 25 в минуту. АД 80/50 мм рт ст. ЧСС 110 в минуту. На ЭКГ – увеличение амплитуды R во втором отведении, Q III, S I.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
И	7	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>
У	-	Состояние пациента ухудшилось внезапно после сильного приступа кашля. Курильщик. Появилась сильная боль в груди и чувство нехватки воздуха. Кожные покровы бледные с акроцианозом, сухие, тёплые. Дыхание справа не выслушивается, слева – везикулярное, ЧД 22 в минуту. АД 90/50 мм рт ст. ЧСС 110 в минуту.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
И	8	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ</b>
У	-	Состояние пациента ухудшилось после очередной инъекции инсулина. Был возбужден, агрессивен. Затем уснул. На момент осмотра без сознания. Зрачки узкие центрально фиксированы, фотореакция сохранена. Кожные покровы бледные влажные тёплые. ЧД 18 в минуту. АД 130-80 мм рт ст. ЧСС 90 в минуту. Уровень глюкозы крови – 2 ммоль/л.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести

И	9	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
У	-	Состояние пациента ухудшалось постепенно в течении нескольких дней. Жаловался на сухость во рту, жажду. Было обильное мочеотделение. На момент осмотра без сознания. Зрачки узкие центрально фиксированы, фотореакция сохранена. Кожные покровы розовые, сухие, тёплые. ЧД 18 в минуту. АД 140-80 мм рт ст. ЧСС 100 в минуту. Уровень глюкозы крови – 33 ммоль/л.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
И	10	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ, ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ, ПРОДЕМОНСТРИРУЙТЕ НАВЫК ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
У	-	Состояние пациента ухудшилось внезапно на фоне приступа гипертонического криза. Внезапно потерял сознание. На момент осмотра правый зрачок шире левого, фотореакция сохранена. Кожные покровы бледные влажные тёплые. Мышечный тонус слева в конечностях снижен. ЧД 18 в минуту. АД 130-80 мм рт ст. ЧСС 90 в минуту.
В	1	Какое неотложное состояние развилось у пациента На основании какой информации установлен диагноз
В	2	Какие неотложные мероприятия необходимо провести
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 60 лет, с гонартрозом II стадии по Косинской. Прошел курс ЛФК, принимал топические НПВП с умеренным эффектом. На очередном приеме активно интересуется: «Доктор, а мне могут сделать те «смазки» для колена, о которых я читал в интернете? Говорят, помогают надолго». Он настойчив в своем желании.
В	1	Какой метод внутрисуставной терапии вы можете ему предложить, основываясь на его инициативе и тексте рекомендаций? Что вы расскажете ему о предполагаемой эффективности и длительности действия этой процедуры?
Э	-	Пациенту может быть предложено внутрисуставное введение протеза синовиальной жидкости на основе гиалуроната натрия, так как этот метод рекомендуется для уменьшения боли и улучшения функции при наличии инициативы со стороны пациента. Следует объяснить, что положительный клинический эффект (уменьшение боли) может быть различной степени, а его средняя продолжительность составляет 4-6 и более месяцев. После окончания действия инъекцию можно повторить.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	012

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику поступило новое оборудование для клеточной терапии. Коммерческий отдел предлагает активно рекламировать и внедрить в практику «инновационный метод лечения артроза собственными стволовыми клетками из жировой ткани».
В	1	Как, основываясь на тексте клинических рекомендаций, вы оцените уровень доказательности этого метода и его эффективность? На какой основе (при каком условии) его применение может быть рассмотрено?
Э	-	Метод введения аутологичной стромально-васкулярной фракции (получаемой из жировой ткани) имеет уровень рекомендаций В и низкий уровень достоверности доказательств. В настоящее время нет убедительных доказательств об эффективности этого метода для лечения остеоартроза. Его применение может быть рассмотрено только при наличии инициативы со стороны пациента, после информирования о недоказанной эффективности.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 62 года, с гонартрозом II стадии (по Келлгрону-Лоуренсу). Консервативная терапия (ЛФК, топические НПВП) дает неполный эффект. Сустав не опух, признаков синовита нет. Пациент активно интересуется возможностью «смазки сустава», хочет отложить операцию.
В	1	Какой метод внутрисуставной терапии является для него предпочтительным и почему? Что следует рассказать пациенту об ожидаемой длительности эффекта и возможности повторения процедуры?
Э	-	Предпочтительным методом является внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты. Это соответствует его стадии (ранний артроз), отсутствию противопоказаний (синовит) и инициативе пациента. Следует объяснить, что средняя продолжительность эффекта составляет 4-6 месяцев, после чего инъекцию можно повторить. Препараты обладают хорошим профилем безопасности и могут служить альтернативой системным НПВП.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 58 лет, с обострением коксартроза. Сустав болезненный,

		пальпаторно определяется повышение местной температуры, на УЗИ – умеренный выпот. Прием пероральных НПВП в течение 10 дней не купировал воспалительные явления полностью.
В	1	Показана ли пациентке внутрисуставная инъекция? Если да, то какого препарата и при каком условии? Какой ключевой принцип (ограничение) должен быть соблюден при использовании этого метода?
Э	-	Пациентке показана инъекция глюкокортикоида (ГК) в тазобедренный сустав, так как имеется некупируемый НПВП синовит. Однако инъекцию следует проводить только после предварительной эвакуации выпота (пункции сустава), так как введение в сустав с выпотом менее эффективно и повышает риск осложнений. Ключевое ограничение: такие инъекции в один сустав нельзя делать чаще 1 раза в 3 месяца.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	015
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Спортсмен, 45 лет, с посттравматическим гонартрозом I стадии и сопутствующим повреждением мениска. От операции пока отказывается. Прошел курс реабилитации, сохраняется боль при нагрузке. Он настаивает на применении «самых современных биологических методов лечения».
В	1	Какой метод внутрисуставной терапии, помимо гиалуроновой кислоты, может быть ему предложен, учитывая его инициативу и относительно молодой возраст? Какой уровень доказательности имеет этот метод согласно тексту клинических рекомендаций? Что важно донести до пациента относительно ожиданий?
Э	-	С учетом инициативы пациента и желания использовать биологические методы может быть рассмотрено введение обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP). Этот метод имеет уровень убедительности рекомендаций C (достоверность доказательств – 4). Пациенту важно объяснить, что, несмотря на потенциальную эффективность и безопасность, убедительных доказательств его превосходства над стандартными методами для структурного восстановления хряща все еще недостаточно, а лечение часто не покрывается ОМС.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	016
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациент, 70 лет, с коксартрозом III стадии и тяжелой сопутствующей патологией (декомпенсированный СД, ХБП 3 ст.), что является противопоказанием к длительному приему НПВП и высоким риском при

		эндопротезировании. Болевой синдром выраженный.
В	1	Какой метод внутрисуставной терапии может стать для этого пациента важной альтернативой системным НПВП и помочь в контроле боли, учитывая его профиль безопасности? Какое важное условие для проведения этой процедуры необходимо соблюсти?
Э	-	Важной и относительно безопасной альтернативой для этого пациента является внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты. Она имеет благоприятный профиль безопасности, не оказывает системного действия на почки и ЖКТ. Ключевое условие: перед введением необходимо убедиться в отсутствии активного синовита (процедура проводится в «сухой» сустав), так как при воспалении ее эффективность резко снижается.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	017
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациентка, 50 лет, с гонартрозом, получила первую внутрисуставную инъекцию гиалуроновой кислоты. Через 2 дня она обратилась с жалобами на резкое усиление боли, отек, покраснение и местное повышение температуры в суставе.
В	1	Какое наиболее вероятное осложнение развилось у пациентки? Какова тактика ведения в данной ситуации?
Э	-	Наиболее вероятно развитие постинъекционного реактивного синовита (псевдоподагрическая атака) – известное, хотя и редкое осложнение введения гиалуроновой кислоты. Тактика: симптоматическое лечение – пункция сустава для эвакуации выпота, покой, холод местно, назначение короткого курса НПВП или даже внутрисуставное введение ГК при выраженном воспалении. Симптомы обычно купируются в течение нескольких дней.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	018
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	-	Пациентка, 68 лет, с гонартрозом III стадии. На фоне стандартной терапии у нее развился выраженный синовит (сустав отечный, горячий, с выпотом). Прием пероральных НПВП в адекватных дозах в течение 10 дней не привел к купированию воспаления. Риск кардиоваскулярных осложнений высокий.
В	1	Показана ли пациентке внутрисуставная инъекция глюкокортикоидов?

		Обоснуйте свой ответ, указав строгое показание из текста и ключевое ограничение по частоте таких инъекций.
Э	-	Да, показана. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов рекомендуется по строгим показаниям, одним из которых является ситуация, когда не удается купировать синовит адекватными дозами НПВП. Это именно наш случай. Важно соблюдать правило: инъекции в один сустав нельзя делать чаще 1 раза в 3 месяца. Курсовое применение не рекомендуется.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

**Раздел 5. Оказание медицинской помощи взрослым с ревматическими заболеваниями в амбулаторных условиях**

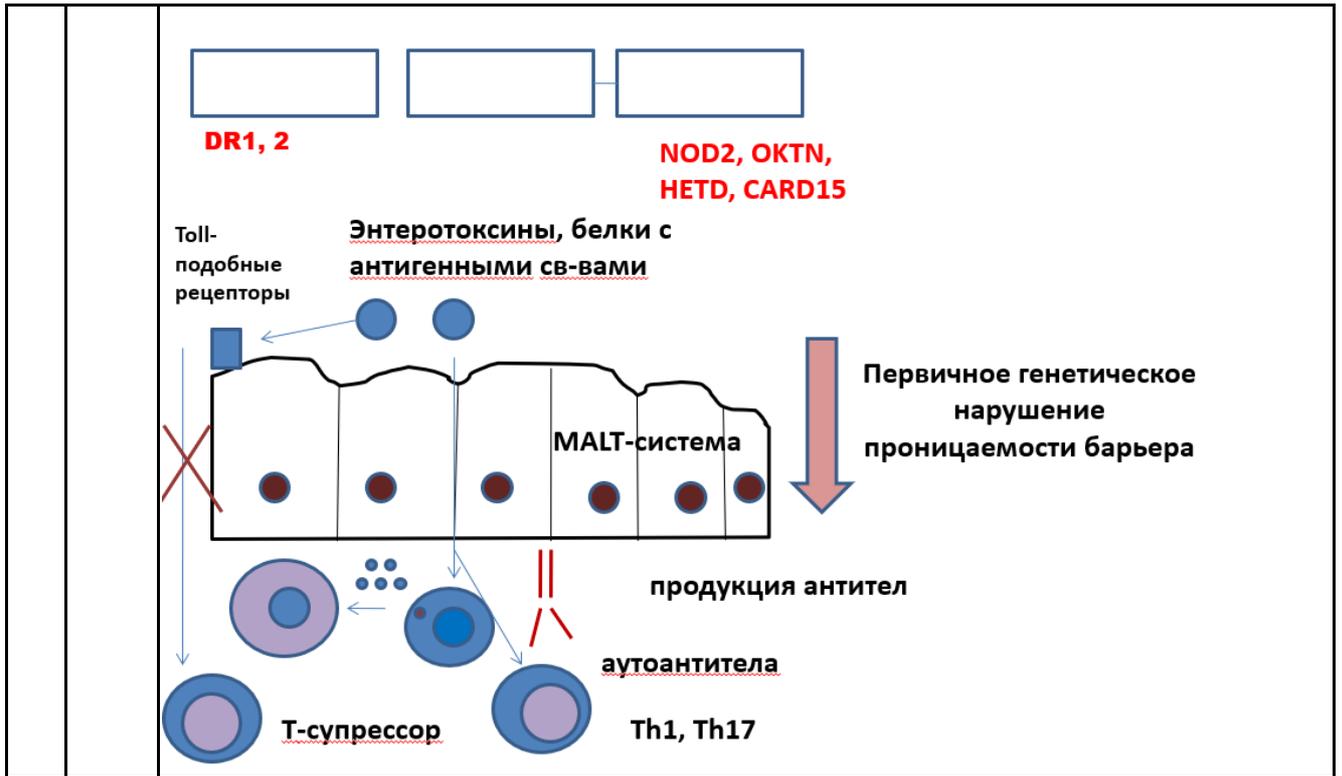
Вид	Код	Текст названия трудовой функции
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 28 лет с АС. Получает полные терапевтические дозы двух разных НПВП последовательно в течение 6 недель в сумме. Активность остается высокой: BASDAI 6.2, ASDAS 3.5, СРБ повышен в 4 раза.
В	1	Показана ли пациенту терапия ингибиторами ФНО- $\alpha$ ?
Э	-	Да, показана. Критерии: установленный диагноз АС, высокая активность болезни (BASDAI>4, ASDAS>2.1) и резистентность к двум последовательно назначенным НПВП в полных терапевтических дозах с общей длительностью применения не менее 4-х недель.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка с АС и хроническим рецидивирующим увеитом (3 эпизода за год), плохо отвечающим на местную терапию. Активность спондилита низкая (BASDAI 3.0).
В	1	Является ли наличие увеита показанием для назначения ГИБП? Если да, то препараты какого класса предпочтительны?
Э	-	Да, является. Согласно тексту, рецидивирующий/хронический увеит при достоверном АС является показанием для назначения ГИБП независимо от активности болезни. Предпочтительнее использовать моноклональные антитела к ФНО- $\alpha$ (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб), так как они считаются более эффективными при увеите, чем растворимые рецепторы (этанерцепт).
Н	-	003

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с АС и сопутствующим язвенным колитом (ВЗК). Активность АС высокая, показана терапия ГИБП.
В	1	Какой класс ингибиторов ФНО- $\alpha$ противопоказан данному пациенту? Какой класс следует выбрать?
Э	-	Противопоказано назначение растворимых рецепторов к ФНО- $\alpha$ (этанерцепт). Следует выбрать моноклональные антитела к ФНО- $\alpha$ (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб), которые эффективны как при АС, так и при воспалительных заболеваниях кишечника.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с АС успешно получал адалимумаб в течение 2-х лет с достижением ремиссии. В последние 3 месяца вновь нарастает боль, скованность, повысился СРБ (вторичная неэффективность).
В	1	Какова рекомендуемая тактика лечения?
Э	-	Рекомендуется «переключение» (switch) на другой препарат из класса ГИБП. Можно назначить другой ингибитор ФНО- $\alpha$ или ингибитор ИЛ-17 (секукинумаб, иксекизумаб), если он доступен.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
В	2	Какое подразделение медицинской организации, согласно профстандарту, должно осуществлять организационно-методическую помощь в диспансеризации таких пациентов?
Э	-	Центр медицинский ревматологический
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
В	3	На консультацию к какому врачу-специалисту следует направить пациентку для определения дальнейшей тактики, согласно Порядку?
Э	-	Пациентку необходимо направить на консультацию к врачу-травматологу-ортопеду
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	005

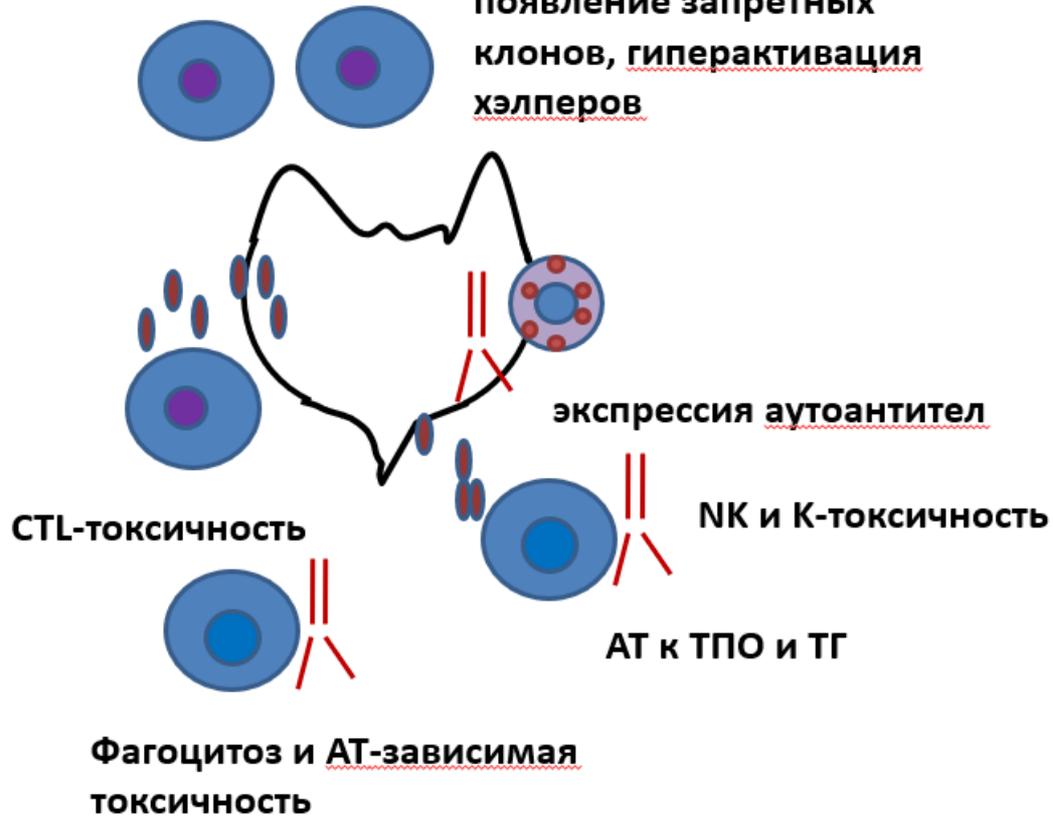
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациенту с впервые выявленным АС и высокой активностью планируется начать терапию инфликсимабом.
В	1	Какое обязательное обследование и процедуры необходимо провести перед первым введением препарата?
Э	-	Необходимо провести: Скрининг на туберкулез: рентгенография органов грудной клетки и одна из внутрикожных проб (Манту или Диаскинтест, возможно замена на квантифероновый тест). Исключение других активных инфекций (ВИЧ, гепатиты В и С — по показаниям/анамнезу). Оценка общего клинического статуса и сопутствующей патологии.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
В	3	Назовите два обязательных инструментальных исследования, которые должны быть доступны в медицинской организации, где будет госпитализирован ребенок для подтверждения диагноза и исключения осложнений?
Э	-	Иммунологическая лаборатория с проточным цитофлюоомером, отделение лучевой диагностики, включая кабинет компьютерной томографии с программой для исследования суставов
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с РА и впервые выявленным интерстициальным заболеванием легких с картиной прогрессирующего фиброза на КТ.
В	1	Какой препарат, помимо противоревматической терапии, может быть рекомендован для замедления фиброобразования?
Э	-	Рекомендован нинтеданиб (150 мг 2 раза в день). Он показан для замедления прогрессирования фиброзирующего ИЗЛ, в том числе ассоциированного с РА.
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с РА получает терапию адалимумабом + метотрексат в течение 4 месяцев. Улучшения не произошло (первичная неэффективность).
В	1	Какая тактика лечения рекомендуется?

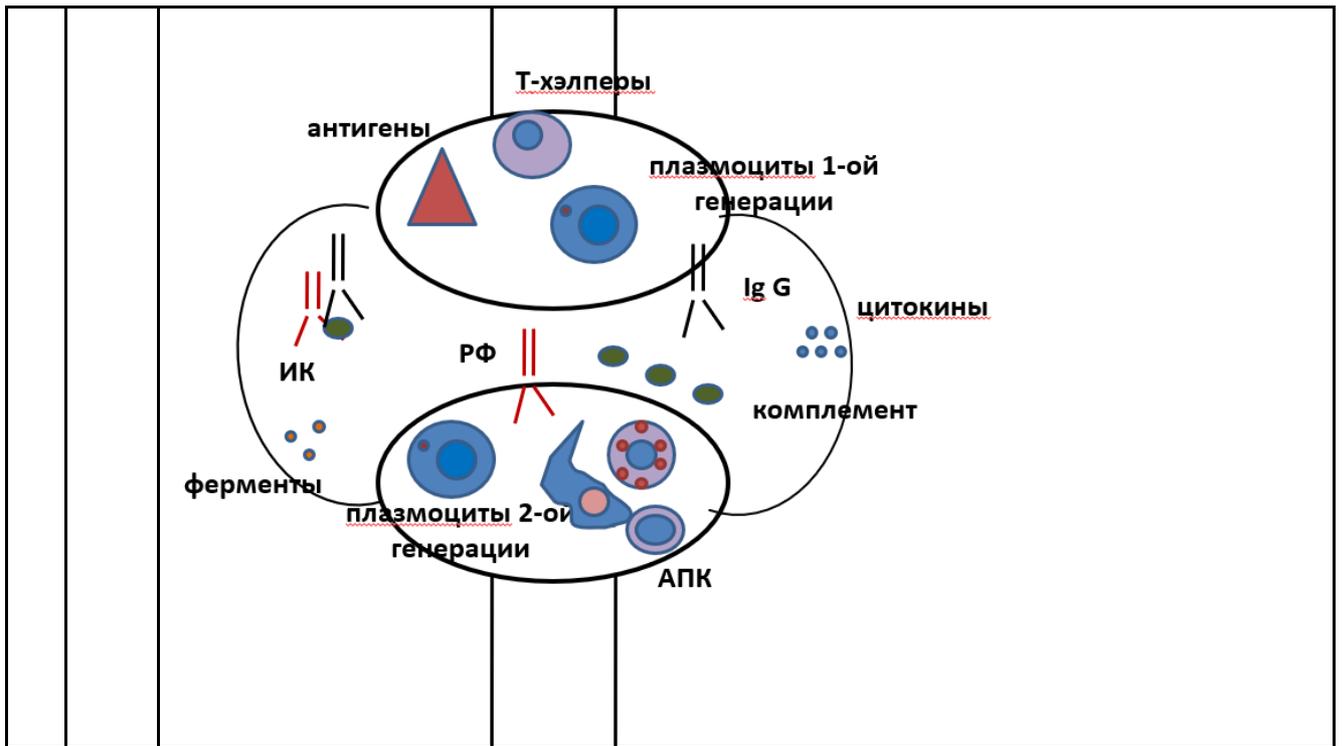
Э	-	Рекомендуется «переключение» (switch) на ГИБП с другим механизмом действия (например, ингибитор ИЛ-6, ритуксимаб, ингибитор Янус-киназ) или на тсБПВП.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с РА и хроническим обструктивным заболеванием легких получает тофацитиниб. Обратился с жалобами на болезненные высыпания по ходу межреберья.
В	1	О каком осложнении следует подумать в первую очередь? Как связан этот риск с терапией?
Э	-	Следует заподозрить опоясывающий герпес (Herpes Zoster). Таргетные синтетические БПВП (такие как тофацитиниб) ассоциированы с повышенным риском развития этой инфекции. Необходима консультация инфекциониста/дерматолога для назначения противовирусной терапии (ацикловир и др.). Вопрос о приостановке иммуносупрессивной терапии решается индивидуально.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с РА, получает метотрексат 25 мг/нед п/к. Через 6 месяцев терапии сохраняется высокая активность (DAS28=5.5), прогрессируют эрозии. РФ и АЦЦП высокоположительные.
В	1	Какое решение по лечению следует принять? С чем комбинировать новую терапию?
Э	-	Показано добавление ГИБП или тсБПВП к терапии в связи с недостаточной эффективностью адекватной терапии МТ и наличием факторов неблагоприятного прогноза. Новый препарат следует назначать в комбинации с продолжающимся приемом метотрексата для увеличения эффективности.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка с РА и тяжелым ожирением, сахарным диабетом 2 типа получает терапию ингибитором ИЛ-6 (тоцилизумаб). При плановом осмотре выявлено

		значительное повышение уровня холестерина ЛПНП.
В	1	С чем может быть связано это изменение? Какие меры предпринять?
Э	-	Нарушение липидного профиля — известное возможное нежелательное явление терапии ингибиторами ИЛ-6. Необходимо оценить общий сердечно-сосудистый риск, проконсультироваться с кардиологом/терапевтом и назначить соответствующую гиполипидемическую терапию (статины). Отмена ГИБП не является первоочередной мерой
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Механизм развития какого заболевания представлен на схеме</p> <p style="text-align: center;"><b>представление с HLAB27 артритогенных пептидов</b></p> <p style="text-align: center;">ИЛ-23</p> <p style="text-align: center;">ИЛ-23</p> <p style="text-align: center;">АПК</p> <p style="text-align: center;">ИЛ-22, ИЛ-17</p> <p style="text-align: center;">двойное распознавание с CTL (CD8+) или CD4+ (Th1 или Th17)</p> <p style="text-align: center;">повреждение хондроцитов</p> <p style="text-align: center;">ФНО-α</p>
В	1	Назовите нозологическую единицу
Э	-	Болезнь Бехтерева
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Механизм развития какого заболевания представлен на схеме



В	1	Назовите нозологическую единицу
Э	-	Болезнь Крона
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Механизм развития какого заболевания представлен на схеме</p> <p>комплемент ИК</p> <p>аутоантитело</p> <p>ЛПС</p> <p>суперантиген</p> <p>поликлональная стимуляция</p> <p>дериваты ядра</p> <p>снижение регуляторных ингибирующих влияний и гиперактивация хэлперов</p>

В	1	Назовите нозологическую единицу
Э	-	Системная красная волчанка
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Механизм развития какого заболевания представлен на схеме</p> <p><b>снижение <u>супрессоров</u>, появление <u>запретных клонов</u>, <u>гиперактивация хэлперов</u></b></p>  <p><b>CTL-токсичность</b></p> <p><b>экспрессия аутоантител</b></p> <p><b>НК и К-токсичность</b></p> <p><b>АТ к ТПО и ТГ</b></p> <p><b>Фагоцитоз и <u>АТ-зависимая токсичность</u></b></p>
В	1	Назовите нозологическую единицу
Э	-	Тиреоидит Хашимото
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Механизм развития какого заболевания представлен на схеме



В	1	Назовите нозологическую единицу
Э	-	Ревматоидный артрит
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Механизм развития какого заболевания представлен на схеме
У	-	<p><b>антигены миокарда, сарколеммы, пучка Гиса</b></p>

В	1	Назовите нозологическую единицу
Э	-	Острая ревматическая лихорадка
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
		Оцените фото синдрома\симптома
У	-	
В	1	Назовите симптом\синдром
Э	-	Разрыв бицепса
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Оцените фото синдрома\симптома

		
В	1	Назовите симптом\синдром
Э	-	Асцит
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	019
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Оцените фото синдрома\симптома

			
В	1	Назовите симптом\синдром	
Э	-	Энтеровирусная сыпь	
Р2	-	Ответ правильный	
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ	
Р0	-	Ответ неверный	
Н	-	020	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
У	-	Оцените фото синдрома\симптома	

			
В	1	Назовите нозологическую единицу, которую иллюстрирует симптом\синдром	Назовите
Э	-	Ревматоидный узелок	
Р2	-	Ответ правильный	
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ	
Р0	-	Ответ неверный	

**Раздел 6. Оказание медицинской помощи взрослым с ревматическими заболеваниями в стационарных условиях.**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчине 30 лет установлен диагноз АС (аксиальная форма, соответствует модифицированным Нью-Йоркским критериям). Активность умеренная (BASDAI 5.1), СРБ в норме. На МРТ признаки активного сакроилеита. Сопутствующей патологии нет.
В	1	Какую терапию первой линии необходимо назначить? В каком режиме и почему?
Э	-	Необходимо назначить НПВП в полной терапевтической дозе. Учитывая наличие активного воспаления по данным МРТ, предпочтителен постоянный (ежедневный) прием с целью не только уменьшения симптомов, но и возможного влияния на воспалительный процесс и прогрессирование.

P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	002
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с АС получает диклофенак 150 мг/сут в течение 1 месяца. Боль и скованность уменьшились незначительно. Побочных эффектов нет.
V	1	Какова дальнейшая тактика в отношении терапии НПВП?
Э	-	Согласно рекомендациям, при неполной эффективности первого НПВП (диклофенака) рекомендуется его замена на другой НПВП. Следует выбрать альтернативный препарат из другой химической группы (например, мелоксикам, эторикоксиб, нимесулид) в адекватной дозе
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	003
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка с АС, 45 лет, с умеренной активностью заболевания. Имеет хронический гастрит в анамнезе. Для купирования боли и скованности плохо переносит НПВП (развиваются боли в эпигастрии).
V	1	Какие варианты симптоматической терапии можно рассмотреть?
Э	-	1) Использование селективного НПВП (ингибитора ЦОГ-2, например, эторикоксиб) в комбинации с ингибитором протонной помпы для защиты ЖКТ. 2) В качестве дополнительного краткосрочного симптоматического лечения можно рассмотреть парацетамол или трамадол, как указано в тексте при неэффективности или непереносимости НПВП.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	004
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 48 лет с длительным анамнезом подагры, наличием множественных подкожных тофусов на ушных раковинах и пальцах кистей, а также признаками хронического артрита. Уровень МК на фоне приема аллопуринола 600 мг/сут — 340 мкмоль/л. Пациент жалуется на частые, хоть и менее интенсивные, эпизоды боли в суставах.
V	1	Достигнут ли целевой уровень терапии для данного пациента? Если нет, то

		какой должна быть следующая цель и тактика?
Э	-	Для данного пациента целевой уровень НЕ достигнут. При наличии тофусов и хронического артрита рекомендуется более жесткий целевой уровень МК — <300 мкмоль/л. Тактика: Уровень МК 340 мкмоль/л недостаточен для растворения массивных отложений кристаллов и предотвращения хронического воспаления. Необходимо продолжить титрование дозы аллопуринола до 700-800 мг/сут (с учетом функции почек) с целью снижения МК ниже 300 мкмоль/л. Если на максимально переносимой дозе аллопуринола (900 мг/сут) целевой уровень <300 мкмоль/л не достигнут, следует рассмотреть переход на фебуксостат или добавление урикозурического препарата (с учетом противопоказаний).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 58 лет, с впервые диагностированным коксартрозом I стадии. Боль умеренная, возникает к концу дня. Сопутствующих заболеваний, рисков со стороны ЖКТ и ССС не имеет.
В	1	Какую группу препаратов ему рекомендуется назначить в первую очередь, согласно тексту? Укажите конкретные примеры препаратов из этой группы, имеющие уровень рекомендаций А. Через какое время следует ожидать выраженного симптоматического эффекта?
Э	-	Ему рекомендуется назначить симптоматические лекарственные средства замедленного действия (СЛСЗД). Конкретные примеры с уровнем рекомендаций А: препараты хондроитина сульфата, глюкозамина, их комбинации, а также препараты на основе неомыляемых соединений авокадо и сои. Выраженный симптоматический эффект развивается через 8-12 недель после начала приема.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 50 лет, с коксартрозом II стадии, получал кристаллический глюкозамина сульфат в течение 4 месяцев. Клинического улучшения (снижения боли, увеличения объема движений) не отмечает.
В	1	Каковы дальнейшие действия согласно рекомендациям? Через какое время после начала приема СЛСЗД можно окончательно оценить их эффективность?
Э	-	Согласно тексту, при отсутствии в течение трех месяцев клинического эффекта у пациентов, получающих препараты из группы СЛСЗД, рекомендуется их замена на другие препараты указанной группы или дополнительное назначение

		препаратов из других фармакологических групп. Однако окончательная оценка эффективности СЛСЗД рекомендуется после завершения полного лечебного курса, продолжающегося обычно 5–6 месяцев. Таким образом, можно либо уже сейчас заменить/добавить терапию, либо продолжить прием еще на 1-2 месяца для окончательной оценки.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с гонартрозом принимает НПВП "по требованию" (2-3 раза в неделю), но отмечает, что боль и скованность стали более постоянными.
В	1	Какой режим приема НПВП может быть более эффективным в его ситуации и почему?
Э	-	Ему рекомендуется непрерывное использование НПВП (короткими курсами), так как оно обеспечивает лучший контроль симптомов и меньшее количество рецидивов, чем прием НПВП в режиме "по требованию". При постоянном болевом синдроме предпочтение отдается пролонгированным формам.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 72 года, с коксартрозом III стадии и выраженным болевым синдромом. В анамнезе: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (без обострений 5 лет), перенесенный инфаркт миокарда (2 года назад). Принимает антиагреганты.
В	1	Какую стратегию медикаментозного обезболивания вы выберете, учитывая высокие риски? Обоснуйте, ссылаясь на конкретные пункты текста. Можно ли ей назначать НПВП? Если да, то какие и с какой сопроводительной терапией? Если нет, то какие альтернативы существуют?
Э	-	НПВП, особенно неселективные, не рекомендуются из-за очень высокого риска кардиоваскулярных осложнений (перенесенный инфаркт) и высокого риска осложнений со стороны ЖКТ (возраст >65 лет, язва в анамнезе, прием антиагрегантов). Альтернатива 1: Рассмотреть препараты из группы СЛСЗД с высоким профилем безопасности (хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат), хотя их эффект развивается медленно. Альтернатива 2: Для контроля сильной боли короткими курсами может быть рассмотрен трамадол (не имеет прямого ulcerогенного и протромботического действия). Альтернатива 3: При наличии признаков нейропатической боли или депрессии – дулоксетин.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ

P0	-	Ответ неверный
H	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациенту с гонартрозом и ИБС, перенесший инфаркт миокарда 2 года назад, терапевт для купирования суставной боли назначил неселективный НПВП.
В	1	Согласны ли вы с этим назначением? Что сказано в рекомендациях о назначении НПВП пациентам с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений?
Э	-	Не согласен. В рекомендациях указано: "Не рекомендуется назначать НПВП пациентам с ОА и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений". Пациент с перенесенным инфарктом относится к этой группе.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 70 лет с подагрой и фибрилляцией предсердий принимает дигоксин и верапамил. Для профилактики обострений при начале УСТ ему назначен колхицин по 0.5 мг 2 раза в сутки. Через неделю у пациента развилась выраженная диарея и слабость.
В	1	С чем вероятнее всего связаны данные симптомы? Каков патогенез этого осложнения и какова правильная тактика?
Э	-	Симптомы с высокой вероятностью связаны с токсическим действием колхицина, потенцированным лекарственным взаимодействием. Обоснование и тактика: Немедленно отменить колхицин. Оценить состояние пациента, при тяжелой диарее и слабости рассмотреть госпитализацию. В дальнейшем для профилактики обострений рассмотреть альтернативный вариант (например, низкие дозы НПВП с гастропротекцией, если нет противопоказаний). Важный вывод: перед назначением колхицина необходимо проверять список сопутствующих препаратов на предмет взаимодействия, особенно с ингибиторами Р-гликопротеина и СYP3A4.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с начальным гонартрозом настаивает на назначении "уколов для восстановления хряща" (хондропротекторов). Готов принимать их длительно.

В	1	Что вы можете рассказать ему, основываясь на тексте, о доказательной базе, времени наступления эффекта и критерии оценки эффективности этой группы препаратов?
Э	-	Доказательства: Эффективность хондроитина и глюкозамина является дискуссионной. Многие международные сообщества их не рекомендуют, некоторые допускают использование при раннем гонартрозе. Безопасность не вызывает сомнений. Время эффекта: Симптоматический эффект развивается медленно, через 8-12 недель. Критерий эффективности: Если клинический эффект спустя 3 месяца терапии отсутствует, лечение должно быть прекращено.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка, 72 года, с гонартрозом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в анамнезе (обострения не было 5 лет). Требуется длительный прием обезболивающих из-за постоянного болевого синдрома.
В	1	Какую стратегию фармакотерапии НПВП вы выберете для минимизации рисков? Назовите класс препарата и необходимость сопутствующей терапии.
Э	-	Следует назначить НПВП, механизм которых связан с преимущественным блокированием ЦОГ-2 (коксибы, оксикамы). Учитывая высокий риск осложнений со стороны ЖКТ (возраст >65 лет + язва в анамнезе), их применение обязательно должно сочетаться с ингибитором протонного насоса (ИПН).
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	013
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, 45 лет, с гонартрозом II стадии. Жалуется на периодические, но выраженные боли в колене после нагрузки. Соматически здоров, вредных привычек нет.
В	1	Какую стартовую медикаментозную терапию для купирования боли вы ему порекомендуете? Почему?
Э	-	Трансдермальные (топические) формы НПВП. Они являются препаратом первого выбора для купирования боли при ОА коленных суставов до назначения пероральных НПВП, так как обладают выраженным анальгетическим эффектом, хорошей переносимостью и минимальным системным действием.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ

P0	-	Ответ неверный
H	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Кейс 1: Пациентке 45 лет установлен диагноз серопозитивного РА (DAS28=5.2). Сопутствующей патологии нет, не курит. Планирует беременность через 2-3 года. Вопрос: Какой препарат первой линии вы назначите? Какие ключевые рекомендации по приему дадите пациентке?
В	1	Какой препарат первой линии вы назначите? Какие ключевые рекомендации по приему дадите пациентке?
Э	-	Препарат первой линии — метотрексат. Однако необходимо информировать пациентку о высоком риске нежелательных явлений при беременности и необходимости надежной контрацепции на время терапии. При планировании беременности препарат должен быть отменен заблаговременно. На фоне приема МТ обязателен еженедельный прием фолиевой кислоты (не менее 5 мг) через 24 часа после МТ.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
В	2	Какова рекомендуемая максимальная радиоактивность для однократного внутрисуставного введения у взрослого?
Э	-	Максимальная радиоактивность для однократного введения у взрослого не должна превышать 370 МБк.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Кейс 2: Пациент 62 лет с диагнозом подагра. Получает аллопуринол в дозе 300 мг/сут в течение 8 месяцев. На очередном визите жалуется на два перенесенных за последние полгода приступа артрита. Уровень мочевой кислоты в сыворотке — 400 мкмоль/л.
В	1	Проанализируйте ситуацию. Соответствует ли лечение цели? Каковы ваши дальнейшие действия?
Э	-	Лечение не соответствует цели. Целевой уровень МК (<360 мкмоль/л) не достигнут, что подтверждается персистирующей гиперурикемией (400 мкмоль/л) и продолжающимися приступами артрита. Дальнейшие действия: Не отменять аллопуринол. Провести титрование (увеличение) дозы аллопуринола. Согласно рекомендациям, дозу следует увеличивать на 100 мг каждые 2-4 недели под контролем уровня МК, трансаминаз и креатинина. Цель — достижение уровня МК <360 мкмоль/л. Максимально допустимая доза

		аллопуринола — 900 мг/сут. У многих пациентов доза 300 мг/сут является недостаточной. Убедиться, что пациент получает профилактику обострений (например, колхицин 0.5 мг/сут) на фоне повышения дозы УСТ..
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента с РА на фоне базисной терапии возникло болезненное опухание коленного сустава (моноартрит).
В	1	Какой метод симптоматического лечения является методом выбора в данной ситуации? Какое ограничение по частоте его применения?
Э	-	Метод выбора — локальная инъекционная терапия глюкокортикоидами (внутрисуставное введение). Повторное введение в тот же сустав рекомендуется не чаще 1 раза в 3 месяца.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с длительным стажем РА получает преднизолон 7.5 мг/сут постоянно в течение 8 месяцев.
В	1	Какое осложнение длительной терапии ГК наиболее актуально? Что необходимо назначить для его профилактики?
Э	-	Наиболее актуальное осложнение — глюкокортикоидный остеопороз. Всем пациентам, принимающим ГК >5 мг/день более 3-х месяцев, рекомендуется профилактика: препараты кальция и витамина D. При наличии остеопении/остеопороза по данным денситометрии могут потребоваться бисфосфонаты.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с РА на старте терапии метотрексатом. Для быстрого купирования выраженного болевого синдрома и утренней скованности ревматолог планирует назначить глюкокортикоиды.

В	1	Какова оптимальная стратегия применения ГК в этой ситуации? Какова цель их назначения?
Э	-	Цель — «bridge-терапия»: быстрое подавление симптомов на период, пока не начнет действовать метотрексат (обычно 4-12 недель). ГК назначают в комбинации с МТ, начиная с низкой или средней дозы (например, преднизолон 10-15 мг/сут) с планом постепенного снижения и полной отмены в течение 3-4 месяцев.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	019
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 60 лет с РА получает метотрексат 20 мг/нед перорально. Через 3 месяца активность сохраняется высокой (DAS28=5.0). По результатам планового контроля выявлено повышение АЛТ в 3.5 раза от верхней границы нормы. Пациент отрицает прием алкоголя.
В	1	Каковы ваши дальнейшие действия?
Э	-	Согласно рекомендациям, терапию МТ следует прервать. После нормализации показателей печени можно возобновить лечение в более низкой дозе. Также следует рассмотреть перевод пациента на подкожную форму МТ (лучшая биодоступность, возможно, меньшая гепатотоксичность) или обсудить альтернативный БПВП (лефлуномид, сульфасалазин)..
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	020
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с АС, аксиальная форма. Обратился с жалобами на выраженное воспаление и отек 2-х коленных суставов (периферический артрит). Аксиальная активность низкая.
В	1	Какая медикаментозная тактика, помимо НПВП, показана для лечения периферического артрита? Укажите препарат и срок оценки его эффективности
Э	-	Показано назначение синтетического БПВП — сульфасалазина в дозе до 3 г/сут. Эффективность терапии следует оценивать не ранее, чем через 3 месяца от начала приема.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	021

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка с РА и хроническим гепатитом С в стадии ремиссии. Ей противопоказан метотрексат.
В	1	Какой из стандартных БПВП вы можете рассмотреть в качестве терапии первой линии?
Э	-	В качестве альтернативы метотрексату при его противопоказаниях рекомендуется лефлуномид (20 мг/день) или сульфасалазин (2-3 г/день). Выбор должен учитывать особенности пациента и сопутствующую патологию.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
И	-	022
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с давним АС, в позвоночнике по данным рентгена — полный анкилоз («бамбуковая палка»). Периодически беспокоят умеренные боли в спине. Активность заболевания низкая (BASDAI 2.0).
В	1	Какой режим приема НПВП показан данному пациенту?
Э	-	Рекомендован режим приема НПВП «по требованию» (при появлении болей). Постоянный прием не показан, так как отсутствуют факторы риска прогрессирования (есть полный анкилоз, низкая активность). Цель — симптоматическое купирование эпизодов боли
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
И	-	023
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с ранним РА начал терапию метотрексатом 15 мг/нед подкожно + фолиевой кислотой. Через 3 месяца достигнуто снижение DAS28 на 1.0 балл (с 4.8 до 3.8). Активность низкая, но не ремиссия.
В	1	Следует ли менять терапию? Обоснуйте.
Э	-	Менять терапию не следует. Согласно рекомендациям, если через 3 месяца достигнут умеренный эффект (снижение DAS28 >0.6), терапию тем же БПВП следует продолжить еще на 3 месяца для оценки окончательного ответа.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
И	-	024

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент на терапии метотрексатом 20 мг/нед п/к и ингибитором ФНО достиг стойкой ремиссии (DAS28<2.6) длительностью 1.5 года. Глюкокортикоиды отменены ранее.
В	1	Что можно рассмотреть в отношении его терапии? В какой последовательности?
Э	-	Можно рассмотреть постепенное снижение дозы или отмену ГИБП (ингибитора ФНО), так как достигнута длительная ремиссия (>12 мес.) после отмены ГК. После успешной отмены ГИБП и сохранения ремиссии в течение длительного времени (≥12 мес.) можно обсудить возможность осторожного снижения дозы метотрексата.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	025
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент с РА и язвенной болезнью желудка в анамнезе (в стадии ремиссии) нуждается в обезболивании из-за усиления артралгий.
В	1	Какой класс НПВП для приема внутрь предпочтителен?
Э	-	Предпочтительны селективные НПВП (ингибиторы ЦОГ-2, например, эторикоксиб, целекоксиб) как более безопасные для ЖКТ. Альтернатива — неселективный НПВП в комбинации с ингибитором протонной помпы (ИПП) для гастропротекции.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	026
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациенту 45 лет впервые установлен диагноз подагра. Уровень МК — 520 мкмоль/л. Пациент имеет избыточную массу тела (ИМТ 30), регулярно употребляет пиво, любит красное мясо и сладкие газированные напитки. Принято решение о начале уратснижающей терапии аллопуринолом.
В	1	Составьте для данного пациента комплексный план лечения на первые 6 месяцев. Включите медикаментозные и немедикаментозные компоненты.
Э	-	План лечения на первые 6 месяцев: Немедикаментозная терапия (образ жизни): Диета: Рекомендовать строгое ограничение/отказ от пива и других алкогольных напитков, красного мяса, морепродуктов, фруктозосодержащих напитков. Снижение веса: Дать рекомендации по гипокалорийной диете и дозированной физической активности. Образование: Объяснить хронический характер болезни, важность УСТ и связь питания с приступами. Медикаментозная

		терапия: Уратснижающая терапия (УСТ): Начать прием аллопуринола с дозы 100 мг 1 раз в сутки. Через 2-4 недели проконтролировать уровень МК, АЛТ, АСТ, креатинина. Титровать дозу аллопуринола вверх на 100 мг каждые 2-4 недели до достижения целевого уровня МК <360 мкмоль/л. Профилактика обострений: Назначить колхицин 0.5-1.0 мг/сут на период первых 6 месяцев инициации УСТ (при отсутствии противопоказаний и с учетом функции почек). Объяснить пациенту, что это необходимо для предотвращения провокации приступов на фоне снижения уровня МК. Тактика при остром приступе: Проинструктировать пациента о схеме самостоятельного приема колхицина (например, 1 мг сразу, затем 0.5 мг через 1 час) при первых признаках обострения, обратив внимание на необходимость приема в первые 12 часов. Мониторинг: Контроль уровня МК каждые 2-4 недели при титровании дозы, затем 1 раз в 6 месяцев после подбора поддерживающей дозы.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	027
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентке 70 лет с РА, ишемической болезнью сердца (перенесла инфаркт миокарда 2 года назад) и артериальной гипертензией требуется противовоспалительная терапия для суставного синдрома.
B	1	Какие препараты из группы НПВП следует назначать с особой осторожностью или избегать? Почему?
Э	-	Следует избегать назначения селективных НПВП (коксибов), так как они ассоциированы с повышенным кардиоваскулярным риском, который у данной пациентки очень высок (установленное ССЗ). При необходимости можно рассмотреть неселективный НПВП (например, напроксен) в минимальной эффективной дозе и на короткий срок, оценив соотношение риск/польза.
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
H	-	028
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 55 лет, страдает подагрой в течение 7 лет. Обратился с острым, чрезвычайно болезненным моноартритом правого I плюснефалангового сустава, начавшимся 6 часов назад. В анамнезе: язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии, хроническая болезнь почек 3А стадии (СКФ 45 мл/мин/1.73 м <sup>2</sup> ), артериальная гипертензия. Вопрос: Какой препарат (или метод) для купирования острого приступа является наиболее предпочтительным в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор, учитывая коморбидность.
B	1	Какой препарат (или метод) для купирования острого приступа является

		наиболее предпочтительным в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор, учитывая коморбидность.
Э	-	Наиболее предпочтительным методом в данной ситуации является внутрисуставная инъекция глюкокортикоидов (ГК). Обоснование: Monoarthritis крупного, легкодоступного сустава — прямое показание для локальной терапии. Язвенная болезнь в анамнезе — относительное противопоказание для назначения НПВП даже на короткий курс, так как они повышают риск обострения. ХБП 3А стадии — требует коррекции дозы колхицина и повышает риск его токсичности. Хотя колхицин может быть использован в сниженной дозе, внутрисуставное введение ГК является более безопасным в данном контексте, так как дает минимальный системный эффект. Таким образом, внутрисуставное введение ГК позволяет эффективно и быстро купировать воспаление с наименьшим риском для пациента с указанной коморбидностью
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный

**Раздел 7. Оказание медицинской помощи детям с ревматическими заболеваниями в стационарных и амбулаторных условиях.**

Вид	Код	Текст названия трудовой функции
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент Иванов Иван Иванович 35 лет направлен к врачу-ревматологу с подозрением на анкилозирующий спондилит.
В	1	Необходимо, не зная данных анамнеза, провести осмотр пациента, используя приемы объективизации функциональных нарушений у пациентов с анкилозирующим спондилитом при помощи метрологического индекса BASMI, и дать письменное заключение об объективных параметрах состояния пациента.
Э	-	Провести физикальное обследование ревматологического пациента согласно Паспорту экзаменационной станции «Физикальное обследование ревматологического пациента»
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент Иванов Иван Иванович 35 лет, страдающий анкилозирующим спондилитом в течение 5 лет направлен к врачу-ревматологу для оценки в динамике функциональных нарушений при помощи метрологического индекса BASMI. Предыдущий индекс BASMI 4 балла.

В	1	Вам необходимо дать письменное заключение об объективных параметрах состояния пациента и сравнить их с предыдущим результатом.
Э	-	Провести физикальное обследование ревматологического пациента согласно Паспорту экзаменационной станции «Физикальное обследование ревматологического пациента»
Н	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, Иванов Иван Иванович, мужчина, 31 года, с синовитом коленного сустава вследствие псориатического спондилоартрита, симптомы беспокоят последнюю неделю, эффект от терапии нестероидными противовоспалительными препаратами недостаточный.
В	1	Необходимо произвести пункцию сустава из латерального доступа и ввести в полость сустава лекарственный препарат
Э	-	Провести пункцию коленного сустава из латерального доступа согласно Паспорту экзаменационной станции «Внутрисуставное введение лекарственных средств».
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, Иванов Иван Иванович, мужчина 49 лет, отмечает появление синовита коленного сустава на фоне обострения ревматоидного артрита в течение 7 последних дней.
В	1	Необходимо произвести пункцию сустава из латерального доступа и ввести в полость сустава лекарственный препарат.
Э	-	Провести пункцию коленного сустава из латерального доступа согласно Паспорту экзаменационной станции «Внутрисуставное введение лекарственных средств».
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент, Иванов Иван Иванович, мужчина 65 лет с синовитом коленного сустава на фоне обострения подагры, за сутки до появления симптомов переохлаждение.

В	1	Необходимо произвести пункцию сустава из медиального доступа и ввести в полость сустава лекарственный препарат
Э	-	Провести пункцию коленного сустава из медиального доступа согласно Паспорту экзаменационной станции «Внутрисуставное введение лекарственных средств».
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	006
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вы – врач ревматолог. К Вам на консультацию обратился пациент с ревматической патологией для получения консультации по поводу ранее проведенного обследования. Вам доступны дополнительные данные о пациенте (на столе/на руках пациента): информация из истории болезни, результаты осмотра и исследований.
В	1	Ваша задача – проконсультировать пациента(-ку), ответить на ее/его вопросы и дать рекомендации по дальнейшему плану действий.
Э	-	Провести консультирование согласно Паспорту экзаменационной станции «Консультирование»
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вы – врач ревматолог. К Вам на консультацию обратился законный представитель пациента с ревматической патологией для получения консультации по поводу ранее проведенного обследования. Вам доступны дополнительные данные о пациенте (на столе/на руках законного представителя пациента): информация из истории болезни, результаты осмотра и исследований.
В	1	Ваша задача – проконсультировать законного представителя пациента, ответить на ее/его вопросы и дать рекомендации по дальнейшему плану действий.
Э	-	Провести консультирование согласно Паспорту экзаменационной станции «Консультирование»
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
P0	-	Ответ неверный
Н	-	008

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вы – врач-ревматолог. Вас ожидает пациент.
В	1	Вам необходимо провести только опрос пациента
Э	-	Провести консультирование согласно Паспорту экзаменационной станции «Сбор жалоб и анамнеза»
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вы – врач – детский ревматолог. Вас ожидает родитель (законный представитель), который пришел с ребенком на прием.
В	1	Вам необходимо провести только опрос родителя (законного представителя).
Э	-	Провести консультирование согласно Паспорту экзаменационной станции «Сбор жалоб и анамнеза»
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный
Н	-	010
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вы – врач детский ревматолог. К Вам на консультацию обратился родитель, который пришел с ребенком, больным ревматической патологией на прием для получения консультации по поводу ранее проведенного обследования. Вам доступны дополнительные данные о пациенте (на столе/на руках у родителя): информация из истории болезни, результаты осмотра и исследований.
В	1	Ваша задача – проконсультировать родителя, ответить на ее/его вопросы и дать рекомендации по дальнейшему плану действий.
Э	-	Провести консультирование согласно Паспорту экзаменационной станции «Консультирование»
Р2	-	Ответ правильный
Р1	-	Недостаточно полный и обоснованный ответ
Р0	-	Ответ неверный

4.2. Тестовые вопросы с вариантами ответов для оценки компетенций: ПК- 1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11

### Раздел 1. Общие вопросы ревматологии

**Тестовые задания с вариантами ответов**

1. Какой документ является основным, подтверждающим допуск к медицинской деятельности по специальности «Ревматология» в соответствии с профессиональным стандартом?
  - А) Диплом о высшем медицинском образовании
  - Б) Сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по специальности «Ревматология»
  - В) Трудовая книжка с записью о работе в ревматологическом отделении
  - Г) Рекомендательное письмо от главного врача
2. Какой уровень квалификации установлен в профессиональном стандарте для обобщенных трудовых функций врача-ревматолога?
  - а) 6
  - б) 7
  - в) 8
  - г) 9
3. Какое из перечисленных требований к образованию НЕ указано в профстандарте как условие для занятия должности врача-ревматолога?
  - а) Высшее образование по специальности «Лечебное дело» и ординатура по «Ревматологии»
  - б) Высшее образование по специальности «Педиатрия» и ординатура по «Ревматологии»
  - в) Высшее образование по «Лечебному делу», ординатура по «Терапии» и профпереподготовка по «Ревматологии»
  - г) Высшее образование по «Фармации» и ординатура по «Ревматологии»
4. Какой из разделов профессионального стандарта содержит конкретный перечень действий врача при обследовании пациента?
  - а) Общие сведения
  - б) Характеристика обобщенных трудовых функций
  - в) Трудовая функция (например, А/01.8)
  - г) Дополнительные характеристики
5. Врач-ревматолог, направляя пациента с подозрением на анкилозирующий спондилит на консультацию к врачу-офтальмологу, реализует трудовое действие, входящее в функцию:
  - а) А/02.8 Назначение и проведение лечения
  - б) А/03.8 Планирование медицинской реабилитации
  - в) А/01.8 Проведение обследования пациентов
  - г) А/04.8 Проведение медицинских экспертиз
6. Согласно Порядку оказания помощи взрослым, первичная специализированная медико-санитарная помощь по ревматологии оказывается:
  1. а) Врачом-терапевтом участковым
  2. б) Врачом общей практики
  3. в) Врачом-ревматологом
  4. г) Врачом-кардиологом
7. Какова рекомендуемая штатная норматив для должности врача-ревматолога в кабинете врача-ревматолога для взрослого населения?

- а) 1 на 25 000 прикрепленного населения
  - б) 1 на 50 000 прикрепленного населения
  - в) 1 на 100 000 прикрепленного населения
  - г) 1 на 150 000 прикрепленного населения
8. В стандарт оснащения кабинета врача-ревматолога для взрослых, согласно последней редакции, обязательно входит:
- а) Рентгеновский аппарат
  - б) Аппарат для ультразвуковой диагностики
  - в) Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха
  - г) Компьютерный томограф
9. Пациентка 28 лет с установленным диагнозом ревматоидный артрит, планирующая беременность. Назначение и коррекция лечения ей в этот период относятся к компетенции врача-ревматолога в рамках трудовой функции:
- а) А/01.8
  - б) А/02.8
  - в) А/05.8
  - г) В/01.8
10. Какой документ должен заполнить врач-ревматолог при выявлении у пациента острого инфекционного артрита, вызванного бактерией, относящейся к группе контролируемых?
- а) Направление на МСЭ
  - б) Экстренное извещение в Роспотребнадзор
  - в) Листок временной нетрудоспособности
  - г) Согласие на медицинское вмешательство
11. Согласно Порядку оказания помощи детям, внутривенное введение генно-инженерных биологических препаратов должно проводиться:
- а) В детском ревматологическом кабинете
  - б) В детском ревматологическом отделении, имеющем блок реанимации
  - в) В дневном стационаре поликлиники
  - г) На дому у пациента
12. Для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «ревматология» врач-ревматолог, согласно профстандарту, должен иметь:
- а) Высшую квалификационную категорию
  - б) Ученую степень
  - в) Стаж работы не менее трех лет и документ о повышении квалификации по ГИБП
  - г) Сертификат по смежной специальности (например, «Терапия»)
13. К какой обобщенной трудовой функции относится «Назначение и проведение лечения генно-инженерными биологическими препаратами»?
- а) В
  - б) А
  - в) И к А, и к В одновременно
  - г) Это отдельная функция, не входящая в профстандарт
14. Как часто дети, получающие генно-инженерные биологические препараты, должны проходить обследование для исключения туберкулеза?

- а) Ежемесячно
  - б) Каждые 6 месяцев
  - в) Ежегодно
  - г) Только перед началом терапии
15. Мероприятия по организации «Школы для пациентов с ревматическими заболеваниями» входят в трудовую функцию:
- а) А/06.8 (Анализ информации, ведение документации)
  - б) А/05.8 (Проведение мероприятий по профилактике и формированию ЗОЖ)
  - в) А/04.8 (Проведение медицинских экспертиз)
  - г) А/07.8 (Оказание помощи в экстренной форме)
16. Что такое первичный иммунодефицит (ПИД)?
- а) Приобретенное нарушение иммунитета после тяжелой инфекции.
  - б) Врожденное, преимущественно наследственное нарушение работы иммунной системы.
  - в) Временное снижение иммунитета на фоне стресса.
  - г) Иммунодефицит, вызванный приемом цитостатических препаратов.
17. Какой процент среди всех ПИД, согласно тексту, составляют дефициты антител?
- а) 18%
  - б) 30%
  - в) 50%
  - г) 2%
18. Для инфекций на фоне ПИД НЕ характерно:
- а) Острое циклическое течение с полным выздоровлением.
  - б) Хроническое или рецидивирующее течение.
  - в) Полиэтиологичность (вызываются разными возбудителями).
  - г) Формирование инвалидизирующих осложнений.
19. При сцепленной с X-хромосомой агаммаглобулинемии Брутона наблюдается:
- а) Высокий уровень IgM при дефиците IgG и IgA.
  - б) Отсутствие или резкое снижение иммуноглобулинов всех классов.
  - в) Изолированный дефицит IgA.
  - г) Нормальный уровень иммуноглобулинов при нарушении функции Т-лимфоцитов.
20. Основным методом лечения для пациентов с дефектами антителогенеза (например, болезнь Брутона, CVID) является:
- а) Длительная антибактериальная терапия.
  - б) Трансплантация костного мозга.
  - в) Заместительная терапия внутривенными иммуноглобулинами.
  - г) Введение глюкокортикостероидов.
21. При синдроме Ди Джорджи ведущими клиническими проблемами, определяющими прогноз, являются:
- а) Экзема и тромбоцитопения.
  - б) Гипокальциемическая тетания и пороки сердца.
  - в) Атаксия и телеангиэктазии.
  - г) Гигантские гранулы в лейкоцитах.

22. Патогенетической основой гипер-IgM-синдрома является:
- а) Дефект тирозинкиназы Брутона (Btk).
  - б) Мутация в гене CD40L, нарушающая переключение синтеза иммуноглобулинов.
  - в) Дефицит аденозиндезаминазы (ADA).
  - г) Нарушение хемотаксиса нейтрофилов.
23. Какой признак в общем анализе крови, согласно тексту, исключает синдром Вискотта-Олдрича?
- а) Нормальное абсолютное количество лимфоцитов.
  - б) Нормальное абсолютное количество нейтрофилов.
  - в) Нормальное количество тромбоцитов.
  - г) Нормальная СОЭ.
24. Для какого типа ПИД характерно развитие тяжелых осложнений после вакцинации БЦЖ?
- а) Селективный дефицит IgA.
  - б) Тяжелый комбинированный иммунодефицит (ТКИД).
  - в) Наследственный ангионевротический отек.
  - г) Синдром Чедиака-Хигаси.
- Ответ: б
25. При наследственном ангионевротическом отеке (НАО) эффективны:
- а) Антигистаминные препараты и глюкокортикостероиды.
  - б) Очищенный концентрат C1-ингибитора и андрогены (даназол).
  - в) Заместительная терапия внутривенным иммуноглобулином.
  - г) Плазмаферез.
26. Что является стратегической функцией иммунной системы согласно тексту?
- а) Защита от инфекций.
  - б) Элиминация опухолевых клеток.
  - в) Реализация генетической программы индивидуального развития организма в условиях чужеродного окружения.
  - г) Регуляция роста и развития клеток и тканей.
27. Где происходит дифференцировка (созревание) Т-лимфоцитов?
- а) Костный мозг.
  - б) Селезенка.
  - в) Тимус.
  - г) Лимфатические узлы.
- Ответ: в
28. Какой тип клеток является предшественником плазмоцитов (антителопродуцентов)?
- а) Т-лимфоциты.
  - б) Натуральные киллеры (NK-клетки).
  - в) В-лимфоциты.
  - г) Макрофаги.
29. Какой CD-маркер является общим для всех зрелых Т-лимфоцитов?
- а) CD4.
  - б) CD8.
  - в) CD3.

- г) CD19.
30. Молекулы главного комплекса гистосовместимости класса II (HLA II) в норме экспрессируются на:
- а) Всех клетках организма, кроме синцитиотрофобласта.
  - б) Только на В-лимфоцитах и макрофагах.
  - в) На антигенпрезентирующих клетках (В-лимфоцитах, макрофагах, дендритных клетках) и активированных Т-клетках.
  - г) Только на цитотоксических Т-лимфоцитах.
31. Какие молекулы обеспечивают "двойное распознавание" при презентации антигена Т-лимфоциту?
- а) Антигенный пептид + CD3.
  - б) Антигенный пептид + молекула HLA.
  - в) Антигенный пептид + BCR.
  - г) Антигенный пептид + цитокин.
32. Путь презентации эндогенных (внутриклеточных) антигенов опосредован молекулами:
- а) HLA класса I.
  - б) HLA класса II.
  - в) CD1.
  - г) CD4.
33. Какой цитокин является ключевым ростовым фактором для лимфоцитов на стадии их активации и клональной экспансии?
- а) Интерферон-гамма (IFN $\gamma$ ).
  - б) Интерлейкин-4 (IL-4).
  - в) Интерлейкин-12 (IL-12).
  - г) Интерлейкин-2 (IL-2).
34. Костимулирующая молекула B7 (B7.1/B7.2) на антигенпрезентирующей клетке взаимодействует с какой молекулой на Т-лимфоците, передавая активационный сигнал?
- а) CD40.
  - б) CD28.
  - в) CTLA-4 (CD152).
  - г) OX40L.
35. Какие клетки обеспечивают экстренную неспецифическую защиту от внутриклеточных патогенов (вирусов), распознавая и лизируя клетки с пониженной экспрессией HLA I?
- а) Цитотоксические Т-лимфоциты (CD8+).
  - б) Т-хелперы 1 типа (Th1).
  - в) Натуральные киллеры (NK-клетки).
  - г) Эозинофилы.
36. Какой класс иммуноглобулинов первым появляется в сыворотке крови при первичном иммунном ответе и является маркером острой инфекции?
- а) IgG.
  - б) IgA.

- в) IgM.  
г) IgE.
37. Какой из вариантов иммунного ответа регулируется Т-хелперами типа 2 (Th2) и приводит к образованию антител классов G, A, E?  
а) Т-клеточный ответ с образованием клеток воспаления.  
б) Т-клеточный ответ с образованием цитотоксических клеток.  
в) Развернутый В-клеточный (гуморальный) ответ.  
г) Простой В-клеточный ответ с синтезом IgM.
38. Клетки памяти, в отличие от наивных лимфоцитов, характеризуются фенотипом:  
а) CD45RA+.  
б) CD45RO+.  
в) CD3-.  
г) CD19-.
39. Какой из перечисленных тестов относится к I уровню (скрининговому) оценки иммунного статуса?  
а) Определение субпопуляций лимфоцитов (CD4+, CD8+).  
б) Определение концентрации IgG, IgM, IgA в сыворотке.  
в) Оценка пролиферативной активности лимфоцитов на митогены.  
г) Определение цитокинового профиля (ИЛ-4, ИФН- $\gamma$ ).
40. Снижение абсолютного количества CD4+ Т-лимфоцитов является характерным лабораторным признаком для:  
а) Острой бактериальной инфекции.  
б) Аутоиммунного заболевания.  
в) ВИЧ-инфекции/СПИДа.  
г) Аллергической реакции.
41. Для оценки кислородозависимой микробицидной активности нейтрофилов используется:  
а) Фагоцитарный индекс.  
б) НСТ-тест.  
в) Определение ЦИК.  
г) Реакция бласттрансформации на ФГА.  
Ответ: б
42. Повышение уровня IgE в сыворотке крови наиболее характерно для:  
а) Острой вирусной инфекции.  
б) Бактериального сепсиса.  
в) Аллергических заболеваний и паразитозов.  
г) Аутоиммунного тиреоидита.
43. В периоде реконвалесценции (выздоровления) после острого инфекционного процесса в иммунограмме характерно:  
а) Резкое снижение всех показателей.  
б) Повышение уровня IgG при нормализации числа лимфоцитов.  
в) Лейкопения и лимфоцитоз.  
г) Повышение уровня IgM.

44. Что из перечисленного НЕ является главным партнером иммунной системы в регуляции гомеостаза по тексту?
- Центральная нервная система.
  - Сердечно-сосудистая система.
  - Эндокринная система.
  - Печень.
45. Согласно принципу "иммунного самоконтроля", регуляторные Т-лимфоциты, секретирующие IL-10 и TGF- $\beta$ , относятся к субпопуляции:
- Т-хелперы 1 (Th1).
  - Т-хелперы 2 (Th2).
  - Т-регуляторные 1 (Tr1).
  - Цитотоксические Т-лимфоциты (CTL).
46. Аутоиммунные заболевания — это заболевания, обусловленные:
- Только дефицитом иммуноглобулинов.
  - Аутоантителами и цитотоксическими лимфоцитами, специфичными к собственным антигенам.
  - Исключительно врожденными дефектами фагоцитоза.
  - Гиперпродукцией иммуноглобулинов класса E.
47. При каком состоянии аутоантитела и аутореактивные лимфоциты считаются компонентом нормального В-клеточного репертуара и могут обнаруживаться у клинически здоровых людей?
- Только при аутоиммунных заболеваниях.
  - При врожденных иммунодефицитах.
  - При аутоиммунных процессах в широком смысле.
  - Исключительно в период острой инфекции.
48. К первичным органоспецифическим аутоиммунным болезням относится:
- Системная красная волчанка (СКВ).
  - Ревматоидный артрит.
  - Аутоиммунный тиреоидит Хасимото.
  - Рассеянный склероз.
49. Причиной срыва естественной толерантности НЕ является:
- Перекрестные реакции с микробными антигенами.
  - Поликлональная активация лимфоцитов микробными суперантигенами.
  - Нормальная, физиологическая экспрессия HLA II на гепатоцитах.
  - Модификация антигенов собственных тканей с образованием "неоантигенов".
50. Какой тип иммунопатологических реакций по Gell и Coombs преимущественно реализуется при Th1-опосредованных аутоиммунных заболеваниях (например, рассеянный склероз)?
- I тип (анафилактический).
  - II тип (цитотоксический).
  - III тип (иммунокомплексный).
  - IV тип (клеточно-опосредованный, ГЗТ).
51. Сильная ассоциация с определенным гаплотипом HLA (например, HLA-B27)

- является примером:
- а) Приобретенного иммунодефицита.
  - б) Наследственной предрасположенности к аутоиммунной патологии.
  - в) Результата вакцинации.
  - г) Признака вторичного аутоиммунного заболевания.
52. Основной аутоантиген при диагностике системной красной волчанки (СКВ):
- а) Ацетилхолиновый рецептор.
  - б) Fc-фрагмент IgG.
  - в) ДНК, нуклеопротеины.
  - г) Тиреопероксидаза.
53. Что из перечисленного НЕ является характерной особенностью иммунного статуса при аутоиммунных заболеваниях?
- а) Лимфоцитоз и гиперреактивность В-лимфоцитов.
  - б) Стойкое повышение концентрации комплемента в сыворотке крови.
  - в) Повышение концентрации циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).
  - г) Дефекты фагоцитоза.
54. При манифестном гипотиреозе на фоне аутоиммунного тиреоидита основным методом лечения является:
- а) Назначение высоких доз глюкокортикоидов.
  - б) Заместительная терапия L-тироксином (L-T4).
  - в) Плазмаферез.
  - г) Применение цитостатиков.
55. Ключевым провоспалительным цитокином, играющим ведущую роль в патогенезе ревматоидного артрита, является:
- а) Интерлейкин-4 (IL-4).
  - б) Фактор некроза опухоли-альфа (TNF $\alpha$ ).
  - в) Интерлейкин-10 (IL-10).
  - г) Трансформирующий фактор роста-бета (TGF- $\beta$ ).
56. Что такое ревматоидный фактор?
- а) Аутоантитела к Fc-фрагменту собственного IgG.
  - б) Антитела к ДНК.
  - в) Фермент, разрушающий суставной хрящ.
  - г) Цитокин, стимулирующий воспаление.
57. К какой категории антиревматических препаратов согласно классификации МЛБР/ВОЗ относятся инфликсимаб (Ремикейд) и этанерсепт?
- а) Симптом-модифицирующие.
  - б) Болезнь-модифицирующие.
  - в) Болезнь-контролирующие.
  - г) Симптоматические анальгетики.
58. Рассеянный склероз считается преимущественно:
- а) Тх2-опосредованным заболеванием.
  - б) Иммунокомплексным заболеванием.
  - в) Тх1-опосредованным заболеванием.
  - г) Заболеванием, связанным с дефицитом комплемента.

59. Какой из перечисленных факторов НЕ рассматривается как возможный пусковой для рассеянного склероза?
- а) Перенесенный инфекционный мононуклеоз.
  - б) Наследственная предрасположенность (HLA-DR2).
  - в) Частые переохлаждения, стрессы.
  - г) Дефицит витамина С в пище.
60. Основным морфологическим субстратом в суставе при ревматоидном артрите является:
- а) Отложение кристаллов мочевой кислоты.
  - б) Гипертрофированная и воспаленная синовиальная оболочка (паннус).
  - в) Костные наросты (остеофиты).
  - г) Гнойный экссудат.
61. Для подтверждения диагноза аутоиммунного тиреоидита определяют антитела к:
- а) Рецептору ТТГ.
  - б) Инсулину.
  - в) Тиреоглобулину и тиреопероксидазе.
  - г) Глутаматдекарбоксилазе.
62. Вторичные аутоиммунные болезни (Класс В) могут развиваться на фоне:
- а) Исключительно генетических дефектов.
  - б) Действия внешних факторов (алкоголь, лекарства, инфекции).
  - в) Первичного иммунодефицита.
  - г) Идиопатических причин.
63. Механизм повреждения тканей при миастении гравис (имеющей аутоантитела к ацетилхолиновому рецептору) относится к типу по Gell и Coombs:
- а) I.
  - б) II.
  - в) III.
  - г) IV.
64. Какой из препаратов является "золотым стандартом" базисной терапии ревматоидного артрита из группы болезнь-модифицирующих средств?
- а) Диклофенак.
  - б) Преднизолон.
  - в) Метотрексат.
  - г) Инфликсимаб.
65. Для какого аутоиммунного заболевания характерно обнаружение олигоклональных иммуноглобулинов в ликворе?
- а) Ревматоидный артрит.
  - б) Рассеянный склероз.
  - г) Аутоиммунный тиреоидит.
  - д) Системная красная волчанка.

## Раздел 2. Специальные вопросы ревматологии

### Тестовые задания с вариантами ответов

66. Какое определение лихорадки неясного генеза (ЛНГ) является наиболее

- точным согласно тексту?
- А) Любое повышение температуры выше 37°C при невыявленной причине.
  - Б) Состояние, при котором лихорадка является основным признаком, а диагноз остается неясным после обычного обследования.
  - В) Повышение температуры более 38°C, длящееся более 5 дней.
  - Г) Лихорадка, устойчивая к действию жаропонижающих средств.
67. Какой диапазон температуры тела в подмышечной впадине является критерием ЛНГ в Российской Федерации согласно тексту?
- А) Выше 37,5°C более 3 недель.
  - Б) Более 38,3°C более 1 недели.
  - В) Может быть ниже 38,3°C, но длительность более 3 недель.
  - Г) Любое повышение выше нормы в течение 2 недель.
68. Что НЕ относится к основным группам заболеваний, лежащих в основе ЛНГ?
- А) Инфекционно-воспалительные процессы.
  - Б) Эндокринные заболевания (гипертиреоз).
  - В) Опухолевые заболевания.
  - Г) Системные поражения соединительной ткани.
69. Какой тип лихорадки характеризуется значительными (более 3°C) суточными колебаниями температуры с резкими перепадами?
- А) Постоянная (febris continua).
  - Б) Интермиттирующая (febris intermittens).
  - В) Гектическая (febris hectica).
  - Г) Ремиттирующая (febris remittens).
70. Что из перечисленного является ПРИМЕРОМ эндогенного пирогена (цитокина)?
- А) Липополисахарид (ЛПС) бактерий.
  - Б) Интерлейкин-1 (ИЛ-1).
  - В) Липотейхоевая кислота.
  - Г) Белковые экзотоксины.
71. Какой метод обследования считается новейшим и высокоценным в диагностике ЛНГ, но малодоступным?
- А) Ультразвуковое исследование (УЗИ).
  - Б) Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).
  - В) Компьютерная томография (КТ).
  - Г) Рентгенография легких.
72. Какое заболевание из перечисленных НЕ относится к типичным причинам ЛНГ в группе «Прочие заболевания»?
- А) Саркоидоз.
  - Б) Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии.
  - В) Гипертоническая болезнь.
  - Г) Болезнь Крона.
73. Что такое «лекарственная лихорадка»?
- А) Лихорадка, вызванная приемом жаропонижающих средств.
  - Б) Лихорадка как проявление гиперчувствительности к медикаментам.
  - В) Повышение температуры при передозировке любого препарата.
  - Г) Искусственное вызывание лихорадки с помощью лекарств.
74. Какой из перечисленных препаратов может вызывать лекарственную лихорадку?
- А) Физиологический раствор.
  - Б) Глюкоза.

- В) Изониазид.  
Г) Активированный уголь.
75. Что характерно для «искусственной лихорадки»?  
А) Высокая эффективность антибиотиков.  
Б) Соответствие кривой температуры и частоты пульса.  
В) Относительно удовлетворительное состояние пациента.  
Г) Наличие четких лабораторных признаков воспаления.
76. Для какого заболевания характерна периодическая лихорадка с поражением серозных оболочек (полисерозит) и риском амилоидоза?  
А) Болезнь Стилла у взрослых.  
Б) Периодическая болезнь (семейная средиземноморская лихорадка).  
В) Ревматическая полимиалгия.  
Г) Системная красная волчанка.
77. Укажите адаптивный эффект лихорадки:  
А) Подавление деления микроорганизмов при температуре 39-40°C.  
Б) Повышение проницаемости сосудистой стенки.  
В) Развитие артериальной гипотензии.  
Г) Снижение синтеза иммуноглобулинов.
78. Какой микроорганизм чаще всего ассоциируется с инфекционным эндокардитом как причиной ЛНГ у наркоманов?  
А) Микобактерия туберкулеза.  
Б) Кишечная палочка.  
В) Различные бактерии с поражением правых отделов сердца.  
Г) Вирус Эпштейна-Барр.
79. Какой метод является наиболее совершенным для идентификации микобактерий туберкулеза?  
А) Реакция Манту.  
Б) Бактериоскопия мокроты.  
В) Полимеразная цепная реакция (ПЦР).  
Г) Рентгенография легких.
80. При каком заболевании может наблюдаться извращенный тип лихорадки (утренняя температура выше вечерней)?  
А) Крупозная пневмония.  
Б) Брюшной тиф.  
В) Туберкулез.  
Г) Малярия.
81. Что является основной причиной развития лихорадки согласно современному определению, приведенному в тексте?  
А) Прямое действие экзогенных пирогенов на гипоталамус.  
Б) Накопление в крови цитокинов системного действия (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО и др.).  
В) Нарушение функции щитовидной железы.  
Г) Центральное неврогенное повреждение.
82. Какой симптомокомплекс характерен для ревматической полимиалгии?  
А) Лихорадка, сыпь, артрит.  
Б) Лихорадка, головная боль, утолщение височных артерий.  
В) Лихорадка, миалгии и слабость в проксимальных отделах плечевого и тазового пояса.  
Г) Лихорадка, язвы на слизистой рта, увеличение лимфоузлов.
83. Что является ключевым диагностическим признаком для пробного лечения при подозрении на туберкулез как причину ЛНГ?

- А) Эффект наступает в течение 1-3 дней.  
Б) Эффекта следует ожидать не ранее, чем через 2-3 недели.  
В) Температура нормализуется после первого приема препаратов.  
Г) Лечение всегда включает один препарат.
84. Какое исследование является наиболее информативным при подозрении на остеомиелит как причину ЛНГ?  
А) Общий анализ крови.  
Б) Рентгенологическое исследование костей.  
В) Биопсия кости.  
Г) Измерение температуры.
85. Что из перечисленного НЕ относится к «патогенному» значению лихорадки?  
А) Потенцирование специфических и неспецифических факторов защиты.  
Б) Развитие функциональной перегрузки органов.  
В) Возможность развития коллапса при критическом падении температуры.  
Г) Снижение аппетита и похудание.
86. Какая локализация абсцесса чаще всего вызывает ЛНГ?  
А) Подкожная клетчатка.  
Б) Паренхима легкого.  
В) Брюшная полость и таз.  
Г) Головной мозг.
87. Какой тип классической ЛНГ выделяют у больных с количеством нейтрофилов <500 в 1 мкл?  
А) Классический.  
Б) Нозокомиальный.  
В) Нейтропенический.  
Г) ВИЧ-ассоциированный.
88. Какой из перечисленных опухолевых маркеров специфичен для рака предстательной железы?  
А) Альфа-фетопротеин (АФП).  
Б) Раково-эмбриональный антиген (РЭА).  
В) Простатоспецифический антиген (PSA).  
Г) СА 19-9.
89. Что из перечисленного НЕ является типичной ошибкой при обследовании больного с ЛНГ?  
А) Забор материала для бакпосева на фоне приема антибиотиков.  
Б) Биопсия самого крупного, но мягкого лимфоузла.  
В) Последовательное ступенчатое обследование с нарастанием инвазивности.  
Г) Переоценка мнения консультантов без критического анализа.
90. На каком этапе диагностического поиска при ЛНГ проводится биопсия костного мозга или лимфоузла?  
А) Стартовое обследование.  
Б) Второй этап (расширенная лабораторная диагностика).  
В) Третий этап (инструментальная диагностика).  
Г) Четвертый этап (инвазивные методы).
91. Какая из перечисленных инфекций НЕ является типичной причиной ЛНГ?  
А) Цитомегаловирусная инфекция.  
Б) ВИЧ-инфекция.  
В) Вирусный гепатит А.  
Г) Токсоплазмоз.
92. Какой симптом может быть ключевым для диагностики тромбофлебита

- глубоких вен как причины ЛНГ?  
 А) Желтуха.  
 Б) Быстрый положительный эффект от гепарина.  
 В) Появление сыпи.  
 Г) Увеличение селезенки.
93. Что является основным фактором риска развития нагноительных заболеваний брюшной полости как причины ЛНГ?  
 А) Наследственная предрасположенность.  
 Б) Оперативные вмешательства на органах брюшной полости в анамнезе.  
 В) Гипертоническая болезнь.  
 Г) Хронический бронхит.
94. Какой процент случаев ЛНГ, по данным текста, остаются нерасшифрованными после тщательного обследования?  
 А) Около 1-2%.  
 Б) Около 5-10%.  
 В) Около 10-25%.  
 Г) Более 50%.
95. У какой категории пациентов наиболее вероятной причиной ЛНГ является ревматическая полимиалгия и височный артериит?  
 А) Дети.  
 Б) Молодые взрослые.  
 В) Беременные женщины.  
 Г) Лица пожилого и старческого возраста.
96. Какое хирургическое вмешательство рекомендуется пациенту с РА при наличии выраженных структурных изменений в суставе, сопровождающихся стойкой болью и нарушением функции?  
 А) Артроскопический лаваж.  
 Б) Лечебная физкультура.  
 В) Эндопротезирование или артродез.  
 Г) Бальнеотерапия.
97. Показанием к хирургическому удалению тофуса при подагре является:  
 а) Любое подкожное образование, вызывающее косметический дефект.  
 б) Компрессия нервного ствола тофусом с развитием неврологической симптоматики (например, синдром карпального канала).  
 в) Повышение уровня мочевой кислоты выше 500 мкмоль/л.  
 г) Наличие хронической боли в суставе.
98. Эндопротезирование или артродез сустава при подагре рекомендуется проводить при:  
 а) Первом остром приступе подагрического артрита.  
 б) Наличии выраженных структурных изменений в суставе, стойкой боли и нарушении функции, несмотря на уратснижающую терапию.  
 в) Обнаружении тофуса на рентгенограмме.  
 г) Повышении уровня С-реактивного белка.
99. Хирургическое лечение (включая органосохраняющие операции и эндопротезирование) рекомендовано пациентам с гонартрозом при:  
 А) Любой стадии заболевания при первом обращении.  
 Б) Неудовлетворительном эффекте комплексной консервативной терапии или выраженных изменениях с функциональными нарушениями.  
 В) Только при наличии свободных внутрисуставных тел.

- Г) Только пациентам моложе 50 лет.
100. Артроскопическое лечение может быть рекомендовано при гонартрозе I-II стадии по Косинской, но при обязательном наличии:
- А) Выраженного сужения суставной щели на рентгенограмме.
  - Б) Жалоб и симптомов, свидетельствующих о сопутствующем повреждении менисков или свободных внутрисуставных телах.
  - В) Нарушения оси конечности более 10°.
  - Г) Полнослойной потери хряща на смежных суставных поверхностях по МРТ.
101. Основная биомеханическая цель корригирующей околосуставной остеотомии (бедренной/большеберцовой кости) при гонартрозе:
- А) Удаление остеофитов и нестабильных фрагментов хряща.
  - Б) Замена поврежденного отдела сустава имплантатом.
  - В) Восстановление измененной оси конечности для разгрузки пораженного отдела сустава.
  - Г) Стимуляция роста фиброзного хряща в зоне дефекта.
102. Наиболее перспективными кандидатами на выполнение корригирующей околосуставной остеотомии являются пациенты:
- А) Старше 65 лет с выраженным болевым синдромом.
  - Б) С ИМТ более 35 кг/м<sup>2</sup>.
  - В) Моложе 50-55 лет, так как операция позволяет отсрочить эндопротезирование.
  - Г) С амплитудой движений в суставе менее 90°.
103. Артродезирование коленного сустава рекомендовано как метод выбора в основном при:
- А) Изолированном пателло-фemorальном артрозе у молодых пациентов.
  - Б) Гонартрозе I-II стадии с некупируемой болью.
  - В) Терминальной стадии гонартроза с нестабильностью и высоким риском инфекции при эндопротезировании.
  - Г) Всем пациентам с вальгусной деформацией более 20°.
104. Какое вмешательство является методом выбора при наличии у пациента с РА стойкого синовита одного сустава, резистентного к консервативной терапии?
- а) Назначение дополнительного НПВП.
  - б) Проведение артроскопического лаважа или синовэктомии.
  - в) Полная иммобилизация сустава.
  - г) Смена базисного препарата.
105. Какой уровень доказательности (согласно тексту) имеют рекомендации по проведению эндопротезирования или артродеза суставов при РА?
- А) Уровень убедительности А (уровень достоверности доказательств 1).
  - Б) Уровень убедительности В (уровень достоверности доказательств 3).
  - В) Уровень убедительности С (уровень достоверности доказательств 5).
  - Г) Уровень не определен.

106. Показанием к артроскопии или синовэктомии при РА является:
- А) Любая стадия заболевания с целью диагностики.
  - Б) Наличие стойкого синовита и отсутствие эффекта от консервативного лечения.
  - В) Профилактика деформаций суставов на ранней стадии.
  - Г) Устранение болевого синдрома, связанного исключительно с остеопорозом.
107. Что из перечисленного НЕ является непосредственной целью хирургического лечения (эндопротезирования/артродеза) при РА?
- А) Устранение стойкого болевого синдрома.
  - Б) Коррекция выраженных нарушений функции сустава.
  - В) Лечение активного системного воспаления.
  - Г) Восстановление опороспособности конечности.
108. Ключевым принципом начала реабилитации после операций на коленном суставе является:
- А) Начало после полного заживления послеоперационной раны.
  - Б) Раннее начало на фоне достижения адекватного уровня анальгезии.
  - В) Начало только после выписки из стационара.
  - Г) Начало после снятия швов.
109. Первый этап реабилитации (стационарный) рекомендуется начинать:
- А) Через неделю после операции.
  - Б) После перевода в реабилитационный центр.
  - В) Сразу после оперативного вмешательства.
  - Г) По желанию пациента.
110. Предоперационная медицинская реабилитация особенно рекомендована для:
- А) Только молодых пациентов.
  - Б) Пациентов без сопутствующих заболеваний.
  - В) Больных пожилого и старческого возраста.
  - Г) Пациентов с аллергией на НПВП.
111. Полную нагрузку на оперированную конечность после корригирующей остеотомии бедренной или большеберцовой костей в среднем разрешают через:
- А) 2-3 недели.
  - Б) 1 месяц.
  - В) 1.5-3 месяца.
  - Г) 6 месяцев.
112. Задачами физиотерапии в раннем послеоперационном периоде НЕ является:
- А) Анальгетический эффект.
  - Б) Противоотечный эффект.
  - В) Увеличение мышечной массы до предоперационного уровня.
  - Г) Репаративно-регенераторный эффект.
113. Основная цель выполнения органосохраняющих операций на ранних стадиях коксартроза:
- А) Полное излечение от артроза.

- Б) Отсрочка или предотвращение развития поздних стадий, требующих эндопротезирования.
- В) Немедленное купирование болевого синдрома.
- Г) Устранение всех анатомических аномалий за одну операцию.
114. Артроскопическое лечение тазобедренного сустава рекомендовано при начальных стадиях коксартроза и наличии:
- А) Только выраженного сужения суставной щели.
- Б) Обширных костных дефектов вертлужной впадины.
- В) Феморо-ацетабулярного импиджмента (ФАИ) и/или повреждения мягкотканых структур.
- Г) Анкилоза (сращения) сустава.
115. Целью корригирующих остеотомий (таза или бедра) при диспластическом коксартрозе является:
- А) Удаление поврежденного хряща.
- Б) Восстановление нормальной биомеханики сустава путем репозиционирования суставных поверхностей.
- В) Замена суставных поверхностей искусственными компонентами.
- Г) Декомпрессия седалищного нерва.
116. Периацетабулярная остеотомия оказывает положительное влияние на биомеханику за счет:
- а) Увеличения длины шейки бедра.
- б) Улучшения покрытия головки бедренной кости и уменьшения результирующих сил на нее.
- с) Удаления остеофитов по краю вертлужной впадины.
- д) Укорочения конечности для разгрузки сустава.
117. Тройная остеотомия таза у детей с диспластическим коксартрозом направлена на:
- А) Формирование искусственного сустава.
- Б) Восстановление стабильности сустава за счет увеличения покрытия головки бедра аутологичным хрящом.
- В) Резекцию некротизированных участков головки бедра.
- Г) Коррекцию длины конечности.
118. При коксартрозе вследствие юношеского эпифизиолиза головки бедренной кости целью операции является:
- А) Артродез (замыкание) сустава.
- Б) Восстановление нормальных соотношений эпифиза с вертлужной впадиной и метафизом.
- В) Тотальная замена сустава у подростков.
- Г) Устранение только болевого синдрома.
119. Хирургическое лечение в объеме тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТБС) рекомендовано в первую очередь при стадии:
- А) I стадии по Косинской.
- Б) II стадии по Косинской с умеренной болью.
- В) III стадии по Косинской или III-IV стадиях по Келлгрэну и Лоуренсу.

Г) Любой стадии при желании пациента.

120. Для долгосрочного успеха эндопротезирования ключевое значение имеет:
- А) Минимальная длительность операции.
  - Б) Адекватный выбор имплантата с учетом активности, состояния костной ткани и анатомии пациента.
  - В) Использование только цементной фиксации.
  - Г) Применение самого дорогого протеза.
121. К методам неспецифической профилактики тромбозов после операций на ТБС НЕ относится:
- А) Ранняя активизация пациента.
  - Б) Последовательная пневмокомпрессия.
  - В) Прием прямых пероральных антикоагулянтов.
  - Г) Лечебная физкультура для ног.
122. Для периоперационной антибиотикопрофилактики при эндопротезировании чаще всего применяют:
- А) Ципрофлоксацин.
  - Б) Метронидазол.
  - В) Цефазолин или цефуроксим.
  - Г) Азитромицин.

### Раздел 3. Ревматические заболевания у детей

#### Тестовые задания с вариантами ответов

123. Что является непосредственной причиной развития острой ревматической лихорадки (ОРЛ)?
- а) Первичное инфицирование вирусом Коксаки
  - б) Аутоиммунная воспалительная реакция на инфекцию, вызванную бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА)
  - в) Прямое бактериальное поражение клапанов сердца стрептококком
  - г) Врожденная аномалия соединительной ткани
124. Какой регион мира, согласно тексту, несет наибольшее бремя ревматической болезни сердца?
- а) Европейский регион ВОЗ
  - б) Регион Юго-Восточной Азии
  - в) Регион Америки
  - г) Африканский регион ВОЗ
125. Какой метод диагностики считается основным для подтверждения кардита (ревмокардита) при ОРЛ согласно современным рекомендациям?
- а) Аускультация сердца
  - б) Электрокардиография (ЭКГ)
  - в) Рентгенография органов грудной клетки
  - г) Эхокардиография (ЭхоКГ)
126. Какой антибиотик является препаратом для эрадикации БГСА-инфекции при ОРЛ?
- а) Цефтриаксон
  - б) Азитромицин
96. в) Пенициллин (бензатинпенициллин или феноксиметилпенициллин)

97. г) Клиндамицин

127. Что из перечисленного является большим критерием Джонса (2015) для популяции умеренного/высокого риска?

- а) Моноартралгия
- б) Полиартралгия
- в) Лихорадка  $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$
- г) Субклинический кардит

128. Какова основная цель вторичной профилактики ревматической лихорадки?

- а) Лечение активного ревмокардита
- б) Предупреждение первичного инфицирования БГСА
- в) Предупреждение повторных атак ОРЛ после перенесенного эпизода
- г) Профилактика инфекционного эндокардита

129. Какой препарат и режим введения являются золотым стандартом для длительной вторичной профилактики?

- а) Азитромицин перорально 1 раз в неделю
- б) Бензатинпенициллин (Бициллин) внутримышечно 1 раз в 3-4 недели
- в) Амоксициллин перорально 2 раза в день ежедневно
- г) Цефадроксил перорально 1 раз в день

130. Для постановки диагноза первой атаки ОРЛ в популяции умеренного риска при наличии доказанной предшествующей БГСА-инфекции необходимо наличие:

- а) Трех малых критериев
- б) Одного большого критерия
- в) Двух больших критериев ИЛИ одного большого и двух малых критериев
- г) Изолированной хореи

131. Что такое "субклинический кардит" в контексте ОРЛ?

- а) Тяжелое поражение клапанов с сердечной недостаточностью
- б) Отсутствие аускультативных признаков при наличии патологии клапанов по данным ЭхоКГ
- в) Воспаление миокарда без поражения клапанов
- г) Кардит, развившийся через 2 месяца после фарингита

132. Пациентам с ХРБС, длительно получающим пенициллин для вторичной профилактики, перед стоматологическими вмешательствами для профилактики инфекционного эндокардита рекомендуется:

- а) Увеличить дозу бензатинпенициллина
- б) Принять амоксициллин за час до процедуры
- в) Принять клиндамицин (из-за вероятности резистентности зеленящих стрептококков)
- г) Не требуется дополнительной профилактики

133. Для постановки диагноза первой атаки ОРЛ необходимо наличие:

- а) Одного большого критерия Джонса
- б) Трех малых критериев Джонса
- в) Двух больших критериев ИЛИ одного большого и двух малых критериев в сочетании с данными о предшествующей БГСА-инфекции

98. г) Изолированного систолического шума на верхушке сердца

134. Какой из перечисленных признаков является большим диагностическим критерием ОРЛ (Джонса)?
- а) Артралгия
  - б) Лихорадка
  - в) Хорея
  - г) Удлинение интервала PR на ЭКГ
135. Какой антибиотик является препаратом выбора для эрадикации БГСА-инфекции в острый период ОРЛ?
- а) Азитромицин
  - б) Цефтриаксон
  - в) Бензилпенициллин (или его формы)
  - г) Клиндамицин
136. Основным препаратом для длительной вторичной профилактики (предупреждения рецидивов) ОРЛ является:
- а) Амоксициллин перорально ежедневно
  - б) Бензатина бензилпенициллин (экстенциллин) внутримышечно 1 раз в 3-4 недели
  - в) Диклофенак перорально
  - г) Преднизолон в низких дозах
137. Какой исход Острой Ревматической Лихорадки обозначается как «Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) без порока сердца»?
- а) Полное обратное развитие всех симптомов
  - б) Наличие остаточных явлений перенесенного кардита (например, пролапс митрального клапана) без гемодинамически значимой клапанной патологии
  - в) Формирование митрального стеноза или недостаточности
  - г) Развитие застойной сердечной недостаточности
138. У пациента с ХРБС, длительно получающего пенициллин для вторичной профилактики, перед плановым удалением зуба для профилактики инфекционного эндокардита рекомендуется назначить:
- а) Увеличенную дозу бензатина бензилпенициллина
  - б) Амоксициллин перорально за 1 час до процедуры
  - в) Клиндамицин (из-за вероятности носительства резистентной флоры)
  - г) Профилактика не требуется
139. «Изолированная («чистая») хорея» как особая форма ОРЛ диагностируется:
- а) При сочетании с полиартритом
  - б) При наличии любых, даже минимальных, признаков кардита по ЭхоКГ
  - в) При исключении других причин хореи и отсутствии иных критериев ОРЛ
  - г) Только у детей младше 10 лет
140. Какой лабораторный показатель является наиболее важным для подтверждения предшествующей БГСА-инфекции при диагностике ОРЛ?
- а) Ревматоидный фактор (РФ)
  - б) Лейкоцитоз в общем анализе крови
  - в) Повышение титров противострептококковых антител (АСЛ-О) в динамике
  - 99. г) Положительный С-реактивный белок (СРБ)

141. При ОРЛ, протекающей с выраженным кардитом и/или полисерозитами, препаратом выбора для противовоспалительной терапии является:
- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
  - Глюкокортикоиды (преднизолон)
  - Иммунодепрессанты (метотрексат)
  - Аминохинолиновые препараты (гидроксихлорохин)
142. Минимальная рекомендуемая длительность вторичной профилактики для больного, перенесшего ОРЛ с кардитом, но без формирования порока сердца, составляет:
- 3 года после атаки
  - Не менее 5 лет после атаки или до 18 лет
  - Не менее 10 лет после атаки или до 25 лет
  - Пожизненно

#### **Раздел 4. Оказание медицинской помощи в экстренной форме при ревматических заболеваниях**

##### **Тестовые задания с вариантами ответов**

143. Внутрисуставное введение протезов синовиальной жидкости на основе гиалуроната натрия рекомендуется:
- Только при III-IV стадии гонартроза по Kellgren & Lawrence.
  - Всем пациентам с синовитом в качестве терапии первой линии.
  - Для достижения структурно-модифицирующего эффекта (восстановления хряща).
  - Для уменьшения боли и улучшения функции сустава при наличии инициативы со стороны пациента.
144. Средняя продолжительность клинического эффекта после внутрисуставного введения гиалуроната натрия составляет:
- 1-2 недели.
  - 4-6 недель.
  - 4-6 и более месяцев.
  - Не менее 2 лет.
145. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов при гонартрозе рекомендовано по строгим показаниям. Основное их действие и ключевой риск:
- Стимуляция регенерации хряща, риск аллергической реакции.
  - Сильный противовоспалительный эффект, риск вторичного остеонекроза и усугубления дегенерации хряща.
  - Замещение синовиальной жидкости, риск инфекции.
  - Анальгетический эффект, риск кровотечения.
146. Какова максимально рекомендуемая частота внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов в один и тот же сустав?
- Не чаще 1 раза в месяц.
  - Не чаще 1 раза в 6 недель.
  - Не чаще 1 раза в 3 месяца.
  - Курсовое применение (3-5 инъекций с интервалом в неделю).
147. Какой из перечисленных методов внутрисуставной терапии имеет самый низкий уровень достоверности доказательств (уровень 4) согласно тексту?
- Введение гиалуроната натрия.

- Б) Введение глюкокортикоидов.
  - В) Введение обогащенной тромбоцитами плазмы (PRP).
  - Г) Введение аутологичной стромально-вазкулярной фракции.
148. Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты при коксартрозе:
- А) Является методом выбора при выраженном синовите.
  - Б) Имеет более высокий риск серьезных НЯ, чем НПВП.
  - В) Следует проводить при отсутствии выраженного синовита («в сухой сустав»).
  - Г) Оказывает эффект, сравнимый с плацебо уже через 1 неделю.
149. Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты (протезов синовиальной жидкости) рекомендуется для:
- А) купирования острого гнойного синовита.
  - Б) замещения утраченной костной ткани.
  - В) уменьшения боли и улучшения функции сустава при остеоартрозе.
  - Г) стимуляции роста новых кровеносных сосудов в хряще.
150. Средняя продолжительность клинического эффекта после курса инъекций гиалуроновой кислоты составляет:
- А) 2-4 недели.
  - Б) 1-2 месяца.
  - В) 4-6 и более месяцев.
  - Г) 2-3 года (необратимый эффект).
151. Противопоказанием к введению гиалуроновой кислоты является:
- А) начальная стадия остеоартроза.
  - Б) выраженный синовит с выпотом в полости сустава («мокрый» сустав).
  - В) пожилой возраст пациента.
  - Г) наличие сопутствующего повреждения мениска.
152. Основное показание для внутрисуставного введения глюкокортикоидов (ГК) при остеоартрозе:
- А) хронический, слабовыраженный болевой синдром без признаков воспаления.
  - Б) наличие активного синовита, не купируемого адекватными дозами НПВП.
  - В) профилактика прогрессирования артроза.
  - Г) лечение остеонекроза мыщелков бедренной кости.
153. Ключевой риск частого внутрисуставного введения глюкокортикоидов, ограничивающий их применение:
- А) риск аллергической реакции.
  - Б) усугубление дегенерации суставного хряща и риск вторичного остеонекроза.
  - В) развитие системного кандидоза.
  - Г) формирование контрактур сустава.
154. Минимальный рекомендованный интервал между инъекциями глюкокортикоидов в один и тот же сустав должен составлять:
- А) 2 недели.
  - Б) 1 месяц.
  - В) 3 месяца.
  - Г) 6 месяцев.

155. Метод внутрисуставной терапии, эффективность которого при остеоартрозе в настоящее время считается недоказанной, а применение возможно только «при наличии инициативы со стороны пациента»:
- А) Введение глюкокортикоидов.
  - Б) Введение гиалуроновой кислоты.
  - В) Введение аутологичной стромально-васкулярной фракции (SVF).
  - Г) Все перечисленные.
156. Какое утверждение об обогащенной тромбоцитами плазме (PRP) является верным согласно современным данным?
- А) Это препарат первого выбора для лечения любой стадии артроза.
  - Б) Некоторые мета-анализы показывают ее превосходство над гиалуроновой кислотой и ГК в среднесрочной перспективе.
  - В) Ее эффективность доказана для структурного восстановления хряща.
  - Г) Она заменяет необходимость в эндопротезировании.
157. При выборе конкретного препарата гиалуроновой кислоты важно учитывать, что:
- А) Все препараты абсолютно одинаковы по эффективности.
  - Б) Эффект зависит только от стадии артроза, а не от препарата.
  - В) Клинический эффект сильно варьирует в зависимости от молекулярной массы и физико-химических характеристик препарата.
  - Г) Наиболее эффективны препараты животного происхождения.

#### **Раздел 5. Оказание медицинской помощи взрослым с ревматическими заболеваниями в амбулаторных условиях**

##### **Тестовые задания с вариантами ответов**

158. Терапия ингибиторами ФНО- $\alpha$  (иФНО $\alpha$ ) рекомендована при АС в случае:
- а) Любой стадии заболевания при установленном диагнозе.
  - б) Персистирующей высокой активности, несмотря на терапию НПВП.
  - в) Только при наличии полного анкилоза позвоночника.
  - г) Только в сочетании с синтетическими БПВП.
159. При потере эффективности (вторичной неэффективности) одного из ингибиторов ФНО- $\alpha$  рекомендуется:
- а) Отменить всю терапию.
  - б) Назначить другой иФНО $\alpha$  или ингибитор ИЛ-17.
  - в) Увеличить дозу исходного препарата.
  - г) Добавить системные глюкокортикоиды.
160. Какое обязательное обследование необходимо провести перед назначением ингибиторов ФНО- $\alpha$ ?
- а) Гастроскопия.
  - б) Денситометрия.
  - в) Скрининг на туберкулез (рентгенография легких, внутрикожная проба).
  - г) УЗИ брюшной полости.
161. При каком внескелетном проявлении АС назначение моноклональных антител к ФНО- $\alpha$  считается более эффективным, чем растворимых рецепторов?
- а) Псориаз.

- б) Воспалительное заболевание кишечника (ВЗК).  
в) Увеит.  
г) Коксит
162. При каком сопутствующем состоянии назначение растворимых рецепторов к ФНО- $\alpha$  (этанерцепт) при АС противопоказано?  
а) Рецидивирующий увеит.  
б) Высокий риск туберкулеза.  
в) Воспалительное заболевание кишечника (ВЗК).  
г) Периферический артрит.
163. Показанием для назначения ГИБП или тсБПВП НЕ является:  
а) Наличие факторов риска неблагоприятного прогноза (эрозии, высокие титры РФ/АЦЦП).  
б) Недостаточная эффективность адекватной терапии метотрексатом в течение  $\geq 3$  месяцев.  
в) Плохая переносимость метотрексата.  
г) Дебют заболевания без факторов риска.
164. С чем рекомендуется комбинировать терапию ГИБП для увеличения эффективности?  
а) Только с НПВП.  
б) С метотрексатом.  
в) С высокими дозами глюкокортикоидов.  
г) Монотерапия ГИБП всегда предпочтительнее.
165. Что рекомендуется делать при отсутствии улучшения (по критериям EULAR) через 3 месяца после начала терапии первым ГИБП?  
а) Удвоить дозу того же препарата.  
б) Перейти на ГИБП с другим механизмом действия или на тсБПВП.  
в) Добавить второй ГИБП.  
г) Отменить всю терапию.
166. Какой класс препаратов ассоциирован с повышенным риском развития герпетической инфекции (Herpes Zoster)?  
а) Ингибиторы ФНО- $\alpha$ .  
б) Ингибиторы ИЛ-6.  
в) Таргетные синтетические БПВП (например, тофацитиниб).  
г) Ритуксимаб
167. Когда можно рассмотреть постепенное снижение дозы или отмену ГИБП?  
а) Через 1 месяц после начала ремиссии.  
б) При достижении длительной ремиссии ( $\geq 12$  мес.) после отмены ГК.  
в) Сразу после нормализации СОЭ.  
г) Отмена ГИБП не рекомендуется.
168. Что из перечисленного НЕ является обязательным мероприятием перед началом терапии ГИБП/тсБПВП?  
а) Скрининг на туберкулез (рентгенография ОГК, T-SPOT/Диаскинтест).  
б) Оценка риска сердечно-сосудистых осложнений и онкопатологии.  
в) Определение группы крови.  
г) Исключение активных инфекций (гепатиты, ВИЧ).
169. Какой препарат рекомендован для монотерапии ГИБП у пациентов с

непереносимостью метотрексата?

- а) Инфликсимаб.
- б) Этанерцепт.
- в) Ингибиторы интерлейкина (тоцилизумаб) или тсБПВП.
- г) Адалимумаб.

170. При вторичной неэффективности (потере эффекта) одного ГИБП рекомендуется:

- а) Перейти на ГИБП другого или того же класса.
- б) Срочно госпитализировать пациента.
- в) Назначить только анальгетики.
- г) Считать терапию полностью неэффективной.

171. При развитии интерстициального заболевания легких с прогрессирующим фиброзирующим фенотипом у пациента с РА может быть рекомендован:

- а) Метотрексат.
- б) Нинтеданиб.
- в) Гидроксихлорохин.
- г) Трамадол.

172. Что из перечисленного, верно, относительно биоаналогов ГИБП?

- а) Их можно автоматически заменять на оригинальный препарат.
- б) Решение о замене принимается врачом и пациентом на основе данных об эффективности и безопасности.
- в) Они не требуют контроля эффективности.
- г) Они не зарегистрированы для лечения РА.

#### **Раздел 6. Оказание медицинской помощи взрослым с ревматическими заболеваниями в стационарных условиях.**

##### **Тестовые задания с вариантами ответов**

173. Анкилозирующий спондилит является единственным ревматическим заболеванием, при котором:

- а) Длительный прием НПВП патогенетически обоснован и высокоэффективен.
- б) Анальгетики противопоказаны.
- в) НПВП применяются только в режиме «по требованию».
- г) Показаны только селективные НПВП.

174. В каком режиме рекомендован прием НПВП пациенту с АС при отсутствии факторов риска прогрессирования и наличии полного анкилоза позвоночника?

- а) Постоянный, ежедневный.
- б) Краткими курсами при обострениях.
- в) В режиме «по требованию».
- г) Только в комбинации с БПВП.

175. Что рекомендуется сделать при неполной эффективности первого назначенного НПВП у пациента с АС?

- а) Удвоить дозу того же препарата.
- б) Заменить на другой НПВП.
- в) Добавить второй НПВП.
- г) Немедленно назначить ГИБП.

176. Когда рекомендуется использовать парацетамол или трамадол при АС?

- а) В качестве препаратов первой линии вместо НПВП.

- б) Как дополнительное симптоматическое лечение при неэффективности или непереносимости НПВП.  
в) Для профилактики прогрессирования структурных изменений.  
г) Только при периферическом артрите.
177. Пациенту с АС и высоким риском желудочно-кишечных осложнений рекомендуется назначить:  
а) Любой НПВП в минимальной дозе.  
б) Неселективный НПВП в комбинации с ингибитором протонной помпы или селективный НПВП.  
в) Только внутримышечные формы НПВП.  
г) Системные глюкокортикоиды.
178. Для лечения аксиальной формы АС (поражение позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений) назначение синтетических БПВП (сульфасалазин, метотрексат):  
а) Рекомендовано как препараты первой линии.  
б) Не рекомендовано.  
в) Рекомендовано только в комбинации с НПВП.  
г) Рекомендовано только при высокой активности (BASDAI>4).
179. Какой синтетический БПВП рекомендован для лечения периферического артрита у пациентов с АС?  
а) Метотрексат.  
б) Лефлуномид.  
в) Гидроксихлорохин.  
г) Сульфасалазин.
180. Через какой минимальный срок оценивается эффективность терапии сульфасалазином при периферическом артрите у пациента с АС?  
а) 1 месяц.  
б) 3 месяца.  
в) 6 месяцев.  
г) 12 месяцев.
181. Рекомендовано ли назначать синтетические БПВП одновременно с инициацией терапии ингибиторами ФНО- $\alpha$  при аксиальном варианте АС?  
а) Да, это повышает эффективность.  
б) Нет, не рекомендовано.  
в) Рекомендовано только при наличии увеита.  
г) Рекомендовано только при периферическом артрите.
182. Какова основная роль синтетических БПВП в лечении АС согласно тексту?  
а) Лечение аксиальных проявлений (боль в спине).  
б) Лечение периферического артрита.  
в) Профилактика анкилозирования позвоночника.  
г) Замещение НПВП при их непереносимости.
183. Какой препарат рекомендуется в качестве терапии «первой линии» всем пациентам с диагнозом РА?  
а) Лефлуномид.

- б) Сульфасалазин.  
в) Метотрексат (МТ).  
г) Гидроксихлорохин.
184. С какой начальной дозы рекомендуется начинать терапию метотрексатом у пациентов без факторов риска нежелательных явлений?  
а) 5 мг/нед.  
б) 10-15 мг/нед.  
в) 20 мг/нед.  
г) 25 мг/нед.
185. Какая форма метотрексата рекомендуется при необходимости назначения высокой дозы ( $\geq 15$  мг/нед) или плохой переносимости таблеток?  
а) Внутримышечная.  
б) Подкожная.  
в) Внутривенная.  
г) Пероральная в разделенных дозах.
186. Какой препарат является обязательным для профилактики нежелательных явлений на фоне приема метотрексата и как его правильно принимать?  
а) Фолиевая кислота, не менее 5 мг/неделя, не ранее чем через 24 ч после приема МТ.  
б) Витамин В12, ежедневно вместе с МТ.  
в) Кальций и витамин D, ежедневно.  
г) Омепразол, за 30 минут до приема МТ.
187. При какой ситуации терапию метотрексатом следует прервать?  
а) При повышении АЛТ/АСТ выше верхней границы нормы (ВГН) в 2 раза.  
б) При повышении АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от ВГН.  
в) При незначительном повышении СОЭ.  
г) При появлении легкой тошноты.
188. Какой из перечисленных препаратов НЕ рекомендуется для приема беременными или планирующими беременность женщинами с РА?  
а) Гидроксихлорохин.  
б) Сульфасалазин.  
в) Метотрексат.  
г) Низкие дозы глюкокортикоидов.
189. Что рекомендуется сделать, если через 3 месяца терапии БПВП достигнут умеренный эффект (снижение DAS28  $> 0.6$ )?  
а) Немедленно перейти на ГИБП.  
б) Продолжить терапию тем же БПВП еще 3 месяца.  
в) Увеличить дозу НПВП.  
г) Отменить терапию.
190. Какой препарат рекомендуется в качестве альтернативы метотрексату при его непереносимости или противопоказаниях?  
а) Парацетамол.  
б) Целекоксиб.  
в) Лефлуномид или Сульфасалазин.  
г) Инфликсимаб.

191. Какова рекомендуемая частота контроля состояния пациента на этапе подбора терапии для достижения цели («*treat to target*»)?
- Каждые 6 месяцев.
  - Каждые 12 месяцев.
  - Каждые 1-3 месяца.
  - Только при обострении.
192. Когда можно рассмотреть возможность снижения дозы стандартного БПВП (например, МТ)?
- Сразу после улучшения самочувствия.
  - После достижения ремиссии длительностью не менее 12 месяцев и отмены ГИБП.
  - При первом снижении титра РФ.
  - Снижение дозы не рекомендуется никогда.
193. Какова основная цель назначения НПВП и парацетамола при РА?
- Замедление прогрессирования деструкции суставов.
  - Уменьшение боли (симптоматический эффект).
  - Индукция ремиссии.
  - Снижение уровня аутоантител.
194. Пациенту с высоким риском желудочно-кишечных осложнений рекомендуется назначить:
- Любой НПВП без сопровождения.
  - Селективные НПВП (коксибы) или неселективные НПВП + ингибитор протонной помпы (ИПП).
  - Только внутримышечные инъекции НПВП.
  - Парацетамол в высоких дозах.
195. При каком состоянии НЕ рекомендуется (следует избегать) назначение селективных НПВП (коксибов)?
- При язвенной болезни желудка в анамнезе.
  - При очень высоком кардиоваскулярном риске (например, SCORE2  $\geq 10\%$  для возраста 50-69 лет).
  - При легкой артериальной гипертензии.
  - При остеоартрозе.
196. Какова максимальная рекомендуемая продолжительность приема трамадола + парацетамола для купирования боли при РА?
- 2 недели.
  - 1 месяц.
  - 3 месяца.
  - Постоянно при необходимости.
197. Для чего применяют глюкокортикоиды (ГК) в стратегии «*bridge-терапии*» при РА?
- Как основной метод лечения для постоянного приема.
  - Для быстрого подавления симптомов на время, пока не начнет действовать БПВП.
  - Только для внутрисуставного введения.

- г) Для снижения уровня холестерина.
198. Какой поддерживающей дозы преднизолона (или эквивалента) рекомендуется придерживаться при длительном приеме ГК?
- а) Не более 15 мг/сут.
  - б) Не более 10 мг/сут.
  - в) Не более 5 мг/сут.
  - г) Дозу можно не ограничивать.
199. Что рекомендуется для профилактики глюкокортикоидного остеопороза у пациентов, принимающих ГК >5 мг/день более 3-х месяцев?
- а) Только диета, богатая кальцием.
  - б) Препараты кальция и витамина D.
  - в) Инфузии бисфосфонатов однократно.
  - г) Профилактика не требуется.
200. При обострении моноартрита на фоне базисной терапии рекомендуется:
- а) Немедленно увеличить дозу метотрексата вдвое.
  - б) Назначить системные ГК в высоких дозах.
  - в) Провести локальную инъекционную терапию ГК (внутрисуставно).
  - г) Отменить всю терапию.
201. Какова минимальная рекомендуемая пауза между повторными внутрисуставными инъекциями ГК в один и тот же сустав?
- а) 1 неделя.
  - б) 1 месяц.
  - в) 3 месяца.
  - г) 6 месяцев.
202. Применение двух и более НПВП одновременно:
- а) Усиливает противовоспалительный эффект.
  - б) Увеличивает риск нежелательных явлений.
  - в) Рекомендуется для резистентных болей.
  - г) Не влияет на профиль безопасности.
203. Что является основной и наиболее важной целью долгосрочного лечения подагры?
- а) Купирование острого приступа артрита.
  - б) Проведение хирургического удаления тофусов.
  - в) Проведение постоянной уратснижающей терапии (УСТ) для поддержания целевого уровня мочевой кислоты (МК).
  - г) Пожизненный прием НПВП для профилактики боли.
204. При возникновении острого приступа подагрического артрита колхицин максимально эффективен, если его принять:
- а) В течение первых 12 часов.
  - б) На 2-3 день от начала приступа.
  - в) Только после подтверждения диагноза анализом синовиальной жидкости.
  - г) Однократно в высокой дозе (2 мг).
205. Какой рекомендуемый целевой уровень мочевой кислоты в сыворотке для

- большинства пациентов с подагрой?
- а) < 300 мкмоль/л.
  - б) < 360 мкмоль/л (< 6 мг/дл).
  - в) < 420 мкмоль/л.
  - г) < 500 мкмоль/л.
206. Для пациента с тофусной подагрой или хроническим артритом рекомендуется более строгий целевой уровень мочевой кислоты:
- а) < 180 мкмоль/л.
  - б) < 300 мкмоль/л.
  - в) < 360 мкмоль/л.
  - г) < 420 мкмоль/л.
207. Препаратом первой линии для уратснижающей терапии у пациентов с нормальной функцией почек является:
- а) Фебуксостат.
  - б) Колхицин.
  - в) Аллопуринол.
  - г) Пробенецид.
208. Какова рекомендуемая стартовая доза аллопуринола для минимизации риска кожных реакций и обострений артрита?
- а) 300 мг/сут.
  - б) 100 мг/сут.
  - в) 600 мг/сут.
  - г) Доза подбирается сразу по весу пациента.
209. Какой препарат является предпочтительной альтернативой аллопуринолу у пациентов со сниженной функцией почек (СКФ <60 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>)?
- а) Колхицин.
  - б) Пробенецид.
  - в) Фебуксостат.
  - г) Аллопуринол в низкой дозе.
210. Для профилактики обострений артрита в первые 6 месяцев после начала уратснижающей терапии рекомендуется прием:
- а) Высоких доз НПВП.
  - б) Низких доз колхицина (0.5-1.0 мг/сут) или НПВП.
  - в) Системных глюкокортикоидов в средней дозе.
  - г) Антибиотиков широкого спектра.
211. Пациенту с подагрой и артериальной гипертензией, нуждающемуся в гипотензивной терапии, в первую очередь рекомендуется рассмотреть назначение:
- а) Тиазидного диуретика.
  - б) Лозартана (обладает умеренным уратснижающим эффектом).
  - в) Бета-блокатора.
  - г) Ингибитора АПФ без уратснижающего действия.
212. Что из перечисленного НЕ рекомендуется в рамках модификации образа жизни при подагре?
- а) Ограничение употребления красного мяса и морепродуктов.

- б) Ограничение алкоголя, особенно пива и крепких напитков.
  - в) Снижение веса при избыточной массе тела.
  - г) Увеличение в рационе фруктозосодержащих напитков и сладких фруктов.
213. Препаратом первого выбора для местного (топического) купирования боли при ОА коленных суставов являются:
- А) Парацетамол
  - Б) Трансдермальные (местные) формы НПВП
  - В) Дулоксетин
  - Г) Хондроитина сульфат
214. Основное преимущество местных (топических) форм НПВП перед пероральными:
- А) Более сильный противовоспалительный эффект
  - Б) Хорошая переносимость и минимальный риск системных побочных эффектов
  - В) Возможность длительного непрерывного применения годами
  - Г) Более быстрый onset действия
215. Пациенту с высоким риском осложнений со стороны ЖКТ (возраст >65 лет, язва в анамнезе) для длительного приема рекомендована комбинация:
- А) Неселективный НПВП + парацетамол
  - Б) НПВП, селективный к ЦОГ-2 (коксиб) + ингибитор протонного насоса (ИПН)
  - В) Неселективный НПВП без сопроводительной терапии
  - Г) Только трамадол
216. Парацетамол при гонартрозе рекомендуется к применению:
- А) Как препарат выбора первой линии при умеренной боли
  - Б) При неэффективности или наличии противопоказаний к НПВП
  - В) В комбинации с НПВП для усиления эффекта
  - Г) Для непрерывного приема с целью модификации структуры хряща
217. Симптоматические лекарственные средства замедленного действия (СЛСЗД), такие как хондроитина сульфат и глюкозамин:
- А) Обладают быстрым (в течение недели) обезболивающим эффектом
  - Б) Проявляют симптоматический эффект через 8-12 недель
  - В) Рекомендованы всеми международными ортопедическими сообществами
  - Г) Заменяют необходимость приема НПВП с первого дня терапии
218. Трамадол и дулоксетин рекомендовано применять для купирования сильной боли при гонартрозе:
- А) В качестве терапии первой линии
  - Б) Для длительного (многолетнего) непрерывного приема
  - В) В случае неэффективности предшествующей терапии, короткими курсами
  - Г) Только в послеоперационном периоде
219. Какой из перечисленных НПВП может рассматриваться для пациента с умеренным риском сердечно-сосудистых осложнений?
- А) Напроксен или низкие дозы ибупрофена ( $\leq 1200$  мг/сут)
  - Б) Высокие дозы диклофенака
  - В) Любой коксиб в стандартной дозе

Г) Индометацин

220. При умеренном риске осложнений со стороны ЖКТ рекомендуется:
- А) Прием неселективных НПВП без профилактики
  - Б) Прием селективных к ЦОГ-2 НПВП без профилактики ИЛИ неселективных НПВП на фоне ИПН
  - В) Полный отказ от НПВП
  - Г) Прием только парацетамола
221. Если на фоне приема СЛСЗД (хондропротекторов) через 3 месяца клинический эффект отсутствует, следует:
- А) Удвоить дозу препарата
  - Б) Добавить второй препарат из той же группы
  - В) Перейти на парентеральные формы
  - Г) Прекратить терапию СЛСЗД
222. Согласно тексту, одновременное использование двух и более НПВП:
- А) Рекомендовано для синергетического эффекта
  - Б) Допустимо под контролем врача
  - В) Не рекомендуется, так как увеличивает риск нежелательных реакций
  - Г) Рекомендовано при резистентном болевом синдроме
223. Симптоматические лекарственные средства замедленного действия (СЛСЗД) рекомендуется назначать:
- А) Только на поздних стадиях коксартроза.
  - Б) Пациентам с преимущественно начальными стадиями вне зависимости от выраженности боли.
  - В) Только в виде внутрисуставных инъекций.
  - Г) Вместо НПВП при остром болевом синдроме.
224. Выраженный симптоматический эффект от приема хондроитина сульфата и глюкозамина развивается через:
- А) 1-2 недели.
  - Б) 3-4 недели.
  - В) 8-12 недель.
  - Г) Не менее 2 лет.
225. Пациенту 70 лет с коксартрозом и язвенной болезнью в анамнезе для купирования умеренной боли рекомендуется:
- А) Неселективный НПВП (ибупрофен) без сопроводительной терапии.
  - Б) НПВП, селективный к ЦОГ-2 (например, целекоксиб), в комбинации с ингибитором протонного насоса (ИПН).
  - В) Только парацетамол в высоких дозах.
  - Г) Трамадол в качестве терапии первой линии
226. Какой препарат из группы СЛСЗД имеет уровень убедительности рекомендаций А и доказанную структурно-модифицирующую активность (замедляет сужение суставной щели)?
- А) Препарат на основе неомыляемых соединений авокадо и сои.
  - Б) Кристаллический глюкозамина сульфат.
  - В) Диацереин.

- Г) Препарат на основе биоактивного концентрата из морских рыб.
227. При отсутствии клинического эффекта от препарата группы СЛСЗД в течение трех месяцев, рекомендуется:
- А) Удвоить дозу препарата.
  - Б) Перейти на парентеральные формы того же препарата.
  - В) Заменить на другой препарат указанной группы или добавить препарат из другой фармакологической группы.
  - Г) Сразу назначить сильные опиоиды.
228. Пациентам с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений при коксартрозе:
- А) Рекомендуются НПВП в низких дозах под контролем кардиолога.
  - Б) Не рекомендуется назначать НПВП.
  - В) Рекомендуются только селективные ингибиторы ЦОГ-2.
  - Г) Рекомендуется непрерывный прием напроксена.
229. Парацетамол при коксартрозе рекомендуется к применению:
- А) Как препарат выбора первой линии при умеренной боли.
  - Б) В комбинации с НПВП для усиления эффекта.
  - В) Короткими курсами при неэффективности или противопоказаниях к НПВП.
  - Г) Для длительного непрерывного приема с целью защиты хряща.
230. Дулоксетин рекомендуется для контроля боли при коксартрозе особенно при:
- А) Остром травматическом воспалении.
  - Б) Наличии признаков центральной сенситизации, невропатической боли и/или депрессии.
  - В) Необходимости быстрого купирования боли в течение часа.
  - Г) Аллергии на все НПВП.
231. Для достижения структурно-модифицирующего действия препаратов группы СЛСЗД (хондроитин, глюкозамин) продолжительность лечения должна составлять:
- А) 1-3 месяца.
  - Б) 6 месяцев.
  - В) Не менее двух лет.
  - Г) Пожизненно
232. Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты при коксартрозе:
- А) Является методом выбора при выраженном синовите.
  - Б) Имеет более высокий риск серьезных НЯ, чем НПВП.
  - В) Следует проводить при отсутствии выраженного синовита («в сухой сустав»).
  - Г) Оказывает эффект, сравнимый с плацебо уже через 1 неделю.

**Раздел 7. Оказание медицинской помощи детям с ревматическими заболеваниями в стационарных и амбулаторных условиях.**

233. Какой процент от всех смертей в мире, по данным ВОЗ, приходится на инфекционные болезни?
- а) 10%

- б) 15%
- в) 25%
- г) 50%

234. При каком ревматическом заболевании, по данным российских авторов (2002-2005 гг.), была максимальная частота коморбидных инфекций (КИ) среди госпитализированных больных?

- а) Системная красная волчанка (СКВ)
- б) Анкилозирующий спондилит
- в) Ревматоидный артрит (РА)
- г) Псориатический артрит

235. Что является второй по частоте причиной смерти пациентов с РА?

- а) Сердечно-сосудистые осложнения
- б) Почечная недостаточность
- в) Активность болезни
- г) Коморбидные инфекции

236. Сколько основополагающих принципов и рекомендаций было сформулировано комитетом экспертов EULAR по скринингу ХОИ?

- а) 3 принципа и 5 рекомендаций
- б) 4 принципа и 8 рекомендаций
- в) 5 принципов и 10 рекомендаций
- г) 2 принципа и 6 рекомендации

237. Скрининг на латентный туберкулез рекомендуется ВСЕМ пациентам до начала терапии:

- а) Только глюкокортикоидами (ГК)
- б) Только стандартными БПВП (сБПВП)
- в) Генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) или таргетными БПВП (тБПВП)
- г) Только метотрексатом

238. Какой метод диагностики латентного туберкулеза предпочтителен согласно EULAR, где это возможно?

- а) Только рентгенография грудной клетки
- б) Туберкулиновая кожная проба (проба Манту)
- в) Анализ на высвобождение  $\gamma$ -интерферона (IGRA)
- г) Микроскопия мокроты
- г) ДНК HBV

239. Скрининг на хронический вирусный гепатит В должен включать определение:

- а) Только HBsAg
- б) HBsAg, анти-HBc, анти-HBs
- в) Только анти-HBs

240. Скрининг на ВИЧ РЕКОМЕНДУЕТСЯ перед назначением:

- а) Только глюкокортикоидов
- б) Только метотрексата
- в) ГИБП
- г) Всех сБПВП

241. Профилактику пневмоцистной пневмонии (ПП) следует рассматривать у пациентов, применяющих:
- Низкие дозы метотрексата
  - Гидроксихлорохин
  - Высокие дозы глюкокортикоидов, особенно с иммунодепрессантами
  - Ингибиторы ФНО- $\alpha$  в монотерапии
242. Риск реактивации латентного ТБ повышен у пациентов, получающих преднизолон в дозе:
- >5 мг/сут более 4 нед.
  - >10 мг/сут более 2 нед.
  - >15 мг/сут более 4 нед.
  - Любую дозу ГК.
243. Согласно российским рекомендациям, для превентивного лечения латентного ТБ у больных, получающих ГИБП, в качестве монотерапии допустимо применение:
- Рифампицина
  - Пиразинамида
  - Изониазида
  - Этамбутола
244. Какова рекомендуемая минимальная длительность превентивного противотуберкулезного лечения?
- 4 недели
  - 8 недель
  - 12 недель
  - 24 недели
245. Что понимается под реактивацией инфекции, вызванной вирусом гепатита В (HBV)?
- Повышение уровня АЛТ в 2 раза
  - Появление или увеличение концентрации ДНК HBV или конверсия HBsAg с отрицательного на положительный
  - Обнаружение любых антител к HBV
  - Развитие цирроза печени.
246. Пациенты с каким статусом HBV (HBsAg-, анти-HBc+) имеют более низкий риск реактивации?
- Хроническая инфекция
  - Носительство
  - Острый гепатит
  - Разрешившаяся инфекция
247. Больным с разрешившимся гепатитом В, получающим ритуксимаб, рекомендуется:
- Наблюдение без профилактики
  - Направление к гепатологу для рассмотрения профилактического лечения независимо от уровня ДНК HBV
  - Профилактика только при уровне ДНК HBV > 2000 МЕ/мл
  - Отмена терапии ритуксимабом.

248. Перед началом иммуносупрессивной терапии у пациента с хроническим гепатитом В (HBsAg+) противовирусную терапию желательно начать:

- а) В тот же день
- б) За 1-2 недели до
- в) Через 1 месяц после
- г) Только при повышении АЛТ.

249. Скрининг на ВИЧ рекомендуется перед назначением ГИБП, а перед лечением с/тБПВП его следует:

- а) Обязательно проводить
- б) Запретить
- в) Рассмотреть
- г) Проводить только при наличии симптомов.

250. Все пациенты, не имеющие иммунитета к вирусу ветряной оспы (VZV), должны быть проинформированы о:

- а) Плановой вакцинации
- б) Профилактике после контакта с VZV
- в) Пожизненной терапии ацикловиром
- г) Отмене иммуносупрессивной терапии.

251. Какова наиболее часто используемая схема профилактики ПП?

- а) Атоваквон ежедневно
- б) Дапсон ежедневно
- в) Триметоприм/сульфаметоксазол (ТМП-СМК) ежедневно или 3 раза в неделю
- г) Пентамидин в ингаляциях ежемесячно.

252. Фактором риска ПП НЕ является:

- а) Персистирующая лимфопения
- б) Пожилой возраст
- в) Лечение гидроксихлорохином
- г) Заболевания легких в анамнезе.

253. Какой процент составляет летальность при инвазивном кандидозе даже при своевременном лечении?

- а) 5-10%
- б) 20-30%
- в) Около 43%
- г) Более 70%

254. Наиболее частым возбудителем инвазивного аспергиллеза является:

- а) *Aspergillus niger*
- б) *Aspergillus flavus*
- в) *Aspergillus fumigatus*
- г) *Candida albicans*.

255. Препаратом выбора для лечения инвазивного аспергиллеза является:

- а) Флуконазол
- б) Вориконазол
- в) Амфотерицин В

г) Каспофунгин

256. При лечении секукинумабом (ингибитор ИЛ-17А) повышается риск развития инфекции, вызванной:

- а) Вирусом гепатита В
- б) *Mycobacterium tuberculosis*
- в) *Candida albicans*
- г) *Pneumocystis jirovecii*.

257. С каким ревматическим заболеванием классически ассоциирован вирус гепатита В?

- а) Ревматоидный артрит
- б) Системная красная волчанка
- в) Узелковый полиартериит
- г) Склеродермия.

258. Какой вирус герпеса ассоциирован с развитием лимфопролиферативных заболеваний?

- а) Вирус простого герпеса 1 типа
- б) Вирус Эпштейна-Барр
- в) Цитомегаловирус
- г) Вирус ветряной оспы.

259. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ) вызывается:

- а) Вирусом герпеса 6 типа
- б) Цитомегаловирусом
- в) Вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
- г) Полиомавирусом JC (John Cunningham virus).

260. *Chlamydomphila pneumoniae* передается преимущественно:

- а) Половым путем
- б) Воздушно-капельным путем
- в) Фекально-оральным путем
- г) При переливании крови.

261. Какое состояние хламидий характеризуется образованием аберрантных жизнеспособных включений с низкой метаболической активностью?

- а) Острая инфекция
- б) Латентная инфекция
- в) Персистенция
- г) Реинфекция.

262. Каким методом можно подтвердить жизнеспособность и метаболическую активность *S. pneumoniae* в суставе?

- а) Серология (IgG)
- б) Культуральный метод
- в) ПЦР
- г) ПЦР обратной транскрипции (на мРНК)

263. Основной путь передачи артритогенных альфа-вирусов (например, вируса Чикунгунья):

- а) Половой
- б) Водный
- в) Трансмиссивный (через укус комаров)
- г) Воздушно-капельный.

264. Для острой фазы инфекции, вызванной вирусом Чикунгунья, характерна триада:

- а) Лихорадка, гепатит, желтуха
- б) Лихорадка, артралгии/артрит, кожная сыпь
- в) Диарея, рвота, обезвоживание
- г) Кашель, одышка, боль в груди.

265. В острой фазе лихорадки Чикунгунья противопоказано применение:

- а) Парацетамола
- б) Опиоидных анальгетиков
- в) Нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) из-за риска кровотечений
- г) Глюкокортикоидов.

266. Основной препарат для профилактики реактивации вируса ветряной оспы (VZV) у серонегативных пациентов после контакта:

- а) Ацикловир перорально
- б) Валацикловир перорально
- в) Противогерпетический иммуноглобулин
- г) Фамцикловир.

267. Для лечения хронического артрита после перенесенной инфекции Чикунгунья может применяться:

- а) Только НПВП
- б) Метотрексат
- в) Только глюкокортикоиды
- г) Антибиотики

268. Перед началом терапии ГИБП или тБПВП в эндемичном по кокцидиомикозу регионе рекомендуется:

- а) Обязательная профилактика флуконазолом
- б) Серологический скрининг
- в) Рентгенография легких
- г) КТ органов грудной клетки.

269. Вакцинацию живыми аттенуированными вакцинами у пациентов, получающих иммуносупрессивную терапию, следует проводить:

- а) На фоне терапии без ограничений
- б) Не ранее, чем через 1 месяц после начала терапии
- в) Не ранее, чем через 3 месяца после отмены/снижения доз иммуносупрессантов
- г) Она полностью противопоказана.

270. Вакцинацию против пневмококковой инфекции и гриппа пациентам с

ИВРЗ рекомендуется проводить:

- а) Только в период ремиссии
- б) По возможности до начала иммуносупрессивной терапии
- в) Только инактивированными вакцинами на фоне терапии ГИБП
- г) Только по эпидемическим показаниям.

271. Какой из перечисленных факторов НЕ является значимым предиктором развития КИ при РА?

- а) Лечение глюкокортикоидами
- б) Наличие ревматоидного фактора (РФ)
- в) Молодой возраст
- г) Внесуставные проявления.  
антигена
- г) Кандидемии.

272. Риск развития оппортунистических инфекций на фоне терапии тофацитинибом повышается при дозе:

- а) 5 мг/сут
- б) 10 мг/сут
- в) 15 мг/сут
- г) Риск не зависит от дозы.

273. Для диагностики инвазивного аспергиллеза важную роль играет определение в сыворотке крови:

- а) Антител IgG к *Aspergillus*
- б) (1,3)- $\beta$ -D-глюкана
- в) Галактоманнанового

274. Ложноположительные результаты теста на криптококковый антиген могут быть при наличии:

- а) Высокого титра ревматоидного фактора
- б) Низкого уровня комплемента
- в) Лейкопении
- г) Гипергаммаглобулинемии.

275. Центральную роль в ведении пациентов с ХОИ при ИВРЗ, согласно EULAR, играет:

- а) Инфекционист
- б) Ревматолог
- в) Терапевт
- г) Иммунолог.

276. При принятии решения о скрининге и профилактике ХОИ следует учитывать, ПРЕЖДЕ ВСЕГО:

- а) Стоимость препаратов
- б) Желание пациента
- в) Национальные руководства и эндемическую ситуацию
- г) Опыт лечащего врача.

277. При лечении ритуксимабом больного с разрешившимся гепатитом В рекомендуется мониторинг:

- а) Только ДНК HBV
- б) Только уровня АЛТ
- в) Уровня анти-HBs
- г) Уровня HBeAg.

278. Профилактическое противовирусное лечение при риске реактивации HBV после окончания терапии ритуксимабом предлагается продолжать:

- а) 1 месяц
- б) 3 месяца
- в) До 18 месяцев
- г) Пожизненно.

279. При назначении изониазида для профилактики ТБ пациентам, получающим метотрексат, необходим мониторинг:

- а) Функции почек
- б) Уровня калия
- в) Функции печени
- г) Уровня глюкозы.

280. У больных с хронической HBV-инфекцией (HBsAg+), начинающих иммуносупрессивную терапию, рекомендуется:

- а) Наблюдение
- б) Направление к гепатологу для рассмотрения противовирусной профилактики
- в) Отказ от иммуносупрессивной терапии
- г) Биопсия печени.

281. Согласно EULAR, при выборе и сроках терапии латентного ТБ следует руководствоваться:

- а) Только международными рекомендациями
- б) Только национальными рекомендациями
- в) Национальными и/или международными рекомендациями
- г) Решением консилиума.

282. Цель публикации рекомендаций EULAR (2022) по скринингу ХОИ – предоставить:

- а) Исчерпывающий список всех возможных инфекций
- б) Унифицированный протокол для всех стран
- в) Набор рекомендаций как единую точку отсчета для информирования врачей
- г) Обязательные к исполнению стандарты

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	Б	37	В	74.	Б	107.	В	143	Г	178	Б
2.	В	38.	В	75.	В	108.	Б	144	В	179	В
3.	Г	39.	Г	76.	В	109.	В	145	Б	180	Б
4.	Г	40.	В	77.	Б	110.	В	140	В	181	В
5.	В	41.	Б	79.	А	111.	В	146	В	182	В
6.	В	42.	Б	80.	В	112.	В	147	В	183	Б
7.	Б	43.	В	81.	В	113.	Б	147	В	184	Б
8.	В	44.	Г	82.	В	114.	В	149	Б	185	Г
9.	Б	45.	В	79.	Б	115.	Б	150	Б	186	Б
10.	Б	46.	Б	116	В	116.	Б	151	Б	187	Б

11.	Б	47.	В	117.	Б	117.	Б	152.	В	188.	Б
12.	В	48.	В	118.	В	118.	Б	153.	В	189.	В
13.	А	49.	В	119.	А	119.	В	154.	Б	190.	Б
14.	Б	50.	Г	120.	В	120.	Б	155.	В	191.	Б
15.	Б	51.	Б	121.	В	121.	Б	156.	В	192.	А
16.	Б	52.	В	122.	В	122.	Б	157.	В	193.	Б
17.	В	53.	Б	123.	В	123.	Г	158.	Б	194.	В
18.	Б	54.	Б	124.	Г	124.	В	159.	Б	195.	Б
19.	В	55.	Б	89.	В	125.	Б	160.	В	196.	В
20.	Б	56.	А	90.	Б	126.	В	161.	В	197.	В
21.	Б	57.	В	91.	Б	127.	Б	162.	В	198.	Б
22.	В	58.	В	92.	В	128.	В	163.	Г	199.	Б
23.	Б	59.	Г	93.	Г	129.	Б	164.	Б	200.	Б
24.	В	60.	Б	94.	Б	130.	В	165.	Б	210.	Б
25.	В	61.	В	95.	Б	131.	В	166.	В	211.	Б
26.	Б	62.	Б	96.	В	132.	В	167.	Б	212.	Б
27.	А	63.	В	97.	Б	133.	В	168.	В	213.	А
28.	В	64.	Б	98.	Б	134.	Б	169.	В	214.	Б
29.	В	65.	В	99.	Б	135.	Б	170.	А	215.	Б
30.	В	66.	Б	100.	Б	136.	В	171.	Б	216.	В
31.	Б	67.	В	101.	В	137.	В	172.	Б	214.	Б
32.	В	68.	Б	102.	В	138.	В	173.	А	215.	В
33.	Б	69.	В	103.	В	139.	Б	174.	В	216.	В
34.	В	71.	Б	104.	Б	140.	В	175.	Б	217.	А
35.	А	72.	Б	105.	Б	141.	Б	176.	Б	218.	Б
36.	В	73.	В	106.	Б	142.	Б	177.	Б	219.	Б
220.	В	234.	В	249.	Б	257.	Б	265.	В	282.	Б
221.	Б	235.	Г	250.	Б	258.	В	270.	Б	283.	Б
222.	В	236.	Б	251.	В	259.	В	271.	В		
223.	Б	237.	В	252.	Б	260.	Б	272.	Б		
224.	Б	238.	В	253.	В	262.	Г	273.	Б		
225.	Г	239.	Б	254.	В	262.	Б	274.	В		
226.	Г	240.	В	255.	В	263.	В	275.	Б		
227.	Б	241.	В	256.	В	264.	Г	272.	А		
228.	Б	242.	В	264.	Г	276.	Б				
229.	Б	243.	В	265.	В	277.	В				
230.	Б	245.	В	266.	Б	278.	В				
231.	Б	246.	Б	267.	В	279.	В				
232.	В	247.	Г	268.	В	280.	В				
233.	В	248.	Б	269.	Б	281.	Б				

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

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

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Ревматология»:

Вопрос	Код компетенции (согла)

	сно РПД)
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Организация оказания медицинской помощи по профилю «ревматология» в Российской Федерации. Нормативные правовые акты, регламентирующие оказание медицинской помощи населению по профилю «ревматология».</li> <li>2. Диспансерное наблюдение пациентов с ревматическими заболеваниями.</li> <li>3. Медицинская экспертиза при ревматических заболеваниях</li> <li>4. Медицинская реабилитация при ревматических заболеваниях</li> <li>5. История изучения ревматических заболеваний в Российской Федерации</li> <li>6. Фундаментальные основы ревматологии. Номенклатура и классификация ревматических заболеваний.</li> <li>7. Эпидемиологические аспекты ревматических заболеваний.</li> <li>8. Основы генетики ревматических заболеваний.</li> <li>9. Опорно-двигательный аппарат. Клиническая анатомия, физиология, биомеханика.</li> <li>10. Основы иммунопатологии, воспаления при ревматических заболеваниях</li> <li>11.</li> <li>12. Методы диагностики ревматических заболеваний. Общие подходы к осмотру больного с ревматическим заболеванием. Методы оценки поражения опорно-двигательного аппарата.</li> <li>13. Методы диагностики ревматических заболеваний. Методы инструментального и лабораторного исследования.</li> <li>14. Методы диагностики ревматических заболеваний. Диагностическая пункция суставов. Морфологические методы исследования.</li> <li>15. Методы лечения ревматических заболеваний. Классификация противоревматических препаратов. Симптоматическая терапия системных заболеваний соединительной ткани. Базисная терапия заболеваний суставов и позвоночника.</li> <li>16. Глюкокортикоиды в ревматологии, системное и локальное использование.</li> <li>17. Синтетические базисные противоревматические препараты в лечении периферического поражения суставов.</li> <li>18. Фармакотерапия микрокристаллических поражений суставов (подагра и другие микрокристаллические артропатии).</li> <li>19. Средства для лечения остеоартрита.</li> <li>20. Генно-инженерные биологические, таргетные синтетические препараты и препараты с иным механизмом действия.</li> <li>21. Локальная инъекционная терапия ревматических заболеваний.</li> <li>22. Препараты для лечения сопутствующей патологии и осложнений при ревматических заболеваниях (антибактериальные препараты, препараты иммуноглобулина).</li> <li>23. Профилактика и лечение нежелательных явлений фармакологической терапии с учетом коморбидных состояний.</li> <li>24. Нефармакологические методы лечения больных ревматическими заболеваниями: лечебная физкультура и физиотерапия.</li> <li>25. Клеточная терапия и CAR-T-технологии в ревматологии.</li> <li>26. Ревматоидный артрит;</li> <li>27. Спондилоартриты: анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, недифференцированный спондилоартрит.</li> <li>28. Реактивный артрит. Артропатии при хронических воспалительных</li> </ol>	ПК- 1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11,

- заболеваниях кишечника. Другие воспалительные заболевания суставов и позвоночника, в том числе, связанные с инфекцией.
29. Микрористаллические артриты. Подагра.
  30. Остеоартрит.
  31. Дегенеративные и метаболические заболевания суставов и позвоночника;
  32. Остеопороз и остеомалация.
  33. Редкие формы артритов и артропатий.
  34. Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей. Синдром гипермобильности скелета.
  35. Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей. Синдром Элерса-Данло; синдром Марфана.
  36. Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей. Первичная фибромиалгия.
  37. Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей. Заболевания подкожной жировой клетчатки: узловатая эритема; панникулит Вебера-Крисчена; другие панникулиты.
  38. Острая ревматическая лихорадка
  39. Хроническая ревматическая болезнь сердца
  40. Системные иммуновоспалительные ревматические заболевания. Системная красная волчанка
  41. Системные иммуновоспалительные ревматические заболевания. Системная склеродермия.
  42. Системные иммуновоспалительные ревматические заболевания. Идиопатические воспалительные миопатии: Дерматомиозит (полимиозит).
  43. Системные иммуновоспалительные ревматические заболевания. Болезнь Шегрена.
  44. Редкие ревматические синдромы и заболевания. IgG-4-связанное заболевание.
  45. Редкие ревматические синдромы и заболевания. Смешанное заболевание соединительной ткани взрослых.
  46. Редкие ревматические синдромы и заболевания. Диффузный эозинофильный фасциит.
  47. Редкие ревматические синдромы и заболевания. Антифосфолипидный синдром
  48. Редкие ревматические синдромы и заболевания. Рецидивирующий полихондрит.
  49. Редкие ревматические синдромы и заболевания. Аутовоспалительные синдромы.
  50. Редкие ревматические синдромы и заболевания. Болезнь Стилла взрослых.
  51. Системные васкулиты. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера).
  52. Системные васкулиты. Микроскопический полиангиит
  53. Системные васкулиты. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Чардж-Стросса).
  54. Системные васкулиты. Криоглобулинемический васкулит.
  55. Системные васкулиты. Гипокомплементемический уртикарный васкулит (анти-C1q-ассоциированный васкулит).
  56. Системные васкулиты. Узелковый полиартериит.
  57. Системные васкулиты. Болезнь Кавасаки.
  58. Системные васкулиты. Гигантоклеточный артериит.

59. Системные васкулиты. Неспецифический аортоартериит (Такаясу).
60. Системные васкулиты. Болезнь Бехчета.
61. Системные васкулиты. Синдром Когана.
62. Системные васкулиты. Ревматическая полимиалгия.
63. Иммуновоспалительные заболевания костно-мышечной системы у детей. Ювенильный артрит.
64. Иммуновоспалительные заболевания костно-мышечной системы у детей. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит.
65. Иммуновоспалительные заболевания костно-мышечной системы у детей. Псориатический артрит у детей.
66. Иммуновоспалительные заболевания костно-мышечной системы у детей. Реактивный артрит, вирусный артрит, туберкулезный артрит, другие инфекционные артриты, артрит при воспалительных заболеваниях кишечника у детей.
67. Суставной синдром при онкопатологии, системных заболеваниях крови, гнойно-воспалительных заболеваниях.
68. Иммуновоспалительные заболевания костно-мышечной системы у детей. Острая ревматическая лихорадка у детей: определение, эпидемиология, классификация, этиология и патогенез, патоморфология.
69. Системные иммуновоспалительные ревматические заболевания у детей. Системная красная волчанка в детском возрасте; ювенильный дерматополимиозит; ювенильная системная склеродермия; смешанное заболевание соединительной ткани.
70. Системные иммуновоспалительные ревматические заболевания у детей. Системный васкулиты у детей.
71. Аутовоспалительные заболевания у детей. Периодические лихорадки.
72. Аутовоспалительные заболевания у детей. Криопиринопатии.
73. Аутовоспалительные заболевания у детей. Гранулематозные аутовоспалительные заболевания.
74. Аутовоспалительные заболевания у детей. Пиогенные аутовоспалительные заболевания.
75. Аутовоспалительные заболевания у детей. Протеасомно-ассоциированные аутовоспалительные заболевания.
76. Особенности терапии детей с ревматическими заболеваниями
77. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи в экстренной форме.
78. Диагностика состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. Коммуникация со службами, пациентом и окружающими. Транспортировка и иммобилизация пациента.
79. Сердечно-легочная реанимация. Обеспечение проходимости дыхательных путей.
80. Остановка наружных кровотечений. Промывание желудка.
81. Применение согревания и охлаждения. Проведение термоизоляции и согревания при воздействии низких температур.
82. Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании экстренной помощи.
83. Неотложная и экстренная помощь при заболеваниях ревматологического профиля.
84. Организация оказания медицинской помощи взрослым с ревматическими заболеваниями в амбулаторных условиях.
85. Организация оказания медицинской помощи взрослым с ревматическими

<p>заболеваниями в стационарных условиях.</p> <p>86. Организация оказания медицинской помощи детям с ревматическими заболеваниями в стационарных и амбулаторных условиях.</p> <p>87. Возможности проведения медицинского обследования в амбулаторных и стационарных условиях взрослым и детям.</p> <p>88. Возможности медикаментозного и немедикаментозного лечения взрослым и детям в стационарных условиях.</p> <p>89. Контроле эффективности и безопасности лечения в ревматологии.</p> <p>90. Контроль эффективности медицинской реабилитации в ревматологии.</p> <p>91. Мероприятий по профилактике ревматических заболеваний и формирование здорового образа жизни;</p> <p>92. Проведение анализа медико-статистической информации в ревматологии.</p> <p>93. Учетно-отчетная документация врача-ревматолога в амбулаторной практике. Ведение медицинской карты амбулаторного больного.</p> <p>94. Учетно-отчетная документация врача-ревматолога в стационарной практике. Ведение медицинской карты стационарного больного.</p> <p>95. Временная и стойкая нетрудоспособность пациентов с ревматическими заболеваниями. Направление на МСЭ.</p> <p>96. Показания, порядок обследования и направления пациентов на ГИБТ и таргетную терапию.</p> <p>97. Хирургическое лечение в ревматологии.</p> <p>98. Дифференциальная диагностика лихорадок</p> <p>99. Дифференциальная диагностика суставного синдрома</p> <p>100. Дифференциальная диагностика интерстициальных процессов в легких</p> <p>101. Дифференциальная диагностика экзантем и энантем. Дерматологические проявления ревматических заболеваний.</p> <p>102. Коморбидность, полиморбидность и мультисистемность в ревматологии.</p> <p>103. Рациональная фармакотерапия в ревматологии.</p> <p>104. Дифференциальная диагностика нефропатий.</p> <p>105. Воздействие природных факторов. Санаторно-курортное лечение в ревматологии. Бальнеотерапия.</p> <p>106. Иммунологическая диагностика в ревматологии. Серологические маркеры ревматических заболеваний.</p> <p>107. Дифференциальная диагностика травм и ревматических заболеваний.</p>	
--	--

### 6. Критерии оценивания результатов обучения:

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно НО	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	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			негрубых ошибок	
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	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
компетенций	НО			

Для тестирования:

Оценка «5» (отлично) – 100-90% баллов.

Оценка «4» (хорошо) – 89-80% баллов.

Оценка «3» (удовлетворительно) – 79–70% баллов.

Оценка «2» (неудовлетворительно) – менее 70% баллов.

Разработчики:

Боровкова Наталья Юрьевна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и общей врачебной практики

Василькова Анастасия Семеновна, к.м.н., доцент кафедры терапии и общей врачебной практики

Туличев Александр Алексеевич, к.м.н., доцент кафедры терапии и общей врачебной практики