федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПАТОЛОГИЯ**

по специальности

**31.08.46 РЕВМАТОЛОГИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.46 «Ревматология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Оренбург

**1.Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |
| --- |
| (ПК-1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания(ПК-5) готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем(ПК-6) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи(УК-1) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу |

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

***Модуль №1.*** *Клиническая фармакология ревматических заболеваний*

**Тема №** Клиническая фармакология в ревматологии

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Основные группы препаратов, используемые в ревматологии.

2. Понятие о базисной противовоспалительной терапии.

3. Синтетические и нестероидные противовоспалительные препараты. Механизмы действия. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

4. Цитостатические препараты. Механизмы действия. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

5. Глюкокортикоиды. Механизмы действия. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

**Тема №** Генноинженерные биологические препараты в ревматологии

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Генноинженерные биологические препараты в ревматологии.

2. Группы препаратов.

3. Механизмы действия.

4. Побочные эффекты.

5. Общие принципы назначения.

6. Показания и противопоказания.

**Тема №** Местная фармакотерапия ревматических заболеваний.

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Местная фармакотерапия ревматических заболеваний.

2. Группы препаратов.

3. Механизмы действия.

4. Побочные эффекты.

5. Общие принципы назначения.

6. Показания и противопоказания

***Модуль №2.*** *Клиническая патологическая физиология ревматических заболеваний*

**Тема №1.** Патофизиология как наука и учебная дисциплина.

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Общее учение о болезни.

2. Общая этиология.

3. Общий патогенез.

4. Реактивность и резистентность, значение патологии. 5. Болезнетворное действие факторов внешней среды.

6. Роль наследственных факторов в патологии.

**Тема №2.** Патология периферического кровообращения.

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Патология периферического (органного) кровообращения

2. Патология микроциркуляции.

3. Гипоксия.

4. Воспаление.

**Тема №3.** Патология органов и систем.

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Патология системы крови (анемии, эритроцитозы, лейкоцитозы, лейкопении, лейкемоидные реакции).

2. Патология сердечно-сосудистой

3. Патология дыхательной системы

4. Патология мочевыводящей системы.

5. Основные синдромы органной недостаточности.

***Модуль №3.*** *Клиническая патологическая анатомия ревматических заболеваний*

**Тема №1.** Патологическая анатомия: задачи, методы и методики исследования.

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Патологическая анатомия: задачи, методы и методики исследования.

2. Роль патологоанатомических методов диагностики в работе врача-ревматолога.

3. Прижизненная морфологическая диагностика ревматических заболеваний.

4. Понятие о патологоанатомическом диагнозе.

5. Установление причин смерти.

**Тема №2.** Патоморфологические изменения в органах и системах при системных заболеваниях соединительной ткани.

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при системнной красной волчанке.

3. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при системной склеродермии.

4. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при дерматомиозите (полимиозите).

5. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при синдроме и болезни Шегрена.

6. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при системных васкулитах.

**Тема №3.** Патоморфологические изменения в суставах при воспалительных и невоспалительных заболеваниях суставов.

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при ревматоидном артрите.
2. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при остеоартрозе.
3. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при анкилозирующем спондилите.
4. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при псориатическом артрите.
5. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при подагре и других микрокристаллических артритах.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Патология» в форме зачета проводится в устной форме по зачетным билетам.

К проведению зачета, допускаются клинические ординаторы, успешно прошедшие промежуточное тестирование.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется при условии 70% и более правильных ответов |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется при условии 69% и менее правильных ответов |
| **Устный опрос****(зачет)** | С оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа.  |
| С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.  |
| С оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа.  |
| С оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.  |

**Тестовые задания для проведения промежуточной**

**аттестации**

Тестирование обучающихся проводится на бумажных носителях.

1.ЯКОРНЫМ ПРЕПАРАТОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. меторексат
2. мофетила микофеналат
3. азатиоприн
4. лефлюномид

2. СТАРТОВАЯ ДОЗА МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ

1. 10-15 мг в неделю
2. 5 мг в неделю
3. 25 мг в неделю
4. 2,5 мг в неделю

3. ДОЗА ПЕРОРАЛЬНОГО МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В СЛУЧАЕ ХОРОШЕЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ ПОВЫШЕНА НЕ МЕНЕЕ ЧЕМ ДО

1. 20 мг в неделю
2. 15 мг в неделю
3. 30 мг в неделю
4. 25 мг в неделю

4. ПРЕПАРАТОМ НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К ФАКТОРУ НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА ЯВЛЯЕТСЯ

1. инфликсимаб
2. ритуксимаб
3. абатацепт
4. тоцилизумаб

5. ПРЕПАРАТОМ НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К ИНТЕРЛЕЙКИНУ 6 ЯВЛЯЕТСЯ

1. тоцилизумаб
2. абатацепт
3. адалимумаб
4. ритуксимаб

6. ПРЕПАРАТОМ НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К ИНТЕРЛЕЙКИНУ 1 ЯВЛЯЕТСЯ

1. анакинра
2. ритуксимаб
3. адалимумаб
4. абатацепт

7. ИНГИБИТОРОМ АКТИВАЦИИ В-ЛИМФОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ритуксимаб
2. адалимумаб
3. абатацепт
4. анакинра

8. ИНГИБИТОРОМ КО-АКТИВАЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. абатацепт
2. адалимумаб
3. ритуксимаб
4. анакинра

9. СТАНДАРТНАЯ ДОЗА ИНФЛИКСИМАБА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

1. 3 мг на 1 кг массы тела 1 раз в 8 недель
2. 3 мг на 1 кг массы тела 1 раз в 12 недель
3. 5 мг на 1 кг массы тела 1 раз в 8 недель
4. 7 мг на 1 кг массы тела 1 раз в 8 недель

10. ОСНОВНОЙ ГРУППОЙ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ФЕЛТИ СЧИТАЛИСЬ

1. соли золота
2. сульфасалазин
3. НПВС
4. глюкокортикоиды

11. ИНГИБИТОРОМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА ЯВЛЯЕТСЯ

1. этанерцепт
2. абатацепт
3. ритуксимаб
4. анакинра

12. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С РАЗВИТИЕМ ПЕРИКАРДИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ

1. сочетание ГКС и БПВП
2. БПВП
3. НПВП
4. глюкокортикоидов в высоких дозах (1 мг на кг в сутки)

13. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С РАЗВИТИЕМ ПЛЕВРИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ

1. глюкокортикоидов в высоких дозах (1 мг на кг в сутки) и БПВП
2. НПВП
3. Только БПВП
4. НПВП и БПВП

14. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С РАЗВИТИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЁГКИХ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ

1. глюкокортикоидов в высоких дозах (1 мг на кг в сутки) и циклоспорина или циклофосфамида
2. метотрекстата
3. циклоспорина или циклофосфамида
4. НПВП

15. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С РАЗВИТИЕМ КОЖНОГО ВАСКУЛИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ

1. метотрекстата или азатиоприна
2. циклоспорина или циклофосфамида
3. глюкокортикоидов в высоких дозах (1 мг на кг в сутки)
4. НПВП

16. СИМПТОМЫ ТЯЖЁЛОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЕ

1. препаратов биологической терапии и БПВП
2. только азатиоприна
3. только циклофосфамида
4. НПВП

17. ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 1 Г ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЕ

1. солей золота и пеницилламина
2. всех БПВП
3. только азатиоприна
4. только циклофосфамида

18. ВНЕЗАПНОЕ ПОЯВЛЕНИЕ КАШЛЯ И ОДЫШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЕ

1. метотрексата
2. НПВС
3. циклоспорина
4. лефлюнамида

19. УВЕЛИЧЕНИЕ КРЕАТИНИНА НА 30% И БОЛЕЕ ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЕ

1. циклоспорина и НПВП
2. лефлюнамида
3. азатиоприна
4. метотрексата

20. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЕ

1. циклоспорина
2. лефлюнамида
3. азатиоприна
4. метотрексата

21. ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ ЛИПИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЕ

1. циклоспорина
2. лефлюнамида
3. азатиоприна
4. метотрексата

22. ПОЯВЛЕНИЕ СИМПТОМОВ АСЕПТИЧЕСКОГО МЕНИНГИТА (ЛИХОРАДКА, ОЗНОБ, ТОШНОТА, РВОТА, КОМАТОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ И ДР.) ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЕ

1. любых НПВП
2. циклоспорина
3. лефлюнамида
4. метотрексата

23. ГЕМАТУРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЕ

1. пеницилламина
2. циклоспорина
3. лефлюнамида
4. метотрексата

24. СТАНДАРТНАЯ ДОЗА ИНФЛИКСИМАБА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) СОСТАВЛЯЕТ

1. 5 мг на 1 кг массы тела 1 раз в 8 недель
2. 9 мг на 1 кг массы тела 1 раз в 8 недель
3. 3 мг на 1 кг массы тела 1 раз в 12 недель
4. 3 мг на 1 кг массы тела 1 раз в 8 недель

25. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНУЮ ТАКТИКУ НАЗНАЧЕНИЯ КОЛХИЦИНА ПРИ ОСТРОМ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ:

1. пероральное назначение 0,5- 0,6 мг колхицина каждый час до достижения эффекта или суммарной дозы 6 мг
2. пероральное назначение на протяжении 3 дней (первые сутки - 3 мг, вторые -2 мг, третьи - 1 мг)
3. внутривенное введение 3 мг колхицина
4. Внутривенное введение колхицина по 1 мг 2 раза в день в течение 3-х дней

26. В КАКИХ СУСТАВАХ ЧАЩЕ ВСЕГО МОЖНО ВЫЯВИТЬ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА ПРИ ПИРОФОСФАТНОЙ АРТРОПАТИИ:

1. тазобедренных и коленных
2. плечевых
3. запястных
4. височно-нижнечелюстном суставе

27. ПРЕПАРАТОМ, ОБЛАДАЮЩИМ УРИКОЗУРИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ И ОДНОВРЕМЕННО ПОВЫШАЮЩИМ РН МОЧИ, ЧТО ПРЕДОТВРАЩАЕТ ОСАЖДЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ И КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ В ПОЧКАХ И МОЧЕВЫХ ПУТЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. лозартан
2. бенемид
3. этамид
4. бензобромарон (дезурик, уриковак, нормурат)

28. ОТМЕТЬТЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ПРЕПАРАТ, ПОВЫШАЮЩИЙ ВЫВЕДЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ЧЕРЕЗ ПОЧКИ

1. лозартан
2. амлодипин
3. рамиприл
4. верошпирон

29. В СЛУЧАЕ РЕЗКОГО ОГРАНИЧЕНИЯ ФУНКЦИИ СУСТАВА И ВЫРАЖЕННЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ:

1. ортопедическим методам
2. хондропротекторам
3. НПВП
4. внутрисуставному введению кортикостероидов

30. НАИБОЛЬШИЙ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ СРЕДИ НПВП ИМЕЕТ

1. пироксикам
2. кеторолак
3. индометацин
4. диклофенак

31. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКТИВНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ В ОСНОВНОМ

1. стероиды и цитостатики
2. аминохинолиновые препараты
3. иммуностимуляторы
4. антибиотики

32. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:

1. метотрексат
2. преднизолон
3. гидроксихлорохин
4. сульфасалазин

33. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1. преднизолона
2. лефлюнамида
3. метотрексата
4. циклофосфамида

34. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АКТИВНОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРЕИМУЩЕСТВЕННОМ НАЗНАЧЕНИИ

1. цитостатиков
2. антикоагулянтов
3. симптоматической терапии
4. глюкокортикоидов в больших дозах

35. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НЕФРОПАТИИ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

1. полиморфно-клеточная инфильтрация
2. гигантские клетки
3. фибриноидный некроз
4. некротизирующий васкулит мелких и средних артериол

36. ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ С ОБРАЗОВАНИЕМ АНЕВРИЗМ И ИНФАРКТОВ В ПОЧКАХ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ПОЧКАХ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ ПРИ

1. узелковом периартериите
2. CREST-синдроме
3. overlape-синдроме
4. системной склеродермии

37. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. гранулематоза с полиангиитом
2. синдрома Чарг-Стросса
3. микроскопического полиангиита
4. геморрагического васкулита

38. ЭОЗИНОФИЛИЯ В СОЧЕТАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ СЕРДЦА, НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

1. синдрома Чарг-Стросса
2. криоглобулинемического васкулита
3. микроскопического полиангиита
4. геморрагического васкулита

39. ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ, НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПОЧЕК ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

1. синдроме Чарг-Стросса
2. болезни Бехтерева
3. ревматоидном артрите
4. реактивном артрите

40. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С НОРМАЛЬНЫМИ КЛУБОЧКАМИ ПРИ СВЕТОВОЙ МИКРОСКОПИИ И НАЛИЧИЕМ ДЕПОЗИТОВ В МЕЗАНГИИ ПРИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

1. нефрита с минимальными изменениями
2. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита
3. фокального гломерулонефрита
4. мембранозного гломерулонефрита

41. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ МЕЗАНГИАЛЬНОЙ ГИПЕРКЛЕТОЧНОСТИ И НАЛИЧИЕМ ИММУННЫХ ДЕПОЗИТОВ В МЕЗАНГИИ ЯВЛЯЮТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

1. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита
2. нефрита с минимальными изменениями
3. фокального гломерулонефрита
4. нефросклероза

42. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С АКТИВНЫМ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИМ, СЕГМЕНТАРНЫМ ИЛИ ТОТАЛЬНЫМ ЭНДО- И ЭКСТРАКАПИЛЛЯРНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ МЕНЕЕ 50% КЛУБОЧКОВ ЯВЛЯЮТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

1. фокального гломерулонефрита
2. диффузного пролиферативного гломерулонефрита
3. нефросклероза
4. мембранозного гломерулонефрита

43. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С АКТИВНЫМ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИМ, СЕГМЕНТАРНЫМ ИЛИ ТОТАЛЬНЫМ ЭНДО- И ЭКСТРАКАПИЛЛЯРНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ 50% И БОЛЕЕ КЛУБОЧКОВ ЯВЛЯЮТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

1. диффузного пролиферативного гломерулонефрита
2. мембранозного гломерулонефрита
3. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита
4. нефрита с минимальными изменениями

44. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С РАВНОМЕРНЫМ УТОЛЩЕНИЕМ БАЗАЛЬНОЙ МЕМБРАНЫ КЛУБОЧКОВ ВСЛЕДСТВИЕ СУБЭПИТЕЛИАЛЬНОГО И ВНУТРИМЕМБРАННОГО ОТЛОЖЕНИЯ ИММУННЫХДЕПОЗИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

1. мембранозного гломерулонефрита
2. нефросклероза
3. фокального гломерулонефрита
4. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита

45. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С ДИФФУЗНЫМ И СЕГМЕНТАРНЫМ ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗОМ, ДИФФУЗНОЙ АТРОФИЕЙ КАНАЛЬЦЕВ, ДИФФУЗНЫМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ФИБРОЗОМ, ДИФФУЗНЫМ АРТЕРИОЛОСКЛЕРОЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

1. нефросклероза
2. мембранозного гломерулонефрита
3. диффузного пролиферативного гломерулонефрита
4. фокального гломерулонефрита

46. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С ОТСУТСТВИЕМ ИЗМЕНЕНИЙ В МОЧЕ, НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. нефрита с минимальными изменениями
2. мембранозного гломерулонефрита
3. диффузного пролиферативного гломерулонефрита
4. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита

47. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С ПРОТЕИНУРИЕЙ МЕНЕЕ 1 Г/СУТКИ, ГЕМАТУРИЕЙ, СОХРАНЁННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита
2. нефрита с минимальными изменениями
3. нефросклероза
4. фокального гломерулонефрита

48. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С ПРОТЕИНУРИЕЙ БОЛЕЕ 1 Г/СУТКИ, УМЕРЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МОЧЕВОГО ОСАДКА, НЕУКЛОННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ, РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. фокального гломерулонефрита
2. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита
3. мембранозного гломерулонефрита
4. нефросклероза

49. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С ВЫРАЖЕННОЙ ПРОТЕИНУРИЕЙ, ГЕМАТУРИЕЙ, ЦИЛИНДРУРИЕЙ, ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ, НИЗКИМ УРОВНЕМ КОМПЛЕМЕНТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. диффузного пролиферативного гломерулонефрита
2. мембранозного гломерулонефрита
3. фокального гломерулонефрита
4. мезангиального пролиферативного гломерулонефрита

50. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С ПРОТЕИНУРИЕЙ БОЛЕЕ 3 Г/СУТКИ, НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С АКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ОСАДКОМ, УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫМИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. мембранозного гломерулонефрита
2. диффузного пролиферативного гломерулонефрита
3. фокального гломерулонефрита
4. нефрита с минимальными изменениями

51. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СКВ С ВЫРАЖЕННЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1. нефросклероза
2. диффузного пролиферативного гломерулонефрита
3. фокального гломерулонефрита
4. нефрита с минимальными изменениями

52. III КЛАСС ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СКВ С ФОКАЛЬНЫМ НЕФРИТОМ БЕЗ ПОЛУЛУНИЙ И ФИБРИНОИДНОГО НЕКРОЗА, С ПРОТЕИНУРИЕЙ ДО 3 Г/СУТКИ И НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК ОТНОСЯТ К:

1. низкой степени тяжести нефрита
2. умеренной степени тяжести нефрита
3. высокой степени тяжести нефрита
4. очень высокой степени тяжести нефрита

53. ПРЕПАРАТАМИ АНТИФИБРОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1. D-пеницилламин
2. циклофосфамид
3. алпростадил
4. глюкокортикостероиды

54. ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИНУКЛЕАРНЫХ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ (АНЦА) НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПРИ

1. гранулематозе с полиангиитом, микроскопическом полиартериите, синдроме Чарг-Стросса
2. артериите Такаясу, болезни Хортона и гранулематозе с полиангиитом
3. болезни Хортона, артериите Такаясу и синдроме Чарг-Стросса
4. артериите Такаясу и синдроме Чарг-Стросса

55. ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ВОЗНИКАЕТ ПРИ

1. узелковом полиартериит, артериите Такаясу
2. гранулематозе с полиангиитом, синдроме Чарг-Стросса
3. гранулематозе с полиангиитом, пурпуре Шенлейн-Геноха
4. пурпуре Шенлейн-Геноха, синдроме Чарг-Стросса

56. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ СОСТАВЛЯЕТ

1. не менее 5 лет
2. не менее 12 месяцев
3. пожизненно
4. не менее 36 месяцев

57. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТАХ ПРИ ПОСТОЯННО ВЫСОКОМ УРОВНЕ АНЦА СОСТАВЛЯЕТ

1. не менее 5 лет
2. не менее 24 месяцев
3. не менее 12 месяцев
4. пожизненно

58. ГЕЛИОТРОПНАЯ СЫПЬ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ВОЗНИКАЕТ НА

1. верхних веках
2. нижних веках
3. верхних и нижних веках
4. симметрично на скулах, верхних и нижних веках

59. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ

1. высокая активность креатинфосфокиназы
2. умеренный лейкоцитоз
3. наличие гемолитической анемии
4. повышение уровня белков острой фазы

60. ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА

1. резкая мышечная слабость
2. «бабочка» на лице
3. остеолиз ногтевых фаланг
4. деформация суставов

70. ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ВЫЯВЛЕНИЕ

1. антител к нативной ДНК
2. антител к денатурированной ДНК
3. антител к митохондриям
4. антител к тромбоцитам

71. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ

1. спленомегалия
2. лимфаденопатия
3. остеолиз ногтевых фаланг
4. деформация суставов

72. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ

1. лейкопения
2. лейкоцитоз
3. снижение СОЭ
4. тромбоцитоз

73. ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ МЕТИПРЕДОМ ПОКАЗАНА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В СЛЕДУЮЩИХ СЛУЧАЯХ

1. при тяжелой полисистемной форме заболевания
2. при волчаночном гломерулонефрите
3. при волчаночном поражении ЦНС
4. при волчаночном гломерулонефрите, поражении ЦНС и тяжелой полисистемной форме заболевания

74. ДИСКОИДНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

1. является кожным заболеванием с благоприятным прогнозом
2. всегда трансформируется в системную
3. является кожным заболеванием с неблагоприятным прогнозом
4. всегда сочетается с поражением почек

75. НЕБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ЭНДОКАРДИТ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ (ЛИБМАНА-САКСА) ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ВСЕГО НА

1. митральном клапане
2. аортальном клапане
3. клапане легочной артерии
4. трехстворчатом клапане

76. МАРКЕРОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. антитела к Sm (Smith) и другие АНА
2. антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
3. антитела к топоизомеразе-1 (анти-Scl-70)
4. антинейтрофильные цитоплазматические антитела

77. ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ СИМПТОМОМ

1. склеродермии
2. подагрической артропатии
3. ревматоидного артрита
4. дерматомиозита

78. БОЛЕЗНЕННЫЕ ЯЗВЫ В ПОЛОСТИ РТА ВОЗНИКАЮТ ПРИ

1. болезни Бехчета
2. системной красной волчанке
3. узелковом периартериите
4. реактивном артрите

79. КАЛЬЦИФИКАТЫ В МЫШЦАХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. системной склеродермии
2. ревматоидного артрита
3. деформирующего остеоартроза
4. дерматомиозита

80. ОСТЕОПРОТЕГЕРИН

1. препятствует RANKL-индуцированной дифференцировке остеокластов
2. синтезируется в активированных Т-лимфоцитах и синовиальных фибробластах
3. индуцирует дифференцировку остеокластов
4. располагается на предшественниках остеокластов, остеобластов, дендритных клетках

81. ДЛЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ХАРАКТЕРНО

1. способность ингибировать продукцию половых гормонов, стимулировать экспрессию RANKL
2. употребление в дозе 2,5 мг в день в течение 1 месяца повышает риск развития остеопороза
3. не влияют на риск развития остеопороза
4. снижают риск развития остеопороза

82. ДВУЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ РЕНТГЕНОВСКАЯ АБСОРБЦИОМЕТРИЯ («РЕНТГЕНОВСКАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ») ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ

1. минеральную массу костной ткани
2. качество костной ткани
3. скорость костной резорбции
4. показатели костного ремоделирования

83. УМЕРЕННЫМ ДЕФОРМАЦИОННЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПОЗВОНКОВ СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС ПО МЕТОДУ ДЖЕНАНТА

1. 0,61-0,75
2. более 0,8
3. 0,76-0,79
4. менее 0,61

84. КРИТЕРИЯМИ ОСТЕОПОРОЗА ПО DXA ЯВЛЯЮТСЯ

1. Т-критерий меньше (–2,5)SD
2. Т-критерий менее (–2,5)SD в сочетании хотя бы с одним переломом
3. Т-критерий менее (–3,5)SD
4. Т-критерий до (–1)SD

85. К СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-2 ОТНОСЯТСЯ

1. нимесулид и мелоксикам
2. ибупрофен и напроксен
3. диклофенак и пироксикам
4. целекоксиб и амтолметил гуацил

86. К СУПЕРСЕЛЕКТИВНЫМ (СПЕЦИФИЧЕСКИМ) ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-2 ОТНОСЯТСЯ

1. рофекоксиб
2. нимесулид
3. мелоксикам
4. амтолметил гуацил

87. К СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-1 МОЖНО ОТНЕСТИ

1. ацетилсалициловую кислоту в малых дозах
2. нимесулид
3. мелоксикам
4. пироксикам

88. РАННИМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. стероидная язва
2. развитие катаракты
3. остеопороз
4. снижение фертильности

89. В КАЧЕСТВЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

1. парацетамола
2. ибупрофена
3. амтолметила гуацила
4. диклофенака натрия

90. ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ ОТНОСЯТ К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ ТЕРАПИИ ОСТЕОПОРОЗА:

1. моноклональные антитела к лиганду рецептора активатора ядерного фактора каппа В
2. моноклональные антитела к фактору некроза опухоли-α
3. растворимый рецептор к фактору некроза опухоли-α
4. моноклональные антитела к поверхностным рецепторам остеобластов

91. БИСФОСФОНАТОМ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА С ЧАСТОТОЙ 1 РАЗ В ГОД ЯВЛЯЕТСЯ

1. золедроновая кислота
2. ризедроновая кислота
3. аледроновая кислота
4. ибандроновая кислота

92. ОЦЕНКА МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ МЕТОДОМ DXA У ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТЕОПОРОЗА ДОЛЖНА ПРОВОДИТСЯ:

1. 1 раз в 1–3 года от начала терапии, но не чаще чем раз в год.
2. через 6 месяцев после начала терапии
3. через 3 месяца после начала терапии, затем – 1 раз в год
4. 1 раз в 5 лет

93. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

1. ксидифон
2. алендронат
3. тирепаратид
4. деносумаб

94. ИЗ НИЖЕИЗЛОЖЕННОГО ПРО АЗОТСОДЕРЖАЩИЕ БИСФОСФОНАТЫ ВЕРНО:

1. перед началом лечения бисфосфанатами необходимо убедиться в отсутствии у пациента гипокальциемии, а при наличии скоррегировать её
2. стимулируют костеобразование
3. самым частым побочным эффектом является асептический некроз нижней челюсти
4. не являются препаратами первой линии для лечения постменопаузального остеопороза у женщин

95. ВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ ТЕРАПИИ БИСФОФСОНАТАМИ, ЧТО

1. бисфосфонаты являются патогенетически обоснованным средством выбора при глюкокортикостероидном остеопорозе
2. не могут использоваться для лечения остеопороза у мужчин
3. перед началом лечения бисфосфанатами необходима консультация гинеколога
4. не должны использоваться для терапии сенильного остеопороза

96. ДЛЯ МУТИЛИРУЮЩЕГО АРТРИТА ПРИ ПСОРИАЗЕ ХАРАКТЕРНЫ:

1. распространенная резорбция суставных поверхностей (остеолиз) с укорочением пальцев кистей и/или стоп с формированием «телескопической деформации», укорочением, разнонаправленными подвывихами пальцев конечностей
2. изолированное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и/или стоп, возможен локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей
3. поражение коленных, лучезапястных, голеностопных, локтевых и межфаланговых суставов кистей и стоп, при этом общее число воспаленных суставов не превышает 4, возможен локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей
4. вовлечение парных суставных областей как при ревматоидном артрите, часто асимметричный полиартрит пяти или более суставов, возможен локальный (ограниченный) остеолиз суставных поверхностей

97. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ФОРМЕ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. джозамицин 500 мг 3 раза в день не менее 14 дней
2. азитромицин 1000 мг 1 раз в неделю – три недели
3. кларитромицин 500 мг 2 раза в день 14 дней
4. моксифлоксацин 400 мг 1 раз в день – 10 дней

98. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УРИКОЗУРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

1. уменьшение выведения мочевой кислоты с мочой, щелочная реакция мочи
2. уратный нефролитиаз
3. вторичная опухолевая гиперурикемия
4. вторичная цитостатическая гиперурикемия

99. СХЕМЫ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ ОБЫЧНО ВКЛЮЧАЮТ:

1. глюкокортикоиды и азатиоприн
2. глюкокортикоиды и циклофосфамид
3. циклофосфамид и ритуксимаб
4. азатиоприн и метотрексат

100. СХЕМЫ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ ОБЫЧНО ВКЛЮЧАЮТ:

1. глюкокортикоиды и циклофосфамид
2. глюкокортикоиды и азатиоприн
3. циклофосфамид и ритуксимаб
4. азатиоприн и метотрексат

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**«ПАТОЛОГИЯ»**

1. Основные группы препаратов, используемые в ревматологии. Понятие о базисной противовоспалительной терапии.

2. Основные группы препаратов, используемые в ревматологии. Синтетические и нестероидные противовоспалительные препараты. Механизмы действия. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

3. Основные группы препаратов, используемые в ревматологии. Цитостатические препараты. Механизмы действия. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

4. Основные группы препаратов, используемые в ревматологии. Глюкокортикоиды. Механизмы действия. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

5. Основные группы препаратов, используемые в ревматологии. Генноинженерные биологические препараты в ревматологии. Механизмы действия. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

6. Основные группы препаратов, используемые в ревматологии. Генноинженерные биологические препараты в ревматологии. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

7. Местная фармакотерапия ревматических заболеваний. Группы препаратов. Механизмы действия. Побочные эффекты.

8. Местная фармакотерапия ревматических заболеваний. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

9. Общее учение о болезни. Общая этиология. Общий патогенез.

10. Общее учение о болезни. Реактивность и резистентность, значение патологии.

11. Болезнетворное действие факторов внешней среды.

12. Роль наследственных факторов в патологии.

13. Патология периферического (органного) кровообращения. Патология микроциркуляции.

14. Патология микроциркуляции. Гипоксия. Воспаление.

15. Патология системы крови (анемии, эритроцитозы, лейкоцитозы, лейкопении, лейкемоидные реакции).

16. Патология сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыводящей систем.

17. Основные синдромы органной недостаточности.

18. Патологическая анатомия: задачи, методы и методики исследования. Роль патологоанатомических методов диагностики в работе врача-ревматолога.

19. Роль патологоанатомических методов диагностики в работе врача-ревматолога. Прижизненная морфологическая диагностика ревматических заболеваний.

20. Понятие о патологоанатомическом диагнозе. Установление причин смерти.

21. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при системнной красной волчанке.

22. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при системной склеродермии.

23. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при дерматомиозите (полимиозите).

24. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в органах и системах при системных васкулитах.

25. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при ревматоидном артрите.

26. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при остеоартрозе.

27. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при анкилозирующем спондилите.

28. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при псориатическом артрите.

29. Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при подагре и других микрокристаллических артритах.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра факультетской терапии и эндокринологии

специальность 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ»

дисциплина «Патология»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

**Теоретические вопросы**

**I.** Основные группы препаратов, используемые в ревматологии. Синтетические и нестероидные противовоспалительные препараты. Механизмы действия. Общие принципы назначения. Показания и противопоказания.

**II.** Патоморфологические (макро- и микро) изменения в суставах при ревматоидном артрите.

|  |  |
| --- | --- |
| Зав. кафедрой факультетской терапии и эндокринологии, д.м.н., профессор  | Р.И. Сайфутдинов |
| Декан факультета подготовки кадров высшей квалификациик.м.н., доцент | И.В. Ткаченко |

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-1 | Знать влияние факторов окружающей среды, наследственных и приобретенных факторов риска на механизмы развития ревматологических заболеваний. | вопросы №1-29собеседование, тестирование №№ 1-100 |
| Уметь использовать теоретические знания и практические навыки в области ревматологии, позволяющие оценить влияние факторов окружающей среды, наследственных и приобретенных факторов риска на механизмы развития ревматологических заболеваний. | вопросы №1-29собеседование, тестирование №№ 1-100 |
| 2 | ПК-5 | Знать принципы определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. | вопросы №1-29собеседование, тестирование №№ 1-100 |
| Уметь определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | вопросы №1-29собеседование, тестирование №№ 1-100 |
| 3 | ПК-6 | Знать особенности образа жизни, медикаментозного и немедикаментозного лечения, стандарты оказания медицинской помощи, клинические рекомендации по лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи. | вопросы №1-29собеседование, тестирование №№ 1-100 |
| Уметь оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, дать рекомендации по изменению образа жизни, медикаментозным и немедикаментозным методам лечения, назначить фармакотерапию и оценить ее результаты у пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи, и оценить прогноз заболевания | вопросы №1-29собеседование, тестирование №№ 1-100 |
| 4 | УК-1 | Знать строение, физиологию и патофизиологию соединительной ткани, сосудов различного калибра, их взаимоотношение со всеми органами и системами организма; причины возникновения патологических процессов в них, механизм их развития и клинические проявления- строение, физиологию и патофизиологию периферических суставов, их взаимоотношение с органами и системами организма, периартикулярными тканями; причины возникновения патологических процессов в них, механизм их развития и клинические проявления- строение, физиологию и патофизиологию суставов позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений, их взаимоотношение с органами и системами организма, периартикулярными тканями; причины возникновения патологических процессов в них, механизм их развития и клинические проявления- строение, физиологию и патофизиологию сердца; причины возникновения воспалительных патологических процессов в оболочках сердца, механизм их развития и клинические проявления | вопросы №1-29собеседование, тестирование №№ 1-100 |
| Уметь определять морфологию, патофизиологическую стадию течения ДЗСТ как основу для проведения диагностических и лечебных мероприятий, использовать синдромный, симптомный подходы дифференциально-диагностического поиска для выполнения лечебно диагностической работы.- определять морфологию, патофизиологическую стадию течения спондилоартритов как основу для проведения диагностических и лечебных мероприятий, использовать синдромный, симптомный подходы дифференциально-диагностического поиска для выполнения лечебно диагностической работы.- определять морфологию, патофизиологическую стадию течения остеоартрозов как основу для проведения диагностических и лечебных мероприятий, использовать синдромный, симптомный подходы дифференциально-диагностического поиска для выполнения лечебно диагностической работы.- определять морфологию, патофизиологическую стадию течения микрокристаллических артритов как основу для проведения диагностических и лечебных мероприятий, использовать синдромный, симптомный подходы дифференциально-диагностического поиска для выполнения лечебно диагностической работы.- определять морфологию, патофизиологическую стадию течения ОРЛ и ХРБС как основу для проведения диагностических и лечебных мероприятий, использовать синдромный, симптомный подходы дифференциально-диагностического поиска для выполнения лечебно диагностической работы. | вопросы №1-29собеседование, тестирование №№ 1-100 |