



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Дифференциальная диагностика сложных синдромов в клинике внутренних болезней»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Сергей Степанович Якушин	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав кафедрой
Елена Владимировна Лыгина	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Михаил Александрович Бутов	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав кафедрой пропедевтики внутренних болезней
Евгений Владимирович Филиппов	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав кафедрой поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27 __.06 __.2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль проводится в форме опроса, **рубежный** – в форме тестирования.

Примеры заданий в тестовой форме :

При подозрении на заболевания, относящихся к группе серонегативных спондилоартритов, врачу амбулаторного звена следует провести типирование на

- a. Антиген HLA B5
- b. Антиген HLA B7
- c. Антиген HLA DR4
- d. Антиген HLA B27

Анкилозирующий спондилит чаще поражает:

- a. молодых девушек
- b. молодых мужчин
- c. пожилых мужчин
- d. пожилых женщин

Препаратом выбора для стартовой терапии анкилозирующего спондилита является:

- a. метотрексат
- b. сульфасалазин
- c. лефлюнамид
- d. нестероидное противовоспалительное средство в постоянном режиме

При анкилозирующем спондилоартрите наиболее информативной окажется рентгенография:

- a. позвоночника и костей таза
- b. коленных суставов
- c. голеностопных суставов
- d. тазобедренных суставов

Раннее вовлечение в процесс илиосакральных сочленений, тугоподвижность позвоночника, синдесмофиты и квадратизация позвонков при рентгенографии характерно для:

- a. анкилозирующего спондилита
- b. подагры
- c. деформирующего остеоартроза
- d. ревматоидного артрита

Нижняя граница локализации БНЧС:

- a. верхние подвздошные ости
- b. нижняя ягодичная складка

Хроническая боль в спине имеет длительность:

- a. более 6 недель
- b. более 12 недель
- c. более 24 недель

Болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и/или функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата позвоночника это:

- a. первичная БНЧС
- b. вторичная БНЧС

Протрузии межпозвонковых дисков приводят к:

- a. первичной БНЧС
- b. вторичной БНЧС

Миофасциальный болевой синдром относится к вертеброгенным причинам бнчс, верно ли утверждение?

- a. да
- b. нет

Боли, которые ощущаются в тех участках, которые иннервируются тем же сегментом спинного мозга, что и пораженный орган – это:

- a. проецируемые боли
- b. отраженные боли
- c. локальные боли

Боли, которые возникают в месте повреждения тканей (мышц, фасций, сухожилий, костей) – это:

- a. проецируемые боли
- b. отраженные боли
- c. локальные боли

Локальные боли обычно имеют:

- a. ноцицептивный характер
- b. психогенный характер
- c. нейропатический характер

Радикулярные боли обычно имеют:

- a. психогенный характер
- b. нейропатический характер
- c. ноцицептивный характер

Верно ли утверждение, что НПВП при хронической БНЧС высокоэффективны:

- a. нет
- b. да

Использование миорелаксантов показано при:

- a. любой хронической БНЧС
- b. любой острой БНЧС
- c. наличии мышечно-тонического синдрома

Верно ли утверждение, что денситометрия показана всем пациентам с хронической БНЧС:

- a. нет
- b. да

Для оценки подвижности позвоночника используются все перечисленные показатели, за исключением:

- a. расстояния от затылка до вертикальной поверхности при положении больного стоя (симптом форестье)

- b. расстояния от кончиков пальцев до пола при максимальном сгибании туловища вперед (симптом томайера)
- c. боли при пальпации остистого отростка v поясничного позвонка
- d. симптома шобера

Симптом кушелевского свидетельствует о поражении:

- a. суставов поясничного отдела позвоночника
- b. илиосакральных сочленений
- c. тазобедренных суставов
- d. лобкового симфиза

Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- a. сахарного диабета
- b. хронического нефрита
- c. пиелонефрита
- d. несахарного диабета

Ведущий критерий нефротического синдрома:

- a. протеинурия $> 3,5$ г/л в сочетании с гиперальбуминемией
- b. наличие в моче белка бенс-джонса
- c. протеинурия $< 3,5$ г/л в сочетании с гипоальбуминемией
- d. протеинурия $> 3,5$ г/л в сочетании с гипоальбуминемией

Критерии оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Причины тахикардий.
2. Причины брадикардий.
4. Дифференциальная диагностика при протеинурии.
5. «Сигналы опасности» при болях в спине.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении

практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 12 семестре – зачёт.

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме тестирования путем случайного выбора из базы тестовых заданий.

Критерии сдачи зачета:

Зачёт считается сданным, если обучающийся дал 50% и более правильных ответов.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Оценивается комплексное освоение следующих компетенций:

ПК-6: способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

ПК-8: способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на совокупном уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты), «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения), «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

1. Тестовые вопросы к зачету

При подозрении на заболевания, относящихся к группе серонегативных спондилоартритов, врачу амбулаторного звена следует провести типирование на

- а. Антиген HLA B5
- б. Антиген HLA B7
- в. Антиген HLA DR4
- г. Антиген HLA B27

Анкилозирующий спондилит чаще поражает:

- a. молодых девушек
- b. молодых мужчин
- c. пожилых мужчин
- d. пожилых женщин

Препаратом выбора для стартовой терапии анкилозирующего спондилита является:

- a. метотрексат
- b. сульфасалазин
- c. лефлюнамид
- d. нестероидное противовоспалительное средство в постоянном режиме

При анкилозирующем спондилоартрите наиболее информативной окажется рентгенография:

- a. позвоночника и костей таза
- b. коленных суставов
- c. голеностопных суставов
- d. тазобедренных суставов

Раннее вовлечение в процесс илиосакральных сочленений, тугоподвижность позвоночника, синдесмофиты и квадратизация позвонков при рентгенографии характерно для:

- a. анкилозирующего спондилита
- b. подагры
- c. деформирующего остеоартроза
- d. ревматоидного артрита

Нижняя граница локализации БНЧС:

- a. верхние подвздошные ости
- b. нижняя ягодичная складка

Хроническая боль в спине имеет длительность:

- a. более 6 недель
- b. более 12 недель
- c. более 24 недель

Болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и/или функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата позвоночника это:

- a. первичная БНЧС
- b. вторичная БНЧС

Протрузии межпозвонковых дисков приводят к:

- a. первичной БНЧС
- b. вторичной БНЧС

Миофасциальный болевой синдром относится к вертеброгенным причинам бнчс, верно ли утверждение?

- a. да
- b. нет

Боли, которые ощущаются в тех участках, которые иннервируются тем же сегментом спинного мозга, что и пораженный орган – это:

- a. проецируемые боли
- b. отраженные боли
- c. локальные боли

Боли, которые возникают в месте повреждения тканей (мышц, фасций, сухожилий, костей) – это:

- a. проецируемые боли
- b. отраженные боли
- c. локальные боли

Локальные боли обычно имеют:

- a. ноцицептивный характер
- b. психогенный характер
- c. нейропатический характер

Радикулярные боли обычно имеют:

- a. психогенный характер
- b. нейропатический характер
- c. ноцицептивный характер

Верно ли утверждение, что НПВП при хронической БНЧС высокоэффективны:

- a. нет
- b. да

Использование миорелаксантов показано при:

- a. любой хронической БНЧС
- b. любой острой БНЧС
- c. наличии мышечно-тонического синдрома

Верно ли утверждение, что денситометрия показана всем пациентам с хронической БНЧС:

- a. нет
- b. да

Для оценки подвижности позвоночника используются все перечисленные показатели, за исключением:

- a. расстояния от затылка до вертикальной поверхности при положении больного стоя (симптом форестье)
- b. расстояния от кончиков пальцев до пола при максимальном сгибании туловища вперед (симптом томайера)
- c. боли при пальпации остистого отростка v поясничного позвонка
- d. симптома Шобера

Симптом кушелевского свидетельствует о поражении:

- a. суставов поясничного отдела позвоночника
- b. илиосакральных сочленений
- c. тазобедренных суставов
- d. лобкового симфиза

Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- a. сахарного диабета

- b. хронического нефрита
- c. пиелонефрита
- d. несахарного диабета

Ведущий критерий нефротического синдрома:

- a. протеинурия $> 3,5$ г/л в сочетании с гиперальбуминемией
- b. наличие в моче белка бенс-джонса
- c. протеинурия $< 3,5$ г/л в сочетании с гипоальбуминемией
- d. протеинурия $> 3,5$ г/л в сочетании с гипоальбуминемией

Для нарушения концентрационной функции почек характерна:

- a. гипостенурия
- b. лейкоцитурия
- c. протеинурия
- d. гематурия

При наличии _____ бактериологическая проба считается положительной:

- a. 100 бактерий/мл мочи и более
- b. 500 бактерий в утренней порции мочи
- c. 10 000 бактерий в суточной моче
- d. 100 000 бактерий/мл мочи и более

В моче могут определяться клетки штернгеймера–мальбина при:

- a. гломерулонефрите
- b. пиелонефрите
- c. амилоидозе почек
- d. миеломной болезни

Гематурия может развиваться при лечении:

- a. антиагрегантами
- b. антикоагулянтами
- c. бета - блокаторами
- d. нгибиторами апф

К клиническим проявлениям *facies nefritica* относят:

- a. отеки лица
- b. акроцианоз
- c. геморрагическая сыпь на лице
- d. набухание шейных вен

Методом ранней диагностики диабетической нефропатии является исследование:

- a. мочи на суточную альбуминурию
- b. изотопная рентгенография почек
- c. узи почек
- d. сцинтиграфия почек

Скорость клубочковой фильтрации рассчитывают с помощью формулы:

- a. зимницкого
- b. каковского-аддиса
- c. ckd- epi
- d. сельдингера

Наиболее важным лабораторным признаком хронического пиелонефрита является выявление:

- a. бактериурии
- b. урикозурии
- c. гематурии
- d. протеинурии

Синкопальное состояние характеризуется:

- a. быстрым развитием, короткой продолжительностью, спонтанным окончанием
- b. медленным развитием, короткой продолжительностью, спонтанным окончанием
- c. быстрым развитием, длительной продолжительностью, спонтанным окончанием
- d. быстрым развитием, короткой продолжительностью, не спонтанным окончанием

К преходящим потерям сознания относятся:

- a. кома, обморок, эпилептический припадок
- b. синкопа, внезапная сердечная смерть, кома
- c. обмороки, эпилептический припадок, психогенная потеря сознания
- d. все неправильно

Ситуационные обмороки возникают при:

- a. чихании, кашле, мочеиспускании, дефекации
- b. страхе, боли, виде крови, виде мед.инструментария
- c. раздражении каротидного синуса
- d. приеме алкоголя

Обмороки вследствие ортостатической гипотензии возникают при:

- a. страхе, боли, виде крови, виде мед.инструментария
- b. чихании, кашле, мочеиспускании, дефекации
- c. после физической нагрузки, приема пищи, подъеме тяжестей
- d. медикаментозной гипотонии при приеме алкоголя, диуретиков, вазодилататоров

Обмороки вследствие ортостатической гипотензии возникают при:

- a. страхе, боли, виде крови, виде мед.инструментария
- b. чихании, кашле, мочеиспускании, дефекации
- c. кровотечениях, диарее, рвоте
- d. после физической нагрузки, приема пищи, подъеме тяжестей

Для кардиогенных обмороков не характерно возникновение:

- a. при эмболии сосудов малого круга кровообращения
- b. при клапанных пороках сердца
- c. при лекарственно индуцированных бради или тахикардиях
- d. при медикаментозной гипотонии при приеме диуретиков, вазодилататоров

Эффективным методом лечения рефлекторного синкопе является:

- a. тилт-тренинг
- b. α -агонисты (этилэфрин и мидодрин)
- c. β -блокаторы
- d. приемы с физическим противодавлением (скрещивание ног, напряжение предплечий)

К синкопальным состояниям относят:

- a. обмороки

- b.комы I и II ст.
- c.панические атаки
- d.транзиторные ишемические атаки

При синкопальных состояниях, связанных с ортостатической гипотензией, показано:

- a.имплантация кардиовертера-дефибрилятора
- b.назначение β -адреноблокаторов
- c.маневры с контрдавлением
- d.массаж каротидного синуса

К рефлекторным синкопа относятся обмороки:

- a.ситуационные
- b.при вторичных вегетативных дисфункциях
- c.при нарушениях ритма сердца
- d.при структурных поражениях сердца

Основной гормон, отвечающий за сохранение в организме натрия:

- a.альдостерон
- b.антидиуретический гормон
- c.кортикостерон
- d. натрийуретический гормон

Гормон, отвечающий за выведение из организма натрия:

- a.альдостерон
- b.антидиуретический гормон (вазопрессин)
- c.кортикостерон
- d.натрийуретический гормон

Гипонатриемия – состояние, характеризующееся снижением концентрации натрия в сыворотке крови:

- a. менее 145 ммоль/л
- b.менее 155 ммоль/л
- c.менее 135 ммоль/л
- d. менее 150 ммоль/л

Гипернатриемия – состояние, характеризующееся повышением концентрации натрия в сыворотке крови:

- a. более 145 ммоль/л
- b.более 135 ммоль/л
- c.более 125 ммоль/л
- d.более 140 ммоль/л

Гипокалиемия – состояние, характеризующееся снижением концентрации калия в сыворотке крови

- a. менее 3,5 ммоль/л
- b.менее 5,5 ммоль/л
- c.менее 4,5 ммоль/л
- d.менее 6,5 ммоль/л

Гиперкалиемия – состояние, характеризующееся повышением концентрации калия в сыворотке крови

- a.более 3,5 ммоль/л

- b. более 5,5 ммоль/л
- c. более 4,5 ммоль/л
- d. более 4,0 ммоль/л

Гипомагниемия – состояние, характеризующееся снижением концентрации магния в сыворотке крови

- a. менее 0,84 ммоль/л
- b. менее 0,65 ммоль/л
- c. менее 1,07 ммоль/л
- d. менее 1,65 ммоль/л

Гипермагниемия – состояние, характеризующееся повышением концентрации магния в сыворотке крови

- a. более 0,84 ммоль/л
- b. более 0,66 ммоль/л
- c. более 1,1 ммоль/л
- d. более 1,0 ммоль/л

Гипокальциемия – состояние, характеризующееся снижением концентрации кальция в сыворотке крови

- a. менее 2,4 ммоль/л
- b. менее 2,5 ммоль/л
- c. менее 2,6 ммоль/л
- d. менее 2,1 ммоль/л

Гиперкальциемия – состояние, характеризующееся повышением концентрации магния в сыворотке крови

- a. более 2,6 ммоль/л
- b. более 1,6 ммоль/л
- c. более 2,1 ммоль/л
- d. более 2,2 ммоль/л

Сочетание у одного больного нескольких хронических заболеваний различного генеза называют:

- a. Полиморбидностью
- b. Мультиморбидностью
- c. Коморбидностью
- d. Морбидностью

Что не относится к критериям эффективности диспансерного наблюдения пациента с сердечно-сосудистой коморбидностью?

- a. снижение доли случаев экстренной госпитализации по поводу ССЗ
- b. снижение доли случаев вызовов скорой медицинской помощи по поводу ССЗ
- c. доля лиц с достигнутым целевым МНО
- d. доля лиц с дислипидемией

Длина окружности талии выше какого уровня является основным критерием метаболического синдрома у женщин?

- a. 80 см
- b. 88 см
- c. 90 см
- d. 98 см

Скрининговое обследование на НАЖБП показано пациентам с наличием доказанного ассоциированного состояния, кроме:

- a. Сахарный диабет 2 типа
- b. Дислипидемия
- c. Ожирение
- d. Нарушенная толерантность к глюкозе

Медикаментозное лечение НАЖБП с коморбидной патологией не включает:

- a. при гиперхолестеринемии Орлистат
- b. при гиперхолестеринемии Эзетимиб
- c. при сахарном диабете 2 типа Метформин
- d. при сахарном диабете 2 типа Лираглутид

Какое из утверждений неверно?

- a. НАЖБП встречается среди больных псориатическим артритом в 40-60% случаев
- b. Частота развития НАЖБП в 2 раза выше у больных псориатическим артритом, чем в популяции
- c. Нарушения функции печени, связанные с НАЖБП, повышают риск лекарственной гастропатии
- d. При метаболическом синдроме повышается риск развития псориатического артрита на 50-80%.

К функционально-органическим коморбидным расстройствам ЖКТ относится:

- a. ЯБ+СРК
- b. ЖКБ+НАЖБП
- c. СРК+ФД
- d. ГЭРБ+ЯБ

При мультитаргетной терапии гастроинтестинальной функциональной коморбидности могут быть использованы все перечисленные препараты, кроме:

- a. Итоприда
- b. Тримебутина
- c. Колофорта
- d. Амтолметин гуацила

Какой риск осложнений со стороны ЖКТ имеют пациенты принимающие НПВП и глюкокортикоиды?

- a. Низкий
- b. Высокий
- c. Умеренный
- d. Очень высокий

Какое утверждение неверно?

- a. Старческая астения – ключевой гериатрический синдром
- b. У пациентов с коморбидными состояниями следует исключать «фармакологические каскады»
- c. Госпитальная шкала тревоги и депрессии является одним из скрининговых инструментов для выявления уровня тревоги и депрессии в общей медицинской практике
- d. Оценить величину антихолинергической нагрузки возможно с помощью шкалы ABCd

Для какой тахикардии типичны отсутствие зубца и неправильный сердечный ритм?

- a. Фибрилляция предсердий
- b. Трепетание предсердий
- c. Автоматическая предсердная тахикардия
- d. Многофокусная предсердная тахикардия

Какая самая частая тахикардия с правильным сердечным ритмом и отсутствием зубца р на ЭКГ?

- a. Трепетание предсердий
- b. Фибрилляция предсердий
- c. Автоматическая предсердная тахикардия
- d. Многофокусная предсердная тахикардия

При какой тахикардии из перечисленных ниже эффективен аденозин более, чем в 90% случаев?

- a. Ав-узловая реципрокная тахикардия
- b. Фибрилляция предсердий
- c. Автоматическая предсердная тахикардия
- d. Многофокусная предсердная тахикардия

Для какой тахикардии типичен период разогрева?

- a.** Автоматическая предсердная тахикардия
- a. Реципрокная предсердная тахикардия
- b. Трепетание предсердий
- c. Фибрилляция предсердий

Для какой тахикардии типично начало с экстрасистолы?

- a. Реципрокная предсердная тахикардия
- b.** Автоматическая предсердная тахикардия
- c.** Трепетание предсердий
- d.** Фибрилляция предсердий

Какой ЭКГ признак всегда встречается при полной атриовентрикулярной блокаде у пациента с исходным синусовым ритмом?

- a. Ав-диссоциация
- b. Отсутствие зубца р
- c. Широкие комплексы qrs
- d. ЧСС менее 40 в минуту.

Признаком синоаурикулярной блокады 2 степени является

- a. Выпадение комплекса qrs вместе с зубцом р
- b. Выпадение комплекса qrs, при этом зубец р сохранен
- c. Асистолия более 6 секунд
- d. Выпадает лишь комплекс qrs, при этом зубец р сохранен

Признаком атриовентрикулярной блокады с периодикой Самойлова-Венкебаха является

- a. Постепенное удлинение интервала рq с последующим выпадением комплекса qrs
- b. Постепенное укорочение интервала рр с последующим выпадением комплекса qrs
- c. Выпадение комплекса qrs без постепенного удлинения интервала рq
- d. Выпадение комплекса qrs с зубцом р

Что включает в себя понятие точка Венкебаха?

- a. Максимальное количество импульсов, который может провести ав-узел в соотношении 1:1
- b. Частота импульсов в предсердиях, при которой начинается предсердная тахикардия
- c. Особая форма зубца r на ЭКГ, типичная для нижнепредсердного ритма

Высокodостоверным признаком желудочковой тахикардии является:

- a. Наличие ав-диссоциации
- b. Ритм с широкими комплексами qrs
- c. Гемодинамическая нестабильность во время тахикардии
- d. Форма комплекса qrs, типичная для полной блокады правой ножки пучка Гиса.

Какой тип кровоточивости характерен для геморрагического диатеза?

- a. Гематомный
- b. Васкулитно-пурпурный
- c. Петехиальной-пятнистый
- d. Все перечисленное верно

Для геморрагического васкулита характерны все признаки кроме одного:

- a. Пятнистая симметричная сыпь
- b. Боли в суставах
- c. Гемартроз
- d. Кровь в стуле

Какой тип кровоточивости характерен для гемофилии?

- a. Гематомный
- b. Васкулитно-пурпурный
- c. Петехиальной-пятнистый
- d. Микроангиоматозный

Какой фактор крови снижен при гемофилии В?

- a. Фактор IV
- b. Фактор V
- c. Фактор IX
- d. Фактор XIII

Какие геморрагические признаки типичны для гемофилии и могут служить критерием диагностики?

- a. Петехии
- b. Боли в костях
- c. Гемартрозы
- d. Макулезные симметричные геморрагии на конечностях

Для тромбоцитопенической пурпуры не характерны:

- a. Экхимозы
- b. Петехии
- c. Гемартрозы
- d. Кишечные кровотечения.

Средняя продолжительность жизни эритроцитов составляет:

- a. 20 дней
- b. 60 дней

- c. 120 дней
- d. 180 дней

Какая граница содержания тромбоцитов в периферической крови у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, ниже которой появляется кровоточивость?

- a. Ниже $100 \times 10^9/\text{л}$.
- b. Ниже $50 \times 10^9/\text{л}$.
- c. Ниже $20 \times 10^9/\text{л}$.
- d. Ниже $5 \times 10^9/\text{л}$.

Какие факторы играют роль в этиопатогенезе наследственной геморрагической телеангиоэктазии?

- a. Генетический дефект метаболических процессов синтеза коллагена и эндоглина.
- b. Наследуемый функциональный дефект тромбоцитов.
- c. Наследуемый дефицит потребляемых плазматических факторов свертывания крови.
- d. Иммунокомплексное воспалительно-деструктивное поражение мелких артерий и вен.

Какие признаки типичны для наследственной геморрагической телеангиоэктазии?

- a. В сосудах формируются тромбы.
- b. Вблизи сосудов возникают внутрикожные кровоизлияния.
- c. При надавливании на элемент он сохраняет свою пурпурную окраску.
- d. При надавливании на элемент он бледнеет, а затем восстанавливает свою окраску.

При изолированном симметричном воспалении дистальных межфаланговых суставов кистей наиболее актуальна дифференциальная диагностика между

- a. псориатическим артритом и эрозивно-узловым остеоартритом;
- b. ревматоидным артритом и псориатическим артритом;
- c. подагрическим артритом и псориатическим артритом;
- d. подагрическим и ревматоидным артритом.

Для диагностики ревматоидного артрита ключевым является симметричное поражение

- a. пястно- и (или) плюсне-фаланговых суставов;
- b. коленных суставов;
- c. дистальных межфаланговых суставов кистей;
- d. дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей.

Для спондилоартритов характерен

- a. асимметричный олигоартрит нижних конечностей;
- b. полиартрит мелких суставов кистей;
- c. моноартрит локтевого сустава;
- d. моноартрит лучезапястного сустава.

Суставами «исключения» при ревматоидном артрите являются

- a. дистальные межфаланговые суставы кистей, грудо-поясничный отдел позвоночника и илио- сакральные сочленения;
- b. плечевые суставы;
- c. тазобедренные суставы;

d. ключично-акромиальные суставы.

При ревматоидном артрите не развивается костный анкилоз

- a. коленных;
- b. межзапястных суставов;
- c. суставов предплюсны
- d. локтевых суставов

Костный анкилоз всех трех суставов одного пальца кисти - патогномоничный признак

- a. псориатического артрита;
- b. ревматоидного артрита;
- c. остеоартрита;
- d. туберкулезного артрита.

Генерализованному остеоартриту свойственно поражение

- a. тазобедренных, коленных, 1-х плюснефаланговых, дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей и 1-го запястно-пястного сустава;
- b. голеностопных суставов;
- c. плечевых суставов;
- d. лучезапястных суставов.

Изолированные боли в области плечевого сустава чаще всего обусловлены

- a. поражением сухожилий «вращающей манжеты» плеча и (или) синовиальных сумок;
- b. поражением плечевого сустава;
- c. поражением ключично-акромиального сустава;
- d. разрывом сухожилия длинной головки бицепса.

Остеоартрит с депозитами кристаллов пирофосфата кальция следует заподозрить, когда при клинике полиостеоартрита имеется поражение нехарактерных для него суставов:

- a. плечевых и (или) локтевых и (или) лучезапястных и (или) пястнофаланговых и (или) голеностопных;
- b. коленных;
- c. тазобедренных;
- d. дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей.

Наиболее информативным инструментальным методом для диагностики пирофосфатной артропатии является

- a. УЗИ коленных и лучезапястных суставов;
- b. рентгенография коленных и лучезапястных суставов;
- c. магнито-резонансная томография коленных и лучезапястных суставов;
- d. спиральная компьютерная томография коленных и лучезапястных суставов.