

федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова
«27» июля 2024 г.

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета Института
НМФО
№ 18 от «27» июля 2024 г.

**Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой)
аттестации**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.46**
Ревматология.

Квалификация (степень) выпускника: **врач-ревматолог**

**Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и
фармацевтического образования.**

Для обучающихся 2023, 2024 года поступления (актуализированная
редакция)

Форма обучения – очная

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Шилова Л.Н.	Зав. кафедрой доцент	д.м.н./доцент	Госпитальной терапии, ВПТ. Внутренних болезней Института НМФО
2.	Коренская Е.Г.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО. Госпитальной терапии, ВПТ.
3.	Чернов А.С.	доцент	к.м.н./доцент	Внутренних болезней Института НМФО
4.	Черкесова Е.Г.	доцент	к.м.н.	Госпитальной терапии, ВПТ.
5.	Бондаренко Е.А.	ассистент		Госпитальной терапии, ВПТ.

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.46 Ревматология.

Рассмотрена и одобрена на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, протокол № 4 от 20.05.2024

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,
д.м.н., профессор


С.В. Недогода

Рецензент: заведующий отделением ревматологии ГУЗ ГКБСМП № 25, главный внештатный ревматолог Комитета здравоохранения Волгоградской области, к.м.н. Слюсарь О.П.

Рецензент: заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России д.м.н., профессор Елисеева Л.Н.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от 27.06 2024

Председатель УМК
Королева

 / М.М.

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

 / М.Л. Наumenко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО, протокол № 18 от 27.06 2024

Секретарь Ученого совета

 / М.В. Кабытова

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ РЕВМАТОЛОГИЯ

Раздел 1

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

001. ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ЗДОРОВЬЕ - ЭТО

- а) отсутствие болезней
- б) состояние организма человека, когда функции его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения
- в) нормальное функционирование систем организма
- г) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов

002. СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА — ЭТО НАУКА

- а) о закономерностях общественного здоровья и здравоохранении
- б) об общественном здоровье
- в) о системе мероприятий по охране здоровья населения
- г) о социологии здоровья

003. ВЕДУЩИЙ КРИТЕРИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- а) демографические показатели
- б) заболеваемость населения
- в) физическое развитие
- г) инвалидность

004. ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

- а) биологические
- б) природные
- в) социально-экономические
- г) организация медицинской помощи!

005. НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗЫВАЕТ

- а) генетический риск
- б) окружающая среда
- в) образ жизни населения
- г) уровень и качество медицинской помощи

006. УНИВЕРСАЛЬНЫМ ИНТЕГРИРОВАННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) средняя продолжительность предстоящей жизни
- б) рождаемость
- в) смертность
- г) естественный прирост (убыль)

007. ДОКУМЕНТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ГАРАНТИЕЙ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЕ

- а) паспорт
- б) страховой полис
- в) медицинская карта амбулаторного больного
- г) медицинская карта стационарного больного

008. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ

- а) 1 раз в 3 года
- б) каждый год
- в) 1 раз в 2 года
- г) 1 раз в полгода

009. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ

- а) 3 группы
- б) 1 группа
- в) 2 группы
- г) 4 группы

010. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ

- а) врач-терапевт участковый
- б) врач отделения медицинской профилактики
- в) врач дневного стационара
- г) врач-кардиолог поликлиники

011. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ:

- а) 30 минут
- б) 60 минут
- в) 10 минут
- г) 5 минут

012. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- а) учреждениями медико-социальной экспертизы субъекта РФ
- б) городскими учреждениями медико-социальной экспертизы
- в) федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы
- г) фондами ОМС

013. ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА СРОК

- а) 2 года
- б) 1 год
- в) 3 года
- г) бессрочно

014. ИНВАЛИДНОСТЬ II ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА СРОК

- а) 1 год
- б) 3 года
- в) бессрочно
- г) 2 года

015. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ БЕЗ СРОКА ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

- а) инвалидам I группы
- б) детям-инвалидам
- в) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами
- г) инвалидам по профессиональному заболеванию

016. СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В

- а) долях от целого
- б) десятичных долях
- в) субъективных характеристиках
- г) процентах

017. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ I – II СТЕПЕНЕЙ АКТИВНОСТИ

- а) 15 – 20 дней
- б) 21 – 30 дней
- в) 30 – 45 дней
- г) 7 – 14 дней

018. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ

- а) 7 – 10 дней
- б) 15 – 20 дней
- в) 10 – 14 дней
- г) 5 – 7 дней

019. «НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ

- а) заведующим отделением
- б) главным врачом
- в) заместителем главного врача по лечебной работе
- г) председателем врачебной комиссии

020. СУБЪЕКТАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- а) фонда медицинского страхования
- б) страховой организации
- в) органа управления здравоохранением
- г) гражданина

021. СРЕДСТВА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ОБЛАСТИ ФОРМИРУЮТСЯ ЗА СЧЕТ
- а) средств местной администрации
 - б) средств государственных предприятий и учреждений
 - в) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений
 - г) средств граждан
022. ПРАВОВОЙ БАЗОЙ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ
- а) закон РФ "О медицинском страховании граждан"
 - б) дополнения и изменения к закону "О медицинском страховании"
 - в) закон "О санитарно-эпидемическом благополучии населения"
 - г) основы законодательства об охране здоровья граждан
023. ОСНОВНОЙ ЭЛЕМЕНТ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
- а) первичная медико-санитарная помощь
 - б) стационарная хирургическая помощь
 - в) родовспоможение
 - г) профилактическая работа со здоровым взрослым населением
024. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОЗИЦИЙ ОТНОСЯТСЯ К ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
- а) видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ
 - б) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования
 - в) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
 - г) оценка степени квалификации медицинского персонала
025. К МЕТОДАМ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ ОТНОСЯТСЯ
- а) метод экспертных оценок
 - б) соответствие модели конечных результатов деятельности
 - в) оценка выполнения профилактических и лечебных мероприятий
 - г) анализ и оценка демографических показателей
026. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОЧИХ, ПОДЛЕЖАЩИХ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
- а) предварительные (при поступлении на работу)
 - б) периодические (в период работы)
 - в) целевые (на выявление заболеваний определенной нозологии)
 - г) после снятия с соответствующей группы инвалидности
027. СТРУКТУРНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПЕРИОДОВ ЖИЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ
- а) перинатальная смертность
 - б) неонатальная смертность
 - в) постнеонатальная смертность
 - г) ранняя неонатальная смертность
028. ПОЛИКЛИНИКИ ОКАЗЫВАЮТ НАСЕЛЕНИЮ ПОМОЩЬ
- а) социальную
 - б) первичную лечебно-профилактическую
 - в) санитарно-противоэпидемическую
 - г) стационарную
029. ДЛЯ РАСЧЕТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ
- а) заболеваний, выявленных впервые в данном году
 - б) заболеваний, зарегистрированных впервые в прошлом году
 - в) социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в течение трех лет
 - г) инфекционных заболеваний, зарегистрированных в данном и в прошлом году
030. ОСНОВАНИЕМ ДОПУСКА С МЕДИЦИНСКОЙ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ДОКУМЕНТЫ, КРОМЕ
- а) диплома об окончании высшего или среднего (фармацевтического) заведения
 - б) сертификата
 - в) лицензии
 - г) свидетельства об окончании курсов
031. ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О
- а) числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
 - б) заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости

- в) числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
- г) заболеваемости в данном году и в предыдущие годы

032. СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

- а) представляет собой единую систему учета и отчетности в здравоохранении
- б) основан на создании экспериментальных моделей отдельных видов деятельности или учреждений здравоохранения
- в) обеспечивает изучение явления с учетом времени, места, исторических условий
- г) предполагает изучение любых процессов, явлений, организационных структур как систем, состоящих из подсистем и одновременно являющихся подсистемами более крупных систем

033. ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПО

- а) пропускной способности поликлиники по числу посещений в день
- б) количеству обслуживаемого населения на территории
- в) количеству посещений на одного жителя в год
- г) плановой функции врачебной должности

034. СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- а) оценку качества медицинской помощи по конечным результатам
- б) лицензирование и аккредитацию ресурсной базы учреждений здравоохранения
- в) оценку соблюдения технологий лечебно-диагностического процесса
- г) расчет интегрального коэффициента эффективности

035. ПОД СТАНДАРТОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

- а) формализованную модель ведения больного, предусматривающую объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий
- б) имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг
- в) установленный в лечебно-профилактическом учреждении объем лечебно-диагностических мероприятий, отражающий возможности данного
- г) расчет интегрального коэффициента эффективности

036. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ДОВЕРЕННЫХ ЛИЦ) ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

- а) всегда
- б) в особых случаях
- в) не всегда
- г) никогда

037. ОБЩИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИСЧИСЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- а) $\text{число умерших за 1 год} \times 1000 / \text{средняя численность населения}$
- б) $\text{число умерших за 1 год} \times 1000 / \text{численность населения}$
- в) $\text{число умерших за 5 лет} \times 1000 / \text{численность населения}$
- г) $\text{число умерших за 5 лет} \times 1000 / \text{средняя численность населения}$

038. ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ИСЧИСЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- а) $\text{число детей, умерших до 1 года} \times 1000 / \text{средняя численность детского населения}$
- б) $\text{число детей, умерших до 1 года в данном календарном году} \times 1000 / (\text{2/3 родившихся в данном году} + \text{1/3 родившихся в предыдущем году})$
- в) $\text{число детей, умерших до 1 года} \times 10000 / \text{средняя численность детского населения}$
- г) $\text{число детей, умерших до 1 года в данном календарном году} \times 10000 / (\text{2/3 родившихся в данном году} + \text{1/3 родившихся в предыдущем году})$

039. ПОКАЗАТЕЛЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ИСЧИСЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- а) $\text{число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 недель после прекращения беременности} \times 100000 / \text{живорожденных} / \text{число живорожденных}$
- б) $\text{число умерших беременных после 28 недель} \times 100000 / \text{живорожденных} / \text{суммарное число беременностей после 28 недель}$
- в) $\text{число умерших беременных после 32 недель} \times 100000 / \text{живорожденных} / \text{суммарное число беременностей после 32 недель}$
- г) $\text{число умерших беременных после 24 недель} \times 100000 / \text{живорожденных} / \text{суммарное число беременностей после 24 недель}$

040. ИНТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- а) отношение числа умерших в первые сутки к общему числу умерших в больнице
- б) отношение числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар
- в) отношение числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
- г) отношение числа умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар в первые сутки

041. ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА-УЧАСТКОВОГО (ЦЕХОВОГО) ЭКСПЕРТНО ОЦЕНИВАЮТСЯ

- а) каждый случай смерти на дому
- б) каждый случай первичного выхода на инвалидность
- в) каждый случай расхождения диагнозов поликлиники и стационара
- г) каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования, туберкулеза
- д) все перечисленные положения

042. ВРАЧ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) осуществляет диспансерное наблюдение за больными, страдающими ревматическими заболеваниями
- б) анализирует динамику ревматических заболеваний на курируемом им участке
- в) осуществляет диспансерное наблюдение за подростками
- г) является членом комиссии МСЭ.

043. РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОРГАНИЗУЕТСЯ НА БАЗЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, КРОМЕ

- а) многопрофильной больницы, имеющей ревматологический кабинет и ревматологическое отделение
- б) ревматологического отделения и ревматологического кабинета
- в) крупного терапевтического отделения, ревматологического кабинета и ревматологического отделения
- г) ревматологического отделения без ревматологического кабинета

044. ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ МИНЗДРАВА РОССИИ ЕДИНИЦА ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕНА

- а) на 10 000 человек
- б) на 30 000 человек
- в) на 60 000 человек
- г) на 100 000 человек

045. ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОСНОВЫВАЮТСЯ НА СЛЕДУЮЩИХ МОМЕНТАХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) активный отбор больных, подлежащих диспансеризации
- б) необходимость пожизненного диспансерного учета большинства больных с ревматическими заболеваниями
- в) проведение лечебно-профилактических мероприятий и осуществление контроля за состоянием здоровья больных
- г) диспансеризацию может осуществлять врач-кардиолог

046. НЕ ДОПУСКАЮТСЯ К РАБОТЕ, А СРАЗУ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА МСЭ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ БОЛЬНЫЕ

- а) с ревматизмом
- б) с узелковым периартериитом
- в) с болезнью Бехтерева
- г) с псориатическим артритом

047. ДЛЯ РАСЧЕТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

- а) заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
- б) конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
- в) конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
- г) всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

048. МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- а) численностью обслуживаемого населения
- б) количеством коек
- в) количеством работающих врачей
- г) уровнем технической оснащенности

049. СРЕДНИЕ МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ИМЕЮТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЕДИНОЛИЧНО И ЕДИНОВРЕМЕННО НА СРОК

- а) до 3 дней
- б) до 5 дней
- в) до 7 дней
- г) до 10 дней

050. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ РАБОТОДАТЕЛЕЙ СОСТАВЛЯЮТ ОТ ФОНДА ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ

- а) 2,5%
- б) 3,6%
- в) 5,0%
- г) 7,5%

Раздел 2
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РЕВМАТОЛОГИИ

001. РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЪЕДИНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) диффузного поражения соединительной ткани
 - б) лимфаденопатии
 - в) стойкого суставного синдрома
 - г) переходящего суставного синдрома
002. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОМПЕТЕНЦИЮ РЕВМАТОЛОГА НЕ ВХОДЯТ
- а) ревматизм (ревматическая лихорадка)
 - б) диффузные заболевания соединительной ткани, системные васкулиты
 - в) вирусные миокардиты
 - г) заболевания мягких околосуставных тканей
003. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ HLA ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ
- а) участвует в регуляции иммунного ответа
 - б) участвует в процессах клеточного распознавания "своего" и "чужого"
 - в) определяет предрасположенность к заболеваниям
 - г) все вышеперечисленное верно
004. СЕМЕЙНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
- а) ревматизме
 - б) синдроме гипермобильности
 - в) остеоартрите
 - г) ревматоидном артрите
005. СОЧЕТАНИЕ С КОНКРЕТНЫМ АНТИГЕНОМ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ УСТАНОВЛЕНО
- а) при ревматизме
 - б) при анкилозирующем спондилоартрите
 - в) при синдроме Марфана
 - г) при болезни Шегрена
006. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЭЛЕМЕНТЫ ПЛОТНОЙ ОФОРМЛЕННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
- а) сухожильно-связочный аппарат
 - б) хрящевая и костная ткань
 - в) строма внутренних органов
 - г) все перечисленное
007. СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ ВЫПОЛНЯЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФУНКЦИИ, КРОМЕ
- а) опорной
 - б) метаболической
 - в) защитной
 - г) нейроэндокринной
008. СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ СОСТОИТ ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, КРОМЕ
- а) клеток
 - б) жировой ткани
 - в) коллагеновых
 - г) эластиновых и ретикулярных волокон
009. В СОСТАВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ВХОДЯТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛЕТКИ, КРОМЕ
- а) фибробластов
 - б) тучных клеток
 - в) макрофагов
 - г) нейронов
010. В СОСТАВ КОЛЛАГЕНА ВХОДЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ, КРОМЕ
- а) пролина
 - б) оксипролина
 - в) триптофана
 - г) глицина
011. БИОСИНТЕЗ КОЛЛАГЕНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛЕТКИ, КРОМЕ
- а) фибробластов
 - б) эпителия хрусталика и роговицы
 - в) хондробластов
 - г) синовиоцитов

012. ПРОТЕОГЛИКАНЫ ОСНОВНОГО ВЕЩЕСТВА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ
- поддерживание уровня гидратации
 - способствуют организации коллагеновых волокон
 - придают вязкоэластические свойства
 - способствуют межмолекулярному скреплению структуры коллагена
013. ГЛЮКОЗАМИНОГЛИКАНЫ, И В ЧАСТНОСТИ ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА, ВЛИЯЮТ НА ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- проницаемости тканевых мембран
 - гидрационной способности и вязкости основного вещества
 - ингибирования гепарина, тормозящего систему "гиалуронидаза - гиалуроновая кислота"
 - повышения содержания фибронектина
014. В СОСТАВЕ СУСТАВНОГО ХРЯЩА ИМЕЮТСЯ
- хондроциты
 - хондроитинсульфаты
 - гиалуроновая кислота
 - коллаген
 - все перечисленное
015. НА РАННИХ СТАДИЯХ ОСТЕОАРТРИТА ТИПИЧНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХРЯЩА, КРОМЕ
- повышения количества хондроцитов на единицу объема
 - разволокнения поверхностного слоя
 - появления обнаженных участков субхондральной кости
 - избыточной гидратации
 - все перечисленное
016. ВСЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ВЕРНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- состоит из фиброзного кольца (гиалиновый хрящ) и пульпозного ядра
 - обеспечивает соединение позвонков
 - обеспечивает подвижность позвоночника
 - выполняет амортизационную роль
017. СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ СПРАВЕДЛИВЫ В ОТНОШЕНИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ, КРОМЕ
- участвует в воспалительных процессах при синовите
 - выстигает внутреннюю поверхность капсулы сустава
 - является бессосудистой тканью
 - продуцирует синовиальную жидкость
018. СИНОВИОЦИТЫ СИНТЕЗИРУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СУБСТАНЦИИ, КРОМЕ
- белков
 - протеогликанов
 - хондроцитов
 - простагландинов
019. СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ В НОРМЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ ОДНОГО
- высокая вязкость
 - цитоз 1.5×10^9 /л
 - наличие рагоцитов
 - содержание общего белка 10-20г/л
020. СЛЕДУЮЩИЕ СТРУКТУРЫ СОСТОЯТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИЗ ГУБЧАТОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ, КРОМЕ
- позвонков
 - диафизов трубчатых костей
 - эпифизов трубчатых костей
 - метафизов трубчатых костей
021. КОСТНАЯ ТКАНЬ СОДЕРЖИТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ КЛЕТКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- стволовых (мезенхимальных)
 - остеокластов
 - остеобластов
 - гистиоцитов
022. МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ КОНТРОЛИРУЮТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА, КРОМЕ
- паратгормона
 - витамина D₃
 - кальцитонина
 - альдостерона
023. ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ (ПРЕСЕНИЛЬНЫЙ И СЕНИЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ) СВЯЗАНЫ
- с увеличением чувствительности кости к паратгормону
 - с увеличением выделения кальция

- в) с дефицитом кальцитонина
 - г) с торможением синтеза
024. ОСОБЕННОСТЬЮ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- а) дети и подростки заболевают ревматизмом чаще, чем взрослые
 - б) у детей и подростков чаще, чем у взрослых развиваются туберкулезный и септический артриты
 - в) остеохондропатии являются "привилегией" подросткового возраста
 - г) гипербильность суставов отмечается только у детей
025. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) васкулит
 - б) гранулематозный процесс
 - в) анкилозирование дугоотростчатых суставов позвоночника
 - г) эрозии суставных поверхностей костей
026. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ (ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА :
- а) пролиферация синовиоцитов, фибробластов
 - б) лимфоцитарная, плазмоклеточная, макрофагальная инфильтрация
 - в) отложение фибрина
 - г) ревматоидные узелки
027. ОСТЕОАРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ
- а) альтерации хондроцитов
 - б) потери протеогликанов, разрыва коллагеновых волокон в матриксе суставного хряща
 - в) выхода ферментов, развития реактивного синовита
 - г) образования анкилозов суставов
028. ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ПОТЕРЯ ГЛЮКОЗАМИНОГЛИКАНОВ ХРЯЩА
- а) гиалуроновой кислоты
 - б) хондроитин-4-сульфата
 - в) хондроитин-6-сульфата
 - г) кератосульфата
029. ПРИ РАЗВИТИИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЕМЫ (АШОФФА - ТАЛАЛАЕВА) ИЗМЕНЕНИЯ ОБРАТИМЫ (ПРИ СВОЕВРЕМЕННО НАЧАТОМ ЛЕЧЕНИИ) В ФАЗЕ
- а) мукоидного набухания
 - б) фибриноидных изменений
 - в) пролиферации
 - г) склероза
030. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ (ЭКССУДАТИВНЫЙ) КОМПОНЕНТ ПРИ МАКСИМАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЗМА ПРИВОДИТ
- а) к экссудативному миокардиту
 - б) к экссудативному (выпотному) перикардиту
 - в) к поражению других серозных оболочек
 - г) ко всему вышеперечисленному
031. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КРОМЕ
- а) продуктивных васкулитов головного мозга
 - б) эндокардита Либмана - Сакса
 - в) остеолиза ногтевых фаланг пальцев рук
 - г) волчаночной нефропатии
032. ДЛЯ ПАТОГЕНЕЗА КОЖНОГО ВАСКУЛИТА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ
- а) продуктивный процесс
 - б) продуктивно-деструктивный процесс
 - в) патологические изменения клеточных ядер в клетках инфильтратов
 - г) некротические изменения стенки сосудов
033. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ, КРОМЕ
- а) усиленной продукции фибробластами коллагена и фибронектина
 - б) усиленной продукции протеогликанов и гликопротеинов
 - в) увеличения транспорта ионов кальция
 - г) капилляритов ладоней

034. ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- а) продуктивные васкулиты
- б) спазм артериол
- в) склероз и облитерация стенок сосудов
- г) все перечисленное

035. ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАБЛЮДАЮТСЯ ВСЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЕЖМЫШЕЧНОЙ ТКАНИ, КРОМЕ

- а) появления инфильтратов из лимфоцитов и плазматических клеток
- б) некроза мышечных волокон
- в) атрофии мышечных волокон
- г) появления инфильтратов из эритроцитов и тромбоцитов

036. ОСОБЕННОСТЬЮ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ ОБЩИМ ИЗ НИХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) мукоидное набухание
- б) фибриноидные изменения и фибриноидный некроз
- в) деструкция внутренней эластической мембраны
- г) инфильтрация стенки лимфоцитами, нейтрофилами, плазматическими клетками, эозинофилами

037. КОМПОНЕНТАМИ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) синовиальная оболочка, капсула сустава
- б) хрящ, синовиальная оболочка, синовиальная жидкость
- в) капсула сустава, синовиальная жидкость
- г) костная ткань, хрящ

038. ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ ОБРАЗУЮТ СУСТАВНЫЕ ПОВЕРХНОСТИ

- а) плеча и ключицы
- б) плеча и гленоидальной впадины лопатки
- в) акромиона и ключицы
- г) акромиона и плеча

039. ВРАЩЕНИЕ БЕДРА КНАРУЖИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- а) ягодичные мышцы
- б) четырехглавая мышца бедра
- в) двуглавая мышца бедра
- г) портняжная мышца

040. КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫЙ СУСТАВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- а) шовное соединение костей без хряща
- б) хрящевое соединение без синовиальной полости
- в) неподвижный синовиальный сустав
- г) подвижный синовиальный сустав

041. ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ ОБРАЗОВАН

- а) костями голени и пяточной костью
- б) костями голени и таранной костью
- в) большеберцовой и малоберцовой костями
- г) костями голени и клиновидными костями

042. ЭНТЕЗИС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- а) соединение мышечной ткани с сухожилием
- б) соединение сухожилия и костной ткани
- в) место прохождения сухожилия над суставом
- г) синовиальную сумку

043. ВРАЩЕНИЕ ГОЛОВЫ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ ЗА СЧЕТ ДВИЖЕНИЙ МЕЖДУ

- а) I и II шейными позвонками
- б) II и IV шейными позвонками
- в) I и VII шейными позвонками
- г) шейными и грудными позвонками

044. SPINA BIFIDA - ЭТО УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА

- а) поясничных позвонков до 6,а крестцовых до 4
- б) поясничных позвонков до 7,а крестцовых до 4
- в) поясничных позвонков до 6,а крестцовых до 5
- г) поясничных позвонков до 7,а крестцовых до 5

045. АНТИГЕННЫМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ
- белки, полипептиды, глюкозамингликаны
 - полипептиды глюкозамингликаны, углеводы
 - глюкозамингликаны, липиды, углеводы
 - гликолипиды, липиды
046. Т-ЛИМФОЦИТЫ ВЫПОЛНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФУНКЦИИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- влиют на силу иммунного ответа
 - синтезируют антитела,
 - обеспечивают реакции клеточного иммунитета
 - продуцируют интерлейкин-2
047. ПОД ИММУНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ ПОНИМАЮТ
- тяжелую инфекцию
 - нарушение в работе отдельных звеньев иммунной системы
 - недостаток или отсутствие антигенов комплекса гистосовместимости
 - неспособность иммунной системы распознавать какой-либо конкретный антиген
048. СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ
- поражения Т-хелперов вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
 - разрушения иммунной системы аутоиммунным процессом
 - присоединения интеркуррентной инфекции к основному заболеванию
 - дефицита компонентов комплемента
049. ПРИ ИНФИЦИРОВАНИИ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ) НЕХАРАКТЕРНО
- длительная ремиссия у больных ревматоидным артритом
 - обострения процесса у больных реактивным артритом
 - развитие артрита как проявления основного симптомокомплекса СПИДа
 - снижение функции Т-хелперов
050. ФАКТОРЫ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ, КРОМЕ
- целостности кожных покровов
 - бактерицидного действия желудочного сока
 - нормальной бактериальной флоры кишечника
 - фагоцитоза
051. ГОРМОНЫ ТИМУСА ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ В ПРОЦЕССАХ
- созревания и модулирования активности Т-лимфоцитов
 - подавляют созревание Т-лимфоцитов
 - усиления выработки антител
 - модулирования активности Т-лимфоцитов и усиления выработки антител
052. РАЗВИТИЕ АУТОИММУНИТЕТА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО
- снижением супрессорной функции Т-клеток изменением антигенного состава тканей
 - подавлением созревания Т-лимфоцитов
 - появлением новых популяций лимфоцитов, реагирующих с аутоантигенами
 - нарушением барьеров между внутренней и внешней средой организма
053. ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ СЛЕДУЮЩИХ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ
- нейтрофилов
 - макрофагов и лимфоцитов
 - тучных клеток
 - лимфоцитов и фибробластов
054. ЕСТЕСТВЕННЫМИ ИНГИБИТОРАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- иммуноглобулины
 - белки острой фазы α_2 -глобулины
 - α_2 -глобулины интерлейкин-1
 - интерлейкин-1
055. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ НИЖЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ПРОСТАГЛАНДИНАХ ВЕРНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- простагландины - это медиаторы воспаления
 - простагландины - это вазодилататоры
 - простагландины - это компоненты системы комплемента
 - простагландины - это продукты метаболизма арахидоновой кислоты

056. ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ ТИП ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) гранулематоза Вегенера
- б) гигантоклеточного височного артериита
- в) ревматоидного артрита
- г) геморрагический васкулит

057. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ИНФЕКЦИОННЫХ АРТРИТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- а) постэнтероколитические и урогенные артриты
- б) болезнь Лайма
- в) вирусные
- г) грибковые

058. ИНФЕКЦИЯ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТ ТЕЧЕНИЕ

- а) ревматоидного артрита
- б) системной красной волчанки
- в) дерматомиозита
- г) системной склеродермии
- д) всего перечисленного

Раздел 3
МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В РЕВМАТОЛОГИИ

001. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРИТА

- а) проксимальных межфаланговых суставов кисти
- б) дистальных межфаланговых суставов кисти
- в) первого плюснефалангового сустава
- г) локтевого сустава

002. РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ИЛЕОСАКРАЛЬНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА, СИНДЕСМОФИТЫ И КВАДРАТИЗАЦИЯ ПОЗВОНКОВ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а) деформирующего остеоартрита
- б) ревматоидного артрита
- в) анкилозирующего спондилита
- г) подагры

003. СИМПТОМ КУШЕЛЕВСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ

- а) суставов поясничного отдела позвоночника
- б) илеосакральных сочленений
- в) тазобедренных суставов
- г) лобкового симфиза

004. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ВРАЧУ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ТИПИРОВАНИЕ НА

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

005. АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОЦЕНИВАЮТ

- а) по клиническим проявлениям
- б) только по лабораторным показателям
- в) учитывая клиническую картину и результаты лабораторных исследований

006. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- а) пальцы в виде «шеи лебедя»
- б) узелки Бушара
- в) хруст в суставах
- г) покраснение в области суставов

007. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СУСТАВ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) наличие выраженного воспалительного процесса
- б) инфекционный процесс в суставе
- в) незначительные признаки воспаления в суставе

008. СИНДРОМ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- а) болезни Рейтера
- б) деформирующего остеоартрита
- в) подагры
- г) ревматоидного артрита

009. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРИТА

- а) эрозии
- б) субхондральный склероз и остеофиты
- в) кистовидные просветления
- г) остеолит

010. ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ АРТРИТЕ, В ОТЛИЧИЕ ОТ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В ДРУГИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ, МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- а) синдесмофиты позвоночника
- б) сакроилеит
- в) анкилозы дугоотростчатых суставов
- г) внесуставной остеолит
- д) кальцинаты мягких тканей

011. САКРОИЛЕИТ РЕЖЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- а) при болезни Бехтерева
- б) при ревматоидном артрите
- в) при псориатическом артрите
- г) при болезни Рейтера

012. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА БОЛЕЗНЬ РЕЙТЕРА ВРАЧ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ДОЛЖЕН ИСКЛЮЧИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФЕКЦИЮ
- а) генитальный герпес
 - б) хламидиоз
 - в) стафилококковую инфекцию
 - г) туберкулез
013. БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- а) ревматоидного артрита
 - б) подагрического артрита
 - в) остеоартроза
 - г) реактивного артрита
014. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
- а) асимметричного олигоартрита
 - б) асимметричного полиартрита
 - в) симметричного олигоартрита
 - г) симметричного полиартрита
 - д) асимметричного моноартрита
015. СЕКВЕСТРАЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ МОЖЕТ СТАТЬ СЛЕДСТВИЕМ
- а) остеомиелита
 - б) асептического остеонекроза
 - в) травматических переломов костей
 - г) всех перечисленных явлений
016. СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ
- а) гранулематоз с полиангиитом
 - б) болезни Бюргера
 - в) узелковом периартериите
 - г) геморрагическом васкулите
 - д) артериите Такаясу
017. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) анкилозирование суставов
 - б) тромбоцитоз
 - в) редкое развитие гломерулонефрита
 - г) повышение титра антител к ДНК
018. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
- а) синдрома Рейно
 - б) гелиотропной эритемы
 - в) геморрагической сыпи
 - г) уртикарной сыпи
019. АУТОИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ ВОСПАЛЕНИЯ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
- а) болезни Рейтера
 - б) подагры
 - в) остеоартрита
 - г) ревматоидного артрита
020. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
- а) шейного отдела позвоночника
 - б) поясничного отдела позвоночника
 - в) крестцового отдела позвоночника
 - г) крестцово-подвздошных сочленений
021. ДЛЯ КОМПЕНСИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО
- а) гипертрофия левого желудочка
 - б) расширение восходящего отдела дуги аорты
 - в) нормальный легочный рисунок
 - г) все перечисленное
022. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ
- а) увеличение левого желудочка
 - б) расширение всех отделов дуги аорты
 - в) увеличенная амплитуда и быстрая пульсация левого желудочка и аорты
 - г) подчеркнутая "талия" сердца
 - д) все перечисленное

023. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ

- а) дистальные межфаланговые суставы
- б) первый и второй пястно-фаланговый суставы
- в) плечевые суставы
- г) проксимальные межфаланговые суставы

024. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ИССЛЕДУЮТ

- а) содержание мочевой кислоты в сыворотке, ее суточную экскрецию с мочой
- б) содержание мочевины и остаточного азота
- в) активность креатинфосфокиназы
- г) уровень креатинина

025. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- а) ревматоидного фактора
- б) HLA-B27
- в) антинейтрофильных цитоплазматических антител
- г) антител к двуспиральной ДНК

026. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЦЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ РЕЗУЛЬТАТОМ

- а) патологии печени
- б) функции плаценты в III-м триместре беременности
- в) усиленной функции остеобластов
- г) всего перечисленного

027. МАРКЕРОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) АЦЦП
- б) ревматоидный фактор
- в) С-реактивный белок
- г) HLA-B 27 антиген
- д) антинуклеарный фактор

028. В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ

- а) повышенного уровня мочевой кислоты
- б) антитела к цитрулинированному пептиду
- в) диспротеинемии
- г) анемии

029. ДИАГНОЗ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРЕДПОЛАГАЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА

- а) обязательно
- б) не обязательно
- в) в 70% случаев
- г) в 50% случаев

б

030. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ АНТИТЕЛА К СЛЕДУЮЩИМ АНТИГЕНАМ

- а) нативной ДНК
- б) денатурированной ДНК
- в) гистону
- г) Ro-антигену
- д) всем перечисленным

031. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- а) абсолютной эозинофилии
- б) лейкоцитоза
- в) гиперхромной анемии
- г) гемолитической анемии

032. К ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСИТСЯ

- а) тромбоцитоз
- б) железодефицитная анемия
- в) лейкоцитоз
- г) лейкопения

033. К РАННИМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ

- а) артрит
- б) диастолический шум над аортой
- в) узловатая эритема
- г) систолический шум на митральном клапане

034. В ПАТОГЕНЕЗЕ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИЙ

- а) Т-хелперов
- б) Т-супрессоров
- в) тех и других

035. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

- а) узловатой эритемы
- б) кольцевидной эритемы
- в) эритематозных высыпаний
- г) папулезно-пустулезной сыпи

036. ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРОИЗВОДИТСЯ БИОПСИЯ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) синовиальной оболочки
- б) хряща
- в) кожи
- г) мышц
- д) аспирационной биопсии легких

037. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ, КОТОРЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) порфирия
- б) общий атеросклероз сосудов
- в) нарушение углеводного обмена
- г) амилоидоз

038. БИОПСИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

- а) ревматоидного артрита
- б) туберкулеза сустава
- в) анкилозирующего спондилоартрита
- г) реактивного артрита

039. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) сужение суставной щели и хондрокальциноз
- б) сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узурсы
- в) кисты в эпифизах
- г) сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты, кистовидные просветления в эпифизах

040. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) телеангиэктазия
- б) проксимальная миопатия
- в) поражение кишечника
- г) поражение почек

041. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- а) артралгия
- б) олигоартрит
- в) полиартрит
- г) моноартрит

042. ДЛЯ СИНОВИТА ПРИ РАЗВЕРНУТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО

- а) отсутствие синовиоцитов
- б) резкое утолщение синовиальной оболочки за счет массивных очагов гиалиноза
- в) скудный лимфоидно-гистиоцитарный инфильтрат
- г) массивный склероз поверхностного и глубокого слоев синовиальной оболочки
- д) все перечисленное

043. ПРИ БИОПСИИ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОМИОЗИТОМ ОБНАРУЖИВАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) инфильтрации лимфоцитами, плазматическими клетками
- б) некроза мышечных волокон
- в) пролиферативных васкулитов
- г) склероза мелких сосудов
- д) лимфоидных фолликулов

044. ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- а) лимфоидно-плазматочная инфильтрация экзокриновых желез
 - б) лимфоидные инфильтраты в легких, почках, мышцах
 - в) иммунобластная лимфаденопатия
 - г) лимфосаркома
 - д) все перечисленное верно
045. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ТЯЖЕЛОГО МИОПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ
- а) дилатации левого желудочка со снижением сократительной способности миокарда
 - б) сепарации перикардита и эпикарда с образованием между ними эхосвободного пространства
 - в) гиперкинезии и парадоксального движения стенок сердца
 - г) тромбоза желудочков сердца
 - д) аортальной регургитации
046. ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) деформация суставов
 - б) «бабочка» на лице
 - в) остеолит ногтевых фаланг
 - г) супраорбитальный отек и гиперемия кожи около глаз
047. ДЛЯ ПЕРВОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ
- а) голеностопных суставов
 - б) пястно-фаланговых суставов
 - в) плюсне-фаланговых суставов
 - г) коленных суставов
048. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ СОСУДОВ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ВАСКУЛИТАХ, НЕ ПОЗВОЛЯЕТ
- а) установить артериальные окклюзии
 - б) определить окклюзии коллатералей сосудов
 - в) выявить венозный тромбоз
 - г) оценить состояние брахиоцефальных сосудов
 - д) выявить поражение коронарных сосудов
049. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ПОРАЖЕНИЕ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОРГАНОВ, КРОМЕ
- а) почек
 - б) печени
 - в) поджелудочной железы
 - г) сердца
 - д) легких
050. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ
- а) гипертрофии левого предсердия
 - б) мерцательной аритмии
 - в) гипертрофии правого желудочка
 - г) гипертрофии левого желудочка
 - д) поворота электрической оси сердца вправо
051. РАННИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) появление ульнарной девиации суставов кисти
 - б) узурация суставных поверхностей
 - в) повышение уровня ащп
 - г) повышение уровня мочевой кислоты
052. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ
- а) наличие гемолитической анемии
 - б) повышение уровня острофазовых белков
 - в) умеренный лейкоцитоз
 - г) высокая активность креатинфосфокиназы
053. НОСИТЕЛЬСТВО В 27-АНТИГЕНОВ HLA СВОЙСТВЕННО
- а) синдрому шегрена
 - б) ревматоидному артриту
 - в) болезни бехтерева
 - г) дерматомиозиту

054. «ШТАМПОВАННЫЕ» ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- а) ревматоидного артрита
- б) остеоартрита
- в) подагры
- г) анкилозирующего спондилита

055. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ОТНОСЯТ

- а) пробойники
- б) подхрящевой остеосклероз
- в) остеофиты
- г) краевые костные эрозии эпифизов

056. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) антитела к цитоплазме нейтрофилов
- б) антигладкомышечные антитела
- в) антиядерные антитела
- г) антитела к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте

057. К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕМУСЯ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ОТНОСЯТ

- а) антигладкомышечные антитела
- б) ревматоидный фактор
- в) антинейтрофильные антитела
- г) антимитохондриальные антитела
- д) HLA-B27

058. ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- а) остеоартрита
- б) саркоидоза
- в) костно-суставного туберкулеза
- г) ревматоидного артрита
- д) склеродермии

059. «БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) лихорадка, узелки ослера, острая клапанная регургитация
- б) вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка
- в) миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
- г) ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема

060. ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ИМЕЮЩЕЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ ПРОБУ КУМБСА, СЛУЖИТ

- а) дефицит внутреннего фактора каблота
- б) кровотечение
- в) подавление красного ростка
- г) гемолиз

061. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОЙ НИЖЕ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- а) диффузный пневмофиброз
- б) базальный пневмофиброз
- в) адгезивный плеврит
- г) рестриктивный тип нарушения вентиляции
- д) эмфизема легких

062. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- а) позвоночные
- б) коленные
- в) крестцово-подвздошные
- г) кистей

063. ДЛЯ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- а) выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты
- б) мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой
- в) в период приступов может развиваться лихорадка
- г) действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты

064. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ АНТИРЕВМАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ОПАСНОСТЬ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ

- а) цитостатиков
- б) сульфаниламидов
- в) хинолиновых производных
- г) нестероидных противовоспалительных препаратов

065. ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) системной красной волчанки
- б) системной склеродермии
- в) дерматомиозита
- г) геморрагического васкулита
- д) облитерирующего тромбангиита

066. ДЛЯ ПИРОФОСФАТНОЙ АРТРОПАТИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- а) остеопороз
- б) хондрокальциноз
- в) субкортикальные кисты
- г) эрозирование суставных поверхностей

067. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) пневмонит
- б) гломерулонефрит
- в) геморрагический васкулит
- г) полиартрит

068. ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) менингоэнцефалитов
- б) судорожных припадков
- в) гидроцефалии
- г) нарушения мозгового кровообращения

069. ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВКЛЮЧАЮТ

- а) сенсорную полинейропатию
- б) двигательную полинейропатию
- в) компрессию спинного мозга с чувствительными нарушениями
- г) асимметричную нейропатию
- д) все перечисленное

070. ТУНЕЛЬНЫЕ НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- а) болезни де Кервена (стенозирующий тендовагинит лучезапястной области)
- б) локтевого стилоидита (тендовагинит локтевого разгибателя кисти)
- в) синдрома запястного канала (тендовагинит сгибателей кисти)
- г) синдрома гийонского канала (сдавление ветвей локтевого нерва)
- д) синдрома тарзального канала (тендовагинит задней большеберцовой мышцы)
- е) люмбоишалгии

071. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ИНСОЛЯЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) остеоартрит
- б) ревматоидный артрит
- в) системная волчанка
- г) саркоидоз

072. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- а) суставы поясничного и шейного отделов позвоночника
- б) коленные суставы
- в) первые пястно-фаланговые суставы стоп и кистей
- г) проксимальные межфаланговые суставы

073. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ РАЗВИВАЮТСЯ УЗЕЛКИ БУШАРА НА

- а) первых плюснефаланговых суставах симметрично
- б) 1 и 2 дистальных межфаланговых суставах кисти
- в) всех плюснефаланговых суставах симметрично
- г) проксимальных межфаланговых суставах кисти

074. ПОРАЖЕНИЕ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ ОДНОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

- а) ревматизма
- б) системной красной волчанки
- в) дерматомиозита
- г) ревматической полимиалгии

075. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛОАРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ОКАЖЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ

- а) коленных суставов
- б) голеностопных суставов
- в) тазобедренных суставов
- г) позвоночника и костей таза

076. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- а) хронического пиелонефрита
- б) мочекаменной болезни
- в) гломерулонефрита
- г) вторичного амилоидоза

077. РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- а) в области локтевого сустава
- б) на пальцах кисти
- в) в области затылка
- г) на стопе

078. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- а) появление механических болей
- б) повышение кожной температуры над суставами
- в) появление припухлости суставов
- г) гиперпигментация кожи над пораженными суставами.

Раздел 4
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

001. ЧАСТОТА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ
- а) 10%
 - б) 3%
 - в) 5%
 - г) 7%
002. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ВОЗРАСТЕ
- а) 10-20 лет
 - б) 20-50 лет
 - в) 50-60 лет
 - г) 60-65 лет
003. ДЛЯ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ
- а) генетическая предрасположенность
 - б) нейроэндокринные нарушения
 - в) энзимопатии
 - г) аутоиммунные нарушения
004. С ТЯЖЕЛЫМ ЭРОЗИВНЫМ СЕРОПОЗИТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ АССОЦИИРУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИГЕН ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ
- а) HLA-B27
 - б) HLA-DR4
 - в) HLA-A11
 - г) HLA-B35
005. ВОЗНИКНОВЕНИЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СПОСОБСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ
- а) эстрогенов
 - б) андрогенов
 - в) адреналина
 - г) паратгормона
006. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛЕТОК ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАСПОЗНАЮТ НЕУСТАНОВЛЕННЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ
- а) Т-хелперы
 - б) Т-супрессоры
 - в) Т-киллеры
 - г) моноциты/макрофаги
007. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ЭРОЗИВНОГО РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТА ИМЕЕТ
- а) поступление в синовиальную полость антигена
 - б) поглощение макрофагом антигена
 - в) активирование интерлейкином-1 и интерлейкином-2 Т-лимфоцитов
 - г) соединение антигена в комплексе с HLA-DR4 с Т-хелперами и Т-супрессорами
008. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ АМИЛОИДОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
- а) длительная антигенная стимуляция
 - б) основной компонент амилоидных фибрилл - белок АА
 - в) предшественник белка АА в крови - высокомолекулярный белок SAA, синтезируемый в печени
 - г) синтез ревматоидного фактора
009. В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СУСТАВЫ:
- а) пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые
 - б) локтевые
 - в) коленные
 - г) шейный отдел позвоночника
010. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФОРМАЦИИ КИСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) "рука с лорнетом"
 - б) ульнарная девиация
 - в) в виде "шеи лебедя"
 - г) в виде "молоткообразного пальца"
011. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
- а) шейного отдела позвоночника
 - б) грудного отдела позвоночника

- в) поясничного отдела позвоночника
 - г) крестцово-подвздошных сочленений
012. ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, КРОМЕ
- а) артритом межпозвоночных суставов
 - б) подвывихом шейных позвонков
 - в) слабостью в руках
 - г) костными анкилозами шейных позвонков
013. КОЖНЫЙ ВАСКУЛИТ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- а) дигитальным артериитом, изъязвлением кожи голеней, геморрагической сыпью
 - б) геморрагической сыпью, кольцевидной эритемой
 - в) изъязвлением кожи голеней, угревой сыпью
 - г) кольцевидной эритемой
014. ДЛЯ СИНДРОМА ФЕЛТИ ХАРАКТЕРНЫ
- а) склерит, синдром Рейно, полисерозит
 - б) синдром Рейно, полисерозит, кожный васкулит
 - в) альвеолит, кожный васкулит, лейкопения
 - г) кожный васкулит, лейкопения, рецидивирующая инфекция
015. СИНДРОМ ШЕГРЕНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА
- а) повышением частоты носительства HLA-B27
 - б) повышением частоты носительства HLA-DR4
 - в) положительный ревматоидный фактор
 - г) наличие антинуклеарных антител
016. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ
- а) печени
 - б) кишечника
 - в) почек
 - г) надпочечников
017. УРЕМИЯ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ РАЗВИВАЕТСЯ
- а) в течение года
 - б) в течение 1-5 лет
 - в) через 6 лет
 - г) через 7-10 лет
018. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СЕРОНЕГАТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ХАРАКТЕРНО
- а) начинается с поражения крупных суставов
 - б) быстро и рано в процесс вовлекаются мелкие суставы стоп
 - в) часто выявляется двусторонний сакроилеит
 - г) часто поражается тазобедренный сустав с развитием асептического некроза
019. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) некротизирующий васкулит с вовлечением жизненноважных органов
 - б) поражение легких
 - в) подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга
 - г) уремия при вторичном амилоидозе почек
020. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) повышение СОЭ
 - б) повышение уровня α_2 -глобулина
 - в) наличие в сыворотке крови С-реактивного белка
 - г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора и / или АЦЦП
021. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) индекс DAS28
 - б) выраженности экссудативных изменений в суставах
 - в) наличия или отсутствия системных проявлений
 - г) температурной реакции организма
022. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТСЯ
- а) эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели
 - б) эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели, кисты в костях, узурация.
 - в) кисты в костях, узурация
 - г) эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели, кисты в костях

023. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАНЕЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ
- а) в локтевых суставах
 - б) в плечевых суставах
 - в) в проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах
 - г) в коленных суставах
024. МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ БИОПСИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- а) пролиферация синовиоцитов, фибробластов
 - б) лимфоцитарная, плазмноклеточная, макрофагальная инфильтрация
 - в) отложение фибрина
 - г) фибриноидный некроз
025. РАЗРЫВ СУХОЖИЛИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ
- а) при реактивном артрите
 - б) при псориатическом артрите
 - в) при артрите, сопровождающим кишечные заболевания
 - г) при ревматоидном артрите
026. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ С СИММЕТРИЧНЫМ АРТРИТОМ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВЕРСИЕЙ БУДЕТ
- а) ревматоидный артрит
 - б) реактивный артрит
 - в) дерматополимиозит
 - г) аортоартериит Такаясу
027. ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ
- а) ахилоденция
 - б) симметричный артрит проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кисти
 - в) кератодермия
 - г) двусторонний сакроилеит (IV стадия)
028. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ КЛАПАННОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) недостаточность митрального клапана
 - б) митральный стеноз
 - в) сочетанный митральный порок
 - г) недостаточность аортального клапана
029. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО
- а) нормальная СОЭ
 - б) поражение проксимальных межфаланговых суставов кистей
 - в) локализация в крупных или дистальных межфаланговых суставах
 - г) первичное изолированное поражение тазобедренных суставов
030. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ВАЖНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
 - б) одновременное поражение суставов одного пальца
 - в) диффузный отек пальцев рук или ног в виде "сардельки"
 - г) высоко +тесты на РФ и АЦЦП
031. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО
- а) 90% больных составляют мужчины
 - б) наличие HLA-B27
 - в) наличие синдесмофитов на рентгенограммах позвоночника
 - г) ульнарная девиация
032. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ, ЖАРОПОНИЖАЮЩИЙ И АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НПВП, ЯВЛЯЕТСЯ
- а) подавление миграции макрофагов
 - б) снижение лизосомальной проницаемости
 - в) уменьшение сосудистой проницаемости
 - г) подавление синтеза простагландинов
033. ИЗ НИЖЕУКАЗАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ТОЛЬКО АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ ОБЛАДАЮТ
- а) индольные производные
 - б) кетопрофен
 - в) кеторолак
 - г) производные фенилуксусной кислоты

034. МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА ДИКЛОФЕНАКА ПРИ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
- а) 75 мг в сутки
 - б) 150-200 мг в сутки внутрь
 - в) 300 мг в сут
 - г) 50 мг в сут
035. ПРЕПАРАТ - КОРРЕКТОР МЕТАБОЛИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) кетопрофена
 - б) бетаметазона
 - в) хондроитин сульфата
 - г) колхицина
036. ВАЖНЫМ КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) положительная динамика показателей суставного синдрома
 - б) положительная динамика иммунологических показателей
 - в) положительная динамика показателей активности ревматоидного процесса
 - г) улучшение качества жизни
037. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ТЕРАПИИ АМИНОХИНОЛИНОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) желудочно-кишечные кровотечения
 - б) кожная сыпь
 - в) обесцвечивание волос
 - г) ретинопатии
038. МАКСИМАЛЬНЫЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ БАЗИСНЫХ СРЕДСТВ БОЛЬНЫМ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НАСТУПАЕТ
- а) через 1 мес
 - б) через 2 мес
 - в) через 3 мес
 - г) через 6 мес
039. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- а) через 2 нед
 - б) через 1 мес
 - в) через 2 мес
 - г) через 3 мес
040. При лечении ревматоидного артрита меньше побочных эффектов наблюдается при назначении
- а) сульфосалазина
 - б) плаквенила
 - в) циклофосфида
 - г) метотрексата
041. ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИКЛОСПОРИНА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) гипертрихоз
 - б) токсическое повреждение почек
 - в) гиперплазия десен
 - г) артериальная гипертензия
042. ЦИТОСТАТИК ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ АНЕМИИ И ЛЕЙКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
- а) азатиоприн
 - б) циклофосфан
 - в) метотрексат
 - г) циклоспорин
043. ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ СУЛЬФАСАЛАЗИНА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) кожная сыпь
 - б) тошнота и рвота
 - в) агранулоцитоз
 - г) лихорадка
044. ДВА ИЛИ ТРИ БАЗИСНЫХ ПРЕПАРАТА ОДНОВРЕМЕННО
- а) применяют при лечении ревматических заболеваний
 - б) не применяют при лечении ревматических заболеваний
 - в) применяют только при ревматоидном артрите

г) применяют только при анкилозирующем спондилите

045. ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ

- а) у всех больных
- б) при наличии ревматоидного фактора в сыворотке крови
- в) при признаках поражения почек
- г) при высокой активности ревматоидного процесса

046. ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ДЛИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ГКС МАКСИМАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА

- а) 5 мг
- б) 7.5 мг
- в) 10 мг
- г) 15 мг

047. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГКС ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- а) преднизолону
- б) дексаметазону
- в) триамцинолону
- г) бетаметазону

048. ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ГКС ВНУТРЬ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

- а) с системными проявлениями
- б) с активностью низкой степени
- в) с моно- или олигоартритом
- г) в начальной стадии заболевания без системных проявлений

049. ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ЗАДАЧЕЙ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ФЕЛТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) подавление активности суставного синдрома, устранение нейтропении
- б) подавление активности суставного синдрома, ликвидация инфекции
- в) устранение нейтропении, спленэктомия
- г) устранение нейтропении, ликвидация инфекции

050. В целях устранения выраженной нейтропении при синдроме Фелти применяют ГКС

- а) в малых дозах внутрь
- б) в средних дозах внутрь
- в) в больших дозах внутрь
- г) в виде пульс-терапии большими дозами метилпреднизолона

051. ВВЕДЕНИЕ ГКС ВНУТРЬ СУСТАВОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- а) при одновременном приеме внутрь больших доз глюкокортикостероидов
- б) при моно- или олигоартрите с выраженным экссудативным компонентом
- в) при множественном поражении суставов с выраженными экссудативными явлениями
- г) при артралгиях без экссудативных изменений в суставе

052. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ, ОПАСНЫМИ ДЛЯ ЖИЗНИ, ЯВЛЯЮТСЯ

- а) острое желудочно-кишечное кровотечение, остеопороз
- б) остеопороз, катаракта
- в) задержка натрия и воды, катаракта
- г) острое желудочно-кишечное кровотечение, амилоидоз

053. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛФК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СЛУЖИТ

- а) уменьшение воспалительных явлений и болей
- б) острый воспалительный процесс
- в) экссудативные явления
- г) лихорадка

054. ВРАЧ ДОЛЖЕН ОСМАТРИВАТЬ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОЛУЧАЮЩИХ БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ,

- а) 1 раз в месяц
- б) 2 раза в месяц
- в) 1 раз в 3 месяца
- г) 1 раз в 6 месяцев

055. ДИАГНОЗ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

- а) возраст пациента в момент обращения не достиг 20 лет
- б) заболевания суставов началось до 16-летнего возраста
- в) заболевания суставов началось до 14-летнего возраста
- г) заболевания суставов началось до 10-летнего возраста

056. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА УЧТЕНЫ
- а) серопозитивность или серонегативность по ревматоидному фактору, число пораженных суставов и наличие системных проявлений
 - б) начало артрита после 6 лет
 - в) степень деструкции суставов по рентгенологическим признакам
 - г) поражение позвоночника и, прежде всего, шейного отдела
057. ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ВЫЯВЛЯЕТСЯ
- а) у 10% больных
 - б) у 30-40% больных
 - в) более, чем у 40% больных
 - г) у 100% больных
058. ВЫБЕРИТЕ ПОЛОЖЕНИЕ КАСАЮЩИХСЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА,
- а) ревматоидный фактор чаще всего выявляется при полиартикулярном варианте
 - б) олигоартикулярный вариант ассоциируется с положительным антинуклеарным фактором
 - в) системный вариант ассоциируется с положительным антинуклеарным фактором
 - г) олигоартикулярный вариант ассоциируется с антигеном гистосовместимости HLA A2
059. БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАБЛЮДАЕТСЯ
- а) при олигоартикулярном поражении суставов
 - б) при полиартикулярном серопозитивном артрите
 - в) при полиартикулярном серонегативном артрите
 - г) в случае, когда заболевание начинается с системных проявлений
060. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ СИНДРОМА СТИЛЛА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) полисерозита
 - б) гепатолиенального синдрома
 - в) макулопапулезной сыпи
 - г) моноцитоза
061. ЗНАЧЕНИЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО И ТУБЕРКУЛЕЗНОГО АРТРИТОВ ИМЕЕТ
- а) количество пораженных суставов
 - б) эпифизарный остеопороз
 - в) очаги деструкции в кости
 - г) преобладание нейтрофилов в синовиальной жидкости
062. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА У ДЕТЕЙ:
- а) в клинической картине преобладает поражение позвоночника
 - б) синдесмофиты встречаются относительно часто
 - в) ассиметричный олигоартрит наблюдается высокая частота периферических артритов
 - г) энтезопатии различных локализаций наблюдаются в 30-40% случаев
063. ПРИЗНАК, МЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ИЕРСИНИОЗНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
- а) артриту предшествует ярко выраженный энтероколит
 - б) протекает, как правило, с множественным поражением суставов
 - в) часто сопровождается узловой эритемой
 - г) HLA B27 встречается в 50% случаев и более
064. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) фиброзирующий альвеолит
 - б) наиболее частой причиной является инфекционная диарея
 - в) цирцинарный баланит с изъязвлениями
 - г) преимущественное поражение тазобедренных суставов
065. ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ АРТРИТОВ СОЧЕТАЮЩИХСЯ СО СПОНДИЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) увеличение СОЭ
 - б) гипергаммаглобулинемия
 - в) наличие HLA B27 позитивности
 - г) анемия
066. ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ХАРАКТЕРНО
- а) острое начало
 - б) частое вовлечение суставов кистей, чем стоп
 - в) наличие энтезопатий
 - г) ассиметричный сакроилеит
067. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ

- а) детей
- б) стариков
- в) подростков и молодых мужчин
- г) женщин в климактерическом периоде

068. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ

- а) недостаточность митрального клапана
- б) стеноз устья аорты
- в) аортальная недостаточность
- г) недостаточность трикуспидального клапана

069. ДЛЯ ГРУППЫ АРТРИТОВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ СО СПОНДИЛИТОМ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- а) односторонний сакроилит, поражение реберно-позвонковых и межпозвонковых суставов, оссификация связок позвоночника
- б) двухсторонний сакроилит, оссификация связок позвоночника,
- в) симптом "бамбуковой палки", остиосклероз дистальных межфаланговых суставов кистей
- г) поражение реберно-позвонковых и межпозвонковых суставов, симптом «пробойника»

070. НАЛИЧИЕ HLA B27 НЕ СВЯЗЫВАЮТ

- а) с более тяжелым поражением позвоночника
- б) с острым передним увеитом
- в) с аортитом
- г) с фиброзом верхушек легких

071. ПОРАЖЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ЧАЩЕ НАЧИНАЕТСЯ

- а) с шейного отдела
- б) с поясничного отдела
- в) с крестцово-подвздошных суставов
- г) с грудного отдела

072. ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- а) апикального склероза верхушек легких
- б) диффузного гломерулонефрита с почечной недостаточностью
- в) аортита, атриовентрикулярной блокады
- г) аортальной недостаточности

073. ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ХАРАКТЕРНО

- а) острое начало заболевания
- б) симметричный артрит периферических суставов
- в) более частое вовлечение суставов кистей, чем стоп
- г) наличие энтезопатий

074. ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- а) проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп
- б) локтевых суставов грудино
- в) лучезапястных суставов
- г) межпозвонковых суставов

075. ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ХАРАКТЕРНО

- а) ирит и иридоциклит
- б) склерит
- в) конъюнктивит
- г) блефарит

076. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ САКРОИЛИИТА

- а) реактивный артрит
- б) подагра
- в) ювенильный ревматоидный артрит
- г) псориатический артрит

077. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ИСКЛЮЧАЕТ

- а) молодой возраст
- б) механический характер болей в суставах и позвоночнике
- в) двусторонний коксит
- г) боли при пальпации крестцово-подвздошных суставов

078. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ИСКЛЮЧАЕТ

- а) постепенное начало болезни
- б) поражение тазобедренных суставов

- в) ахиллобурсит
- г) кератодермия

079. НАИМЕНЕЕ УБЕДИТЕЛЬНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ДИАГНОЗА АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) наличие HLA B27
- б) симптом "бамбуковой палки" по данным рентгенологического исследования
- в) двусторонний сакроилиит II стадии и выше
- г) анкилоз крестцово-подвздошных суставов

080. ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА

- а) острой ревматической лихорадки
- б) системной красной волчанки
- в) дерматомиозита
- г) анкилозирующего спондилита

081. ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРОТЕКАЮЩЕЕ БЕЗ ВОВЛЕЧЕНИЯ ИЛЛИОСАКРАЛЬНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ

- а) неспецифический язвенный колит
- б) псориатический артрит
- в) Болезнь Форестье
- г) Анкилозирующий спондилит

082. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ У ДЕТЕЙ

- а) поражение позвоночника длительное время ограничивается сакроилиитом
- б) наблюдается лимфаденопатия
- в) часто встречается передний увеит
- г) течение периферического артрита доброкачественное

083. У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ, ПО СРАВНЕНИЮ С МУЖЧИНАМИ ЧАЩЕ

- а) процесс в позвоночнике прогрессирует медленно
- б) поражается шейный отдел позвоночника
- в) заболевание начинается в более позднем возрасте
- г) встречается остеоит лобкового симфиза

084. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА НЕВОЗМОЖНО ДОСТИГНУТЬ

- а) полного излечения
- б) снижения активности заболевания
- в) снижения интенсивности болей
- г) улучшения показателей функционального состояния опорно-двигательного аппарата

085. Из перечисленных средств наиболее эффективен при анкилозирующем спондилите

- а) милоксикам
- б) ибупрофен
- в) индометацин
- г) ацетилсалициловая кислота

086. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АКСИАЛЬНОЙ ФОРМЫ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- а) сульфасалазин
- б) метотрексат
- в) иФНОα
- г) лефлюнамид

087. ЧТО НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ БОЛЬНЫМ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ

- а) ходить с опорой при поражении коленных и тазобедренных суставов
- б) спать на жесткой постели без подушки
- в) укреплять мышцы спины
- г) совершать длительные пешеходные прогулки на большие расстояния

088. ВОЗБУДИТЕЛЕМ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) трихомонада
- б) пневмококки
- в) лактобактерии
- г) уреплазма

089. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) метод ИФА и ПЦР
- б) посев мочи на стерильность
- в) биопсия тканей уретры или цервикального канала
- г) посев крови на стерильность

090. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТАХ ХАРАКТЕРНО
- а) изолированное поражение локтевых суставов
 - б) боли возникают только при физической нагрузке
 - в) сосискообразная конфигурация пальцев, артрит суставов 1-го пальца стоп
 - г) симметричный артрит
091. ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО
- а) постепенное начало
 - б) развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста
 - в) полиартрит в дебюте заболевания
 - г) преимущественное поражение суставов нижних конечностей
092. ТЕТРАДА УРОГЕНИТАЛЬНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ВКЛЮЧАЕТ
- а) кератодермия, уретрит, артрит, конъюнктивит.
 - б) уретрит, артрит, двусторонний сакроилеит, конъюнктивит
 - в) артрит, кератодермия, диарея, тонзиллит
 - г) двусторонний сакроилеит, тонзиллит, конъюнктивит, уретрит
093. ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ
- а) тиреоидита Хашимото
 - б) миокардита
 - в) фиброзирующего альвеолита
 - г) мезангио-пролиферативного гломерулонефрита
094. ДЛЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО
- а) кератодермия
 - б) аннулярная эритема
 - в) экссудативная эритема
 - г) периорбитальная эритема
095. ДИСТАЛЬНЫЕ МЕЖФАЛАНГОВЫЕ СУСТАВЫ ОБЫЧНО ПОРАЖАЮТСЯ
- а) при гемофилической артропатии
 - б) при псевдоподагре
 - в) при остеоартрите
 - г) при ревматоидном артрите
096. ДЛЯ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО
- а) развитие заболевания в течение 1 месяца после перенесенной носоглоточной инфекции, высокие титры противострептококковых антител
 - б) неблагоприятное течение заболевания
 - в) преимущественное поражение мелких суставов
 - г) миокардит
097. БЕЗ САКРОИЛЕИТА ПРОТЕКАЕТ
- а) бруцеллез
 - б) ревматоидный артрит
 - в) псориатический артрит
 - г) анкилозирующий спондилит
098. ГОНОКОККОВЫЙ АРТРИТ ПРОТЕКАЕТ БЕЗ
- а) острого воспаления мелких суставов рук и ног
 - б) положительного эффекта от лечения пенициллином
 - в) раннего развития контрактур и атрофии мышц
 - г) ахиллодинии
099. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОГО АРТРИТА ПРОВОДЯТ
- а) небольшими дозами пенициллина
 - б) далагиллом
 - в) пенициллином в первые 10 дней заболевания
 - г) с использованием плазмофереза в первые 2 недели заболевания
100. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ АНТИБИОТИКАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИЕРСИНИОЗНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) тетрациклин
 - б) эритромицин
 - в) левомецетин
 - г) пенициллин
101. ПРИЗНАК, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ
- а) преимущественно развивается у детей старшего возраста
 - б) ассиметричный олигоартрит мелких и средних суставов предшествует появлению псориатических высыпаний
 - в) чаще болеют мальчики
 - г) как правило ассоциируется с HLA DR4

102. ПРИ ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СУСТАВЫ
- плюснефаланговые
 - голеностопные
 - коленные
 - тазобедренные
103. ДЛЯ ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗА В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТЕОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО
- сужение суставной щели и субхондральный склероз на рентгенограмме
 - поражение запястных и пястно-фаланговых суставов
 - остеофиты на рентгенограмме
 - поражение коленных суставов
104. АРТРОПАТИЯ ЖАКУ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
- ревматизма
 - остеоартрита
 - системной красной волчанки
 - дерматомиозита
105. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ОСТРЫМ ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ПИРОФОСФАТНОЙ АРТРОПАТИИ ИСПОЛЬЗУЮТ
- рентгенография пораженных суставов и исследование синовиальной жидкости
 - выявление антинуклеарного фактора
 - выявление ревматоидного фактора
 - тест Квейма
106. ОХРОНОТИЧЕСКАЯ АРТРОПАТИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВСЕМИ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ
- вовлечения в патологический процесс позвоночника
 - кальцификации межпозвонковых дисков
 - кальцификации связок позвоночника
 - серо-коричневой пигментацией кожных покровов
107. ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ПАЛЛИНДРОМНОГО РЕВМАТИЗМА, ВЕРНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- артрит начинается внезапно
 - отмечаются боли и припухлость в одном или двух суставах
 - в области пораженных суставов отмечаются мелкие подкожные узелки
 - на рентгенограммах - эрозивный артрит
108. ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЙ ГИДРОАРТРОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ
- поражение сустава возникает остро, выраженность изменений нарастает в течение 12-24 ч
 - как правило, появляется большой выпот в коленном суставе
 - в крови и синовиальной жидкости определяется ревматоидный фактор
 - выпот в суставе сохраняется 2-5 дней
109. ХОНДРОМАТОЗ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ
- моноартрита
 - наличия хрящевых или костных телец в синовиальной жидкости
 - периодической блокады сустава
 - значительного повышения СОЭ
110. ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- циклоспорин-А
 - метотрексат
 - сульфасалазин
 - D-пеницилламин
111. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ХАРАКТЕРНО
- акральные и внутрисуставные остеолиты, анкилоз нескольких суставов одного пальца, околоушной остеопороз
 - остеофиты
 - симптом «пробойника»
 - очаги остеоэрозивности
112. ВАРИАНТАМИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- дистальный, остеолизический, спондилоартритический
 - мигрирующие артралгии
 - полиартритический
 - поражения дистальных межфаланговых суставов - узлы Гебердена
113. ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ РЕДКИХ ПРИЗНАКОВ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- артрит дистальных межфаланговых суставов

- б) симметричный сакроилиит
- в) "сосискообразная" конфигурация пальцев стоп
- г) параартикулярные явления

114. КРИТЕРИЕМ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) подвывих пальцев рук
- б) развитие подкожных узелков
- в) параартикулярные явления
- г) рентгенологические признаки сакроилеита

115. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах
- б) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике
- в) анкилозирование межпозвонковых суставов
- г) первые признаки заболевания - кожные

116. ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- а) связь развития аортита и аортального порока сердца с активностью периферического артрита
- б) связь амилоидной нефропатии с характером поражения кожи
- в) ярко выраженная атрофия мышц, прилежащих к пораженным суставам
- г) внутрисуставной остеолит дистальных межфаланговых суставов

117. ПРИМЕНЕНИЕ АМИНОХИНОЛИНОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ОБОСНОВАНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- а) ревматической полимиалгии
- б) болезни Бехтерева
- в) псориатического артрита
- г) ревматоидного артрита

118. ОБОСТРЕНИЕ ПСОРИАЗА МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ

- а) аминохинолиновых производных
- б) сульфасалазина
- в) метотрексата
- г) инфликсимаба

119. НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГНОЙНОГО АРТРИТА ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) лихорадка, озноб
- б) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- в) изменения синовиальной жидкости в виде высокого цитоза, увеличения числа нейтрофилов, мутности, повышенной вязкости
- г) полиартрит

120. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО АРТРИТА ИСКЛЮЧАЕТ

- а) перевод больного в гнойное хирургическое (ортопедическое) отделение
- б) введение антибиотиков внутримышечно или внутривенно
- в) дренирование суставной полости
- г) проведение синовэктомии

121. ДЛЯ ГОНОРЕЙНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- а) моно-, олиго- или полиартрит с развитием пролиферативных изменений
- б) наличие антигена гистосовместимости HLA- B27
- в) уретрит
- г) положительная реакция Борде - Жангу

122. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ СПОНДИЛИТ ИСКЛЮЧАЕТ

- а) боли в позвоночнике
- б) натечные абсцессы, и свищи
- в) сакроилиит
- г) кифоз

123. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- а) наличия рагоцитов в синовиальной жидкости
- б) моноартрита коленного или тазобедренного сустава
- в) рентгенологические изменения (ограниченная костная полость, секвестры, выпот в полость сустава, разрушение суставных концов костей)
- г) положительной реакции Манту, Диаскинтеста

124. ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАННОЕ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

- а) хирургического вмешательства
- б) применения глюкокортикостероидов
- в) применения антитуберкулезных препаратов
- г) иммобилизации пораженной конечности

125. БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА ИСКЛЮЧАЕТ
- а) этиологический фактор спирохеты боррелии
 - б) переносчик болезни - иксодовый клещ
 - в) заболевание начинается с радикулоневрита
 - г) заболевание встречается в лесистой местности
126. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) мигрирующая эритема
 - б) артрит, появляющийся через 2 месяца после возникновения эритемы
 - в) лимфаденопатия
 - г) подкожные узелки
127. ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ЛАЙМА ОСНОВАНА НА
- а) клинической картине, выделение культуры к спирохете (IgG)
 - б) клинической картине, положительной ревкции Райта
 - в) клинической картине, положительной реакции Вассермана
 - г) клинической картине, положительная реакция Борде - Жангу
128. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ , ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) поражения суставов кистей и стоп
 - б) моноартрита коленного сустава ("белая опухоль", "саблевидная голень")
 - в) моноартрита голеностопного сустава
 - г) поражения позвоночника
129. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДАГРОЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ
- а) более 1%
 - б) менее 1%
 - в) более 5%
 - г) менее 5%
130. У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ РАНЬШЕ И ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ:
- а) мочекаменная болезнь
 - б) бинтерстициальный нефрит
 - в) нефросклероз
 - г) пиелонефрит
131. УКАЖИТЕ, КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОЙ ПОДАГРЫ:
- а) пернициозная анемия
 - б) хронический миелолейкоз
 - в) хроническая болезнь почек
 - г) эритремия
132. ГИПЕРУРИКЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ
- а) при подагре
 - б) ревматоидный артрит
 - в) болезни Лайма
 - г) болезни Стилла
133. ПАТОГЕНЕЗ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ТИПА ГИПЕРУРИКЕМИИ ИСКЛЮЧАЕТ
- а) гиперлипидемию
 - б) дефицит гипоксантин-гуанин-фосфорибозилтрансферазы
 - в) повышенный обмен нуклеотидов
 - г) диету с большим содержанием пуринов
134. ПАТОГЕНЕЗ ПОЧЕЧНОГО ТИП ГИПЕРУРИКЕМИИ ИСКЛЮЧАЕТ
- а) почечную недостаточность
 - б) ожирение
 - в) избыточное содержания в крови мочевой кислоты, кетоновых соединений
 - г) прием тиазидов
135. ФАКТОР ИСКЛЮЧАЮЩИЙ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ
- а) лечения тиазидами
 - б) голодания
 - в) лечения колхицином
 - г) употребления большого количества жиров
136. НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ ВЛИЯЕТ
- а) носоглоточная инфекция
 - б) голодание

- в) значительное физическое перенапряжение
 - г) прием некоторых медикаментов
137. ТОФУСЫ – ЭТО СИМПТОМ
- а) Ревматоидного артрита
 - б) Подагры
 - в) Синдрома Рейтера
 - г) Болезни Бехтерева
138. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) развитие максимума воспаления в течение первых суток
 - б) поражение 3-4 суставов
 - в) асимметричность поражения суставов стоп
 - г) стерильность суставной жидкости
139. ПРИ ПОДАГРЕ НЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СУСТАВЫ
- а) коленные
 - б) плечевые
 - в) локтевые
 - г) голеностопные
140. В НОРМЕ УРОВЕНЬ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ РАВЕН
- а) < 0.36 ммоль/л
 - б) > 0.36 ммоль/л
 - в) < 0.15 ммоль/л
 - г) > 0.15 ммоль/л
141. ПОРАЖЕНИЕ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ
- а) подагры
 - б) анкилозирующего спондилоартрита
 - в) ревматоидного артрита
 - г) остеоартрита
142. ПОДКОЖНЫЕ УЗЕЛКИ МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, КРОМЕ
- а) ревматизма
 - б) ревматоидного артрита
 - в) ревматической полимиалгии
 - г) бактериального эндокардита
143. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ МОНОАРТРИТА ИСПОЛЬЗУЮТ
- а) тест муцинового сгустка
 - б) определение глюкозы в синовиальной жидкости
 - в) определение комплемента в синовиальной жидкости
 - г) микроскопическое исследование синовиальной жидкости
144. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГЕМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) вторичная подагра
 - б) рецидивирующий гонартрит коленных суставов
 - в) потеря болевой чувствительности
 - г) компрессионный перелом позвоночника
145. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИЦИТЕМИИ(ЭРИТРЕМИИ) ЯВЛЯЕТСЯ
- а) вторичная подагра
 - б) рецидивирующий гонартрит коленных суставов
 - в) потеря болевой чувствительности
 - г) компрессионный перелом позвоночника
146. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) вторичная подагра
 - б) рецидивирующий гонартрит коленных суставов
 - в) потеря болевой чувствительности
 - г) компрессионный перелом позвоночника
147. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОХРОНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) вторичная подагра
 - б) рецидивирующий гонартрит коленных суставов
 - в) потеря болевой чувствительности
 - г) наличие гомогентизиновой кислоты в моче
148. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ ЭФФЕКТ КОЛХИЦИНА НАСТУПАЕТ
- а) на 1-2 сутки
 - б) на 3-4 сутки

- в) через 1 неделю
- г) через 1 месяц

149. У МУЖЧИНЫ 45 ЛЕТ РАЗВИЛСЯ РЕЦИДИВ ОСТРОГО АРТРИТА С СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ В I ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОМ СУСТАВЕ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) аллопуринол
- б) колхицин
- в) мелоксикам
- г) хондроитин сульфат

150. ДИЕТОТЕРАПИЯ ПОДАГРЫ ВКЛЮЧАЕТ

- а) ограничения суточного потребления белков
- б) малокалорийной диеты
- в) ограничения растительной клетчатки
- г) ограничение углеводов

151. АЛЛОПУРИНОЛ ВЫЗЫВАЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) обострения подагрического артрита на начальном этапе терапии
- б) снижения клубочковой фильтрации
- в) обратного развития тофусов
- г) снижения урикемии до нормы

152. ПРИ ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗЕ В ХРЯЩЕ ОТКЛАДЫВАЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ

- а) кальция
- б) пирофосфата кальция
- в) карбоната кальция
- г) гидроксиапатита

Раздел 5
ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ
И ДРУГИЕ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОСТЕЙ

001. ОСТЕОАРТРИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ У НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ С ЧАСТОТОЙ
- а) 1%
 - б) 2%
 - в) 3%
 - г) 6%
002. У ЛИЦ, СТАРШЕ 60 ЛЕТ ОСТЕОАРТРИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ
- а) 50%
 - б) 60%
 - в) 75%
 - г) 97%
003. РАЗВИТИЮ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) генетических факторов
 - б) повышения выработки фибробластами коллагена и фибронектина
 - в) дисплазии, приводящей к изменению конгруэнтности суставных поверхностей
 - г) перегрузки суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом, ожирением
004. РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО
- а) травмой сустава
 - б) артритом
 - в) метаболическими и эндокринными нарушениями
 - г) продуктивным васкулитом мелких артерий
005. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ ОСТЕОАРТРИТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ
- а) альтерации хондроцитов
 - б) уменьшения содержания протеогликанов, разрывы коллагеновых волокон в матриксе суставного хряща
 - в) повышения содержания лизосомальных ферментов в суставном хряще, реактивного синовита
 - г) образование «суставного паннуса»
006. ДЛЯ ОСТЕОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) болей "механического" типа в суставах
 - б) периодической "блокады" суставов
 - в) утренней скованности в суставах в течение часа
 - г) преимущественного поражения суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей
007. УЗЕЛКИ БУШАРА ПОЯВЛЯЮТСЯ
- а) при подагре
 - б) при ревматоидном артрите
 - в) при остеоартрите
 - г) при ревматизме
008. НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) болезненность при пальпации коленного сустава
 - б) хруст при движении в коленном суставе
 - в) остеофиты (по данным рентгенограммы)
 - г) поражение надколенно-бедренного сочленения (по данным рентгенограммы)
009. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫРАЖЕННОГО ДВУСТОРОННЕГО КОКСАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) нарушение внутренней и наружной ротации бедер
 - б) ограничение отведения и приведения бедер
 - в) гипотрофия мышц бедер
 - г) "утиная походка"
010. ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРИТА МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- а) сужения суставных щелей
 - б) субхондрального остеосклероза
 - в) узурации суставных поверхностей костей
 - г) анкилозов
011. ИЗМЕНЕНИЯ КОНФИГУРАЦИИ СУСТАВОВ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ:
- а) отсутствуют
 - б) выражены в основном за счет припухлости мягких околосуставных тканей
 - в) выражены в основном за счет костных изменений
012. КИСТА БЕЙКЕРА – ЭТО:

- а) околосуставное кистовидное просветление костной ткани на рентгенограммах
- б) скопление воспалительной жидкости в полости сустава
- в) скопление жидкости в заднем завороте коленного сустава
- г) скопление жидкости в препателлярной бурсе

013. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ ВОЗНИКАЮТ

- а) узур
- б) анкилозы
- в) тофусы
- г) hallux valgus

014. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

- а) рано возникают выраженные деформации
- б) характерны выраженные костные анкилозы
- в) характерны системные проявления
- г) обычно суставные выпоты малы по объему или отсутствуют

015. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) синовит
- б) дегенерация суставного хряща
- в) отложение кристаллов пирофосфата кальция
- г) ремоделирование костной ткани

016. ОСТЕОСКЛЕРОЗ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- а) ревматоидного артрита
- б) остеоартрита
- в) системной склеродермии
- г) остеопороза

017. ГРУБАЯ КРЕПИТАЦИЯ В СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а) реактивного артрита
- б) ревматоидного артрита
- в) остеоартрита
- г) подагры

018. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТЕОАРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) субхондральный склероз краевые остеофиты кисты в эпифизах костей
- б) субхондральный склероз краевые остеофиты неравномерное сужение суставных щелей
- в) неравномерное сужение суставных щелей узур суставных поверхностей костей подвывихи суставов
- г) субхондральный склероз краевые остеофиты подвывихи суставов

019. УКАЖИТЕ ОДИН РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕ ТИПИЧНЫЙ ДЛЯ ОСТЕОАРТРИТА

- а) сужение суставной щели
- б) субхондральный склероз
- в) околосуставной остеопороз
- г) краевая гипертрофия суставных поверхностей

020. В КАЧЕСТВЕ ИСКУССТВЕННОГО ЗАМЕНИТЕЛЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- а) раствор трасилола
- б) раствор диклофенака
- в) раствор гиалуроновой кислоты
- г) раствор димексида

021. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- а) нестероидных противовоспалительных препаратов
- б) глюкокортикостероидов внутрь
- в) хондропротекторов
- г) глюкокортикостероидов внутрисуставно

022. При остеоартрите показаны все перечисленные методы физиотерапии, за исключением

- а) электрофореза новокаина и анальгетиков
- б) ультразвуковой терапии
- в) криотерапии
- г) парафино- и озокеритолечения

023. ИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- а) остеотомия
- б) эндопротезирование
- в) артродез
- г) синовэктомия

024. ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛЕЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) головных болей
- б) головокружения и тошнотой и рвотой
- в) шума в ушах
- г) базилярного вдавления с ассимиляцией атланта
- д) синдрома "плечо-кость"

025. ДИСКОВЕННАЯ МИЕЛОПАТИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ И СПОНДИЛЕЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- а) ощущением покалывания в нижних конечностях
- б) ощущением ползания мурашек по ногам
- в) парезом нижних конечностей
- г) всем перечисленным

026. НАИБОЛЕЕ РЕДКО ОСТЕОХОНДРОЗ И СПОНДИЛЕЗ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРОЯВЛЯЮТСЯ

- а) плечелопаточным периартериитом
- б) синдромом передней лестничной мышцы
- в) приступом болей в правом подреберье
- г) кардиальным синдромом ("шейная стенокардия")

027. КОРЕШКОВЫЙ СИНДРОМ ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ И СПОНДИЛЕЗЕ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- а) острую боль в плече, предплечье и пальцах кистей
- б) чувствительные и двигательные расстройства в зоне дерматомов
- в) нарушение рефлексов на стороне пораженной руки
- г) синдром Рейно

028. Для корешкового синдрома при остеохондрозе и спондилезе грудного отдела позвоночника характерно все перечисленное, за исключением

- а) кардиального (псевдоангинозного) синдрома
- б) абдоминального синдрома
- в) боли при надавливании на остистые отростки II-VII грудных позвонков
- г) ограничения движений в позвоночнике, связанном с анкилозом дугоотростчатых суставов

029. КОРЕШКОВЫЙ СИНДРОМ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ И СПОНДИЛЕЗЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ НИЖЕ ПРИЗНАКАМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) резко выраженных болей в пояснице (люмбаго)
- б) резко выраженных болей в пояснице и ноге (люмбаишалгия)
- в) симптомов натяжения (Ласега, Нери, Дежерина, Вассермана)
- г) сакроилиита

030. У БОЛЬНОГО, ПРЕДЪЯВЛЯЮЩЕГО ЖАЛОБЫ НА БОЛЬ В СУСТАВАХ, ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОБНАРУЖЕНА КАЛЬЦИФИКАЦИЯ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ (ХРЯЩЕЙ). ЛАБОРАНТ ОБРАТИЛ ВНИМАНИЕ НА ТЕМНЫЙ ЦВЕТ ОТСТОЯВШЕЙСЯ МОЧИ БОЛЬНОГО. КАКУЮ БОЛЕЗНЬ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ В ДАННОМ СЛУЧАЕ

- а) порфирию
- б) болезнь Аддисона
- в) охроноз (наследственный)
- г) сахарный диабет

031. СЕРЬЕЗНУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ И СПОНДИЛЕЗОМ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СЛЕДУЮЩИЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ СИНДРОМОВ

- а) корешковый
- б) вегетативно-дистрофический
- в) спинальный

032. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛЕЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА - ЭТО

- а) "прострел"
- б) "боковой крен"
- в) спазм мышц спины
- г) спинальные нарушения

033. ПРИЧИНОЙ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) воспалительный процесс в синовиальной оболочке
- б) "инфаркт" кости в результате ее ишемии
- в) избыточная нагрузка на сустав
- г) ранняя и быстрая дегенерация суставного хряща при остеоартрите

034. АВАСКУЛЯРНЫЙ ОСТЕОНЕКРОЗ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ
- а) остеоартрита
 - б) системной красной волчанки
 - в) ревматоидного артрита
 - г) хронического алкоголизма
035. ТИПИЧНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ АСЕПТИЧЕСКОГО ОСТЕОНЕКРОЗА
- а) кости таза
 - б) позвонки
 - в) головка бедренной кости, головка плечевой кости
 - г) надмыщелки плечевой кости
036. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ АСЕПТИЧЕСКОГО ОСТЕОНЕКРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) длительная разгрузка близлежащего к очагу поражения сустава
 - б) повторные курсы кальцитонина
 - в) противовоспалительная терапия
 - г) препараты, влияющие на венозное кровообращение
037. БОЛЕЗНЬ ШЕЙЕРМАННА - МАУ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
- а) одну из форм анкилозирующего спондилоартрита
 - б) следствие нарушения развития опорных площадок многих позвонков
 - в) врожденную деформацию позвоночника
 - г) старческий кифоз
038. Для болезни Шейерманна - Мау характерно все перечисленное, кроме
- а) выраженной сутулости и умеренных болей в позвоночнике
 - б) отсутствия поражений крестцово-подвздошных суставов
 - в) отсутствия лабораторных признаков воспалительного процесса
 - г) патологии связочного аппарата
039. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ШЕЙЕРМАННА - МАУ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) клинический осмотр
 - б) сцинтиграфия позвоночника
 - в) рентгенологическое исследование позвоночника
 - г) биохимическое исследование крови
040. ЮНОШЕСКИЙ КИФОЗ И БОЛЕЗНЬ ШЕЙЕРМАННА - МАУ - ЭТО
- а) одно и то же заболевание
 - б) разные заболевания
041. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ШЕЙЕРМАННА - МАУ ВКЛЮЧАЕТ
- а) лечебную гимнастику, сон на жестком ложе
 - б) противовоспалительную терапию
 - в) назначение анальгезирующих средств
 - г) оперативную коррекцию кифоза
042. БОЛЕЗНЬ ПЕРТЕСА - ЭТО
- а) асептический некроз головки бедренной кости в детском возрасте
 - б) палиндромный ревматизм
 - в) эпифизиолиз головки бедренной кости
 - г) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
043. ОБЩИМ ПРИНЦИПОМ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОХОНДРОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) обеспечение разгрузочного двигательного режима
 - б) иммобилизация пораженной части скелета
 - в) применение препаратов, влияющих на обмен кальция
 - г) противовоспалительная терапия
044. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАССЕКАЮЩИЙ ОСТЕОХОНДРИТ РАЗВИВАЕТСЯ В ОБЛАСТИ
- а) головки плечевой кости
 - б) нижней поверхности мыщелков бедренной кости
 - в) грудинно-реберных суставов
 - г) головки бедренной кости
045. В ОТНОШЕНИИ ПРОГНОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ ОСГУДА - ШЛАТТЕРА ВЕРНО ОДНО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПОЛОЖЕНИЙ
- а) полное выздоровление через 2-3 года после появления симптомов заболевания
 - б) развитие раннего деформирующего артроза коленных суставов
 - в) неизбежная инвалидность

- г) формирование О-образной деформации ног
046. ДЛЯ АРТРОПАТИИ ПРИ АКРОМЕГАЛИИ НЕ ХАРАКТЕРЕН ОДИН ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ
- а) деформация пальцев ("барабанные палочки")
 - б) увеличение пяток
 - в) синдром запястного канала
 - г) ульнарная девиация пальцев кисти
047. ДЛЯ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) развития у больных с аденомой паращитовидных желез
 - б) лакунарного рассасывания костей
 - в) гиперкальциемии
 - г) анкилозов
048. ДЛЯ СОЧЕТАНИЯ ЗОБА ХАШИМОТО С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ХАРАКТЕРНО ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) увеличения щитовидной железы
 - б) повышенной функции щитовидной железы, в последующем сменяющейся гипопункцией
 - в) выявления в крови антител к тиреоглобулину
 - г) минимальной активности ревматоидного процесса
049. ПРИ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗЕ, СВЯЗАННОМ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПОРАЖАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОРГАНЫ, КРОМЕ
- а) почек
 - б) печени
 - в) селезенки
 - г) лимфатических узлов
050. ПРИ ГЕМОФИЛИИ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) гемартроза, обусловленных малейшей травмой суставов
 - б) инфильтрации синовиальной оболочки лейкоцитами,
 - в) деструкции суставного хряща
 - г) спондилита
051. ПРИ САРКОИДОЗЕ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) артралгий
 - б) артрита
 - в) узловатой эритемы
 - г) эрозий суставных поверхностей костей
052. СУСТАВ ШАРКО - ЭТО
- а) анкилоз в сочетании с контрактурой сустава
 - б) грубые деформации суставных поверхностей костей при минимальном болевом синдроме
 - в) подвывих сустава за счет поражения периартикулярных тканей
 - г) сустав с большим количеством жидкости
053. В ОТНОШЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНОГО ОСТЕОПОРОЗА ВЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОГО ПОЛОЖЕНИЯ
- а) развивается при применении суточных доз ГКС, превышающих 5 мг в пересчете на преднизолон
 - б) может быть следствием пульс-терапии глюкокортикостероидами
 - в) развивается в результате нарушения всасывания кальция в кишечник подавления активности остеобластов
 - г) может встречаться у мужчин
054. ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ НАИБОЛЕЕ РАННИМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ
- а) нижних грудных позвонков
 - б) ребер
 - в) шейки бедренной кости
 - г) костей таза
055. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
- а) повышенного потребления кальция с пищей
 - б) первичного гиперпаратиреозидизма, множественных костных метастазов опухолей
 - в) легочной недостаточности
 - г) почечной недостаточности
056. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОМАЛЯЦИИ ОСНОВАНО НА ПРИМЕНЕНИИ
- а) витамина D₃
 - б) препаратов кальция
 - в) кальцитонина и препаратов кальция

г) витамина D₃ и препаратов кальция

057. ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ НЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- а) гиперкальциемией и гиперкальциурией
- б) гиперфосфатемией
- в) диффузным остеопорозом
- г) уролитиазом

058. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) хаотической перестройки отдельных участков костной ткани
- б) высокого уровня щелочной фосфатазы в крови и гидроксипролина в моче
- в) хорошего эффекта лечения кальцитонином или биофосфонатами
- г) поражения суставов

059. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИМЕЕТ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОЗА

- а) ревматоидного артрита
- б) туберкулеза сустава
- в) саркоидоза
- г) реактивного артрита

060. ПСИХОГЕННЫМ РЕВМАТИЗМОМ ЧАЩЕ СТРАДАЮТ

- а) пожилые женщины
- б) женщины 20-40 лет
- в) дети
- г) пожилые мужчины

061. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА - ЭТО КОСТНЫЕ УТОЛЩЕНИЯ:

- а) проксимальных межфаланговых суставов кисти
- б) дистальных межфаланговых суставов кисти
- в) пястнофаланговых суставов
- г) плюснефаланговых суставов

062. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ (СЕМЕЙНЫМ) ФОРМАМ ОСТЕОАРТРИТА У ЖЕНЩИН ОТНОСЯТСЯ:

- а) гонартроз
- б) узелки Гебердена
- в) коксартроз
- г) артроз I плюснефалангового сустава

Раздел 6
РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОКОЛОСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

001. МЕСТОМ ПРИКРЕПЛЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ К КОСТНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) синовиальная сумка (бурса)
 - б) фасция
 - в) энтезис
 - г) синовиальная оболочка
002. В ОТНОШЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ
- а) сопутствуют воспалительным заболеваниям суставов
 - б) сопровождают остеоартроз
 - в) могут быть не связаны с заболеваниями суставов
 - г) верно все
003. СИНДРОМ ТИТЦЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
- а) артрит грудино-ключичного сустава
 - б) воспаление реберно-хрящевых суставов
 - в) рецидивирующий полихондрит
 - г) хондроматоз суставов
004. БОЛИ В ПЛЕЧЕ НЕ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ
- а) артритом плечевого сустава
 - б) корешковым синдромом при поражении шейного отдела позвоночника
 - в) поражением сухожилий плеча
 - г) плевритом
005. СОКРАЩЕНИЕ НАДОСТНОЙ МЫШЦЫ ПРИВОДИТ
- а) к внутренней ротации плеча
 - б) к наружной ротации плеча
 - в) к отведению плеча
 - г) к сгибанию в локтевом суставе
006. ПОРАЖЕНИЕ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СУСТАВА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- а) болью при ротации плеча
 - б) болью при максимальном подъеме руки вверх
 - в) увеличением объема дельтовидной мышцы
 - г) псевдопараличом
007. РЕТРАКТИЛЬНЫЙ КАПСУЛИТ ("ЗАМОРОЖЕННОЕ ПЛЕЧО") - ЭТО
- а) следствие простого тендиноза
 - б) одно из проявлений синдрома "плечо-кисть"
 - в) форма рефлекторной симпатической дистрофии
 - г) все перечисленное
008. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТОГО ТЕНДИНИТА ПЛЕЧА - ЭТО
- а) иммобилизация конечности
 - б) оперативное вмешательство
 - в) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов перорально и локальное введение глюкокортикостероидов
009. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ РЕТРАКТИЛЬНОМ КАПСУЛИТЕ
- а) абсолютно противопоказана
 - б) показана после полного стихания болей
 - в) должна осторожно проводиться с начала заболевания
010. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАРУЖНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) деформация локтевого сустава
 - б) наличие выпота в синовиальной сумке отростка локтевой кости
 - в) боль при разгибании пальцев кисти
 - г) боль при сгибании пальцев кисти

011. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА КАНАЛА ГИЙЕНА ЯВЛЯЕТСЯ
- нарушение чувствительности в области II и III пальцев кисти
 - гипотрофия мышц возвышения большого пальца
 - парестезии и нарушение чувствительности в области IV и V пальцев кисти
 - отек внутренней поверхности кисти
012. ДЛЯ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ
- развивается только при наличии у пациента какого-либо серьезного ревматического заболевания
 - отчетливая локализация парестезий в области I, II, III пальцев кисти
 - локальные инъекции глюкокортикостероидов противопоказаны для лечения этого синдрома
013. ФОРМИРОВАНИЕ "ЩЕЛКАЮЩЕГО" ПАЛЬЦА ОБУСЛОВЛЕНО
- выраженным остеоартрозом суставов кисти
 - несоответствием между диаметром фиброзного кольца и толщиной сухожилия сгибателя пальца кисти
 - узелковым тендовагинитом сгибателя пальца кисти
 - артритом межфалангового сустава кисти
014. В ОТНОШЕНИИ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ВЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ
- представляет собой уплотнение и утолщение ладонного апоневроза
 - является проявлением системной красной волчанки
 - может трансформироваться в системную склеродермию
015. ДЛЯ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ ТИПИЧНО СЛЕДУЮЩЕЕ
- боль в ягодичной области
 - отсутствие симптома ласега
 - ограничение пассивной ротации бедра
016. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПЕРИАРТРИТАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПОРАЖАЕТСЯ ОБЛАСТЬ
- надколенника
 - "гусиной лапки"
 - бугристости большеберцовой кости
 - подколенной ямки
017. ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ
- избыточный объем движений в нескольких суставах
 - экссудативные явления в суставах
 - фенотипические признаки синдрома марфана
 - остеопороз
018. ДЛЯ КИСТЫ БЕЙКЕРА ХАРАКТЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ
- гиперемия сустава
 - сообщение полости кисты с полостью коленного сустава
 - возникновение только при ревматоидном артрите
 - двусторонняя локализация
019. БОЛЕЗНЬ ПЕЛЛЕРИНИ - ШТИДЫ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
- наследственное заболевание скелета
 - юношескую форму остеохондропатии надколенника
 - посттравматическое обызвествление периартикулярных тканей в области медиального мыщелка бедренной кости
 - остеохондропатию бугристости большеберцовой кости
020. БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПЯТКИ (ТАЛАЛГИЯ) НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА
- энтезопатией в области бугра пяточной кости
 - подпяточным бурситом
 - кальцификатом в подошвенном апоневрозе ("шпорой")
 - воспалением ахиллова сухожилия
021. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА БОЛИ В ПЕРЕДНЕЙ ЧАСТИ СТОПЫ - ЭТО
- артрит плюснефаланговых суставов
 - метаталзалгия мортонга
 - поперечное плоскостопие
 - сосудистые нарушения
022. ДЛЯ СИНДРОМА ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ ХАРАКТЕРНО
- наличие множественных болевых точек тела
 - экссудативные явления в суставах
 - высокий РФ
 - положительных лабораторных показателей воспалительного процесса

023. БОЛЕЗНЬ ФОРЕСТЬЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а) массивными синдесмофитами позвоночника
- б) кальцификацией энтезисов
- в) лабораторными признаками воспалительного процесса
- г) периодической "блокадой" коленных суставов

024. НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ ФОРЕСТЬЕ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЕЕ ОТ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) отсутствие сакроилиита и анкилоза дугоотростчатых суставов позвоночника
- б) молодой возраст больных
- в) наличие лабораторных признаков воспаления

Раздел 7
РЕВМАТИЗМ И РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

001. РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ (ОРЛ) СВЯЗАНО С ИНФИЦИРОВАНИЕМ
- а) вирусом
 - б) стафилококком
 - в) бета-гемолитическим стрептококком группы А
 - г) микоплазмой
002. Какие исследования наиболее информативны при острой ревматической лихорадке?
- а) ревматоидный фактор
 - б) антистрептококковые антитела
 - в) креатинфосфокиназа
 - г) антинуклеарный фактор
003. ОРЛ - ЭТО СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ
- а) преимущественное поражение сердечно-сосудистой системы
 - б) поражение суставов, кожи, центральной нервной системы
 - в) наличие генетического дефекта иммунной системы
 - г) инфицирование гемолитическим стрептококком группы А
 - д) верно все
004. В ОТНОШЕНИИ ОРЛ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) связи заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией
 - б) наличия типичных проявлений - "абсолютных признаков ревматизма" (критерии Киселя - Джонса)
 - в) склонности к формированию порока сердца
 - г) развития ревматического полиартрита у всех больных
005. ПРИ ОРЛ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ ОДИН ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПРИЗНАКОВ
- а) кардит
 - б) полиартрит или полиартралгия
 - в) повышение титра противострептококковых антител
 - г) подкожные узелки
006. КАРДИТ ПРИ ОРЛ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- а) одышкой при физической нагрузке, болями сердца, сердцебиением
 - б) увеличением размеров сердца, ослаблением тонов сердца
 - в) атриовентрикулярной блокадой, миграцией водителя ритма, экстрасистолией
 - г) небольшим лейкоцитозом, увеличением СОЭ, СРБ, АСЛ-О
 - д) верно все
007. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ
- а) краевое утолщение передней створки митрального клапана
 - б) митральная регургитация
 - в) рыхлость и утолщение створок пораженных клапанов
 - г) наличие клапанной регургитации
 - д) все перечисленное
008. ДЛЯ ПЕРИКАРДИТА НА ФОНЕ ОРЛ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) грубого шума трения перикарда (до появления экссудата)
 - б) расширения границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически
 - в) отсутствия лабораторных показателей активности ревматического процесса
 - г) атрио-вентрикулярной блокады
009. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ ТИТРОВ АНТИГИАЛУРОНИДАЗЫ, АНТИСТРЕПТОКИНАЗЫ, АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА:
- а) дерматомиозит
 - б) системная красная волчанка
 - в) ревматическая лихорадка
 - г) системная склеродермия
010. АТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ
- а) моноартрита
 - б) артрита мелких суставов кистей и стоп
 - в) олигоартрита
 - г) анкилозирования проксимальных межфаланговых суставов

011. ДЛЯ МАЛОЙ ХОРЕИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) гиперкинеза мышц лица, шеи, конечностей
 - б) мышечной дистонии с преобладанием гипотонии
 - в) координационных нарушений при целенаправленных движениях
 - г) поражения лиц старше 40 лет
 - д) психопатологических явлений
012. КАКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
- а) эритематозные высыпания на лице в виде «бабочки»
 - б) индурация кожи
 - в) кольцевидная эритема
 - г) атрофия кожи
 - д) узловатая эритема
013. К "БОЛЬШИМ" КРИТЕРИЯМ ОРЛ (АНА 2015Г.) ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- а) кардита
 - б) хореи
 - в) узловатой эритемы
 - г) кольцевидной эритемы
014. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОРЛ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) артралгия
 - б) повышение - СОЭ, С-реактивного белка, количества лейкоцитов
 - в) удлинение интервала P-R на ЭКГ
 - г) доказательство предшествующей стрептококковой инфекции
015. ИЗ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИЧЕСКИ МАЛОЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ОРЛ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) высев со слизистой оболочки носоглотки - β-гемолитического стрептококка группы А
 - б) повышение титров антител к стрептолизину О и дезоксирибонуклеазе
 - в) обнаружение антител к А-полисахариду
 - г) повышения уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови
016. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РЕВМОКАРДИТА:
- а) пароксизмальная тахикардия
 - б) удлинение интервала PQ
 - в) экстрасистолия
 - г) полная атриовентрикулярная блокада
017. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОРЛ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ
- а) только в стационаре
 - б) только в поликлинике (диспансере)
 - в) только в санатории
 - г) последовательно в три этапа - стационар - поликлиника (диспансер) - санаторий
018. СТАДИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ:
- а) очага Гона
 - б) гранулемы, содержащей клетки Березовского-Штернберга
 - в) гранулемы Ашоффа-Талалаева
 - г) очага Ашоффа-Пуля
019. ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРОВОДИТСЯ:
- а) Азитромицином
 - б) Экстенциллином*.
 - в) Эритромицином.
 - г) Ципрофлоксацином.
020. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПРОВОДИТСЯ:
- а) Пенициллином
 - б) Диклофенаком.
 - в) Варфарином
 - г) Дилтиаземо
021. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ОРЛ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
- а) наблюдении в поликлинике у терапевта или кардиолога, контролю показателей воспалительной активности, выраженности клапанной патологии сердца и состояния гемодинамики
 - б) наблюдении у кардиохирурга
 - в) наблюдении у инфекциониста
 - г) наблюдении у невролога

022. ВТОРИЧНАЯ БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПЕРВИЧНОГО РЕВМОКАРДИТА ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- а) 3 мес
- б) 10 лет
- в) 1 года
- г) 3 лет

023. МИТРАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- а) при ревматизме
- б) при инфекционном эндокардите
- в) при ревматоидном артрите
- д) при системной красной волчанке

024. ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ 20-40 ЛЕТ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- а) одышки
- б) отеков, гепатомегалии
- в) олигоартритов
- г) атриовентрикулярной блокады

025. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ВАЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, КРОМЕ

- а) площади левого предсердно-желудочкового (митрального) отверстия по данным эхокардиографии
- б) определение фракции выброса

026. М-ПРОТЕИН ВОЗБУДИТЕЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СОДЕРЖИТ АНТИГЕННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ (ЭПИТОПЫ), ИМЕЮЩИЕ СХОДСТВО С КОМПОНЕНТАМИ:

- а) сердечной мышцы, мозга, синовиальных оболочек.
- б) сердечной мышцы, легких, мозга, синовиальных оболочек.
- в) сердечной мышцы, печени, синовиальных оболочек.
- г) сердечной мышцы, гладкой мускулатуры, мозга.

027. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- а) системной тромбоэмболии
- б) инфаркта миокарда
- в) правожелудочковой недостаточности
- г) инфекционного эндокардита

028. ПРИ КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ

- а) дигоксина
- б) диуретиков
- в) периферических вазодилататоров
- г) антикоагулянтов
- д) бициллина-5

029. ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) площади левого предсердно-желудочкового (митрального) отверстия менее 1 см^2
- б) максимального трансмитрального диастолического градиента давления 20 мм рт.ст.
- в) тромбоэмболических осложнений
- г) постоянной формы мерцательной аритмии

030. НАИБОЛЕЕ РЕДКО ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОРАЖАЕТСЯ:

- а) аортальный клапан.
- б) митральный клапан.
- в) клапан легочной артерии.
- г) трехстворчатый клапан;
- д) ав-клапаны.

031. СРОК ФОРМИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕВМАТИЗМОМ СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 1-2 нед.
- б) 2-4 мес.
- в) 6-12 мес.
- г) 3-5 лет.

032. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) эффективно применение дигоксина
- б) необходим постоянный прием диуретиков
- в) необходима антиаритмическая терапия
- г) необходима профилактика инфекционного эндокардита
- д) необходимо назначение антикоагулянтов при тромбозах

033. АОРТАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- а) при ревматизме
- б) при тиреотоксикозе
- в) при инфекционном эндокардите
- г) при системной красной волчанке
- д) при анкилозирующем спондилоартрите

034. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ, ВЕРНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ОДНОГО

- а) длительное время жалобы могут отсутствовать
- б) характерна одышка
- в) обязательно развивается мерцательная аритмия
- г) характерна стенокардия
- д) как правило, наблюдаются обмороки

035. В ОТНОШЕНИИ ПРОГНОЗА ПРИ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ СПРАВЕДЛИВЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КРОМЕ ОДНОГО

- а) при отсутствии жалоб пятилетняя выживаемость составляет 75%
- б) при появлении одышки, стенокардии, обмороков больные умирают в среднем через 4 года
- в) послеоперационная летальность составляет менее 5% при отсутствии систолической дисфункции
- г) при развитии одышки больные умирают в среднем через 20 лет

036. АОРТАЛЬНУЮ РЕГУРГИТАЦИЮ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- а) регургитации через клапан легочного ствола
- б) митрального стеноза
- в) открытого артериального протока
- г) миксомы левого предсердия

037. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОРАЖАЕТСЯ:

- а) аортальный клапан.
- б) клапан легочной артерии.
- в) митральный клапан.
- г) трикуспидальный клапан.

038. В ОТНОШЕНИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ СПРАВЕДЛИВЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СУЖДЕНИЯ, КРОМЕ ОДНОГО

- а) показано при появлении одного или нескольких симптомов: одышки, обмороков, стенокардии
- б) показано у асимптоматичных больных с дисфункцией левого желудочка или значительным увеличением его размеров
- в) не показано больным моложе 20 лет
- г) всегда показано при острой аортальной регургитации

039. ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- а) senильный дегенеративный кальциноз аортального клапана
- б) ревматизм
- в) системная склеродермия
- г) ревматоидный артрит

040. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ВЕРНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) в течение нескольких десятилетий жалобы могут отсутствовать
- б) жалобы появляются сразу при формировании аортального стеноза
- в) характерна стенокардия
- г) характерны обмороки, возможна внезапная смерть

041. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВЫЯВЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- а) гипертрофии левого желудочка, левого предсердия
- б) мерцательной аритмии (на поздних стадиях порока)
- в) атриовентрикулярной блокады
- г) гипертрофии правого предсердия
- д) блокады левой ножки пучка Гиса

042. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ СТРАДАЮТ СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ТАКИЕ КАК:

- а) височная доля, извилина Гешля, полосатое тело.
- б) полосатое тело, субталамические ядра, мозжечок.
- в) гипоталамус, зрительный бугор, мозжечок.
- г) продолговатый мозг, лимбическая система.

043. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) профилактики инфекционного эндокардита
- б) назначения антиаритмических средств
- в) назначения сердечных гликозидов при достоверном снижении систолической функции миокарда левого желудочка
- г) назначения диуретиков при застойной сердечной недостаточности
- д) назначения гипотензивных препаратов

044. АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ

- а) митральной регургитации
- б) стеноза устья легочного ствола
- в) аортальной регургитации с сопровождающим систолическим шумом
- г) стеноза правого предсердно-желудочкового отверстия

045. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПОКАЗАНО

- а) не предъявляющим жалоб больным при трансаортальном максимальном систолическом градиенте давления более 50 мм рт. ст. и площади аортального отверстия менее 0.75 см²
- б) всем пациентам, имеющим хотя бы один из перечисленных симптомов: одышку, стенокардия, обмороки
- в) больным не старше 60 лет
- г) верно а), б)

046. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) боль в крупных суставах в ночное время суток.
- б) выраженный экссудативный компонент воспаления.
- в) полная обратимость процесса.
- г) поражение мелких суставов.
- д) образование узелков Гебердена и Бушара.

047. ПОВЕРХНОСТНОЙ И ОБРАТИМОЙ ФАЗОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАЗА:

- а) фибриноидных изменений
- б) склероза
- в) колликвационного некроза
- г) пролиферации
- д) мукоидного набухания

048. КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА - ЭТО:

- а) высыпания красного цвета, локализующиеся на коже лица, туловища и нижних конечностей, исчезающих при надавливании, не возвышающихся над уровнем кожи.
- б) пузырьковые высыпания, локализующиеся по ходу межреберных нервов, болезненные.
- в) высыпания бледно-розового цвета, локализующиеся на коже туловища и внутренней поверхности конечностей, исчезающие при надавливании, не возвышающиеся над уровнем кожи.
- г) высыпания бледно-розового цвета, локализующиеся на коже туловища, сопровождающиеся кожным зудом, исчезающие при надавливании.

049. ПОДКОЖНЫЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ УЗЕЛКИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

- а) на мочках ушей.
- б) в местах прикрепления сухожилий.
- в) на веках.
- г) на коже ладоней и стоп.

050. МАЛАЯ ХОРЕЯ РАНЕЕ НАЗЫВАЛАСЬ:

- а) «Пляска святого Карла»
- б) «Пляска каротид»
- в) «Пляска святого Вита»
- г) Кошачье мурлыканье

Раздел 8

ДИФFUЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

001. В ПАТОГЕНЕЗЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ
- избыточная активность Т-лимфоцитов
 - нарушение взаимодействия Т- и В-систем иммунитета
 - повреждающее действие антител
 - гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов
 - все перечисленное
002. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ АБСОЛЮТНО СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА
- вырабатываются
 - не вырабатываются
003. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВЫЯВЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- снижения в крови уровня комплемента СН50
 - наличия в крови ревматоидного фактора в низком титре
 - снижения содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов
 - гипергаммаглобулинемии
004. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫ
- полигенный тип наследования
 - конкордантность монозиготных близнецов
 - семейная агрегация
 - обнаружение антиядерных антител у ближайших родственников
 - все перечисленное
005. ХАРАКТЕРНЫМИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- морфологические феномены, связанные с патологией ядер
 - лимфоцитарная и макрофагальная инфильтрация
 - распад клеток, образующих клеточные инфильтраты в тканях
 - депозиты иммуноглобулинов и иммунных комплексов в ткани почек и кожи?
 - все перечисленное
006. В ОСНОВЕ КЛАССИФИКАЦИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЛЕЖИТ ВЫДЕЛЕНИЕ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ
- да
 - нет
007. ПРОЯВЛЕНИЯМИ КОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ МОЖЕТ БЫТЬ
- отрубевидный лишай
 - витилиго
 - узловатая эритема
 - фотодерматоз
008. ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ СОСТАВЛЯЕТ
- менее 80%
 - более 80%
009. ДЛЯ АРТРИТА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО
- сходства с ревматоидным артритом, с симметричным поражением проксимальных межфаланговых суставов
 - развития деструктивных изменений в суставах
 - отсутствия эффекта отнестероидных противовоспалительных препаратов
 - ульнарная девиация
010. ДЛЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО:
- в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит
 - перфорация створок клапанов
 - характерна дилатационная кардиомиопатия
011. ДЛЯ ЛЮПУС-НЕФРИТА ХАРАКТЕРНО
- выраженная гиперхолестеринемия
 - высокий уровень сывороточного комплемента
 - эритроцитурия, лейкоцитурия и цилиндрурия

012. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ НЕФРИТА ПРИ СКВ:
- а) высокие титры антител к ДНК, резкое снижение содержания компонентов комплемента С3 и С4
 - б) низкий уровень ЦИК
 - в) высокий уровень компонентов комплемента С3 и С4
013. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ АМИЛОИДНАЯ НЕФРОПАТИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ
- а) более, чем у 5% больных
 - б) менее, чем у 5% больных
014. ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 0.5 Г/СУТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
- а) да
 - б) нет
015. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЛЕВРЫ И ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
- а) экссудативный плеврит
 - в) фиброзирующий альвеолит
016. ДЛЯ НЕЙРОЛЮПУСА ХАРАКТЕРНО:
- а) уровень С4 всегда повышен в спинномозговой жидкости
 - б) спинномозговая жидкость может быть не изменена
 - в) значительный плеоцитоз
017. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСИТСЯ
- а) транзиторные ишемические атаки
 - б) церебральная атаксия
 - в) хорea
 - г) миелопатия
018. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
- а) дискоидной волчанки
 - б) выраженного полиартрита
 - в) полисерозита
 - г) поражение почек
019. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНО ПРОТЕКАЕТ
- а) у мужчин
 - б) у женщин
020. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У МУЖЧИН НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) снижение содержания в крови тестостерона
 - б) относительное повышение содержания в крови эстрадиола
 - в) подострое течение болезни
 - г) хроническое течение болезни
 - д) острое течение болезни
021. ЛЕКАРСТВЕННУЮ КРАСНУЮ ВОЛЧАНКУ МОГУТ ВЫЗВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:
- а) гидралазина
 - б) эналаприл
 - в) флуналина
022. ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ВЕРНО
- а) выявляется низкий титр антинуклеарного фактора
 - б) антитела к нативной ДНК обычно отсутствуют
 - в) не наблюдается полисерозит
 - г) часто развивается диффузный гломерулонефрит и нейролюпус
023. ДИСКОИДНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕСТАДИЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ
- а) правильно
 - б) неправильно
024. ДИСКОИДНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА
- а) являются
 - б) не являются
025. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ НАЛИЧИЕМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК И ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

- а) имеется
 - б) не имеется
026. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ НЕФРИТА:
- а) наличия артериальной гипертензии
 - б) наличие протеинурии более 1г/сут, эритроцитурии более 10000 в 1 мл
 - в) следы белка моче
 - г) высокое содержание в крови С-реактивного белка
027. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ КОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРЕДСТАВЛЕН
- а) крапивница
 - б) эритема в форме "бабочки"
 - в) геморрагическая сыпь
028. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ
- а) переходящими нарушениями мозгового кровообращения
 - б) судорогами
 - в) периферической полинейропатией
 - г) психозами
 - д) всем перечисленным
029. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
- а) миокардит
 - б) перикардит
 - в) фибропластический эндокардит
030. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ:
- а) серопозитивность по ревматоидному фактору
 - б) снижение уровня комплемента СН50, С3, С4
 - в) антитела к топоизомеразе Scl -70
 - г) высокое содержание в крови С-реактивного белка
031. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ
- а) гемолитическая анемия
 - б) мегалобластная анемия
 - в) тромбоцитоз
 - г) лейкоцитоз
032. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ПРИ СКВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ:
- а) повышение в крови уровня антител к нативной ДНК
 - б) повышение уровня комплемента в крови
 - в) увеличения числа плазмочитов в костном мозге (> 30%)
033. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК
- а) дерматомиозит
 - б) системная склеродермия
 - в) узелковый периартрит
 - г) системная красная волчанка
034. СУСТАВНОЙ СИНДРОМ В РАННЕЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ
- а) при палиндромном ревматизме
 - б) при системной красной волчанке
 - в) при подагре
 - г) при остеоартрозе
035. ВЕЛИЧИНУ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗЫ ГКС ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО УЛУЧШЕНИЯ
- а) да
 - б) нет
036. ОПТИМАЛЬНЫМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) триамцинолон
 - б) дексаметазон
 - в) преднизолон
 - г) бетаметазон

037. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВЕЛИЧИНЕ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ УЧИТЫВАЮТ
- степень активности и вариант течения болезни
 - наличие кожных проявлений
 - эффективности первоначальной дозы глюкокортикостероидов
038. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ СУТОЧНАЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ
- менее 80 мг/сут
 - более 80 мг/сут
039. АМИНОХИНОЛИНОВЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ В СОЧЕТАНИИ
- с глюкокортикостероидами
 - с цитостатиками
 - с глюкокортикостероидами и цитостатиками
 - всегда, при отсутствии противопоказаний
040. ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- активный волчаночный нефрит
 - низкая общая активность болезни
 - выраженный синдром Рейно
041. ЦИТОСТАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ БОЛЬНЫМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ НАЗНАЧАЮТ
- при достоверном диагнозе болезни
 - при прогрессирующем течении болезни и неэффективности глюкокортикостероидов
 - при отсутствии противопоказаний к применению
 - при возможности осуществления длительного наблюдения за больным и тщательного контроля его состояния
 - при соблюдении всех указанных положений
042. ПЛАЗМАФЕРЕЗ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НЕ ПРОВОДЯТ
- при торпидном течении болезни
 - при малой эффективности глюкокортикостероидов и цитостатиков
 - при высокой активности люпус-нефрита
 - при высоком содержании в крови криопреципитинов и иммунных комплексов
043. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БОЛЬНЫМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ИСПОЛЬЗУЮТ
- преднизолон
 - дексаметазон
 - метилпреднизолон
 - триамцинолон
044. ОСНОВНЫМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ НАРУШЕНИЕМ ФИБРОБЛАСТОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- увеличение продукции коллагена
 - увеличение продукции протеогликанов
 - нарушение мембранной рецепции
 - снижение скорости деления
045. ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ
- артериолы и капилляры
 - сосуды среднего калибра
 - сосуды любого диаметра
 - крупные сосуды
046. ПРИ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПОРАЖАЕТСЯ КОЖА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СЛЕДУЮЩИХ УЧАСТКОВ ТЕЛА
- лица, пальцев кистей и стоп
 - туловища и проксимальных отделов конечностей (до пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов)
 - туловища
 - головы
047. РАЗВИТИЕ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ОБУСЛОВЛЕНО ПЕРВИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ
- клубочков
 - канальцев
 - артериол
 - чашечно-лоханочной системы

048. ПЕРВАЯ ФАЗА СИНДРОМА РЕЙНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- реактивной гиперемией кожи пальцев кистей и стоп
 - цианозом дистальных отделов конечностей
 - "побелением" пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции
 - парестезиями по всей руке, ноге
049. ОСНОВНОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ D-ПЕНИЦИЛЛАМИНА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ - ЭТО
- выраженные лабораторные показатели активности заболевания
 - высокий титр антинуклеарного фактора
 - распространенное поражение кожи
 - прогрессирующая легочная гипертензия
050. ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕЙНО ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЗНАК
- ослабление или отсутствие пульсации на артериях конечностей среднего диаметра
 - одностороннее изменение цвета пальцев кистей и стоп
 - развитие некротических поражений в области пальцев кистей и стоп
 - отсутствие висцеральных поражений
051. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ РАЗВИТИИ ИСТИННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- β -адреноблокаторы
 - каптоприл
 - нативная плазма
 - глюкокортикостероиды
052. В ГРУППЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ "СУХОЙ СИНДРОМ" ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
- при ревматоидном артрите
 - при системной красной волчанке
 - при системной склеродермии
 - при дерматомиозите
053. В ОТЛИЧИЕ ОТ ПОДОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА, ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ НАБЛЮДАЮТСЯ
- рецидивирующий паротит
 - пурпура
 - значительные нарушения функции экзокринных эпителиальных желез
 - лейкопения
054. ПОМИМО ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ СЛЮННЫХ И/ИЛИ СЛЕЗНЫХ ЖЕЛЕЗ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ
- эрозивный артрит
 - лимфоаденопатия, синдром Рейно
 - миокардит
055. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ШЕГРЕНА ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОГУТ ВЫЯВЛЯТЬСЯ
- повышенная СОЭ
 - гипорпротеинемия
 - тромбоцитоз
056. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ПРИМЕНЯЮТ
- преднизолон
 - циклофосфамид
 - хлорбутин
 - преднизолон в сочетании с циклофосфамидом или хлорбутином
057. ПРИЧИНА ДЕРМАТОМИОЗИТА НЕСОМНЕННА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО
- персистирующей вирусной инфекции
 - генетической предрасположенности
 - иммунопатологических нарушений
 - злокачественной опухоли
058. О ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ОСОБЕННО
- наличие циркулирующих и фиксированных иммунных комплексов
 - повышение уровня сывороточных иммуноглобулинов
 - дисбаланс популяций Т- и В-лимфоцитов
 - цитотоксическое действие лимфоцитов на мышечную ткань
 - появление антител к ядерно-белковому комплексу и к другим ядерным антителам

059. КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА (ПОЛИМИОЗИТА) ПО А.ВОНАН И У.ПЕТЕР (1975) ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- первичного (идиопатического) полимиозита
 - первичного (идиопатического) дерматомиозита
 - дерматомиозита или полимиозита, сочетающегося с опухолями
 - детского дерматомиозита или полимиозита, сочетающегося с васкулитом
 - дерматомиозита, сочетающегося с узелковым периартериитом
060. ДЛЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ
- боли в мышцах голени
 - слабости мышц плечевого пояса и проксимальных отделов нижних конечностей
 - нормальный уровень креатинфосфокиназы
 - лимфаденопатии
061. ДЛЯ МЫШЕЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ХАРАКТЕРНО
- миалгии и слабость проксимальных мышц конечностей
 - уменьшение в объеме пораженных мышц
 - признаки миастении
 - гиперемия в области болезненных мышц
062. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕРМАТОМИОЗИТА СЛУЖИТ
- параорбитальный отек с лиловой ("гелиотропной") эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами)
 - эритема на открытых участках кожи
 - пойкилодермия
 - алопеция
 - синдром Рейно
063. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- миокардит
 - поражение кистей, сходное с ревматоидным артритом
 - диффузное поражение интерстициальной ткани легких
 - прогрессирующее похудание
 - гипотония верхней трети пищевода
064. ОПУХОЛЕВЫЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ
- остро
 - подостро
 - хронически
 - по любому из перечисленных вариантов
065. ДЕРМАТОМИОЗИТ У ДЕТЕЙ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДЕРМАТОМИОЗИТА У ВЗРОСЛЫХ БОЛЕЕ ЧАСТЫМ РАЗВИТИЕМ
- кожных язв в местах надавливания в области плечевых, локтевых, голеностопных суставов
 - язвенного стоматита
 - ретинита
 - телеангиоэктазий ногтевого ложа
 - тяжелого распространенного кальциноза
066. НАИБОЛЕЕ ЦЕННЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЕМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ ДЕРМАТОМИОЗИТА, ЯВЛЯЕТСЯ
- повышение СОЭ
 - обнаружение в крови антинуклеарного фактора
 - обнаружение в крови ревматоидного фактора
 - обнаружение антител к мышечным антигенам
 - повышение активности креатинфосфокиназы
067. ДЛЯ ДИАГНОЗА ДЕРМАТОМИОЗИТА НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ
- кожной сыпи (эритемы), поражения проксимальных мышц конечностей и шеи и гиперферментемии
 - поражения дистальных мышц конечностей, ускоренного СОЭ
 - ускоренного СОЭ
 - миопатических изменений на электромиограмме
068. ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
- со злокачественной миастенией
 - с ревматической полимиалгией
 - с лекарственной миопатией
 - с токсической миопатией при хроническом алкоголизме
 - с опухолевым дерматомиозитом

069. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЦИТОСТАТИКАМИ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) циклоспорин А
 - б) азатиоприн
 - в) циклофосфан
 - г) метотрексат
070. ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА НАЗНАЧАЮТ
- а) 80-100 мг преднизолона в сутки или пульс-терапию метилпреднизолоном
 - б) 80 мг преднизолона в сутки
 - в) 40-60 мг преднизолона в сутки
071. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОМИОЗИТА, КРОМЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И ЦИТОСТАТИКОВ, ПРИМЕНЯЮТ
- а) внутривенное введение высоких доз иммуноглобулина
 - б) Д-пеницилламин
 - в) соли золота
072. ПРОГНОЗ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ В СЛУЧАЕ
- а) острого и подострого течения заболевания
 - б) развития заболевания у пациентов с опухолями
 - в) возникновения осложнений глюкокортикостероидной терапии
 - г) развития легочно-сердечной недостаточности
 - д) наличия дистрофических изменений в мышцах
073. ВРАЧЕБНО-ТРУДОВАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ВКЛЮЧАЕТ
- а) перевод больных на инвалидность I или II группы при остром и подостром течении заболевания
 - б) снятие инвалидности при стабилизации состояния
 - в) снятие инвалидности при хроническом течении заболевания
074. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (СИНДРОМ ШАРПА) ЯВЛЯЮТСЯ
- а) антитела к ДНК
 - б) антитела к О-антигену
 - в) Ro/La антитела
 - г) антитела к ядерному рибонуклеопротеиду
075. В СИМПТОМОКОМПЛЕКС СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (СИНДРОМ ШАРПА) НЕ ВХОДЯТ ПРИЗНАКИ
- а) ревматоидного артрита
 - б) системной красной волчанки
 - в) дерматомиозита
 - г) системной склеродермии
 - д) болезни Бехчета
076. ЛЕЧЕНИЕ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (СИНДРОМ ШАРПА) ОСНОВАНО НА ПРИМЕНЕНИИ
- а) глюкокортикостероидов и цитостатиков
 - б) Д-пеницилламина
 - в) в/в иммуноглобулина

Раздел 9
СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ

001. ОСНОВНЫМИ ЗВЕНЬЯМИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КРОВЕНОСНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
- а) артериолы
 - б) прекапилляры и капилляры
 - в) посткапилляры
 - г) вены
 - д) все перечисленные сосуды
002. К ВАСКУЛИТАМ ОТНОСЯТ
- а) артерииты и артериолиты
 - б) капилляриты
 - в) венолиты и флебиты
 - г) лимфангииты
 - д) все перечисленные локализации воспалительного процесса в сосуде
003. ФАКТОР ХАГЕМАНА МЕДИАТОРОМ ВОСПАЛЕНИЯ
- а) является
 - б) не является
004. В ОТНОШЕНИИ ФАКТОРА ХАГЕМАНА ВЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КРОМЕ
- а) способствует образованию калликрина и брадикинина
 - б) способствует увеличению синтеза простагландинов
 - в) участвует в процессе свертывания крови
 - г) способствует образованию комплекса антитромбина и гепарина
005. БРАДИКИНИН НЕ ОБЛАДАЕТ СПОСОБНОСТЬЮ
- а) повышать проницаемость капилляров
 - б) расширять артериолы
 - в) увеличивать экссудацию и миграцию лейкоцитов
 - г) уменьшать синтез простагландинов
006. СПОСОБСТВУЮТ ПОВЫШЕНИЮ ПРОНИЦАЕМОСТИ КАПИЛЛЯРОВ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СОЕДИНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) компонента комплемента C3a
 - б) компонента комплемента C5a
 - в) гепарина
 - г) гистамина
 - д) α_2 -макроглобулина
007. КЛИНИЧЕСКИ КОЖНЫЙ ВАСКУЛИТ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) сетчатого ливедо
 - б) витилиго
 - в) геморрагической сыпи
 - г) капиллярита
008. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ВАСКУЛИТЕ ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) инфаркта миокарда и кишечника
 - б) падения остроты зрения
 - в) фиброзирующего альвеолита
 - г) диффузного гломерулонефрита
009. НАЗНАЧЕНИЕ ГЕПАРИНА ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ ПОЗВОЛЯЕТ
- а) устранить гиперкоагуляцию
 - б) улучшить почечную гемодинамику
 - в) подавить диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови
 - г) добиться всего перечисленного
010. ГРУППА ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ АРТЕРИИТОВ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) узелкового периартериита
 - б) эозинофильного гранулематозного васкулита
 - в) височного артериита
 - г) неспецифического аортоартериита

011. ГРУППА ГИПЕРЕРГИЧЕСКИХ ВАСКУЛИТОВ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- смешанной криоглобулинемии
 - лекарственного васкулита
 - геморрагического васкулита
 - ревматической полимиалгии
012. ДЛЯ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- кожного
 - почечного
 - гепатолиенального
 - суставно-мышечного
013. РАЗВИТИЮ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА СПОСОБСТВУЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ, КРОМЕ
- персистенции вируса гепатита В
 - повышения титра противострептококковых антител
 - лекарственной непереносимости
 - повышенной чувствительности к охлаждению и солнечным лучам
014. КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ
- острого инфаркта миокарда
 - диффузных поражений мышцы сердца
 - пристеночного эндокардита
 - артериальной гипертензии
015. ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ РАЗВИТИЕ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
- возможно
 - невозможно
016. ДЛЯ КОЖНО-ТРОМБАНГИИЧЕСКОГО ВАРИАНТА УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
- тромбозов легочных и церебральных вен
 - геморрагической пурпуры
 - узелков по ходу сосудистого пучка на конечностях
 - гангрены пальцев рук и/или стоп
017. ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ПОЛИАНГИИТЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ
- легочный васкулит
 - диффузный гломерулонефрит
 - гангрена конечностей
018. ДЛЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
- синдрома бронхиальной астмы
 - летучих легочных инфильтратов
 - снижения массы тела
 - анэозинофилия
019. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- быстрого снижения массы тела
 - длительной лихорадки
 - боли в яичках
 - повышения содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови
020. ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ СОЧЕТАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ И ЦИКЛОФOSFANOM СПОСОБСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ
- на 3-5 лет
 - на 5-10 лет
 - на 1-2 года
 - на 20 лет
021. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ, ВЕРНЫ, КРОМЕ
- верхние дыхательные пути поражаются у всех больных гранулематозом с полиангиитом
 - поражение верхних дыхательных путей при этом заболевании проявляется ринитом и полисинуситом
 - в поздней стадии заболевания разрушаются хрящи и костная ткань носовой перегородки и верхней челюсти
 - симптомы поражения верхних дыхательных путей всегда выступают на первый план в клинической картине заболевания

022. ПРИ ОГРАНИЧЕННОМ ВАРИАНТЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ПОРАЖЕНИЕ ТОЛЬКО ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ И ПОЧЕК
- возможно
 - не возможно
023. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НИЖЕ, КРОМЕ
- болезненных или безболезненных язв на слизистой оболочке полости рта и/или носа
 - фиксированных инфильтратов или каверн в легких
 - протеинурии (более 3 г/сут)
 - выраженного лейкоцитоза
024. НАЗНАЧЕНИЕ ИММУНОДЕПРЕССАНТОВ ВСЕМ БОЛЬНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОЛИАНГИИТОМ
- показано
 - не показано
025. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРЕДНИЗОЛОНОМ И ЦИКЛОФОСФАНОМ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ СОСТАВЛЯЕТ
- 6 мес
 - 12 мес
 - 24 мес
 - более 24 мес
026. ДЛЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- развитие болезни в возрасте моложе 50 лет
 - поражение сосудов крупного и среднего калибра
 - наличие симптомов ревматической полимиалгии
 - чередование стенозированных участков артерий с участками артерий нормального калибра (по данным ангиографии)
027. ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- острого нарушения мозгового кровообращения
 - психозов
 - депрессии
 - инфаркта миокарда
 - тромбоэмболии легочной артерии
028. ОБЩИМИ ПРИЗНАКАМИ ВИСОЧНОГО АРТЕРИИТА И РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- преимущественного поражения лиц пожилого возраста
 - синдрома бронхиальной обструкции
 - снижения массы тела
029. ПРИ ВИСОЧНОМ АРТЕРИИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ
- нестойкой гематурии и незначительной протеинурии
 - депрессии
 - глазных симптомов: диплопии, снижения остроты зрения
 - болезненности височных артерий при пальпации
030. НАЗНАЧЕНИЕ ЦИКЛОФОСФАНА НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО В РАННИЙ ПЕРИОД ОДНОГО ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ
- гранулематоза с полиангиитом
 - височного артериита
 - ревматической полимиалгии
 - геморрагического васкулита
031. ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ БОЛЬНЫМ СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ ПОКАЗАНА
- при быстро прогрессирующем гломерулонефрите
 - резистентности к средним и высоким дозам принимаемых внутрь глюкокортикостероидов
 - осложненном височном артериите
 - во всех перечисленных случаях
033. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- анемии
 - боли в плечевом и/или тазовом поясе
 - возраста больных моложе 40 лет
 - значительного увеличения СОЭ
034. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ВИСОЧНОМ АРТЕРИИТЕ
- может

б) не может

035. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) симметричности и болезненности мышц плечевого пояса при пальпации
- б) скованности в плечевом поясе на протяжении 1 часа и более
- в) выраженных головных болей
- г) снижения массы тела

036. ЛУЧШИМИ ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЙНО ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) вазодилататоры (антагонисты кальция)
- б) дезагреганты
- в) антикоагулянты
- г) каптоприл и другие ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

037. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ

- а) более 10-20 мг
- б) 10-20 мг
- в) менее 10-20 мг
- г) 7,5 мг

038. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ В СОЧЕТАНИИ С ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ

- а) индолные производные
- б) соли золота
- в) хинолиновые производные
- г) циклофосфан

039. ПРИ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ВОЗМОЖНО ПОРАЖЕНИЕ

- а) только дуги аорты и ее ветвей
- б) только нисходящей части аорты (грудная и брюшная части)
- в) дуги аорты и ее нисходящей части
- г) коронарных артерий
- д) всех перечисленных сосудов

040. ПРИ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

- а) возможно
- б) не возможно

041. ИШЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- а) головокружений, обмороков, ортостатического коллапса
- б) гипотрофии мышц плечевого пояса
- в) различного уровня артериального давления на руках и ногах (на ногах выше, чем на руках)
- г) болей в нижних конечностях и их похолодания
- д) систолического шума над сонными и плечевыми артериями

042. ПРИ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ РАЗВИТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- а) возможно
- б) не возможно

043. ПРИ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- а) окклюзией почечных артерий
- б) недостаточностью клапанов аорты
- в) дисфункцией каротидного синуса
- г) ишемией мозговых центров, участвующих в регуляции артериального давления
- д) всем перечисленным

044. КОНТРАСТНАЯ АНГИОГРАФИЯ ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ

- а) является
- б) не является

045. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) реконструктивные операции на сосудах
- б) применение антибиотиков широкого спектра действия
- в) использование антиагрегантов
- г) назначение глюкокортикостероидов

046. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОЛОЖЕНИЙ, КАСАЮЩИХСЯ СИНДРОМА РЕЙНО ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, НЕВЕРНО СЛЕДУЮЩЕЕ

- а) развивается спустя 2 года и более от начала болезни

- б) ассоциируется с хроническим течением болезни
- в) наблюдается у подавляющего большинства пациентов с хроническим течением болезни
- г) характеризуется прогрессированием интенсивности и распространенности вазоспастических нарушений

047. В ОТНОШЕНИИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ТРОМБАНГИИТА НЕВЕРНО ОДНО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СУЖДЕНИЙ

- а) этиологическим фактором может быть курение табака
- б) у больного обнаруживаются антитела к эластическому слою сосудов
- в) в патогенезе заболевания имеет значение гиперкоагуляция
- г) возможна преходящая потеря зрения

048. ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ ТРОМБАНГИИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

- а) длительной лихорадки
- б) симптома перемежающейся хромоты
- в) синдрома Рейно

049. ДЛЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ТРОМБАНГИИТА ПОРАЖЕНИЕ СОСУДОВ КРУПНОГО КАЛИБРА

- а) характерно
- б) не характерно

050. ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ТРОМБАНГИИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- а) назначение глюкокортикостероидов в суточной дозе до 30 мг
- б) применение азатиоприна
- в) прекращение курения
- г) применение антикоагулянтов
- д) все перечисленное

051. СИНДРОМ ГУДПАСЧЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а) быстро прогрессирующим гломерулонефритом
- б) легочным кровотечением и кровохарканьем
- в) выявлением антигломерулярных антител
- г) всем перечисленным

052. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) назначения глюкокортикостероидов в низких дозах - 10-15 мг в сутки
- б) назначения цитостатиков
- в) плазмафереза
- г) трансплантации почек

053. ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ СРЕДНЕГО И МЕЛКОГО КАЛИБРА

- а) характерно
- б) не характерно

054. ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПОРАЖЕНИЕ ВЕН СРЕДНЕГО И МЕЛКОГО КАЛИБРА

- а) характерно
- б) не характерно

055. КОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ

- а) узловой эритемы
- б) экссудативной эритемы
- в) кожной гиперчувствительности

056. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ВОЗМОЖНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) увеита
- б) афтозного стоматита
- в) безболезненных язв половых органов
- г) тромбоза поверхностных и глубоких вен

057. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) диффузного гломерулонефрита
- б) язвенно-некротического поражения мошонки
- в) увеита
- г) кожной гиперчувствительности

058. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ УВЕИТОМ И МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОКАЗАНЫ

- а) глюкокортикостероиды
- б) цитостатики

059. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КОЖНЫХ И СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- а) циклофосфана
- б) хлорбутина
- в) иммуностимуляторов
- г) колхицина

060. ПРИЧИННЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ

- а) стрептококковой инфекции
- б) персистенции вируса гепатита В
- в) применения антибиотиков и/или сульфаниламидов
- г) пищевой аллергии

061. ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА, ВЕРНЫ, КРОМЕ

- а) кожные проявления часто представлены геморрагической сыпью
- б) поражаются преимущественно мелкие суставы
- в) развивается диффузный гломерулонефрит
- г) нередко наблюдается абдоминальный синдром

062. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- а) при ревматической лихорадке
- б) при иерсиниозе
- в) при саркоидозе
- г) при лекарственной непереносимости

063. ДЛЯ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) полного обратного развития узлов
- б) поражения суставов
- в) изъязвления лимфатических узлов

064. ВНЕКОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАННИКУЛИТА ВЕБЕРА - КРИСЧЕНА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) повышения температуры тела
- б) рецидивирующего эрозивного артрита
- в) болей в мышцах и костях
- г) гепатолиенального синдрома

065. СИНДРОМ РЕЙНО МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

- а) нейроваскулярных поражений верхних конечностей
- б) повышенной вязкости крови
- в) стенозирующего атеросклероза
- г) системных васкулитов
- д) всего перечисленного

Раздел 10
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

001. АНТИЭКССУДАТИВНЫЙ ЭФФЕКТ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБУСЛОВЛЕН ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ
- а) уменьшением проницаемости капилляров
 - б) стабилизацией лизосомальных мембран
 - в) ингибированием простагландинсинтетазы
 - г) инактивацией свободных кислотных радикалов
002. МАЛЫЕ ДОЗЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ (2 Г/СУТ) МОГУТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ
- а) ревматизма
 - б) ревматоидного артрита
 - в) остеоартрита
 - г) подагры
003. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ГРУППЕ ПРОИЗВОДНЫХ ПРОПИОНОВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) ибупрофен (бруфен)
 - б) напроксен
 - в) флугалин
 - г) кетопрофен
004. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ ИНДОМЕТАЦИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) тошнота
 - б) головокружение
 - в) преходящее повышение артериального давления
 - г) желудочное кровотечение
005. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- а) гепатотоксические
 - б) нефротоксические
 - в) гематологические
 - г) желудочно-кишечные
006. ИЗ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
- а) индометацин
 - б) диклофенак-натрия (вольтарен)
 - в) ацетилсалициловая кислота
 - г) ибупрофен (бруфен)
007. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ВЫЗЫВАЕТ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ МИАЛГИИ И ВЫРАЖЕННУЮ АМИОТРОФИЮ
- а) гидрокортизон
 - б) преднизолон
 - в) триамцинолон
 - г) метилпреднизолон
008. ИММУНОСУПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ РЕАЛИЗУЕТСЯ ПУТЕМ
- а) литического действия на Т- и В-лимфоциты, моноциты
 - б) уменьшения количества циркулирующих лимфоцитов
 - в) стимуляции Т-киллеров
009. В ОТНОШЕНИИ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ВЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) связывания с транскортином в плазме крови
 - б) связывания с альбумином плазмы крови
 - в) метаболизации в печени
 - г) выведения с мочой
 - д) выведения с калом
010. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОВЫШАЕТСЯ
- а) при приеме внутрь ударных доз (соответствующих 80-100 мг преднизолона в сутки)
 - б) при внутривенном введении по 1000 мг в сутки метилпреднизолона в течение трех дней (пульс-терапия)
 - в) при однократном утреннем приеме внутрь суточной дозы преднизолона
 - г) во всех перечисленных случаях

011. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЦЕЛЕСОБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- дексаметазон
 - триамцинолон
 - преднизолон
 - бетаметазон
012. ОПТИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 20-40 мг
 - 40-80 мг
 - 80-100 мг
 - 10-20 мг
013. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ
- при тяжелом кардите
 - при активности III степени
 - при активности I степени
014. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- III степень активности процесса
 - неэффективность базисной терапии заболевания
 - системные проявления заболевания
 - амилоидоз почек
015. АДЕКВАТНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- 15-25 мг
 - 30-40 мг
 - 40-60 мг
 - 80-100 мг
016. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- преднизолон
 - дексаметазон
 - метилпреднизолон
 - триамцинолон
017. ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ НЕ ПРОВОДИТСЯ
- при системной красной волчанке
 - при ревматоидном артрите
 - при болезни Шегрена
 - при ревматической полимиалгии
018. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- высокая активность заболевания
 - прогрессирующий люпус-нефрит
 - цереброваскулит
 - высокая артериальная гипертензия и почечная недостаточность
019. ПРИ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ
- только ударные дозы глюкокортикостероидов
 - только ударные дозы цитостатиков - циклофосфана или метотрексата
 - ударные дозы глюкокортикостероидов и ударные дозы цитостатиков (циклофосфана или метотрексата) с предварительным проведением плазмафереза или гемосорбции
 - все перечисленные
020. ПУЛЬС-ТЕРАПИЮ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ ПРЕРЫВАЮТ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ
- артралгии
 - гиперемии лица
 - анафилактической реакции
 - изменений вкусовых ощущений
021. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТМЕЧАЮТСЯ ВСЕ
- отставания в росте

- б) лунообразного лица
- в) запаздывания полового созревания
- г) глаукомы

022. АЗАТИОПРИН ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) ревматоидного артрита
- б) системной красной волчанки
- в) ревматической лихорадки
- г) болезни Шегрена

023. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ АЗАТИОПРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) агранулоцитоз
- б) активация инфекции
- в) нарушение менструального цикла
- г) кожный зуд

024. ЭФФЕКТ МЕТОТРЕКСАТА СВЯЗАН СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ МЕХАНИЗМАМИ, КРОМЕ

- а) ингибирования активности интерлейкина-1
- б) уменьшения синтеза иммуноглобулина М
- в) уменьшения синтеза ДНК
- г) нарушения метаболизма фолиевой кислоты
- д) торможения активности коллагеназы

025. СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- а) токсического гепатита
- б) интерстициального нефрита
- в) панцитопении
- г) пигментации кожи

026. МЕТОТРЕКСАТ НЕ ВВОДИТСЯ

- а) перорально
- б) внутримышечно
- в) внутривенно
- г) внутрисуставно

027. ОПТИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА МЕТОТРЕКСАТА ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСТАВЛЯЕТ

- а) 7.5 мг
- б) 10 мг
- в) 12.5 мг
- г) 15 мг

028. ЦИКЛОФОСФАН ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА

- а) при ревматоидном артрите
- б) при гранулематозе Вегенера
- в) при узелковом периартериите
- г) при системной красной волчанке
- д) при системной склеродермии

029. ЭФФЕКТ ЦИКЛОФОСФАНА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕ СВЯЗАН

- а) с вступлением в реакцию алкилирования ДНК
- б) с угнетением синтеза Т-хелперов и Т-супрессоров
- в) с угнетением пролиферации В-лимфоцитов
- г) с торможением активности циклооксигеназы

030. К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПОБОЧНЫМ РЕАКЦИЯМ ЦИКЛОФОСФАНА ОТНОСЯТ

- а) алопецию
- б) угнетение кроветворения
- в) геморрагический цистит
- г) оссалгии

031. У ДЕТЕЙ К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЕРАПИИ ЦИКЛОФОСФАНОМ ОТНОСЯТ

- а) лейкопению
- б) тромбоцитопению
- в) анемию
- г) мутагенное действие и геморрагический цистит

032. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ D-ПЕНИЦИЛЛАМИНА СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) бронхиальная астма
 - б) заболевание почек
 - в) лейкопения и тромбоцитопения
 - г) беременность
 - д) язвенная болезнь в стадии ремиссии
033. СУТОЧНАЯ ДОЗА D-ПЕНИЦИЛЛАМИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ СОСТАВЛЯЕТ
- а) 1000-1200 мг
 - б) 900 мг
 - в) 250-500
 - г) 150 мг
034. К НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЕРАПИИ D-ПЕНИЦИЛЛАМИНОМ ОТНОСЯТ
- а) потерю вкусовых ощущений
 - б) протеинурию
 - в) миастению
 - г) лейкопению
035. ХИНОЛИНОВЫЕ ПРОИЗВОДНЫЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ НЕТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) ревматоидного артрита
 - б) анкилозирующего спондилоартрита
 - в) системной красной волчанки
 - г) дерматомиозита
036. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ХИНОЛИНОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) уменьшение массы тела
 - б) поседение волос
 - в) ретинопатия
 - г) диспептические расстройства
037. СУЛЬФАСАЛАЗИН НЕ ПРИМЕНЯЮТ
- а) при ревматоидном артрите
 - б) при урогенном реактивном артрите
 - в) при остеоартрите
 - г) при болезни Крона
038. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОДАГРЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- а) нимесулид
 - б) диклофенака-натрия
 - в) эторикоксиб
 - г) ацетилсалициловой кислоты в дозе 2 г/сут
039. НЕВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ О ТОМ, ЧТО АЛЛОПУРИНОЛ
- а) всасывается в желудочно-кишечном тракте
 - б) окисляется в печени с образованием аналога ксантина оксипуринола
 - в) противопоказан при поражении почек
 - г) выделяется почками
040. ДЕЙСТВИЕ АЛЛОПУРИНОЛА СВЯЗАНО
- а) с угнетением ксантиноксидазы
 - б) с снижением содержания мочевой кислоты в крови
 - в) с снижением содержания мочевой кислоты в моче
 - г) со всеми перечисленными механизмами
041. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГРУПП, КРОМЕ
- а) хондропротекторов
 - б) хинолиновых производных
 - в) нестероидных противовоспалительных препаратов
 - г) цитостатиков
042. ХОНДРОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ РУМАЛОНА ОБУСЛОВЛЕНО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЭФФЕКТАМИ, КРОМЕ
- а) воздействия на хондроциты суставного хряща
 - б) стимуляции синтеза ДНК хондроцитов
 - в) стимуляции выработки глюкозаминогликанов
 - г) влияния не только на хрящ, но и на субхондральную кость (артепарон)
 - д) влияния на синтез коллагеновых волокон

043. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- а) пульс-терапию метилпреднизолоном 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд
- б) пульс-терапию циклофосфаном
- в) плазмаферез
- г) все перечисленное

044. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ (УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ, ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА) ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ

- а) назначения преднизолона 1 мг/кг в сутки
- б) пульс-терапии циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд
- в) назначения циклофосфана в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь
- г) гемосорбции

045. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ОТЕКЕ ЛЕГКИХ) У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ ПРОВЕДЕНИЕ ВСЕХ УКАЗАННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) внутривенного медленного введения 1 мл 1% раствора морфина гидрохлорида
- б) внутривенного введения 20-120 мг фуросемида (лазикса)
- в) внутривенного медленного введения при недостаточности митрального клапана и аортальных пороках - строфангина 0.5-0.75 мл 0.05% раствора
- г) внутривенного введения при митральном стенозе 1 мл 0.05% раствора строфангина

046. НЕВЕРНО ОДНО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОЛОЖЕНИЙ, КАСАЮЩЕЕСЯ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- а) оказывают противовоспалительное, болеутоляющее, спазмолитическое действие
- б) не применяются в острой фазе патологического процесса
- в) не применяются у пациентов с онкологическими заболеваниями
- г) применяются только в качестве монотерапии

047. К АППАРАТНОЙ ФИЗИОТЕРАПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- а) лекарственный фоно- и электрофорез
- б) воздействие импульсным током низкой частоты
- в) применение токов высокой и ультразвуковой частоты
- г) парафино- и озокеритолечение

048. ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) артритов и артрозов, сопровождающихся образованием контрактур суставов
- б) спондилоартритов и остеохондроза позвоночника, сопровождающихся корешковым синдромом
- в) дерматомиозита
- г) заболеваний мягких околосуставных тканей

049. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ВЕРНЫ, КРОМЕ ОДНОГО

- а) рекомендуется увеличивать нагрузку на опорно-двигательный аппарат и сердечно-сосудистую систему после стихания признаков активности процесса
- б) больным ревматоидным артритом лечебную физкультуру назначают в зависимости от стадии заболевания и степени нарушения функции сустава
- в) при анкилозирующем спондилоартрите главной задачей лечебной физкультуры является укрепление мышечно-связочного аппарата
- г) при остеоартрите показаны главным образом упражнения с повышенной физической нагрузкой

050. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- а) аллопуринол
- б) хондроитинсульфат
- в) колхицин
- г) Д-пеницилламин

051. СРЕДСТВОМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) никотиновая кислота
- б) метотрексат
- в) индометацин
- г) курантил

052. К ПРЕПАРАТАМ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ

- а) преднизолон
- б) диклофенак
- в) метотрексат
- г) диацерин

053. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ «ПУЛЬС ТЕРАПИИ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ (ПРЕДНИЗОЛОН) В _____ МГ

- а) 1000
- б) 80-100
- в) 500
- г) 5000

054. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ НПВС ЛЕЖИТ

- а) ингибирование активности циклооксигеназы
- б) ингибирование активности липооксигеназы
- в) блокада рецепторов простагландинов
- г) стимуляция циклооксигеназы

055. МЕТОТРЕКСАТ ВЫЗЫВАЕТ ДЕФИЦИТ

- а) железа
- б) фолиевой кислоты
- в) аскорбиновой кислоты
- г) йода

056. НЕСТЕРИОДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ УСИЛИВАЮТ ДЕЙСТВИЕ

- а) нифедипина
- б) клонидина
- в) варфарина
- г) азитромицина

057. К ОСНОВНОМУ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМУ ЭФФЕКТУ СТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ОТНОСЯТ

- а) антибактериальный
- б) пермессивный
- в) жаропонижающий
- г) противовирусный

058. ПРИ ЕЖЕДНЕВНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ УГНЕТЕНИЕ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

- а) 2 – 3 дня
- б) 4 часа
- в) 7 – 8 дней
- г) 8 – 12 часов

059. ПРЕПАРАТОМ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К Ig E ЯВЛЯЕТСЯ

- а) фенспирид
- б) зафирлукаст
- в) омализумаб
- г) монтелукаст

060. БЛОКАТОРОМ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) монтелукаст
- б) фенспирид
- в) эбастин
- г) хлоропирамин

061. ПРИ СОВМЕСТНОМ НАЗНАЧЕНИИ СУЛЬФАНИЛАМИДОВ И МЕТОТРЕКСАТА ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ

- а) агранулоцитоза
- б) бронхоспазма
- в) судорожного синдрома
- г) кровотечения

062. РАННИМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) стероидный диабет
- б) катаракта
- в) миопатия
- г) остеопороз

063. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

- а) гипогликемия и тахикардия
- б) брадикардия и кахексия
- в) кахексия и остеопороз
- г) остеопороз и гипергликемия

064. КОЛХИЦИН ПРИ ПОДАГРЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ
- снижения гиперурикемии
 - купирования острого артрита
 - профилактики и лечения нефропатии
 - рассасывания подкожных тофусов
065. В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТА ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ
- кальция
 - витамина D
 - кальцитонина
 - бисфосфонатов
066. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА КЕТОРОЛАКОМ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ _____ СУТОК
- 5
 - 7
 - 10
 - 14
067. ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРАЯ
- язва желудка
 - сердечно-сосудистая недостаточность
 - дыхательная недостаточность
 - печеночная недостаточность
068. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ НИЗКОГО УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОФУСНОЙ ПОДАГРОЙ ДОЛЖНЫ ПОЛУЧАТЬ
- диуретики
 - нестероидные противовоспалительные препараты
 - аллопуринол
 - глюкокортикостероиды
069. ПОДАГРА СЛУЖИТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ
- ингибиторов АПФ
 - β -адреноблокаторов
 - антагонистов кальция
 - тиазидных диуретиков
070. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЕЕ ЧЕМ _____ СТЕПЕНИ
- III
 - I
 - II
 - IV
071. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
- амоксциллин
 - диклофенак
 - бензатин бензилпенициллин
 - метопролол
072. ПРИ ТЯЖЕЛОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ
- инфликсимаб
 - циклофосфамид
 - бозентан
 - абциксимаб
073. НАИБОЛЬШЕЙ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ НЕСТЕРОИДНЫЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ
- кетопрофен
 - метамизол
 - кеторолак
 - индометацин
074. ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРОМ ЦОГ-2 ЯВЛЯЕТСЯ

- а) целекоксиб
 - б) нимесулид
 - в) мелоксикам
 - г) пироксикам
075. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НПВС-ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
- а) алгедрат+магния гидроксид
 - б) метилурацил
 - в) омепразол
 - г) сукралфат
076. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) метотрексат
 - б) гидроксихлорохин
 - в) лефлуномид
 - г) сульфасалазин
077. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С ВЫСОКОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ
- а) инфликсимаб
 - б) этанерцепт
 - в) белимумаб
 - г) адалимумаб
078. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) амтолметина гуацил
 - б) лерканидипин
 - в) кальция карбонат с холекальциферолом
 - г) преднизолон
079. В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ НАЗНАЧАЮТ
- а) метилпреднизолон
 - б) аллопуринол
 - в) ацеклоклофенак
 - г) моноклональные антитела у интрелейкину 1 β (канакинумаб)
080. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ КРУГЛОГОДИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
- а) кларитромицин
 - б) ацетилсалициловую кислоту
 - в) ципрофлоксацин
 - г) экстенциллин
081. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
- а) гепатотоксические
 - б) нефротоксические
 - в) кожные
 - г) желудочно-кишечные
082. БОЛЬНЫЕ С ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ОСМАТРИВАЮТСЯ
- а) 1 раз в год
 - б) 4 раза в год
 - в) 1 раз в месяц
 - г) 2 раза в год
083. БОЛЬНЫЕ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ОСМАТРИВАЮТСЯ ____ РАЗ В ГОД
- а) 12
 - б) 1
 - в) 4
 - г) 2
084. К ПРЕПАРАТАМ ВЫБОРА ИЗ СИНТЕТИЧЕСКИХ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ
- а) метотрексат

- б) соли золота
 - в) аминоксалициловые производные
 - г) инфликсимаб
085. ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ
- а) диклофенак
 - б) аллопуринол
 - в) фебуксостат
 - г) метотрексат
086. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА КОНТРОЛИРОВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОЗВОЛЯЕТ
- а) общий анализ мочи
 - б) клинический анализ крови
 - в) уровень альбумина в крови
 - г) уровень холестерина в крови
087. НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМИ ВАСКУЛИТАМИ ВЛИЯЕТ НАЗНАЧЕНИЕ
- а) глюкокортикоидов
 - б) цитостатиков
 - в) нестероидных противовоспалительных препаратов
 - г) вазодилляторов
088. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
- а) аллопуринол
 - б) диклофенак
 - в) гидрохлортиазид
 - г) цистон
089. К СИНТЕТИЧЕСКИМ БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ
- а) этарнецепт
 - б) ремикейд
 - в) сульфасалазин
 - г) тофацинигиб
090. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН
- а) аллопуринол
 - б) колхицин
 - в) фебуксостат
 - г) дезурик
091. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ СЕЗОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ
- а) дигоксин
 - б) делагил
 - в) ампициллин
 - г) бициллин
092. ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА РЕЖЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ НА ФОНЕ ПРИЕМА
- а) индометацина
 - б) целекоксиба
 - в) ацетилсалициловой кислоты
 - г) диклофенака
093. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ
- а) хондропротекторами
 - б) кортикостероидами
 - в) иммобилизацией пораженных суставов
 - г) нестероидными противовоспалительными средствами
094. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
- а) нестероидные противовоспалительные средства, колхицин, глюкокортикоиды
 - б) глюкокортикоиды, ингибиторы АПФ, колхицин
 - в) ингибиторы протонной помпы, диуретики, глюкокортикоиды
 - г) блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, нестероидные противовоспалительные средства
095. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
- а) индометацин
 - б) вольтарен

- в) диклофенак
 - г) мелоксикам
096. ПРЕПАРАТ, ТОРМОЗЯЩИЙ СИНТЕЗ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ
- а) инсулин
 - б) аллопуринол
 - в) аспирин
 - г) вольтарен
097. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) лефлюнамид
 - б) метотрексат
 - в) нестероидное противовоспалительное средство в постоянном режиме
 - г) сульфасалазин
098. К ПРЕПАРАТАМ, БЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ ФНО-АЛЬФА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- а) инфликсимаб
 - б) тоцилизумаб
 - в) голимумаб
 - г) этанерцепт
099. К СЕЛЕКТИВНЫМ/СПЕЦИФИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-2 НЕ ОТНОСИТСЯ
- а) ацеклофенак
 - б) нимесулид
 - в) мелоксикам
 - г) эторикоксиб
100. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) гидроксихлорохин
 - б) сульфасалазин
 - в) метотрексат
 - г) Д-пеницилламин
101. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ СКВ УМЕРЕННОЙ И ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ПОКАЗАНА ИНИЦИАЦИЯ ТЕРАПИИ
- а) инфликсимабом
 - б) диклофенаком
 - в) азатиоприном
 - г) белимумабом
102. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО ОПРАВДАНО ПОДКЛЮЧЕНИЕ К ТЕРАПИИ
- а) цитостатических иммунодепрессантов
 - б) диуретиков
 - в) синтетических простагландинов
 - г) ингибиторов ФНО-альфа
103. ПРИ СКВ С ВТОРИЧНЫМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ, ПРОЯВЛЯЮЩИМСЯ АРТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ, К ПОСТОЯННОЙ ТЕРАПИИ СКВ ПОКАЗАНО ДОБАВЛЕНИЕ
- а) оральных антикоагулянтов
 - б) антиагрегантов
 - в) тромболитических препаратов
 - г) низкомолекулярных гепаринов
104. ВЫБЕРИТЕ АНТИФИБРОЗНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФУЗНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ
- а) преднизолон
 - б) десфераль
 - в) циклофосфамид
 - г) пеницилламин
105. ОТМЕТИТЬ НА КАКОЙ ИЗ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ВЛИЯЮТ БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
- а) подавление локального местного воспаления
 - б) этиологические факторы
 - в) генетическая предрасположенность
 - г) хроническое иммунное воспаление
106. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ
- а) цитостатики и пеницилламин
 - б) нестероидные противовоспалительные препараты и пеницилламин
 - в) глюкокортикостероиды и цитостатики

г) соли золота и цитостатики

107. АЛЛОПУРИНОЛ НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ

- а) 0,3–0,5 г в сутки, на 1–2 мес.
- б) 1,0 г в сутки, на 5–6 мес.
- в) 0,1 г в сутки на 1 год
- г) 10 мг в неделю на год

108. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРЕПАРАТ

- а) гентамицин
- б) экстенциллин
- в) ампициллин
- г) делагил

109. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИАЛГИЙ, СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ

- а) нимесулид
- б) пироксикам
- в) ибупрофен
- г) напроксен

110. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ВЫРАЖЕННЫМИ И ТЯЖЕЛЫМИ СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) метотрексат
- б) преднизолон
- в) колхицин
- г) лидаза

111. ИЗ-ЗА РИСКА УВЕЛИЧЕНИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЯТЬ

- а) далтепарин натрия
- б) ацетилсалициловую кислоту
- в) дабигатрана этексилат
- г) аминокaproновую кислоту

112. ОСЛОЖНЕНИЕМ, ТРЕБУЮЩИМ ОТМЕНЫ САЛАЗОПИРИДИНА (СУЛЬФАСАЛАЗИНА), ЯВЛЯЕТСЯ

- а) кожная сыпь
- б) тошнота и рвота
- в) лихорадка
- г) гемолитическая анемия

113. ПРИ ПОДАГРЕ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ

- а) анальгезирующих и противовоспалительных
- б) урикозурических
- в) урикодепрессивных
- г) иммунодепрессивных

114. СИНДРОМ ОТМЕНЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- а) бисфосфонатов
- б) триметазидина
- в) глюкокортикостероидов
- г) ранаолазина

115. МЕХАНИЗМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а) угнетении проводимости болевых стимулов в центральной нервной системе
- б) снижении активности циклооксигеназы с ингибированием синтеза простагландинов и брадикинина
- в) снижении чувствительности рецепторов к медиаторам боли – гистамину и брадикинину
- г) угнетении холинергической иннервации гладкомышечных органов и спазмолитическом действии

116. МАКСИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ ПАРАЦЕТАМОЛА, КОТОРУЮ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРЕВЫШАТЬ ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРОЛОБУЛЯРНОГО НЕКРОЗА ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ ___Г

- а) 3,0
- б) 5,0
- в) 4,0
- г) 6,0

117. К НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ БЫСТРОРАЗВИВАЮЩИМСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ РЕАКЦИЯМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ОТНОСЯТ

- а) истончение и легкую ранимость кожи
- б) дистрофические изменения миокарда
- в) снижение толерантности к глюкозе
- г) субкапсулярную заднюю катаракту

118. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА А (ПРЕДСКАЗУЕМЫЕ) ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- а) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы
- б) фармакологического действия и зависят от дозы
- в) длительного использования и развития толерантности
- г) индивидуальной нечувствительности и лекарственной устойчивости

119. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА В (НЕПРЕДСКАЗУЕМЫЕ) ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- а) фармакологического действия и зависят от дозы
- б) длительного использования и развития толерантности
- в) индивидуальной нечувствительности и лекарственной устойчивости
- г) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы

120. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА С («ХИМИЧЕСКИЕ») ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- а) длительного использования и развития толерантности
- б) фармакологического действия и зависят от дозы
- в) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы
- г) индивидуальной нечувствительности и лекарственной устойчивости

121. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА Е (ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ) ПРОЯВЛЯЮТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- а) индивидуальной нечувствительности и устойчивости
- б) фармакологического действия и зависят от дозы
- в) иммунологической предрасположенности и не зависят от дозы
- г) длительного использования и развития толерантности

122. КАНЦЕРОГЕНЕЗ ОТНОСИТ К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПОБОЧНЫМ РЕАКЦИЯМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТИПА

- а) С («химические»)
- б) D (отсроченные)
- в) В (непредсказуемые)
- г) А (предсказуемые)

123. МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КОТОРАЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- а) комплаенсом
- б) фармакоинспекцией
- в) фармакоэкономикой
- г) фармаконадзором

124. АНТИКОАГУЛЯЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ И РИСК ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ АНТИКОАГУЛЯНТОВ С

- а) агонистами H₁-имидазолиновых рецепторов
- б) блокаторами CD20-рецепторов В-лимфоцитов
- в) нестероидными противовоспалительными средствами
- г) частичными агонистами никотиновых рецепторов

125. ВСЕ СЕЛЕКТИВНЫЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (ИНГИБИТОРЫ ЦОГ-2) ПОВЫШАЮТ _____ ЧЕМ НЕСЕЛЕКТИВНЫЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- а) сердечно-сосудистый риск в большей степени
- б) сердечно-сосудистый риск в меньшей степени
- в) риск гастропатий в большей степени
- г) риск поражения почек и хряща суставов

126. МАКСИМАЛЬНАЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРИ СИСТЕМНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНА У

- а) кортизона
- б) триамцинолона
- в) метилпреднизолона
- г) бетаметазона

127. ПРИ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ С ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ≤10 ДНЕЙ ПРЕКРАЩАЮТ ЛЕЧЕНИЕ

- а) одномоментно независимо от исходной дозы
- б) постепенно со снижением дозы на 2,5 мг преднизолона каждые 3-5 дней
- в) постепенно со снижением дозы на 2,5 мг преднизолона каждые 1-3 недели
- г) по выбору: одномоментно или с постепенным снижением дозы

128. ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ (ГИДРОКОРТИЗОНОМ, КОРТИЗОНОМ) ПРОВОДЯТ ПРИ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ДОЗАХ

- а) супрафизиологических, один раз в день утром
- б) фармакологических, 1/3 дозы утром и 2/3 дозы вечером
- в) супрафизиологических, равными дозами 3 раза в день
- г) физиологических, 2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером

129. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ПРИМЕНЯЮТ

- а) цефтриаксон
- б) ампициллин
- в) бициллин
- г) супрастин

130. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

- а) трансаминазы, клиренс креатинина, клинический анализ крови, состояние легких по данным рентгенографии
- б) липидный профиль, иммунологический и серологический анализы крови, состояние миокарда по данным эхокардиографии
- в) гормональный анализ крови, суточную протеинурию, состояние печени и почек по данным ультразвукового исследования
- г) комплексный иммуногистохимический профиль, трофобластический бета-1-гликопротеин, фенотипы лимфоцитов (основные субпопуляции)

131. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) сахарный диабет
- б) подагра
- в) ИБС
- г) инсульт в анамнезе

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Раздел 1

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

001 - г	013 - а	025 - г	037 - а	049 - б
002 - а	014 - а	026 - г	038 - б	050 - б
003 - б	015 - в	027 - а	039 - а	
004 - в	016 - г	028 - б	040 - в	
005 - в	017 - в	029 - а	041 - д	
006 - а	018 - б	030 - г	042 - г	
007 - б	019 - а	031 - г	043 - г	
008 - а	020 - в	032 - а	044 - б	
009 - а	021 - г	033 - в	045 - г	
010 - а	022 - в	034 - б	046 - б	
011 - в	023 - а	035 - а	047 - а	
012 - в	024 - в	036 - а	048 - б	

Раздел 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РЕВМАТОЛОГИИ

001 - б	016 - в	031 - в	046 - б
002 - в	017 - в	032 - г	047 - а
003 - г	018 - в	033 - г	048 - в
004 - б	019 - в	034 - г	049 - а
005 - б	020 - г	035 - г	050 - в
006 - г	021 - г	036 - б	051 - в
007 - г	022 - г	037 - б	052 - а
008 - б	023 - в	038 - а	053 - б
009 - г	024 - г	039 - б	054 - б
010 - в	025 - в	040 - в	055 - в
011 - б	026 - г	041 - б	056 - г
012 - г	027 - г	042 - а	057 - а
013 - г	028 - б	043 - б	058 - д
014 - д	029 - а	044 - а	
015 - д	030 - г	045 - а	

Раздел 3

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В РЕВМАТОЛОГИИ

001 - а	017 - г	033 - а	049 - д	065 - д
002 - в	018 - а	034 - в	050 - д	066 - б
003 - б	019 - г	035 - в	051 - в	067 - г
004 - б	020 - г	036 - д	052 - г	068 - в
005 - в	021 - г	037 - г	053 - в	069 - д
006 - в	022 - д	038 - б	054 - в	070 - е
007 - б	023 - г	039 - г	055 - г	071 - в
008 - г	024 - а	040 - а	056 - г	072 - г
009 - б	025 - а	041 - в	057 - д	073 - г
010 - в	026 - г	042 - д	058 - д	074 - в
011 - б	027 - д	043 - д	059 - г	075 - г
012 - б	028 - б	044 - д	060 - г	076 - в
013 - в	029 - б	045 - д	061 - д	077 - а
014 - д	030 - д	046 - г	062 - г	078 - г
015 - г	031 - г	047 - в	063 - в	
016 - д	032 - г	048 - д	064 - а	

Раздел 4

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

001 - а	021 - а	041 - б	061 - в	081 - в
002 - б	022 - б	042 - г	062 - в	082 - а
003 - г	023 - в	043 - б	063 - г	083 - г
004 - б	024 - г	044 - а	064 - б	084 - а
005 - в	025 - г	045 - г	065 - в	085 - в
006 - г	026 - а	046 - б	066 - в	086 - в
007 - г	027 - б	047 - а	067 - в	087 - г
008 - в	028 - а	048 - а	068 - в	088 - г
009 - а	029 - б	049 - г	069 - а	089 - г
010 - б	030 - г	050 - г	070 - г	090 - в
011 - а	031 - г	051 - б	071 - в	091 - г
012 - г	032 - г	052 - г	072 - в	092 - а

013 - г	033 - в	053 - а	073 - г	093 - б
014 - г	034 - в	054 - а	074 - г	094 - а
015 - б	035 - в	055 - б	075 - а	095 - в
016 - в	036 - г	056 - а	076 - б	096 - а
017 - б	037 - г	057 - а	077 - б	097 - б
018 - б	038 - г	058 - в	078 - г	098 - а
019 - г	039 - г	059 - а	079 - а	099 - в
020 - г	040 - б	060 - г	080 - г	100 - в

101 - б	113 - б	125 - в	137 - б	149 - б
102 - в	114 - б	126 - г	138 - б	150 - а
103 - б	115 - б	127 - а	139 - б	151 - б
104 - в	116 - г	128 - а	140 - а	152 - б
105 - а	117 - г	129 - а	141 - а	
106 - в	118 - а	130 - а	142 - в	
107 - г	119 - г	131 - в	143 - г	
108 - в	120 - г	132 - б	144 - б	
109 - г	121 - б	133 - а	145 - а	
110 - в	122 - в	134 - б	146 - г	
111 - а	123 - а	135 - в	147 - а	
112 - а	124 - б	136 - а	148 - а	

Раздел 5
ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
И ДРУГИЕ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

001 - г	016 - б	031 - в	046 - г	061 - б
002 - г	017 - в	032 - г	047 - г	062 - б
003 - б	018 - б	033 - б	048 - г	
004 - г	019 - в	034 - а	049 - г	
005 - г	020 - в	035 - в	050 - г	
006 - в	021 - б	036 - а	051 - г	
007 - в	022 - в	037 - б	052 - б	
008 - г	023 - г	038 - г	053 - б	
009 - г	024 - д	039 - в	054 - а	
010 - г	025 - г	040 - а	055 - б	
011 - в	026 - в	041 - а	056 - г	
012 - в	027 - г	042 - а	057 - б	
013 - г	028 - г	043 - а	058 - г	
014 - г	029 - г	044 - б	059 - б	
015 - б	030 - в	045 - а	060 - б	

Раздел 6
РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ОКОЛОСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

001 - в	007 - г	013 - в	019 - в
002 - г	008 - в	014 - а	020 - г
003 - б	009 - в	015 - а	021 - в
004 - г	010 - в	016 - б	022 - а
005 - в	011 - в	017 - а	023 - а
006 - б	012 - б	018 - б	024 - а

Раздел 7
РЕВМАТИЗМ И РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

001 - в	006 - д	011 - г	016 - б	021 - а
002 - б	007 - д	012 - в	017 - а	022 - б
003 - д	008 - г	013 - в	018 - в	023 - б
004 - г	009 - в	014 - г	019 - б	024 - в
005 - г	010 - г	015 - г	020 - б	025 - а
026 - а	035 - г	044 - г		
027 - б	036 - г	045 - г		
028 - в	037 - в	046 - в		
029 - г	038 - в	047 - д		
030 - в	039 - в	048 - в		

031 - в	040 - б	049 - б
032 - б	041 - г	050 - в
033 - б	042 - б	
034 - в	043 - д	

Раздел 8

ДИФФУЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

001 - д	020 - в	039 - г	058 - г
002 - в	021 - а	040 - а	059 - д
003 - в	022 - б	041 - д	060 - б
004 - д	023 - б	042 - а	061 - а
005 - д	024 - б	043 - в	062 - а
006 - а	025 - а	044 - а	063 - д
007 - б	026 - б	045 - а	064 - г
008 - а	027 - в	046 - б	065 - д
009 - б	028 - д	047 - в	066 - д
010 - а	029 - в	048 - в	067 - д
011 - в	030 - д	049 - в	068 - г
012 - а	031 - а	050 - г	069 - а
013 - б	032 - а	051 - б	070 - а
014 - а	033 - а	052 - б	071 - б
015 - а	034 - б	053 - в	072 - е
016 - б	035 - а	054 - б	073 - а
017 - а	036 - в	055 - а	074 - г
018 - а	037 - а	056 - г	075 - д
019 - б	038 - а	057 - г	076 - а

Раздел 9

СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ

001 - д	017 - а	033 - в	049 - а	064 - б
002 - д	018 - г	034 - а	050 - д	065 - д
003 - б	019 - б	035 - в	051 - г	
004 - г	020 - б	036 - а	052 - а	
005 - г	021 - г	037 - б	053 - а	
006 - д	022 - а	038 - а	054 - а	
007 - б	023 - г	039 - д	055 - б	
008 - в	024 - а	040 - а	056 - в	
009 - г	025 - г	041 - в	057 - а	
010 - а	026 - а	042 - а	058 - б	
011 - г	027 - д	043 - д	059 - а	
012 - в	028 - б	044 - а	060 - б	
013 - б	029 - а	045 - б	061 - б	
014 - в	030 - а	046 - а	062 - а	
015 - а	031 - в	047 - г	063 - в	
016 - б	032 - д	048 - а		

Раздел 10

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

001 - в	013 - а	025 - г	037 - в	049 - г	
002 - г	014 - г	026 - г	038 - г	050 - б	
003 - г	015 - г	027 - г	039 - в	051 - б	
004 - г	016 - в	028 - б	040 - г	052 - в	
005 - г	017 - г	029 - г	041 - г	053 - а	
006 - б	018 - г	030 - в	042 - д	054 - а	
007 - в	019 - г	031 - г	043 - г	055 - б	
008 - а	020 - в	032 - д	044 - г	056 - в	
009 - д	021 - г	033 - в	045 - г	057 - б	
010 - г	022 - в	034 - в	046 - г	058 - в	
011 - в	023 - а	035 - б	047 - г	059 - в	
012 - б	024 - д	036 - в	048 - в	060 - а	
061 - г	073 - в	085 - а	097 - в	109 - а	121 - а
062 - а	074 - а	086 - б	098 - б	110 - б	122 - б
063 - г	075 - в	087 - б	099 - а	111 - б	123 - г
064 - б	076 - а	088 - а	100 - в	112 - г	124 - в
065 - г	077 - в	089 - в	101 - г	113 - г	125 - а

066 - а	078 - г	090 - б	102 - в	114 - в	126 - г
067 - а	079 - б	091 - г	103 - а	115 - а	127 - а
068 - в	080 - г	092 - б	104 - г	116 - в	128 - г
069 - г	081 - г	093 - г	105 - г	117 - в	129 - в
070 - в	082 - г	094 - а	106 - в	118 - б	130 - а
071 - б	083 - в	095 - г	107 - а	119 - г	131 - б
072 - а	084 - а	096 - б	108 - б	120 - а	

2. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ РЕВМАТОЛОГИЯ

Сбеседование:

«Общие вопросы ревматологии»

1. Состояние и перспективы развития ревматологии в РФ.
 2. Социально-экономическая значимость ревматологических заболеваний.
 3. Ревматологический кабинет и работа врача ревматолога. Ведение документации. Форма учета и отчетности.
 4. Организация работы и консультативной помощи ревматологических центров. Организация работы ревматологических отделений стационаров.
 5. Принципы диспансеризации больных ревматологическими заболеваниями.
 6. Организационно-методические аспекты ревматологической службы.
 7. Основная документация в амбулатории и стационаре.
 8. Основы трудовой экспертизы ревматологических больных.
 9. Понятие медицинской психологии и медицинской деонтологии. Субъективная картина болезни. Отношение к болезни. Личность хронического больного. Проблема боли при ревматических болезнях.
 10. Психологические факторы в лечении больных ревматическими заболеваниями. Психологические и социальные аспекты реабилитации. Информация больных о заболевании (образование больных).
 11. Основные группы ревматологических болезней. Номенклатура и классификация ревматических заболеваний. Вопросы номенклатуры и терминологии ревматических заболеваний.
 12. Международная классификация ревматических заболеваний. Отечественная классификация ревматических заболеваний.
 13. Клиническая анатомия, физиология опорно-двигательного аппарата. Клинические аспекты поражения хрящевой, косной, соединительной ткани при ревматических заболеваниях.
- Эпидемиология ревматических заболеваний. Методы эпидемиологических исследований.
Массовые обследования населения (основные требования). Стандартизация диагностики ревматических заболеваний, проблемы и достижения. Возрастные аспекты ревматических заболеваний.

«Методы диагностики в ревматологии.»

1. Клинические методы исследования суставов.
2. Клинические методы исследования позвоночника.
3. Радиологические методы. Общие вопросы рентгеносемиотики ревматических заболеваний. Рентгенологические методы исследования, применяемые в ревматологии. Диагностические возможности и ограничения.
4. Стандартная рентгенография и томография. Особенности применения при различных заболеваниях.
5. Компьютерная томография. Принцип метода. Диагностические возможности.
6. Магнитно-ядерная резонансная томография. Принцип метода. Диагностические возможности.
7. Специальные методы рентгенологического исследования (электрорентгенография, артрография, сиалография и т.д.).
8. Денситометрия (определение минеральной плотности костной ткани).
9. Радиоизотопные методы диагностики ревматических заболеваний. Сцинтиграфия.
10. Ультразвуковые методы. Основные принципы ультразвуковой диагностики. Диагностические возможности метода. Ультразвуковое исследование суставов, преимущества и ограничения. Ультразвуковое исследование сосудов. Допплер-исследование. Эхокардиография.

11. Артроскопия. Показания. Диагностические возможности. Общие правила проведения пункции суставов, организация внутрисуставных инъекций в поликлинике и стационаре.
12. Анализ синовиальной жидкости.
13. Лабораторные методы. Лабораторные методы оценки активности воспаления при ревматических заболеваниях.
14. Роль исследования клеточного иммунитета при ревматических заболеваниях.
15. Метод полимеразноцепной реакции, иммуоферментный метод
16. Морфологические методы. Методы морфологического исследования в ревматологии. Биопсия органов и тканей при ревматических заболеваниях.
Показания. Техника

3 «Воспалительные заболевания суставов и позвоночника»

1. Ревматоидный артрит. Представления об этиологии и патогенезе ревматоидного артрита.
2. Классификация ревматоидного артрита. Эпидемиология.
3. Клиническая характеристика внесуставных проявлений ревматоидного артрита (ревматоидные узелки, полинейропатия, лимфаденопатия, поражение глаз, кожный васкулит, лихорадка и др.).
4. Синдром Фелти. Синдром Шегрена. Синдром Каплана.
5. Диагностика ревматоидного артрита. Лабораторная диагностика ревматоидного артрита.
6. Лечение ревматоидного артрита. Общие принципы и методы лечения. Критерии эффективности базисного лечения ревматоидного артрита. Глюкокортикостероиды.
7. Физиотерапевтическое лечение ревматоидного артрита.
8. Реабилитация, лечебная физкультура и курортное лечение ревматоидного артрита.
9. Диспансеризация больных ревматоидным артритом.
10. Ювенильный хронический артрит. Классификация ювенильного хронического артрита. Патогенез. Эпидемиология.
11. Клиническая картина поражения суставов при ювенильном хроническом артрите. Поражение других органов и систем при ювенильном хроническом артрите. Дифференциальная диагностика. Лечение.
12. Спондилоартриты. эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Лечение.
13. Ювенильный анкилозирующий спондилоартрит.
14. Псориатический артрит у детей.
15. Реактивные артриты у детей.
16. Анкилозирующий спондилит. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина поражения позвоночника и периферических суставов. Внесуставные проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Течение. Осложнения. Лечение.
17. Псориатический артрит. Вопросы этиологии, патогенеза, эпидемиологии, псориатического артрита, его связь с кожными проявлениями псориаза, клиническая картина, клинко-рентгенологические варианты, вопросы диагностики и дифференциальной диагностики, лечения, реабилитации и медико-социальной экспертизы.
18. Инфекционные артриты. Этиология и патогенез, а также особенности клинической картины, критерии постановки диагноза, дифференциальный диагноз при гонококковом, бруцеллезном, туберкулезном, паразитарном, неспецифическом бактериальном артритах, боррелиозе, туберкулезном спондилите, абсцессе Борди, вирусных инфекциях, краснухе, вирусном гепатите, сифилисе, артритах на фоне остеомиелита эпифизов, СПИДа.
19. Реактивные артриты.. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина поражения позвоночника и суставов. Внесуставные проявления (поражения глаз, половых органов, кожи, слизистых). Диагностика и дифференциальная диагностика. Варианты течения.
20. Урогенные реактивные артриты. Роль хламидий в этиологии. Энтерогенные реактивные артриты. Методы идентификации этиологического фактора. Лечение. Реабилитация. Вопросы медико-социальной экспертизы.

«Микрористаллические артриты»

1. Подагра. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Вторичная подагра. Поражение почек при подагре. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз.
3. Лечение острого подагрического приступа. Медикаментозный контроль уровня мочевой кислоты в крови. Диета при подагре.

4. Болезнь отложения кристаллов кальция пирофосфата дигидрата (пирофосфатная артропатия). Классификация, эпидемиология, клинические формы пирофосфатной артропатии, критерии диагноза, принципы лечения; гидроксиапатитная артропатия и другие микрокристаллические артриты, классификация и клинические формы; артропатия при гиперхолестеринемии, диагностика и лечен

«Ревматические проявления при неревматической патологии и редкие формы артропатий»

1. Ревматические проявления при желудочно-кишечных заболеваниях.
2. Ревматические проявления при эндокринных и метаболических заболеваниях
3. Ревматические проявления при других заболеваниях
4. Палиндромый ревматизм. Рецидивирующий гидрартроз. Виллезонодулярный синовит.
5. Хондроматоз суставов. Множественный ретикулостигиоцитоз. Артропатия Жаку. Пахидермопериостоз.

«Невоспалительные заболевания суставов, позвоночника и костей»

1. Остеоартроз. Классификация. Номенклатура. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиническая картина.
2. Особенности остеоартроза отдельных суставов. Гонартроз. Коксартроз. Артроз межфаланговых суставов.
3. Методы оценки функционального статуса при остеоартрозе. Рентгенологические стадии артроза.
4. Лечение остеоартроза. Общие принципы. Нестероидные противовоспалительные препараты. Значение локальной противовоспалительной терапии (локальное введение глюкокортикостероидов, мази др.). Хондропротективные препараты.
5. Остеохондроз шейного отдела позвоночника, причины цервикалгии.
6. Остеохондроз грудного отдела позвоночника, корешковый синдром при нем.
7. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника, корешковый синдром при нем.
8. Спондилолистез. Спондилез. Спондилез шейного отдела позвоночника, вертебробазиллярная недостаточность как его осложнение.
9. Туннельные нейроваскулярные синдромы, возникающие на фоне остеохондроза и спондилеза (синдром грушевидной мышцы, синдром апертуры грудной клетки и др.)
10. Синдром хронической боли в нижней части спины. Лечение. Медикаментозное лечение. Лечебная гимнастика, физиолечение, санаторно-курортное лечение.
11. Охроноз. Этиология. Патогенез. Поражение суставов, позвоночника. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
12. Болезнь Форестье (идиопатический диффузный гиперостоз скелета). Этиология и патогенез. Клиническая и рентгенологическая картина. Диагностика. Лечение.
13. Ювенильный кифоз (болезнь Шоермана-Мау). Рентгенологические проявления. Дифференциальный диагноз. Лечение.
14. Болезнь Остгуда-Шлаттера. Принципы лечения.
15. Асептические некрозы костей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Консервативное и хирургическое лечение
16. Болезнь Кашина-Бека.
17. Остеопороз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиника. Методы диагностики. Профилактика. Лечение.
18. Болезнь Педжета. Диагностика, клиника, лечение
19. Новообразования костной ткани. Классификация, клиника, диагностика, тактика ревматолога.

«Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей»

1. Нодулярный теносиновит сгибателей пальцев кистей.
2. Контрактура Дюпиитрена.
3. Синдром запястного канала.
4. Синдром канала Гийона.
5. Болезнь де-Кервена.
6. Синдром круглого пронатора, кубитального канала.
7. Наружный и внутренний эпикондилиты.
8. Бурсит локтевого отростка.
9. Простой тендинит надостной и других мышц вращательной манжеты плеча.
10. Тендинит двуглавой мышцы плеча.

11. Синдром "плечо-кость".
12. Синдром передней лестничной мышцы.
13. Синдром малой грудной мышцы, добавочного шейного ребра.
14. Синдром Титце. Миофасциальные синдромы грудной клетки.
15. Дифференциальный диагноз болей в поясничной области.
16. Периартрит тазобедренного сустава
17. Туннельные синдромы области таза: сдавление кожного наружного нерва бедра (болезнь Рота), запирательного нерва.
18. Периартрит коленного сустава. Менископатия.
19. Бурситы области коленного сустава (препателлярный, киста Бейкера).
20. Тарзальный туннельный синдром.
21. Энтезопатии в области пяточной кости (плантарный фасциит), заднетаранный бурсит.
22. Методы лечения локальных ревматических заболеваний околоуставных мягких тканей. Локальное введение глюкокортикостероидов. Местное применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Лечебная гимнастика и коррекция ортопедических отклонений.
23. Гипермобильный синдром. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Классификация. Критерии диагноза. Клиника. Возрастные аспекты. Лечение..
24. Фибромиалгия. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение

8. «Острая ревматическая лихорадка и ревматические пороки сердца»

1. Ревматическая лихорадка. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация острой ревматической лихорадки. Клинико-лабораторные критерии активности ревматического процесса.
 2. Клиника и диагностика острой ревматической лихорадки
 3. Лечение и профилактика острой ревматической лихорадки. Профилактика и лечение повторной ревматической лихорадки.
 4. Диспансерное наблюдение больных ревматической лихорадкой.
 5. Ревматическая болезнь сердца. Клиника. Дифференциальный диагноз. Течение, осложнения.. Клиническая, инструментальная и рентгенологическая диагностика пороков сердца
 6. Лечение ревматических пороков сердца. Показания к хирургическому лечению в зависимости от вида порока. Виды хирургического лечения. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения. Осложнения в послеоперационном периоде. Реабилитация больных после оперативного лечения. Вторичная профилактика.
 7. Инфекционный эндокардит
9. «Диффузные заболевания соединительной ткани»
1. Диффузные заболевания соединительной ткани. Современные представления о диффузных заболеваниях соединительной ткани. Основные клинические синдромы. Иммунологическая диагностика. Классификация.
 2. Системная красная волчанка. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Клиника. Особенности у детей. Лекарственная красная волчанка. Дискоидная красная волчанка. Прогноз. Диагностика. Критерии диагноза. Лабораторные методы диагностики. Дифференциальный диагноз.
 3. Лечение системной красной волчанки. Основные принципы. Применение глюкокортикостероидов. Применение цитостатиков. Применение других лекарственных препаратов. Интенсивные методы терапии. Показания. Диспансеризация и вопросы медикосоциальной экспертизы.
 4. Системная склеродермия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Основные клинические синдромы. Диагностика. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. Основные принципы. Диспансеризации и вопросы медикосоциальной экспертизы.
 5. Болезнь Шегрена. Этиология. Патогенез. Клиническая картина.. Диагностика. Критерии диагноза. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансеризация и вопросы медико-социальной экспертизы.
 6. Дерматомиозит и полимиозит. Этиология. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансеризация и вопросы медико-социальной экспертизы
 7. Смешанное заболевание соединительной ткани. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Иммунологические маркеры. Дифференциальная диагностика. Критерии диагноза. Лечение.
 8. Ревматическая полимиалгия. Клиника. Диагностика. Критерии диагноза. Лечение.
 9. Рецидивирующий полихондрит. Клиника. Диагностика. Критерии диагноза. Лечение
 10. Антифосфолипидный синдром. Клиника. Диагностика. Лабораторные методы диагностики. Вторичный антифосфолипидный синдром. Лечение

10. «Системные васкулиты»

1. Узелковый полиартериит Этиология. Морфология. Клиническая картина. Клинические варианты. Диагностика. Лечение.
2. Синдром Чарга-Стросса. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. 4 Геморрагический васкулит Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Неспецифический аортоартериит. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Гранулематоз Вегенера Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Гигантоклеточный артериит Клиника. Диагностика. Лечение
7. Болезнь Kawasaki. Клиника. Диагностика. Лечение
8. Облитерирующий тромбангиит. Клиника. Диагностика. Лечение
9. Болезнь Бехчета Панникулиты. Узловатая эритема. Клиника.
10. Синдром Лефгрена. Панникулит Крисчена-Вебера. Поражение подкожной клетчатки при других заболеваниях.
11. Криоглобулинемический васкулит. Клиника. Диагностика. Лечение

11. «Методы лечения ревматических заболеваний»

1. Аминохинолиновые препараты.
2. Цитостатические иммунодепрессанты.
3. Препараты 5-аминосалициловой кислоты.
4. Биологические препараты.
5. Клиническая фармакология НПВП.
6. Клиническая фармакология глюкокортикоидов
7. Немедикаментозные методы лечения. Эфферентная терапия. Физиотерапевтическое лечение. Лечебная физкультура. Массаж. Санаторно-курортное лечение. Диетотерапия.
8. Реабилитация больных ревматическими заболеваниями..
9. Побочные эффекты противовоспалительных препаратов НПВП-гастропатия. Лекарственное поражение печени. Поражение сердечно-сосудистой системы. Поражение почек. Поражение системы кроветворения.
10. Терапия при острых неотложных состояниях в ревматологии. Интенсивная терапия ревматических заболеваний Пульс-терапия глюкокортикостероидами и цитостатиками, программный плазмаферез, показания, методика и условия проведения.
11. Ревматические заболевания и беременность.

3. ПРИМЕР СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Ситуационная задача 1

Больная 42 лет, домохозяйка, в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад, после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3°C. Боли в области сердца, сердцебиение, одышка. Домашнюю работу выполняет с трудом.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Пальпируются лимфатические узлы в подчелюстной области, подмышечные размером с горошину, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ослабление I тона, систолический шум на верхушке. ЧСС – 96 в мин. АД = 130/80 мм рт.ст. Отмечается деформация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны.

Общий анализ крови: лейкоциты 9,0x10⁹/л, СОЭ 35 мм/час.

Биохимическое исследование крови: С-реактивный белок 25 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 127

Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен остеопороз, сужение суставной щели, единичные узуры костей.

Вопросы:

Назовите развернутый клинический диагноз.

Назначьте план обследования в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

Ваш план лечения?

Ситуационная задача 2 (Ревматоидный артрит)

Больная 34 года, инвалид II группы. Беспокоят боли в мелких суставах кистей, стоп, утренняя скованность в течение всего дня. Больна 4 года. Появились боли и припухлость в мелких суставах, температура 37,8-38 С. Через 6 месяцев от начала заболевания изменилась форма мелких суставов, нарастала тугоподвижность в них.

Объективно: увеличены подчелюстные и подмышечные лимфоузлы, деформация всех проксимальных межфаланговых суставов. В легких - дыхание жесткое. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 110 уд. в мин. АД = 120/80 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, Hb 100 г/л, лейкоциты $5,4 \times 10^9/л$, СОЭ 40 мм/час.

Кровь на СРБ 15 мг/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1015, белок – 0,86 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты – единичные в поле зрения.

R-гр. кистей: резко выраженный остеопороз, сужение суставных щелей в обоих лучезапястных суставах, видны множественные костные эрозии.

Вопросы:

Какой механизм развития анемии у больной?

Поставьте развернутый диагноз.

Назначьте план обследования в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

Ваш план лечения в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

Ситуационная задача 3

Пациент К. 20 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли и припухлость в области правого коленного сустава. На светобоязнь и снижение зрения в левом глазу, периодическое повышение температуры до 37,6 градуса. Выше перечисленные симптомы беспокоят около 3-4 недель. При осмотре правый коленный сустав увеличен в объеме, теплый, чувствительный при пальпации. Остальные суставы без видимой патологии.

Левый глаз полуприкрыт, слезится, имеет инъецированные сосуды.

В полости рта 3 безболезненных язвочки по 2-3 мм.

Офтальмолог диагностировал левосторонний увеит.

На Рентгенограмме илиосакральных сочленений – левосторонний сакроилиит.

На Рентгенограмме коленных суставов патологии не выявлено.

По УЗИ левого коленного сустава – явления синовита и избыточное количество синовиальной жидкости.

СОЭ 37мм/ч, гемоглобин 109г/л.

В мазках из уретры обнаружена Ur. Urealiticum

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Назначьте лечение.

3. Поражение глаз требует ли специальной терапии?

4. Какова длительность базисной терапии при этом заболевании?

Ситуационная задача 4

Пациент С. 42 лет, обратился в клинику с болями в области крестца, которые иррадиируют в правую ягодицу, боли беспокоят в основном по ночам или во время отдыха. Болевой синдром нарушает сон, требует просыпания и изменения положения тела в кровати. Периодически беспокоит субфебрилитет. Так же беспокоят не ярко выраженные боли в 3 пальце левой стопы.

Из анамнеза – проявлений псориаза не выявлено.

При осмотре - Кожа чистая, в области пяток и подошв определяется гиперкератоз. Болезненна при пальпации правая илиосакральная область. Функциональные пробы характерные для анкилозирующего спондилита выполняет свободно. При осмотре левой стопы обнаружен увеличенный в объеме весь 3 палец, палец болезненный при пальпации, имеет несколько гиперемизированную окраску. При аускультации сердца определяется диастолический шум в области аорты.

Объективное обследование: МРТ илиосакральных сочленений – односторонний сакроилиит справа. УЗИ стопы – дактилит 3 пальца левой стопы. ЭХОкг – незначительная недостаточность аортального клапана, расширение восходящего отдела аорты.

Лабораторные данные: СОЭ 44 мм/ч, СРБ 100, иммуноглобулины G к хламидиям 5.45,

Мазки из уретры к хламидиям отрицательны.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз

2. Чем можно объяснить изменения на ЭХОкг и при аускультации?

3. Назначьте лечение данному пациенту

Ситуационная задача 5 Больная 42 лет, предъявляет жалобы на боль в коленных суставах, лучезапястных суставах обеих кистей, отечность суставов, похудела на 10 кг за 3 месяца.

Указанные жалобы беспокоят 4 месяца.

Объективно: в области лучезапястных суставов отмечаются явления экссудации, больше справа, коленные суставы не деформированы. Сила сжатия в кистях немного снижена справа.

Сердце не увеличено, тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД – 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=18 в мин. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb 90 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$, формула без особенностей, СОЭ 63 мм/ч.

С-реактивный белок 25 мг/л.

Рентгенография кистей: отмечается околосуставной остеопороз, узур не выявлены

Рентгенография коленных суставов: суставная щель сужена, суставные поверхности ровные, субхондральный остеосклероз.

Вопросы:

Какой наиболее вероятный диагноз?

Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ваш план лечения.

Ситуационная задача 6

Больной Ю., 53 года, предъявляет жалобы: на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Болеет с 35 лет, появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до $37-37,5^{\circ}C$.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД=150/100 мм рт.ст. ЧСС-74 уд./мин. ЧД-18 в мин. $t-37,3^{\circ}C$. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: Симптом Кушелевского I,II - положительна, проба Томайера 65см, Форестье-22 см, проба подбородок-грудина-5см, экскурсия грудной клетки- 100-96 см (4 см).

Офтальмолог: без патологии (в пределах возрастной нормы).

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленений: Деформирующий спондилёз, двусторонний сакроилеит, St 3.

ЭКГ: ритм правильный, признаки гипертрофии левого желудочка.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb 122 г/л, тромбоциты $220 \times 10^3/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-18 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: СРБ – 5мг/л, РФ - отриц., HLA-DR4 - отриц., HLA-B27-положителен.

Общий анализ мочи – норма.

Вопросы:

Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

Каков характер болевого синдрома у пациента?

Какие осложнения возможны у больных с данной патологией?

Назначьте лечение больному.

Ситуационная задача 7

Больной 49 лет жалуется на отёчность и сильную боль в I пальце левой стопы. Боль усиливается при малейшем прикосновении к суставу, из-за чего невозможно надеть на эту ногу обувь своего размера. Ходьба затруднена. Из анамнеза установлено, что заболел внезапно на фоне относительного благополучия. Ночью проснулся от нестерпимых болей в левой стопе, температура тела повысилась до 38,8. Накануне вечером в семье отмечали день рождения сына. Боли подобного характера в левой стопе были полгода назад. К врачу не обращался. По совету близких принимал диклофенак и вынужден был соблюдать постельный режим. Через 8 дней приступ благополучно закончился. Стопа вернулась к нормальному состоянию. В анамнезе мочекаменная болезнь. Неоднократно с мочой отходили конкременты желтовато-бурого цвета размером до 3 мм. Обследовался у уролога. По данным УЗИ камень в левой почке. Находится на диспансерном наблюдении по поводу гипертонической болезни. Объективно: повышенного питания, вес 95 кг при росте 175 см. В области хрящевой части ушной раковины слева пальпируются плотные безболезненные белесоватые образования величиной 4х3 мм. Левый I плюсно-фаланговый сустав увеличен в объёме, отёчный, синевато-багрового цвета. Кожа над суставом блестит. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, чсс 92 в 1 мин. АД 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края рёберной дуги. Отёков нет. Лабораторные исследования общий анализ крови без особенностей; креатинин крови 180 мкмоль/л; мочевиная кислота 380 мкмоль/л, но по данным амбулаторной карты полгода назад – 520 мкмоль/л; холестерин 6,4 мкмоль/л; общий анализ мочи: уд. вес 1015, PH – 5,2, ураты в большом количестве, белок 0,05 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 2-3 в п/зр.

Вопросы к задаче:

1. Проведите дифференциальную диагностику суставного синдрома

2. Сформулируйте предварительный диагноз

3. Какое исследование позволит получить достаточный критерий для подтверждения диагноза

4. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо провести в случае отсутствия достаточного критерия для верификации диагноза

5. Сформулируйте клинический диагноз с учётом коморбидности пациента

6. Составьте план лечения (немедикаментозное и медикаментозное)

7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 8

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области и коленных суставах.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная.

Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Бульбарные отделы без патологии.

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.

3. Показания к госпитализации.

4. Осложнения данного заболевания.

5. Назначьте лечение.

6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента

7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 9

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - $1,5 \times 2$ см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты - $10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 25 мм/час.

Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

5. Определите тактику лечения больной.

6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 10

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, тромбоциты - $350 \times 10^9/л$, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте тактику ведения.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 11

Больная 56 лет, предъявляет жалобы на боль в коленных суставах, I плюснефаланговом суставе стопы, дистальных межфаланговых суставах кистей, временами опухание коленных суставов.

Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят много лет.

Объективно: повышенного питания, коленные суставы деформированы, в полости правого – небольшое количество выпота. При пальпации суставов во время движения – грубый хруст, активные и пассивные движения болезненны. Дистальные фаланги пальцев кисти искривлены у основания, где пальпируются твердые узелки. Незначительная атрофия мышц бедер. Сердце не увеличено, тоны приглушены, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb 120 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$, формула без особенностей, СОЭ 23 мм/ч.

С-реактивный белок 5 мг/л.

Рентгенография коленных суставов: суставная щель сужена, суставные поверхности неровные, субхондральный остеосклероз, остеофиты.

Мочевая кислота – 300 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?
3. Ваш план лечения.

Ситуационная задача 12

Больная 46 лет, предъявляет жалобы на боль в области правого локтевого сустава, больше с латеральной поверхности плечевой кости, усиливается при сжатии руки в кулак. Отмечает резкое ограничение функции правой руки при обычных домашних делах. Из анамнеза известно, что больная работает массажистом, накануне появления жалоб была выраженная физическая активность – мыла окна.

Указанные явления появились впервые.

Объективно: Состояние удовлетворительное, обычного питания. Кожа и слизистые чистые, обычного цвета.

St.localis: правый локтевой сустав не увеличен в объеме, при пальпации отмечается болезненность по латеральной поверхности локтевого сустава. Активные движения в локтевом суставе болезненные, пассивные – безболезненные. Остальные суставы без видимых изменений, движения не ограничены. ССС: Сердце не увеличено, тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД – 120/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=18 в мин

Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb 150 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$, формула без особенностей, СОЭ 13 мм/ч.

С-реактивный белок 5 мг/л.

Рентгенография правого локтевого сустава: патологии не выявлено.

Вопросы:

4. Какой наиболее вероятный диагноз?
5. Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?
6. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы пациенту?
7. Ваш план лечения.

Ситуационная задача 13

Больная Б., 41 года, поступила с жалобами на озноб, повышение температуры до 39,8оС, резкую слабость, одышку и перебои в работе сердца при небольшой физической нагрузке.

Из анамнеза: ревматическая болезнь сердца в течение 15 лет. Почувствовала ухудшение за 3 недели до поступления, когда после значительного переохлаждения начала повышаться температура до 38оС, стала нарастать одышка.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа бледная, на голенях единичные геморрагические высыпания. В легких везикулярное дыхание, в задне-нижних отделах мелкопузырчатые хрипы, ЧД – 24 в мин. Границы сердца: правая – 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – 3-е ребро, левая – 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичны, единичные экстрасистолы, ЧСС – 100 уд. в мин. На аорте ослабление второго тона; систолический шум, проводящийся на сосуды шеи; диастолический шум – на

аорте и в точке Боткина. АД=140/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см ниже края реберной дуги, селезенка + 1,5 см.

ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. Увеличение зубцов R1, aVL, V5-6; углубление SIII, aVF, V1-2, смещение ST вниз с отрицательным T в V5-6.

Рентгенограмма органов грудной клетки: легкие без инфильтративных теней. Тень сердца расширена за счет 4-й дуги левого контура и 1-й дуги правого контура.

Вопросы:

1. О поражении какого клапана можно думать по результатам аускультации сердца?
2. С чем Вы связываете ухудшение самочувствия больной?
3. Ваш предварительный диагноз.
4. Гипертрофия какого отдела сердца выявлена на ЭКГ и рентгенограмме?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
6. Назначьте лечение в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

Ситуационная задача 14

Больной 20 лет поступил с жалобами на общую слабость, постоянные тупые боли в области сердца, боли в коленных и голеностопных суставах и их припухлость. За 2 недели до этого перенес ангину.

Объективно: температура тела 38,0С, припухлость коленных и голеностопных суставов, их гиперемия. Пульс = 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, четкий систолический шум на верхушке. Артериальное давление = 100/60 мм рт. ст. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД = 20 в мин.

Общий анализ крови: лейкоцитов – $10 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 34 мм/ч.

Биохимический анализ крови: СРБ 15 мг/л, АСЛ-О – 625 ед, ревматоидный фактор (РФ) – отриц.

ЭКГ: CLC-синдром (PQ=0,11 сек), снижение вольтажа зубцов, желудочковая экстрасистолия.

ЭхоКГ: неравномерное утолщение передней створки митрального клапана, ограничение подвижности задней створки. Увеличение амплитуды пульсации межжелудочковой перегородки.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение в соответствии со стандартами терапии данной патологии

Ситуационные задача 15

Больная З., 23 лет, в течение последних 6-7 месяцев беспокоит слабость, выпадение волос. К врачу не обращалась. В последние 2 месяца усилилась слабость, присоединились боли в суставах (кистей, голеностопных), появилась небольшая одышка, отечность голеней, пастозность лица, периодически возникающие боли в области сердца, частое сердцебиение. Обратилась к врачу. Из анамнеза жизни – хр. пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледноватые, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, аритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 95 в мин. АД = 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Определяется пастозность голеней. Суставы внешне не изменены.

Общий анализ крови: эритроциты $3,05 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb 95 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 60 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1010, белок – 1,5 г/л., лейкоциты – 8-9 в поле зрения, эритроциты – 10-12 в поле зрения.

При исследовании сыворотки крови: ЦИК – 3,0, АНФ ++, СРБ -10 мг/л, антитела к ДНК – 0,74 (N до 0,1).

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Назначьте план обследования.
3. Ваш план лечения в соответствии со стандартами терапии данной патологии.

Ситуационные задача 16

1. Больная М. 42 лет поступила с жалобами на слабость, снижение веса на 5-6 кг за 1,5 месяца, чувство стягивания лица, онемение и покалывание пальцев рук, одышку при умеренной физической нагрузке, нарушение глотания твердой пищи. Боли в области суставов кистей и коленных суставов. Больна в течение 8 лет.

Объективно: пониженного питания, кожа в области кистей, предплечий, бедер плотная, в складку не собирается, отмечаются участки атрофии и индурации кожи. Объем движений в области мелких суставов кистей резко ограничен из-за явления мышечной контрактуры. Обнаруживается укорочение дистальной фаланги 2 пальца правой кисти и дистальной фаланги 3 пальца левой кисти. Фаланги деформированы, имеют вид муляжных. Лицо амимично. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушивается умеренное количество сухих хрипов. Тоны сердца аритмичные, приглушены, единичные экстрасистолы. Артериальное давление = 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени в пределах нормы.

Общий анализ крови: СОЭ – 30 мм/ч, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 98 г/л, лейкоциты – $5 \times 10^9/\text{л}$.
Общий анализ мочи норма.

Рентгенография пищевода: нарушение пассажа бария в виде замедления, сужение нижней трети пищевода. Рентгенография легких: явления диффузного пневмосклероза в нижних отделах легких. ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, желудочковые экстрасистолы.

Реовазография верхних конечностей: значительное снижение кровенаполнения сосудов предплечий и кистей.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для его подтверждения?
3. Ваш план лечения в соответствии со стандартами терапии данной патологии.
4. Назовите показания к госпитализации.

Ситуационные задача 17

Больной 18 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры.

Заболел вчера (со слов больного после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5оС. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

При осмотре: в приемном покое у больного отмечено повышение температуры до 38оС, обложенный сухой язык. Патологии со стороны легких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительны симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. На голенях петехиальные высыпания. Ярко выраженные симптомы артрита голеностопных, коленных и лучезапястных суставов.

Общий анализ крови: эритроциты 4,2х10¹²/л, Hb 136 г/л, тромбоциты 200х10³/л, лейкоциты 21х10⁹/л, э – 12, п – 10, с – 68, л – 6, м - 4, СОЭ 42 мм/час, время свертываемости крови – 8 мин, время кровотечения – 2 мин.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 10-15 в поле зрения свежие, неизмененные.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Какие дополнительные обследования надо провести в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией?
3. Какая дальнейшая лечебная тактика?

Ситуационные задача 18

68-летний мужчина жалуется на сильные головные боли, скованность в шейном отделе позвоночника, боли и слабость мышц плечевого пояса, боли в мышцах тазового пояса и затруднение при вставании со стула. Головные боли возникли около 2 месяцев назад, мало поддавались действию анальгетиков и НПВС. Температура тела 37,4. При внешнем осмотре извитой болезненный тяж в области левого виска, АД 130/80 мм рт.ст. Внешне суставы не изменены, сила проксимальных мышц конечностей снижена. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила признаки остеохондроза. В общем анализе крови Hb 140г/л; лейкоциты - 8,0 тыс; СОЭ 48 мм/час. Анализ на ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела не обнаружены.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационные задача 19

Больной 27 лет доставлен в стационар с жалобами на кашель с выделением мокроты, диффузно окрашенной алой кровью, одышку в покое, зуд кожи, сухость во рту, жажду, резкую общую слабость. В течение нескольких лет наблюдается у терапевта по поводу артериальной гипертонии, постоянно определяются патологические изменения в моче. В течение последнего месяца отметил ухудшение общего состояния, прогрессивно нарастала общая слабость, многократно повторялась рвота, жаловался на резкие головные боли и отсутствие аппетита. Постепенно нарастала одышка, появился кашель и в течение последних двух дней обильное кровохарканье. Доставлен с подозрением на крупозную пневмонию.

Объективно - состояние тяжёлое. Кожа сухая, бледная, со следами расчесов. Пастозность лица, небольшие отёки на голенях и пояснице. В легких дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон- мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 28 в минуту. Границы сердца расширены влево, ритм сердечных сокращений правильный, тоны глухие, акцент 2-го тона на аорте, короткий систолический шум во всех точках. Пульс 96 в минуту. АД 200/110 мм. рт. ст. Живот мягкий, небольшая болезненность при пальпации без четкой локализации.

Анализ крови: эритроциты 2,8 x 10¹²/ л, гемоглобин 93 г/л, лейкоциты 9,6 x 10⁹/ л, СОЭ- 32 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес 1006, белок 1,32 г/л, в осадке 2-3 лейкоцита и 10-12 эритроцитов в поле зрения, гиалиновые цилиндры. Мочевина крови 25,8 ммоль/л, креатинин - 1,23 ммоль/л. На рентгенограмме лёгких усиление лёгочного рисунка, снижение прозрачности лёгочной ткани в нижних отделах с обеих сторон.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
- Какое лечение следует назначить данному больному?
- С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
- Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационные задача 20

Больной М. 36 лет, жалуется на подъемы температуры до 38°C с ознобом, припухлость мелких суставов кистей, боли в мышцах нижних конечностей. Заболел остро, 4 мес. назад. Получал аспирин, антибиотики по поводу инфекционно-аллергического полиартрита. Постепенно исчезла припухлость суставов, однако оставались боль, высокая лихорадка, потливость, стал отмечать снижение болевой чувствительности и слабость в левой ноге. Прогрессивно худел. При осмотре: больной пониженного питания; кожные покровы бледные, суставы внешне не изменены, слегка свисает левая стопа, патологии внутренних органов не выявлено. АД - 150/98 мм.рт.ст.

Анализ крови: Нв 120 г/л, лейкоц. 12×10^9 /л, эритроц. $4,2 \times 10^{12}$ /л, СОЭ 42 мм/ч.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
- Какое лечение следует назначить данному больному?
- С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
- Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационные задача 21

Больной, 18 лет. Месяц назад перенес острое респираторное заболевание. Принимал тетрациклин. При этом отмечал боль в коленных суставах с припуханием, геморрагические высыпания на коже голеней, которые исчезли после отмены тетрациклина. Через 2 нед. в связи с субфебрилитетом возобновил прием тетрациклина, после чего состояние резко ухудшилось: повысилась температура до 38,5°C, появились сливные геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, головная боль. Через 2 дня присоединились резкие схваткообразные боли в животе. Стул 30 раз с примесью крови, повторная рвота цвета "кофейной гущи". Объективно: бледен, истощен. На коже множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения болезненны. Живот втянут, резкая болезненность при пальпации, имеются симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: Нв-80 г/л, Лейкоциты- $27,6 \times 10^9$, п/я-17%, СОЭ 54 мм/ч. Анализ мочи- уд. вес 1015, белок. 0,9 г/л, эритроциты- 50-60 в поле зрения.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Как объяснить рвоту цвета "кофейной гущи"?

Ситуационные задача 22

Женщина 29 лет проходит обследование по поводу артериальной гипертензии. Жалобы на слабость, ухудшение зрения на левый глаз, «летучие» боли в крупных суставах. Во время письма возникает ощущение слабости и дискомфорта в руке, требующее отдыха. Объективно: обнаружена асимметрия пульса (слева пульс слабее) и АД (справа АД 180/100 мм рт.ст., слева 160/90 мм рт.ст.). Над брюшным отделом аорты выслушивается систолический шум.

Анализ крови: Нв - 113 г/л, лейкоц. - $5,410^9$ /л, в формуле - 65 % нейтрофилов, СОЭ - 28 мм/ч.

Антинуклеарные антитела не выявлены. В б/х анализе крови - холестерин - 4.2 ммоль/л.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

1. Как объяснить слабость и дискомфорт в руке.
2. Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны.
3. Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз артериальной гипертензии.
4. Тактика лечения.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталья Ивановна

09.09.24 14:26 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C