

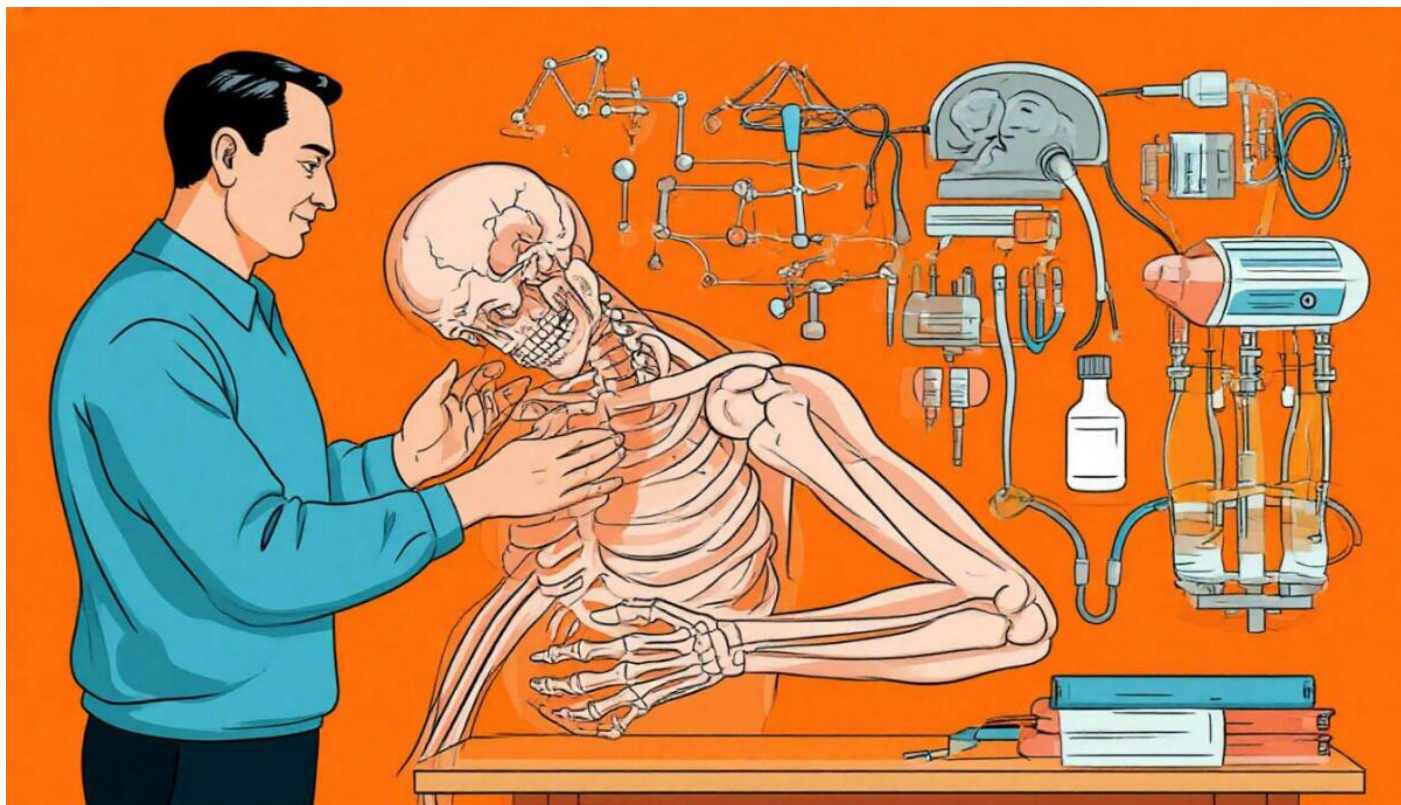
✓ Goe Test



Тест по
ревматологии для
аккредитации
ординаторов

Тест по ревматологии для аккредитации ординаторов

Онлайн-тест для аккредитации по ревматологии предназначен для ординаторов и молодых специалистов, проходящих первичную или периодическую аккредитацию.



Онлайн-тест для аккредитации по ревматологии

Материалы теста охватывают ключевые разделы ревматологии: воспалительные и дегенеративные заболевания суставов, системные заболевания соединительной ткани, васкулиты, подагру, остеопороз, а также современные подходы к диагностике и лечению в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами Минздрава.

Тестирование помогает объективно оценить уровень теоретической подготовки, выявить пробелы в знаниях и подготовиться к реальному формату аккредитационных испытаний. Вопросы ориентированы на клиническое мышление, интерпретацию симптомов, лабораторных и инструментальных данных, а также выбор тактики ведения пациентов. Ресурс подходит для самостоятельной подготовки, итогового самоконтроля и систематизации знаний по ревматологии.

Тема 1. Диагностика и лечение болезни Шегрена, системной красной волчанки.

1. ПРИ ЛЮПУС-НЕФРИТЕ РЕЖЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

- 1)+ дизурический
- 2) мочево́й
- 3) нефритический
- 4) нефротический

2. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНА АНЕМИЯ

- 1)+ гемолитическая
- 2) макроцитарная
- 3) мегалобластная
- 4) апластическая

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИТИЕ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ОПУХОЛЕЙ НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- 1)+ синдроме Шегрена
- 2) ревматоидном артрите
- 3) системной красной волчанке
- 4) системной склеродермии

4. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ иммунокомплексным типом повреждения
- 2) отсутствием протеинурии
- 3) редким развитием нефротического синдрома
- 4) отсутствием эритроцитурии

5. К ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА», ОТНОСЯТ

- 1)+ антитела к двуспиральной ДНК
- 2) ревматоидный фактор
- 3) антитела к Scl-70
- 4) антиген HLA-B27

6. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1)+ тромбоцитопения
- 2) лимфоцитоз
- 3) гиперхромная анемия
- 4) лейкоцитоз

7. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лейкопения
- 2) высокий титр антител к нативной ДНК
- 3) повышение титра ревматоидного фактора
- 4) повышение содержания комплемента

8. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ эритематозных высыпаний
- 2) кольцевидной эритемы
- 3) узловой эритемы
- 4) папулезно-пустулезной сыпи

9. К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ КРИТЕРИЮ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ фотосенсибилизацию
- 2) ревматоидные узелки
- 3) тофусы
- 4) кольцевидную эритему

10. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ гемолитической анемии
- 2) абсолютной эозинофилии
- 3) гиперхромной анемии
- 4) абсолютного лейкоцитоза

11. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ АНТИТЕЛ К

- 1)+ нативной ДНК
- 2) центромерам
- 3) циклическому цитруллинированному пептиду
- 4) цитоплазмным антигенам нейтрофилов

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

- 1)+ гломерулонефрита
- 2) мочекаменной болезни
- 3) хронического пиелонефрита
- 4) вторичного амилоидоза

13. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА ШЕГРЕНА ОТНОСЯТ

- 1)+ сухость слизистых оболочек
- 2) преимущественное поражение суставов с быстрым развитием деформаций
- 3) снижение слуха
- 4) перикарит

14. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА «СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА» ОТНОСЯТ

- 1)+ серозит
- 2) пульмонит
- 3) полинейропатию
- 4) гепатит

15. ЧАЩЕ ДРУГИХ СОПРОВОЖДАЕТСЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) системная склеродермия
- 3) острая ревматическая лихорадка
- 4) артериит Такаясу

16. ЗАБОЛЕВАНИЕМ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫ УСКОРЕНИЕ СОЭ, АНЕМИЯ, ЛИМФОПЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА, АНТИ SM –АНТИТЕЛА, ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) системная склеродермия
- 3) диффузный (эозинофильный) фасциит
- 4) синдром Шарпа

17. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие тромбоцитопении
- 2) повышение титра антител к Антистрептолизину-О
- 3) редкое развитие гломерулонефрита
- 4) анкилозирование суставов

18. У БОЛЬНОЙ 16 ЛЕТ, С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, МИГРИРУЮЩИЕ БОЛИ В МЕЛКИХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ, ИЗБЫТОЧНОЕ ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС, ПЕРИОДИЧЕСКОЕ ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 37,5°C ЭРИТЕМАТОЗНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ НА КОЖЕ ЛИЦА ПО ТИПУ «БАБОЧКИ» И ИЗЪЯЗВЛЕНИЯМИ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ РТА, ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) острый ревматический полиартрит
- 3) левосторонний плеврит
- 4) афтозный стоматит

19. СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА ВОЗНИКАЕТ, В ОСНОВНОМ, У

- 1)+ девушек, молодых женщин
- 2) женщин в пожилом возрасте
- 3) юношей, молодых мужчин
- 4) мужчин в пожилом возрасте

20. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ИНСОЛЯЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) ревматоидный артрит
- 3) остеоартроз
- 4) саркоидоз

21. ИСТИННЫЕ LE-КЛЕТКИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1)+ сегментоядерные лейкоциты с ядрами других клеток
- 2) сегментоядерные лейкоциты, содержащие лимфоциты
- 3) моноциты, содержащие ядра других клеток
- 4) моноциты, образующие «розетки» с эритроцитами

22. ДЛЯ ВОЛЧАНОЧНОГО ПОЛИАРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ сочетание с внесуставной симптоматикой
- 2) наличие утренней скованности более 30 минут
- 3) наличие значительных деформаций суставов
- 4) быстрое развитие анкилозов суставов

23. КРИТЕРИИ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ФОКАЛЬНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ мезангиальный пролиферативный гломерулонефрит
- 2) отсутствие полулуний и фибриноидного некроза при морфологическом исследовании
- 3) нормальную функцию почек
- 4) протеинурию менее 3 г/сутки

24. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВОЛЧАНОЧНОЙ ПРИРОДЫ НЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ антител к нативной ДНК
- 2) волчаночных LE-клеток
- 3) лейкопении, тромбоцитопении
- 4) апластической анемии

25. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ТИПОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

- 1)+ диффузный волчаночный
- 2) очаговый волчаночный
- 3) мембранозно-пролиферативный
- 4) мембранозный

26. ИНСОЛЯЦИИ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ПРИ

- 1)+ системной красной волчанке
- 2) ревматоидном артрите
- 3) остеоартрозе
- 4) псориатическом артрите

27. ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ И СПЛЕНОМЕГАЛИЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ гемолиз
- 2) кровотечение
- 3) нарушение всасывания железа
- 4) дефицит внутреннего фактора Кастла

28. В ОТЛИЧИЕ ОТ ПОДОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ значительное нарушение функции экзокринных эпителиальных желез
- 2) рецидивирующий паротит
- 3) лейкопения
- 4) большее увеличение количества В-лимфоцитов в периферической крови

29. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) радиоизотопное исследование
- 4) общий анализ мочи

30. К ПОРАЖЕНИЯМ КОЖИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СКВ, ОТНОСЯТ

- 1)+ кольцевидную эритему
- 2) фотосенсибилизацию
- 3) центробежную эритему
- 4) сосудистую (вакулитную) бабочку

31. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗВИТИЕ

- 1)+ гломерулонефрита
- 2) хронического панкреатита
- 3) бронхообструктивного синдрома
- 4) желудочно-кишечной патологии

32. ЛЕЙКОПЕНИЯ, ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ системной красной волчанки
- 2) узелкового периартериита
- 3) ревматоидного артрита
- 4) дерматомиозита

33. ЧТО НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА?

- 1)+ протеинурия до 1 г/л
- 2) нефротический синдром
- 3) гипертония
- 4) быстрое снижение функции почек

34. ИСТИННЫЕ LE-КЛЕТКИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1)+ сегментоядерные лейкоциты, содержащие ядра других клеток
- 2) палочкоядерные лейкоциты, содержащие лимфоциты
- 3) моноциты, содержащие ядра тромбоцитов
- 4) моноциты, образующие «розетки» с эритроцитами

35. К КРИТЕРИЯМ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МЕМБРАНОЗНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ нефротический синдром
- 2) увеличение сывороточного креатинина на 30% и более
- 3) смешанный мембранозный и пролиферативный нефрит
- 4) протеинурию менее 3 г/сутки

36. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ

- 1)+ к La/SS-B-ядерным антигенам
- 2) антигладкомышечных
- 3) антинуклеарных
- 4) к двуспиральной ДНК

37. ПАТОГЕНЕЗ КОЖНОГО ВАСКУЛИТА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ некротическими изменениями стенок сосудов
- 2) продуктивным процессом
- 3) продуктивно-деструктивным процессом
- 4) патологическими изменениями ядер эндотелия сосудов

38. К КРИТЕРИЯМ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ МЕМБРАНОЗНОГО ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ протеинурию менее 3 г/сутки
- 2) отсутствие полулуний и фибриноидного некроза при морфологическом исследовании
- 3) увеличение сывороточного креатинина на 30% и более
- 4) смешанный мембранозный и пролиферативный нефрит

39. КОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАКУЛОПАПУЛЕЗНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ НА ЛИЦЕ, В ОБЛАСТИ СКУЛОВЫХ ДУГ И СПИНКИ НОСА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ системной красной волчанки
- 2) системной склеродермии
- 3) синдрома Шарпа (смешанное заболевание соединительной ткани)
- 4) диффузного (эозинофильного) фасциита

40. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лейкопения
- 2) эритроцитоз
- 3) тромбоцитоз
- 4) лейкоцитоз

41. К НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ острое нарушение мозгового кровообращения
- 2) полинейропатию
- 3) арефлексию
- 4) телеангиэктазии

42. СУХОЙ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ синдроме Шегрена
- 2) ревматической полимиалгии
- 3) дерматомиозите
- 4) подагрическом артрите

43. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ

- 1)+ антинуклеарного фактора
- 2) количества эритроцитов
- 3) удельного веса мочи
- 4) показателей белкового спектра крови

44. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К

- 1)+ ядерному антигену Sm (Anti-Sm)
- 2) гладкой мускулатуре (SMA)
- 3) митохондриям (AMA-M2)
- 4) цитоплазме нейтрофилов (ANCA)

45. АНГИИТЫ КОЖИ МОГУТ БЫТЬ КОЖНЫМ СИМПТОМОМ

- 1)+ системной красной волчанки
- 2) язвенной болезни
- 3) хронического панкреатита
- 4) диффузного гломерулонефрита

46. К МАРКЕРАМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ антитела к двуспиральной ДНК
- 2) ревматоидный фактор
- 3) скорость оседания эритроцитов, С-реактивный белок
- 4) HLA-B 27 антиген

47. ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ СЧИТАЮТ ПОЯВЛЕНИЕ

- 1)+ алопеции
- 2) гиперпигментации кожи
- 3) болезненных генитальных язв
- 4) витилиго

48. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ люпус-нефрит
- 2) поражение шейного отдела позвоночника
- 3) стянутость кожи
- 4) остеолит ногтевых фаланг пальцев рук

49. ТИПИЧНЫМ МАРКЕРОМ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ SSB/La
- 2) антинуклеарный фактор
- 3) Scl-70
- 4) наличие антител к 2-гликопротеину

50. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ СЧИТАЮТ

- 1)+ язвы ротовой полости
- 2) пальпируемую пурпуру
- 3) ревматоидный узелок
- 4) анулярную эритему

51. СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ КОМПОНЕНТОВ КОМПЛЕМЕНТА C3, C4 ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) болезнь Шегрена
- 3) полимиозит
- 4) синдром Сусака

52. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ ОДНУ ИЛИ БОЛЕЕ БЕСПРИЧИННЫХ ГИБЕЛЕЙ НОРМАЛЬНОГО ПЛОДА НА СРОКЕ _____ НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

- 1)+ 10 и более
- 2) 7-9
- 3) 4-6
- 4) 3 и менее

53. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ (SLICC 2012 ГОДА) СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ присутствие антифосфолипидных антител
- 2) увеличение СРБ более 10 мг/л
- 3) гипергаммаглобулинемию
- 4) антитела к топоизомеразе-1

54. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К RO/SS-A ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+ фотодерматитом
- 2) мышечно-скелетными нарушениями
- 3) глубокой депрессией
- 4) синдромом Рейно

55. ПАЦИЕНТКЕ С III ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПО БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА НЕОБХОДИМО ПРОХОДИТЬ ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ 1 РАЗ В

- 1)+ 12 месяцев
- 2) 2 года
- 3) 6 месяцев
- 4) 3 года

56. ОСМОТР РЕВМАТОЛОГОМ БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ, СТРАДАЮЩЕЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ артериального давления
- 2) глазного дна
- 3) коленных рефлексов
- 4) содержания мочевой кислоты в сыворотке крови

57. ЛЕЙКОПЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) псориатический артрит
- 3) ревматоидный артрит
- 4) дерматомиозит

58. НАЛИЧИЕ НЕЙРОПСИХИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) системная склеродермия
- 3) болезнь Форестье
- 4) псориатический артрит

59. ОСЛОЖНЕНИЕМ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиповолемический шок
- 2) некроз почечных сосочков
- 3) острая сердечная недостаточность
- 4) пионефроз

60. ПЕРВЫЙ КЛАСС ЛЮПУС-НЕФРИТА В СООТВЕТСТВИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ISN/RPS 2003 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК _____ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

- 1)+ минимальный мезангиальный
- 2) мезангиопролиферативный
- 3) фокальный
- 4) мембранозный

61. ЛЕЧЕНИЕ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА БАЗИРУЕТСЯ НА

- 1)+ данных биопсии почки
- 2) тяжести клинических проявлений нефрита
- 3) тяжести внепочечных проявлений
- 4) иммунологической активности волчанки

62. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ДНК ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) ревматоидный артрит
- 3) болезнь Шегрена
- 4) артериит Такаясу

63. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ИНДЕКС

- 1)+ BILAG
- 2) CDAI
- 3) SDAI
- 4) EScSG

64. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ SLICC 2012 ГОДА, МИНИМАЛЬНОЕ НЕОБХОДИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

65. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ (SLICC 2012 ГОДА) СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+** синдром Рейно
- 2) наличие антител к ДНК
- 3) присутствие антифосфолипидных антител
- 4) положительную пробу Кумбса

66. ПОВЫШЕНИЕ ТИТРОВ АНТИРИБОСОМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ КОРРЕЛИРУЕТ С

- 1)+** поражением центральной нервной системы
- 2) мышечно-скелетными нарушениями
- 3) подострой кожной волчанкой
- 4) сухостью ротовой полости

67. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ИНДЕКС

- 1)+** SLEDAI
- 2) BASDAI
- 3) ASDAS
- 4) DAS28

68. ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У МУЖЧИН СЧИТАЮТ

- 1)+** высокую частоту поражения почек
- 2) нормальное количество тромбоцитов крови
- 3) отсутствие антител к кардиолипину
- 4) симметричный артрит суставов верхних конечностей

69. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К RO/SS-A ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+** сухостью глаз
- 2) глубокой депрессией
- 3) синдромом Рейно
- 4) тромбообразованием

70. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** системная красная волчанка
- 2) болезнь Хортона
- 3) антифосфолипидный синдром
- 4) ревматоидный артрит

71. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ (SLICC 2012 ГОДА) СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+** положительную пробу Кумбса
- 2) увеличение СОЭ более 20 мм/ч
- 3) гипергаммаглобулинемию
- 4) антитела к топоизомеразе-1

72. НАЛИЧИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** системная красная волчанка
- 2) болезнь Форестье
- 3) болезнь Рейтера
- 4) антифосфолипидный синдром

73. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ АНТИФОСФОЛИПДНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ ОДНИ ИЛИ БОЛЕЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ЗДОРОВЫМ ПЛОДОМ НЕ ПОЗДНЕЕ _____ НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ ИЗ-ЗА ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ ИЛИ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1)+ 34
- 2) 38
- 3) 30
- 4) 28

74. НАЛИЧИЕ СЕРОЗИТА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) системная склеродермия
- 3) болезнь Хортона
- 4) синдром Сусака

75. НАЛИЧИЕ ANTI-SM-АНТИТЕЛ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) системная склеродермия
- 3) болезнь Шегрена
- 4) антифосфолипидный синдром

76. НАЛИЧИЕ НЕРУБЦЕВОЙ АЛОПЕЦИИ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) дерматомиозит
- 3) псориатический артрит
- 4) болезнь Рейтера

77. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ВОЛЧАНОЧНЫЙ НЕФРИТ КЛАССА

- 1)+ IV
- 2) I
- 3) V
- 4) II

78. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ИНДЕКС

- 1)+ SLAM
- 2) Мейо
- 3) Беста
- 4) CHA2DS2-VASc

79. ДЛЯ СИНДРОМА ШЕГРЕНА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ сухого кератоконъюнктивита
- 2) хронического язвенного поражения слизистой оболочки рта и гениталий
- 3) кольцевидной эритемы
- 4) узелков Ослера

80. ПОВЫШЕНИЕ ТИТРОВ АНТИРИБОСОМАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ КОРРЕЛИРУЕТ С

- 1)+ психозом
- 2) нефритом
- 3) синдромом Рейно
- 4) тромбообразованием

81. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) системная склеродермия
- 3) анкилозирующий спондиллит
- 4) дерматомиозит

82. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К RO/SS-A ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+ волчанкой новорожденных
- 2) дигитальными изменениями
- 3) алопецией
- 4) артритом

83. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К RO/SS-A ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+ легочным фиброзом
- 2) нефритом
- 3) синдромом Рейно
- 4) психозом

84. ЛАБОРАТОРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие повышенных титров антител к ДНК, повышенных титров антиядерных антител
- 2) волчаночный антикоагулянт
- 3) повышенный уровень С3 и С4 компонентов комплемента
- 4) лейкоцитоз

85. НАЛИЧИЕ ЯЗВ СЛИЗИСТЫХ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) болезнь Хортона
- 3) антифосфолипидный синдром
- 4) псориатический артрит

86. ПРИЗНАКАМИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ протеинурию
- 2) повышение клиренса креатинина
- 3) гипокомплементию
- 4) бактериурию

87. ОБОСТРЕНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТКИ МОЖЕТ НАСТУПИТЬ

- 1)+ в любом триместре
- 2) через 6 месяцев после родоразрешения
- 3) в третьем триместре
- 4) в первом триместре

88. АРТРОПАТИЯ ЖАККУ РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ системной красной волчанкой
- 2) острой ревматической лихорадкой
- 3) реактивным артритом
- 4) анкилозирующим спондилитом

89. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К RO/SS-A ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+ сухостью во рту
- 2) поражением центральной нервной системы
- 3) мышечно-скелетными нарушениями
- 4) тромбообразованием

90. ОБ ОБОСТРЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У БЕРЕМЕННЫХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОЯВЛЕНИЕ

- 1)+ алопеции
- 2) кольцевидной эритемы
- 3) лимфопении
- 4) антител к стрептолизину - О

91. БОЛЕЗНЬ ШЕГРЕНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ сухой синдром
- 2) эозинофильный фасциит
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) хроническую пигментную пурпуру

92. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ ____ (ИСКЛЮЧАЯ АНАТОМИЧЕСКИЕ, ГОРМОНАЛЬНЫЕ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ)

- 1)+ три и более беспричинных спонтанных абортa на сроке менее 10 недель гестации
- 2) три и менее беспричинных спонтанных абортa на сроке менее 10 недель гестации
- 3) три и более беспричинных спонтанных абортa на сроке более 10 недель гестации
- 4) три и менее беспричинных спонтанных абортa на сроке более 10 недель гестации

93. НАЛИЧИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ КОРРЕЛИРУЕТ С

- 1)+ тромбообразованием
- 2) синдромом Рейно
- 3) сухостью ротовой полости
- 4) фотосенсибилизацией

94. НАЛИЧИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) системная склеродермия
- 3) дерматополимиозит
- 4) системный васкулит

95. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ДВУСПИРАЛЬНОЙ ДНК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ КОРРЕЛИРУЕТ С

- 1)+ нефритом
- 2) синдромом Рейно
- 3) тромбообразованием
- 4) психозом

96. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ (SLICC 2012 ГОДА) СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие anti-Sm-антител
- 2) Ro/La-антиядерные антитела
- 3) гипергаммаглобулинемию
- 4) антитела к топоизомеразе-1

97. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ АНТИНУКЛЕАРНЫЙ ФАКТОР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ системная красная волчанка
- 2) псориатический артрит
- 3) ревматоидный артрит
- 4) микроскопический полиангиит

98. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ нефрит
- 2) аортит
- 3) антитела к ДНК
- 4) узловатую эритему

99. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ SLICC 2012 ГОДА, НЕОБХОДИМОЕ КОЛИЧЕСТВО КРИТЕРИЕВ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 6

100. НАЛИЧИЕ НЕРУБЦЕВОЙ АЛОПЕЦИИ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) TRUELOVE
- 4) CASPAR

101. НАЛИЧИЕ ANTI-SM-АНТИТЕЛ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) TRUELOVE
- 4) CASPAR

102. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРЯМАЯ ПРОБА КУМБСА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) TRUELOVE
- 4) CASPAR

103. ВТОРОЙ КЛАСС ЛЮПУС-НЕФРИТА В СООТВЕТСТВИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ISN/RPS 2003 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК _____ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

- 1)+ мезангиопролиферативный
- 2) фокальный
- 3) мембранозный
- 4) мембранозно-пролиферативный

104. В ИНДЕКС АКТИВНОСТИ СКВ ПО ШКАЛЕ SLEDAI 2К ВХОДИТ

- 1)+ тромбоцитопения ниже 100 тыс., при исключении связи с приемом лекарственных препаратов
- 2) анемия (гемоглобин ниже 90 г/л)
- 3) лейкопения ниже 4 тыс., исключая лекарственный генез отклонения
- 4) АНФ гомогенного типа свечения

105. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) CASPAR
- 3) ASAS
- 4) ACR 1987

106. ЧЕТВЕРТЫЙ КЛАСС ЛЮПУС-НЕФРИТА В СООТВЕТСТВИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ISN/RPS 2003 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- 1)+ диффузный пролиферативный гломерулонефрит с поражением более 50% клубочков
- 2) фокально-сегментарный гломерулонефрит
- 3) мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
- 4) фокальный гломерулонефрит с поражением более 50% клубочков

107. РИСК РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ ВОЛЧАНКИ У НОВОРОЖДЕННЫХ АССОЦИИРОВАН С НАЛИЧИЕМ У МАТЕРИ АНТИТЕЛ К

- 1)+ RO/SS-A
- 2) нативной ДНК
- 3) антитела к Sm антигену
- 4) антитела к нуклеосомам

108. НАЛИЧИЕ НЕЙРОПСИХИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) TRUELOVE
- 4) CASPAR

109. ШЕСТОЙ КЛАСС ЛЮПУС-НЕФРИТА В СООТВЕТСТВИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ISN/RPS 2003 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- 1)+ гломерулосклероз (более 90% склерозированных клубочков без признаков активности)
- 2) гломерулосклероз (более 70% склерозированных клубочков с признаками минимальной активности)
- 3) гломерулосклероз (более 90% склерозированных клубочков с признаками активности)
- 4) фокальный люпус нефрит с поражением более 50% клубочков

110. НАЛИЧИЕ ЯЗВ СЛИЗИСТЫХ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) CASPAR
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) ACR 1987

111. ПОВЫШЕНИЕ ТИТРОВ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К АНТИГЕНУ СМИТА, СТОЙКАЯ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА (ПРИ ЛАБОРАТОРНО ПОДТВЕРЖДЕННОМ ОТСУТСТВИИ СИФИЛИСА), ЛИМФОПЕНИЯ, ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ системной красной волчанки
- 2) системной склеродермии
- 3) диффузного фасциита
- 4) синдрома Шарпа

112. НАЛИЧИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) TRUELOVE
- 4) CASPAR

113. ТРЕТИЙ КЛАСС ЛЮПУС-НЕФРИТА В СООТВЕТСТВИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ISN/RPS 2003 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- 1)+ фокальный люпус нефрит с поражением менее 50% клубочков
- 2) мембранозный гломерулонефрит
- 3) мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
- 4) фокальный гломерулонефрит с поражением более 50% клубочков

114. ЛЕЙКОПЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) CASPAR
- 3) ACR/EULAR 2010
- 4) ACR 1987

115. ОСТРАЯ КОЖНАЯ ФОРМА КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ВСЕГДА ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ системной красной волчанки
- 2) поражения только кожи
- 3) тяжелой токсидермии
- 4) паранеоплазии

116. ПЯТЫЙ КЛАСС ЛЮПУС-НЕФРИТА В СООТВЕТСТВИИ С МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ISN/RPS 2003 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

- 1)+ мембранозный гломерулонефрит
- 2) мезангиопролиферативный гломерулонефрит
- 3) мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит
- 4) фокальный гломерулонефрит с поражением более 50% клубочков

117. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, КОТОРЫЙ ВХОДИТ В ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА ХРОНИЗАЦИИ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА - ЭТО

- 1)+ фиброзные полулуния
- 2) гиалиновые тромбы
- 3) лейкоцитарная инфильтрация
- 4) феномен «проволочных петель»

118. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ иммунокомплексным поражением
- 2) отсутствием протеинурии
- 3) отложением кристаллов мочевой кислоты
- 4) изменением только мезангиальных клеток

119. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ДЛЯ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антитела к La/SS-B-ядерным антигенам
- 2) антигладкомышечные антитела
- 3) антинуклеарные антитела
- 4) криоглобулины

120. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антитела к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте
- 2) антигладкомышечные антитела
- 3) антинуклеарные антитела
- 4) антитела к цитоплазме нейтрофилов

121. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА

- 1)+ ESSDAI
- 2) SELENA-SLEDAI
- 3) BILAG
- 4) AIDAI

122. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА

- 1)+ ESSPRI
- 2) BVAS
- 3) ECLAM
- 4) AIDAI

123. НАЛИЧИЕ СЕРОЗИТА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC 2012
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) TRUELOVE
- 4) CASPAR

124. НАЛИЧИЕ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) TRUELOVE
- 4) CASPAR

125. ЦЕЛЬЮ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ удаление антител к ДНК, циркулирующих иммунных комплексов, криоглобулинов, провоспалительных цитокинов
- 2) снижение уровня липопротеинов низкой и очень низкой плотности
- 3) уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) снижение уровня холестерина

126. КАК МИНИМУМ У 50% ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ШЕГРЕНА ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ поликлональная гипергаммаглобулинемия
- 2) повышение уровня мочевой кислоты
- 3) высокие уровни креатинина
- 4) повышение уровня трансаминаз

127. НАЛИЧИЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) CASPAR
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) ACR 1987

128. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ SLICC
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) CASPAR
- 4) ACR 1987

129. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРЕН

- 1)+ артрит мелких суставов кисти с поражением не менее 2 суставов
- 2) артрит грудино-ключичных сочленений
- 3) стойкий несимметричный артрит крупных суставов
- 4) двусторонний сакроилиит

130. НЕОНАТАЛЬНАЯ ВОЛЧАНКА ОТМЕЧАЕТСЯ У ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ВЫСОКО/УМЕРЕННО ПОЗИТИВНЫ ПО АНТИТЕЛАМ К

- 1)+ Ro/SSA
- 2) РФ
- 3) Sm
- 4) RNP

131. СИНДРОМ ЖАККУ (ДЕФОРМИРУЮЩАЯ АРТРОПАТИЯ) МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ

- 1)+ системной красной волчанке
- 2) острой ревматической лихорадке
- 3) ревматоидном артрите
- 4) остеоартрозе

132. ТИП СВЕЧЕНИЯ АНФ, С НАИБОЛЬШЕЙ ЧАСТОТОЙ ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА

- 1)+ крапчатый
- 2) гомогенный
- 3) антицетнромерный
- 4) нуклеолярный

Тема 2. Диагностика и лечение воспалительных миопатий.

1. К ЧИСЛУ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АНТИСИНТЕАЗНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСЯТ ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ легких
- 2) сердца
- 3) почек
- 4) центральной нервной системы

2. К ЧИСЛУ ЗАБОЛЕВАНИЙ, С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЙ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ синдром Ламберта-Итона
- 2) мышечно-тонический синдром
- 3) охроноз
- 4) синдром Элерса-Данлоса

3. СГИБАТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА У БОЛЬНОГО ДЕРМАТОМИОЗИТОМ ОБЫЧНО СВЯЗАНА С ПОРАЖЕНИЕМ

- 1)+ мышц
- 2) суставов
- 3) центральной нервной системы
- 4) позвоночника

4. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ МЫШЕЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ, ПРИ ПОЛИМИОЗИТЕ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ затруднение при расчесывании волос
- 2) затруднение при отворачивании бутылочной пробки
- 3) асимметрия мышц лица
- 4) боль в мышцах

5. ПОРАЖЕНИЕ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ дерматомиозита
- 2) острой ревматической лихорадки
- 3) полиомиозита
- 4) ревматоидного артрита

6. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ДЕРМАТОМИОЗИТ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ мышечная биопсия
- 2) электромиография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) капилляроскопия

7. ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ мышечная слабость
- 2) мышечная гипертрофия
- 3) увеличение мышечной силы
- 4) отсутствие возможности присесть на корточки

8. К ДИАГНОСТИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ ПОЛИОМИОЗИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ прогрессирующую симметричную мышечную слабость
- 2) боли в позвоночнике 3 месяца и более
- 3) уменьшение болей после упражнений и усиление ночью
- 4) длительную утреннюю скованность

9. ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ МИОПАТИЙ СЧИТАЮТ

- 1)+ игольчатую электромиографию
- 2) бодиплетизмографию
- 3) рентгенологическое исследование
- 4) ультразвуковое исследование

10. ПАПУЛЫ ГОТТРОНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ дерматополимиозита
- 2) системной красной волчанки
- 3) системной склеродермии
- 4) ревматоидного артрита

11. ПЕРИОРБИТАЛЬНЫЙ ОТЕК С ПУРПУРНО-ЛИЛОВОЙ ЭРИТЕМОЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ дерматомиозита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) системной красной волчанки
- 4) болезни Шегрена

12. ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ супраорбитальный отёк
- 2) «бабочка» на лице
- 3) остеолиз ногтевых фаланг
- 4) деформация суставов

13. К МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧНЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ Jo-1
- 2) U1RNP
- 3) SS-A
- 4) PM-Scl

14. ПАПУЛЫ ГОТТРОНА ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ

- 1)+ дерматополимиозите
- 2) склеродермии
- 3) системной красной волчанки
- 4) болезни Шегрена

15. ПОВЫШЕНИЕ В СЫВОРОТКЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ дерматомиозит
- 2) болезнь Бехчета
- 3) системная красная волчанка
- 4) гипермобильный синдром

16. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ мышечную слабость
- 2) «бабочку» на лице
- 3) остеолиз ногтевых фаланг
- 4) деформацию суставов

17. ЭРИТЕМА ГОТТРОНА АКТИВИЗИРУЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

- 1)+ ультрафиолетового излучения
- 2) физической нагрузки
- 3) переохлаждения
- 4) стрессовых ситуаций

18. К ХАРАКТЕРНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ ДЕРМАТОМИОЗИТА ОТНОСЯТ СИМПТОМ

- 1)+ «очков»
- 2) «барабанных палочек»
- 3) «бутылочных ног»
- 4) «часовых стекол»

19. СИНДРОМ РЕЙНО МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ

- 1)+ дерматомиозита
- 2) острой ревматической лихорадки
- 3) инфекционного эндокардита
- 4) анкилозирующего спондилита

20. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ генерализованное поражение мышц
- 2) нейропатия
- 3) полисерозит
- 4) эозинофилия

21. ПОЛИОМИОЗИТОМ НАЗЫВАЮТ ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1)+ скелетной мускулатуры
- 2) соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе
- 3) клапанных структур, пристеночного эндокарда, обусловленное прямым внедрением возбудителя
- 4) развивающееся в связи с воспалением в органах и системах в местах отложения кристаллов моноурата натрия

22. К МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧНЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ EJ
- 2) U1RNP
- 3) SS-A
- 4) PM-Scl

23. МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧНЫМ АНТИТЕЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ KS
- 2) U1RNP
- 3) SS-A
- 4) PM-Scl

24. КЛИНИКА ДЕРМАТОМИОЗИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ лиловую эритему вокруг глаз
- 2) эритему на лице по типу «бабочки»
- 3) гломерулонефрит
- 4) деструктивный артрит

25. СИММЕТРИЧНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА

- 1)+ полимиозит
- 2) системная склеродермия
- 3) ревматоидный артрит
- 4) болезнь Шегрена

26. ТЯЖЁЛЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ МИОЗИТ С РАСПАДОМ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ

- 1)+** дерматомиозита
- 2) смешанного заболевания соединительной ткани
- 3) синдрома Чардж-Стросса
- 4) диффузного (эозинофильного) фасциита

27. НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ МИОПАТИЕЙ НЕКРОЗА ИЛИ ВАСКУЛИТА КОЖИ УВЕЛИЧИВАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ

- 1)+** злокачественного новообразования
- 2) системного поражения
- 3) плохого ответа на стандартную терапию
- 4) ранней летальности

28. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ЭКСТРАМУСКУЛЯРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ДЕРМАТОПОЛИМИОЗИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** фиброзирующий альвеолит
- 2) поражение почек
- 3) поражение суставов
- 4) поражение глаз

29. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ

- 1)+** высокая активность креатинфосфокиназы
- 2) повышение уровня острофазовых белков
- 3) умеренный лейкоцитоз
- 4) наличие гемолитической анемии

30. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА СЧИТАЮТ

- 1)+** гиперемию кожи около глаз
- 2) «бабочку» на лице
- 3) остеолиз ногтевых фаланг
- 4) деформацию суставов

31. К МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧЕСКИМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+** анти-jo-1
- 2) антинуклеарный фактор
- 3) антитела к двухспиральной ДНК
- 4) антинейтрофильные цитоплазматические антитела

32. У ПАЦИЕНТА С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ПОЯВЛЕНИЕ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ СЫПИ НА ВЕРХНИХ ВЕКАХ И НАД СУСТАВАМИ ПАЛЬЦЕВ ОБЕИХ КИСТЕЙ, БОЛИ В МЫШЦАХ И АРТРАЛГИИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОЗ

- 1)+** дерматомиозит
- 2) полимиозит
- 3) миастения
- 4) ревматическая полимиалгия

33. К МИОЗИТ-АССОЦИИРОВАННЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ

- 1)+** Ku
- 2) SRP
- 3) Mi-2
- 4) Jo-1

34. МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧНЫМ АНТИТЕЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Mi-2
- 2) U1RNP
- 3) SS-A
- 4) PM-Scl

35. МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧНЫМ АНТИТЕЛОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ PL-12
- 2) U1RNP
- 3) SS-A
- 4) PM-Scl

36. К ХАРАКТЕРНОМУ ПРИЗНАКУ ДЕРМАТОМИОЗИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ эритему Готтрона
- 2) фотосенсибилизацию
- 3) синдром Рейно
- 4) дигитальные рубчики

37. К МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧЕСКИМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ анти-Jo-1
- 2) антинуклеарный фактор
- 3) антитела к двуспиральной днк
- 4) антинейтрофильные цитоплазматические антитела

38. ВЫЯВЛЕНИЕ АУТОАНТИТЕЛ 155/140 У ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОПОЛИМИОЗИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДИКТОРОМ

- 1)+ злокачественного новообразования
- 2) прогрессирования заболевания
- 3) плохого ответа на стандартную терапию
- 4) ранней летальности

39. К НАИБОЛЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИ ВАЖНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ОТНОСЯТ ПОВЫШЕНИЕ

- 1)+ уровня креатинфосфокиназы
- 2) скорости оседания эритроцитов
- 3) концентрации ревматоидного фактора
- 4) содержания в крови иммуноглобулинов

40. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ

- 1)+ повышение креатинфосфокиназы
- 2) повышение уровня белков острой фазы
- 3) умеренный уровень лейкоцитов
- 4) наличие гемолитической анемии

41. ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эритематозная (гелиотропная) сыпь на верхних веках, скулах, крыльях носа, в области носогубной складки
- 2) язвенный стоматит
- 3) остеолиз ногтевых фаланг
- 4) алопеция

42. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ (КФК) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ дерматомиозита
- 2) системной склеродермии
- 3) узелкового периартериита
- 4) ревматоидного артрита

43. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ДЕРМАТОМИОЗИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лимфаденопатия
- 2) слабость мышц плечевого пояса и проксимальных отделов нижних конечностей
- 3) высокая активность креатинфосфокиназы
- 4) эритема верхнего века с лиловым оттенком

44. ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «ПОЛИОМИОЗИТ», ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ антител к мышечным антигенам
- 2) антинуклеарного фактора
- 3) ревматоидного фактора
- 4) лимфопении

45. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОЛИМИОЗИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ проксимальная мышечная слабость
- 2) слабость мышц кисти
- 3) атрофия межкостных мышц кисти
- 4) ульнарная девиация кистей

46. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДЕРМАТОМИОЗИТА СЛУЖИТ

- 1)+ параорбитальный отёк с лиловой эритемой верхнего века
- 2) эритема на открытых участках кожи
- 3) фотосенсибилизация
- 4) алопеция

47. ТЯЖЕЛЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ МИОЗИТ С РАСПАДОМ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ дерматомиозита
- 2) смешанного заболевания соединительной ткани
- 3) синдрома Чардж-Стросса
- 4) диффузного (эозинофильного) фасциита

48. СИМПТОМОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОЛИМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ проксимальная мышечная слабость
- 2) контрактура Дюпюитрена
- 3) атрофия межкостных мышц
- 4) ульнарная девиация кистей

49. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ КРЕАТИНФОСФОКИНАЗЫ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ МЫШЦ ПРИ

- 1)+ стероидной миопатии
- 2) полимиозите
- 3) дерматополимиозите
- 4) миопатии на фоне гипотиреоза

50. ДЛЯ ПОЛИМИОЗИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ проксимальная мышечная слабость
- 2) слабость мышц кисти
- 3) атрофия межкостных мышц кисти
- 4) ульнарная девиация кистей

51. К МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧНЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ OJ
- 2) U1RNP
- 3) SS-A
- 4) PM-Scl

52. ЭРИТЕМАТОЗНАЯ СЫПЬ, ЛОКАЛИЗОВАННАЯ В ОБЛАСТИ «ШАЛИ», ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ дерматомиозита
- 2) склеродермии
- 3) системной красной волчанки
- 4) болезни Шегрена

53. В КРУГ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИМИОЗИТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ митохондриальные заболевания
- 2) мышечно-тонический синдром
- 3) иммуноглобулин g4-ассоциированные заболевания
- 4) онкологические заболевания

54. К МИОЗИТ-СПЕЦИФИЧНЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ анти-SRP
- 2) анти-U1RNP
- 3) анти-SS-A
- 4) анти-PM-Scl

55. ПОРАЖЕНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТИРЕОЗОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- 1)+ проксимальной миопатии без повышения креатининфосфокиназы
- 2) проксимальной миопатии с повышением креатининфосфокиназы
- 3) хондрокальциноза
- 4) псевдоподагры

56. ГЕЛИОТРОПНАЯ СЫПЬ НА ВЕКАХ ЯВЛЯЕТСЯ СПЕЦИФИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ дерматополимиозита
- 2) склеродермии
- 3) системной красной волчанки
- 4) болезни Шегрена

Тема 3. Диагностика и лечение микрокристаллических артропатий.

1. К КЛИНИЧЕСКИМ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГИДРОКСИАПАТИТНОЙ АРТРОПАТИИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЕЕ ОТ ДРУГИХ ФОРМ МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКИХ АРТРОПАТИЙ, ОТНОСЯТ

- 1)+ формирование кальцификации суставного гиалинового хряща
- 2) поражение плечевых и суставов и прикрепляющихся к ним связок
- 3) формирование очагов кальцификации в области мягких периартикулярных тканей
- 4) развитие деформации пораженных суставов в связи с контрактурами

2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ АРТРИТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ В ПЕРВОМ ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ подагры
- 2) ревматоидного артрита
- 3) псориаза
- 4) системной красной волчанки

3. ПРИ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ В КРОВИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1)+ мочевой кислоты
- 2) креатинина
- 3) глюкозы
- 4) трансаминазы

4. ДЛЯ ПЕРВОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ТИПИЧНО ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ

- 1)+ плюснефаланговых
- 2) пястнофаланговых
- 3) голеностопных
- 4) дистальных межфаланговых

5. ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ асимметричность поражения суставов стоп
- 2) инфицированность суставной жидкости
- 3) поражение более 3 суставов
- 4) постепенное развитие воспаления в течение месяца

6. ГИПЕРУРИКЕМИЯ У МУЖЧИН КОНСТАТИРУЕТСЯ ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ БОЛЕЕ (ММОЛЬ/Л)

- 1)+ 0,420
- 2) 0,540
- 3) 0,370
- 4) 0,490

7. МОЧА У ПАЦИЕНТОВ С УРАТНЫМ НЕФРОЛИТИАЗОМ ИМЕЕТ РЕАКЦИЮ

- 1)+ кислую
- 2) слабокислую
- 3) щелочную
- 4) слабощелочную

8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микроскопия тофуса
- 2) рентгенография кистей
- 3) определение ревматоидного фактора
- 4) магнитно-резонансная томография

9. ТОФУСЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1)+ отложения в тканях уратов
- 2) отложения в тканях холестерина
- 3) краевые остеофиты
- 4) уплотнения подкожной клетчатки

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ТОФУСЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ

- 1)+ ушных раковин
- 2) век
- 3) пяточных сухожилий
- 4) коленных суставов

11. ПРИ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ НАРУШАЕТСЯ ОБМЕН

- 1)+ пуринов
- 2) витаминов
- 3) глюкозы
- 4) белка

12. УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО

- 1)+ голоданием
- 2) лечением колхицином
- 3) соблюдением безбелковой диеты
- 4) употреблением большого количества жиров

13. ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ симптом пробойника
- 2) обызвествление хряща
- 3) обызвествление периартикулярных тканей
- 4) околосуставной остеопороз

14. ТОФУС ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

- 1)+ подагры
- 2) ревматоидного артрита
- 3) синдрома Рейтера
- 4) болезни Бехтерева

15. КРИСТАЛЛАМИ, КОТОРЫЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ МИКРОСКОПИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ моноураты
- 2) гидроксипатиты
- 3) холестерина
- 4) пирофосфаты

16. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ асимметричного моноартрита
- 2) асимметричного полиартрита
- 3) симметричного олигоартрита
- 4) симметричного полиартрита

17. НОРМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕЦИЯ УРАТОВ С МОЧОЙ ПРИ ОБЫЧНОМ ПИТАНИИ СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

- 1)+ 600-900 (3,6-5,4 ммоль)
- 2) 300-600 (1,8-3,6 ммоль)
- 3) 900-1100 (5,4-6,6 ммоль)
- 4) 700-900 (3,9-5,4 ммоль)

18. КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, ПРИ КОТОРОЙ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ У ЖЕНЩИН, СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ (ММОЛЬ/Л)

- 1)+ 0,360
- 2) 0,420
- 3) 0,380
- 4) 0,320

19. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПИРОФОСФАТНОЙ АРТРОПАТИИ, СЧИТАЮТ

- 1)+ хондрокальциноз
- 2) остеопороз
- 3) субкортикальные кисты
- 4) эрозирование суставных поверхностей

20. ПРИ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ РЕДКО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ позвоночника
- 2) стоп
- 3) локтей
- 4) кистей

21. НЕ ОБУСЛАВЛИВАЕТ РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

- 1)+ хронический гепатит
- 2) заболевание почек
- 3) лечение Фуросемидом
- 4) наличие миелопролиферативных заболеваний

22. МОНОАРТРИТ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ подагре
- 2) ревматоидном артрите
- 3) анкилозирующем спондилите
- 4) системной красной волчанке

23. ПОДАГРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ КРАЙНЕ РЕДКО ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ суставы позвоночника
- 2) локтевые суставы
- 3) мелкие суставы кистей
- 4) мелкие суставы стоп

24. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом «пробойника»
- 2) образование костных каверн
- 3) значительное разрушение хряща
- 4) околосуставной эпифизарный остеопороз

25. РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ, ДЕФИГУРАЦИЯ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ подагры
- 2) ревматоидного артрита
- 3) анкилозирующего спондилита
- 4) остеоартроза

26. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ

- 1)+ I плюсневых
- 2) голеностопных и коленных
- 3) кистей
- 4) шейного отдела позвоночника

27. ДЛЯ ПОДАГРЫ СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО

- 1)+ болят преимущественно мужчины среднего и пожилого возраста, при длительном течении формируются тофусы
- 2) всегда развивается нефролитиаз
- 3) средством выбора для снятия боли являются анальгетики
- 4) заболевание связано со стрессовыми ситуациями

28. ПРИ ПИРОФОСФАТНОЙ АРТРОПАТИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1)+ хондрокальциноз
- 2) остеопороз
- 3) субкортикальные кисты
- 4) эрозивное поражение суставных поверхностей

29. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО С ПОДАГРОЙ АССОЦИИРУЕТСЯ

- 1)+ ожирение
- 2) хронический гастрит
- 3) пиелонефрит
- 4) хронический бронхит

30. ПСЕВДОПОДАГРА ВЫЗЫВАЕТСЯ ОТЛОЖЕНИЕМ В СУСТАВНОМ ХРЯЩЕ КРИСТАЛЛОВ

- 1)+ пирофосфата кальция
- 2) гидроксиапатита
- 3) липидов
- 4) моноурата моногидрата

31. ПРИ ПИРОФОСФАТНОЙ АРТРОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА ЧАЩЕ ВСЕГО МОЖНО ВЫЯВИТЬ В СУСТАВАХ

- 1)+ коленных
- 2) плечевых
- 3) запястных
- 4) локтевых

32. ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ злоупотребление алкоголем и мясной пищей
- 2) инфекционный процесс
- 3) переохлаждение
- 4) приём Триметазида

33. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ИССЛЕДУЮТ

- 1)+ содержание мочевой кислоты в сыворотке
- 2) содержание мочевины и остаточного азота
- 3) активность креатинфосфокиназы
- 4) уровень креатинина

34. У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ РАНЬШЕ И ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ мочекаменная болезнь
- 2) интерстициальный нефрит
- 3) нефросклероз
- 4) гломерулонефрит

35. ПИРОФОСФАТНАЯ АРТРОПАТИЯ МОЖЕТ ПРОТЕКАТЬ ПОД МАСКОЙ

- 1)+ ревматоидного артрита
- 2) системной склеродермии
- 3) системной красной волчанки
- 4) фибромиалгии

36. ПРИ ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗЕ В ХРЯЩЕ ОТКЛАДЫВАЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ

- 1)+ пирофосфата кальция
- 2) карбоната кальция
- 3) гидроксиапатита
- 4) мочевой кислоты

37. ДЛЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ I плюсне-фалангового сустава
- 2) I пястно-фалангового сустава
- 3) трех суставов одного пальца
- 4) суставов предплюсны

38. ПРИ ПОДАГРЕ В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ КРИСТАЛЛЫ

- 1)+ моноурата натрия
- 2) пирофосфата кальция
- 3) оксалата кальция
- 4) хлорида натрия

39. К ОСОБЕННОСТЯМ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА У ЖЕНЩИН В ДЕБЮТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ поражение суставов кистей
- 2) развитие моноартрита
- 3) поражение суставов стоп
- 4) поражение суставов позвоночника

40. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОДАГРИЧЕСКИХ ТОФУСОВ В ОБЛАСТИ

- 1)+ разгибательной поверхности локтевого сустава
- 2) коленных суставов
- 3) крестца
- 4) носовой перегородки

41. НАЛИЧИЕ ТОФУСОВ У БОЛЬНОГО ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ

- 1)+ подагры
- 2) недифференцированного полиартрита
- 3) ревматического артрита
- 4) остеоартроза

42. ВТОРИЧНАЯ ПИРОФОСФАТНАЯ АРТРОПАТИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ первичном гиперпаратиреозе
- 2) несахарном диабете
- 3) гигантоклеточном артериите
- 4) хроническом гепатите В

43. ПРИ ПОДАГРЕ РЕДКО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ плечевые
- 2) коленные
- 3) локтевые
- 4) голеностопные

44. КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЕМ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ боль и воспаление плюснефалангового сустава 1 пальца
- 2) узловатая эритема
- 3) длительная скованность в суставах
- 4) симметричность поражения

45. К ЛАБОРАТОРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ, ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА, ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ лейкоцитоза
- 2) тромбоцитопении
- 3) нормальных показателей С реактивного белка
- 4) лейкопении

46. К ВОЗМОЖНЫМ ПРИЧИНАМ ГИПЕРУРИКЕМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие хронической болезни почек
- 2) лечение высокими дозами аспирина
- 3) употребление в пищу большого количества мяса птиц
- 4) интоксикацию ртутью

47. ПОЯВЛЕНИЕ ТОФУСОВ СВЯЗАНО С

- 1)+ отложением в тканях солей мочевой кислоты
- 2) остеофитозом
- 3) воспалительными гранулёмами
- 4) мукоидным отёком кожи, подкожной клетчатки

48. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОДАГРЫ ОТНОСЯТ

- 1)+ припухание сустава в период приступа
- 2) одинаковую частоту приступов у мужчин и женщин
- 3) обнаружение повышения содержания мочевой кислоты в крови во время приступа
- 4) поражение крестцово-подвздошных суставов

49. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ развитие острого воспаления в течение первых суток
- 2) постепенное развитие воспалительного процесса
- 3) симметричное поражение суставов кистей
- 4) наличие ревматоидного фактора в синовиальной жидкости

50. СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ПРИ ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ наличием кристаллов пирофосфата кальция
- 2) высоким содержанием клеточных элементов и соединительнотканых волокон
- 3) наличием рагоцитов
- 4) снижением вязкости

51. В ОСНОВЕ ПСЕВДОПОДАГРЫ ЛЕЖИТ ОТЛОЖЕНИЕ

- 1)+ пирофосфата кальция
- 2) оксалата
- 3) моноурата натрия
- 4) фосфора

52. ТОФУС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ отложение уратов в тканях
- 2) увеличенный лимфоузел
- 3) уплотнение подкожной клетчатки
- 4) субхондральную кисту

53. ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прием алкоголя
- 2) генетическая предрасположенность
- 3) стресс
- 4) вакцинация

54. ПРИ ПОДАГРЕ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1)+ мочевой кислоты
- 2) аланинаминотрансферазы
- 3) общего холестерина
- 4) глюкозы

55. ПРИНЦИПИАЛЬНЫМ ОТЛИЧИЕМ ПСЕВДОПОДАГРЫ ОТ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+ хондрокальциноза
- 2) гиперкреатининемии
- 3) пустулезного дерматита стоп
- 4) саркоилеита

56. ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прием диуретиков
- 2) генетическая предрасположенность
- 3) стресс
- 4) вакцинация

57. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симптом пробойника
- 2) стойкий околоуставной остеопороз
- 3) остеолизис дистальных фаланг пальцев стоп
- 4) субхондральный склероз

58. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ИССЛЕДУЮТ УРОВЕНЬ

- 1)+ мочевой кислоты
- 2) общего холестерина
- 3) гликированного гемоглобина
- 4) креатинина

59. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОДАГРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «симптом пробойника»
- 2) «симптом карандаша в стакане»
- 3) «симптом тающего кусочка сахара»
- 4) «симптом снежной бури»

60. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ гипертоническую болезнь
- 2) заболевания печени
- 3) гипотиреоз
- 4) системные заболевания соединительной ткани

61. ПОРАЖЕНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- 1)+ псевдоподагры
- 2) проксимальной мышечной слабости
- 3) акропатии
- 4) спондилеза Эрдгейма

62. ОТЛОЖЕНИЕМ В ТКАНЯХ КРИСТАЛЛОВ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ тофус
- 2) кальцинат
- 3) остеофит
- 4) гранулема

63. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ хроническую болезнь почек
- 2) заболевания печени
- 3) гиперпаратиреоз
- 4) системные заболевания соединительной ткани

64. ПУСКОВЫМ ФАКТОРОМ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ травма
- 2) генетическая предрасположенность
- 3) стресс
- 4) вакцинация

65. ДЛЯ ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ асимметричное поражение суставов стоп в дебюте
- 2) симметричное поражение суставов кистей в дебюте
- 3) поражение тазобедренных суставов
- 4) поражение плечевых суставов

66. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА

- 1)+ киста с периферическим склерозом
- 2) сужение суставной щели
- 3) субхондральный склероз
- 4) единичные эрозии

67. ДЛЯ ПОДАГРЫ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ асимметричное поражение суставов стоп в дебюте
- 2) симметричное поражение суставов кистей
- 3) поражение тазобедренных суставов
- 4) поражение плечевых суставов

68. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ чрезмерное употребление пищи богатой пуринами
- 2) заболевания печени
- 3) сахарный диабет
- 4) системные заболевания соединительной ткани

69. СОЧЕТАНИЕ РАННЕГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ, ДЕФИГУРАЦИЯ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ подагры
- 2) ревматоидного артрита
- 3) анкилозирующего спондилита
- 4) остеоартроза

70. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ злоупотребление алкогольными напитками
- 2) безглютеновую диету
- 3) низкопуриновую диету
- 4) заболевания печени

71. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ СПРОВОЦИРОВАНО

- 1)+ переохлаждением
- 2) инсоляцией
- 3) длительным пребыванием в сидячем положении
- 4) инфекцией верхних дыхательных путей

Тема 4. Диагностика и лечение остеоартроза, остеопороза.

1. К ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ остеофиты
- 2) псевдорасширение суставной щели
- 3) костные эрозии
- 4) кистовидные просветления

2. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ наличие болей механического типа
- 2) ухудшение общего состояния больного
- 3) отсутствие ограничения подвижности суставов
- 4) преимущественное поражение суставов позвоночника

3. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дегенерация суставного хряща
- 2) отложение кристаллов пирофосфата кальция
- 3) ремоделирование костной ткани
- 4) атрофия близлежащих мышечных групп

4. К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ крепитацию
- 2) скованность в движениях утром в течение 2 часов
- 3) повышение температуры тела
- 4) ночные боли в суставах

5. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АСЕПТИЧЕСКОГО ОСТЕОНЕКРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ головка бедренной кости
- 2) поясничный отдел позвоночника
- 3) подвздошная кость
- 4) плечевая кость

6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТРОХАНТЕРИТА (ПЕРИАРТРИТА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА), ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЕГО ОТ КОКСАРТРОЗА, ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ ограничение движений в суставе
- 2) отсутствие ограничения и болезненности пассивных движений в суставе
- 3) острое развитие болевого синдрома
- 4) усиление болей в ночное время

7. К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ преимущественное поражение коленных суставов
- 2) боли «воспалительного» характера в суставах
- 3) утреннюю скованность в суставах более часа
- 4) припухлость и гиперемия первого плюснефалангового сустава

8. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРОЗА

- 1)+ проксимальных межфаланговых суставов кисти
- 2) дистальных межфаланговых суставов кисти
- 3) первого плюснефалангового сустава
- 4) локтевого сустава

9. К ПЕРВИЧНОМУ ОСТЕОПОРОЗУ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ глюкокортикоидный
- 2) постменопаузальный
- 3) сенильный
- 4) идиопатический

10. БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ остеоартроза
- 2) ревматоидного артрита
- 3) реактивного артрита
- 4) подагрического артрита

11. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫРАЖЕННОГО ДВУСТОРОННЕГО КОКСАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «утиная походка»
- 2) ограничение отведения и приведения бедер
- 3) гипотрофия мышц бедер
- 4) хромота

12. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОСТЕОАРТРОЗА ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие узлов Бушара
- 2) асимметричное поражение I плюсневого сустава
- 3) симметричное поражение суставов кистей
- 4) стойкая скованность по утрам свыше двух часов

13. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ компрессионный перелом позвонков
- 2) вторичная подагра
- 3) рецидивирующий гонартрит коленных суставов
- 4) потеря болевой чувствительности

14. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ механическая боль
- 2) повышение кожной температуры над суставом
- 3) припухлость сустава
- 4) гиперпигментация кожи над пораженным суставом

15. ТИПИЧНЫЕ БОЛИ МЕХАНИЧЕСКОГО ТИПА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

- 1)+ усиливаются после нагрузки
- 2) уменьшаются после нагрузки
- 3) возникают при первых движениях (стартовые боли)
- 4) возникают при атрофии мышц

16. К НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА ОТНОСЯТ

- 1)+ крепитацию
- 2) болезненность при пальпации
- 3) остеофиты (по данным рентгенограммы)
- 4) большое количество выпота

17. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ остеоартроза
- 2) ревматоидного артрита
- 3) ревматической лихорадки
- 4) склеродермии

18. ГРУБАЯ КРЕПИТАЦИЯ В СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ остеоартроза
- 2) реактивного артрита
- 3) ревматоидного артрита
- 4) анкилозирующего спондилоартрита

19. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ остеоартрита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) подагры
- 4) тендовагинита

20. УЗЕЛКИ БУШАРА ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1)+ остеоартрозе
- 2) подагре
- 3) ревматоидном артрите
- 4) узелковом полиартериите

21. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ Т-КРИТЕРИЙ ОЦЕНИВАЕТСЯ У

- 1)+ мужчин в возрасте 50 лет и старше
- 2) женщин до наступления менопаузы
- 3) детей
- 4) подростков

22. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ узелки Гебердена
- 2) поражения нижне-челюстного сустава
- 3) тофусы
- 4) ревматоидные узелки

23. БОЛЕЗНЬ КЕЛЛГРЕНА (ПОЛИОСТЕОАРТРОЗ) ИСКЛЮЧАЕТ

- 1)+ синостозы поперечных отростков позвонков
- 2) дегенеративное поражение суставов позвоночника
- 3) остеоартроз крупных суставов нижних конечностей и суставов кистей
- 4) синдром карпального канала

24. ТИПИЧНЫЕ ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ околосуставной остеопороз
- 2) краевые остеофиты
- 3) уплотнение замыкательных пластин (субхондральный остеосклероз)
- 4) сужение суставной щели

25. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРОЗА СЧИТАЮТ

- 1)+ сужение суставной щели
- 2) околосуставной остеопороз
- 3) тофусы
- 4) краевые узурры

26. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ краевых остеофитов
- 2) множественных эрозий суставных поверхностей
- 3) остеопороза
- 4) симптома «пробойника»

27. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРОЗА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ костное анкилозирование
- 2) поверхностное и глубокое разволокнение суставного хряща
- 3) формирование краевых остеофитов
- 4) формирование субхондральных кист

28. СРЕДИ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ остеопороз
- 2) асептический некроз
- 3) микрокристаллический артрит
- 4) гемартроз

29. К НАСЛЕДСТВЕННОЙ (СЕМЕЙНОЙ) ФОРМЕ ОСТЕОАРТРОЗА У ЖЕНЩИН ОТНОСЯТ

- 1)+ узелки Гебердена
- 2) артроз тазобедренного сустава
- 3) артроз I плюснефалангового сустава
- 4) артроз коленного сустава

30. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ

- 1)+ появление механических болей
- 2) повышение кожной температуры над суставами
- 3) появление припухлости суставов
- 4) утренняя скованность

31. ОСТЕОПЕНИЮ КОНСТАТИРУЮТ ПРИ КРИТЕРИИ, РАВНОМ С

- 1)+ -1 - -2,4
- 2) -1 и выше
- 3) -2,5 и ниже
- 4) 0,9

32. К ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ дегенерацию суставного хряща
- 2) регулярно рецидивирующий синовит
- 3) выпадение в полость сустава кристаллов гидроксиапатита кальция
- 4) атрофию близлежащих мышечных групп

33. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА - ЭТО КОСТНЫЕ УТОЛЩЕНИЯ, КОТОРЫЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ НА СУСТАВАХ

- 1)+ дистальных межфаланговых
- 2) проксимальных межфаланговых
- 3) запястно-пястных
- 4) локтевых

34. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ передние клиновидные деформации тел позвонков
- 2) изменения в виде «квадратизация» тел позвонков
- 3) изменения позвоночника в виде «бамбуковой палки»
- 4) синдесмофиты

35. В ПЛЕЧЕВОМ СУСТАВЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ

- 1)+ ротация
- 2) разгибание
- 3) отведение
- 4) приведение

36. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ОСТЕОАРТРОЗ ИСКЛЮЧАЕТ ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ

- 1)+ лучезапястных
- 2) дистальных межфаланговых
- 3) проксимальных межфаланговых
- 4) коленных

37. ДЛЯ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТЕОПОРОЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ денситометрию
- 2) биопсию
- 3) сцинтиграфию
- 4) рентгенографию

38. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, НЕТИПИЧНЫМ ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ околоуставной остеопороз
- 2) сужение суставной щели
- 3) субхондральный склероз
- 4) кистовидное просветление

39. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ болей «механического» типа в суставах
- 2) периодической «блокады» суставов
- 3) утренней скованности более 1 часа
- 4) преимущественного поражения проксимальных межфаланговых суставов кистей

40. РАЗВИТИЕ «БЛОКАДЫ» КОЛЕННОГО СУСТАВА СВЯЗАНО С

- 1)+ наличием свободного внутрисуставного тела
- 2) скоплением жидкости в заворотах сустава
- 3) разрывом крестообразных связок в результате травмы
- 4) наличием постоянной травматизации менисков

41. ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТЕОАРТРОЗА В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СТРАДАЕТ ФУНКЦИЯ КИСТИ?

- 1)+ первый пястно-запястный сустав
- 2) проксимальные межфаланговые суставы кистей
- 3) дистальные межфаланговые суставы стоп
- 4) дистальные межфаланговые суставы кистей

42. ПОЯВЛЕНИЕ УЗЛОВ БУШАРА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ остеоартроза
- 2) ревматоидного артрита
- 3) подагры
- 4) острой ревматической лихорадки

43. СКОРЕЕ ВСЕГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМ

- 1)+ ключицы при падении с велосипеда
- 2) ребра, произошедший при кашле
- 3) компрессионный поясничного позвонка, случайно выявленный на рентгенограмме
- 4) шейки бедра при падении с высоты собственного роста

44. УЗЕЛКИ БУШАРА - ЭТО КОСТНЫЕ УТОЛЩЕНИЯ, КОТОРЫЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ НА СУСТАВАХ

- 1)+ проксимальных межфаланговых
- 2) дистальных межфаланговых
- 3) запястно-пястных
- 4) локтевых

45. ПОД УЗЕЛКАМИ БУШАРА ПОДРАЗУМЕВАЮТ КОСТНЫЕ УТОЛЩЕНИЯ

- 1)+ проксимальных межфаланговых суставов кисти
- 2) пястно-фаланговых и лучезапястных суставов
- 3) дистальных межфаланговых суставов кисти
- 4) плюснефаланговых и голеностопных суставов

46. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ УЗЕЛКОВ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА ВО ВРЕМЯ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ

- 1)+ остеоартроза суставов кистей
- 2) ревматоидного артрита
- 3) системной склеродермии
- 4) системной красной волчанки

47. ОГРАНИЧЕНИЕМ В ПРИМЕНЕНИИ FRAX ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ возраст моложе 40 лет и старше 90 лет
- 2) вторичный остеопороз
- 3) мужской пол
- 4) неевропеоидная раса

48. ДЛЯ ОЦЕНКИ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ Т-КРИТЕРИЙ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ У

- 1)+ женщин в постменопаузу
- 2) детей и подростков
- 3) мужчин моложе 50 лет
- 4) женщин до наступления менопаузы

49. В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ генетический фактор
- 2) реактивный артрит в анамнезе
- 3) гиперурикемия
- 4) травма сустава

50. ОСТЕОАРТРОЗ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ИСКЛЮЧАЕТ

- 1)+ сгибательную контрактуру
- 2) костные утолщения на боковых поверхностях сустава
- 3) синовит с повышением кожной температуры, дефигурацию суставов
- 4) подвывихи с искривлением фаланг пальцев

51. ФАКТОРОМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА, СЧИТАЮТ

- 1)+ повторную травму
- 2) венозную недостаточность
- 3) хроническую артериальную недостаточность
- 4) наличие синовита

52. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ДЕНСИТОМЕТРИЮ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ

- 1)+ один раз в год
- 2) один раз в 6 месяцев
- 3) каждый месяц
- 4) раз в три месяца

53. КИСТОЙ БЕЙКЕРА СЧИТАЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ В

- 1)+** заднем завороте коленного сустава
- 2) полости сустава
- 3) препателлярной бурсе
- 4) заднем завороте плечевого сустава

54. ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** наличие узлов Гебердена
- 2) утренняя скованность более 1 часа
- 3) повышение температуры
- 4) немотивированное быстрое снижение массы тела

55. ОСТЕОАРТРИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ

- 1)+** дегенерация матрикса хряща
- 2) нарушение пуринового обмена
- 3) активация фиброобразования
- 4) замещение хрящевой ткани паннусом

56. ПРИ ПОДСЧЕТЕ РИСКА ПЕРЕЛОМА ПО FRAX ТРЕБУЕТСЯ ВВЕСТИ

- 1)+** Т-критерий в шейке бедра
- 2) Z-критерий в шейке бедра
- 3) Т-критерий в поясничном отделе позвоночника
- 4) Z-критерий в поясничном отделе позвоночника

57. ТАЗОБЕДРЕННЫЕ СУСТАВЫ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ

- 1)+** остеоартрозе
- 2) псориатическом артрите
- 3) подагре
- 4) диабетической артропатии

58. ПОРАЖЕНИЕ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СУСТАВА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** болью при максимальном подъеме руки вверх
- 2) болью при ротации плеча
- 3) болью при запрокидывании руки назад
- 4) симптомом «падающей руки»

59. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ УЗЛОВ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА, СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О ДИАГНОЗЕ

- 1)+** первичный генерализованный остеоартрит
- 2) ревматоидный артрит
- 3) системная склеродермия
- 4) системная красная волчанка

60. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** низкоэнергетический перелом
- 2) снижение индекса массы тела
- 3) утомляемость
- 4) снижение роста

61. ГРУБАЯ КРЕПИТАЦИЯ В СУСТАВЕ ТИПИЧНА ДЛЯ

- 1)+ остеоартроза
- 2) ревматоидного артрита
- 3) реактивного артрита
- 4) подагры

62. ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА СЧИТАЮТ ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ

- 1)+ коленных
- 2) лучезапястных
- 3) плюсовых
- 4) локтевых

63. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1)+ остеоартрите
- 2) подагре
- 3) псориатическом артрите
- 4) ревматоидном артрите

64. КЛЮЧЕВЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ низкотравматический перелом
- 2) обострение ревматоидного артрита
- 3) усиление суставного синдрома
- 4) гипокальциемия

65. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ резкая потеря массы тела
- 2) нарушение толерантности к углеводам
- 3) прием препаратов витамина Д
- 4) занятия спортом высоких достижений

66. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА СЧИТАЮТ

- 1)+ дегенерацию суставного хряща
- 2) выпадение в полость сустава кристаллов гидроксиапатита кальция
- 3) ремоделирование костной ткани
- 4) атрофию близлежащих мышечных групп

67. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КЕЛЛГРЕНА И ЛОУРЕНСА (1957) ДЛЯ IV СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ суставная щель практически не прослеживается, грубые остеофиты
- 2) умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты
- 3) сомнительное сужение высоты суставной щели и сомнительные мелкие остеофиты
- 4) небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты

68. ОСТЕОАРТРОЗ СЧИТАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, В ОСНОВЕ КОТОРОГО ЛЕЖИТ

- 1)+ дегенерация суставного хряща
- 2) нарушение пуринового обмена
- 3) воспалительное, анкилозирующее поражение осевого скелета
- 4) эрозивно-деструктивный полиартрит

69. ДИАГНОЗ ОСТЕОПОРОЗА СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ СТАВИТСЯ ПРИ Т-КРИТЕРИИ

- 1)+ -2,5 и ниже
- 2) -3,5 и ниже
- 3) от -1,0 до - 2,5
- 4) -1,0 и выше

70. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ВТОРИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗА

- 1)+ остеопороз
- 2) подагра
- 3) ревматоидный артрит
- 4) травма

71. К НАСЛЕДСТВЕННОЙ ФОРМЕ ОСТЕОАРТРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ узелки Гебердена
- 2) артроз I плюснефалангового сустава
- 3) гонартроз
- 4) коксартроз

72. МОДИФИКАТОРОМ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА FRAX ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ ревматоидного артрита
- 2) системной склеродермии
- 3) болезни Шегрена
- 4) болезни Такаясу

73. УЗЕЛКИ ГЕБЕРДЕНА ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1)+ плотные образования в области дистальных межфаланговых суставов
- 2) плотные безболезненные образования на разгибательной поверхности предплечья
- 3) синовиальные кисты
- 4) тофусы в области пальцев кистей

74. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КЕЛЛГРЕНА И ЛОУРЕНСА (1957) ДЛЯ II СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты
- 2) умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты
- 3) крупные остеофиты, выраженное сужение суставной щели, выраженный склероз, достоверная деформация контуров кости
- 4) сомнительное сужение высоты суставной щели и сомнительные мелкие остеофиты

75. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОНСТАТИРУЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ остеофитов
- 2) синдрома Рейно
- 3) паннусов
- 4) тофусов

76. ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ОСТЕОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ узелков Гебердена
- 2) сакроилиита
- 3) квадратизации позвонков
- 4) суставов Клаттона

77. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРИАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛАСТЬ

- 1)+ «гусиной лапки»**
- 2) надколенника
- 3) бугристости большеберцовой кости
- 4) подколенной ямки

78. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СИНОВИАЛЬНУЮ ЖИДКОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+ пониженная вязкость**
- 2) повышенная вязкость
- 3) плохое образование муцинового сгустка
- 4) сниженное содержание глюкозы

79. ДЕГЕНЕРАЦИЯ СУСТАВНОГО ХРЯЩА РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1)+ снижения количества гликозаминогликанов в хрящевой ткани**
- 2) снижения количества хлоридов в хрящевой ткани
- 3) увеличения количества гликозаминогликанов
- 4) увеличения количества гликопротеинов

80. УЗЕЛКИ БУШАРА ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

- 1)+ плотные образования в области проксимальных межфаланговых суставов**
- 2) плотные безболезненные образования на разгибательной поверхности предплечья
- 3) синовиальные кисты
- 4) тофусы в области пальцев кистей

81. ДИАГНОЗ ОСТЕОПОРОЗА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ЗНАЧЕНИИ Т-КРИТЕРИЯ

- 1)+ -2,5 и ниже**
- 2) -1 - -1,5
- 3) -1 и выше
- 4) -1,5 - -2,0

82. СОЧЕТАНИЕ РАННЕГО ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СТОПЫ, РЕЗКОЕ ПОКРАСНЕНИЕ В ОБЛАСТИ СУСТАВА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ генерализованного остеоартрита**
- 2) ревматоидного артрита
- 3) генерализованного полиостеоартроза
- 4) псориатического артрита

83. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ остеофитоза**
- 2) множественных эрозий суставных поверхностей
- 3) системного остеопороза
- 4) симптома «пробойника»

84. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРОЗА СЧИТАЕТСЯ БОЛЬ В СУСТАВАХ

- 1)+ при нагрузке**
- 2) усиливающаяся по ночам
- 3) сохраняющаяся в покое
- 4) проходящая после физических упражнений

85. УЗЕЛКИ БУШАРА ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ

- 1)+ остеоартрите
- 2) подагре
- 3) псориатическом артрите
- 4) ревматоидном артрите

86. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРОЗА СЧИТАЮТ

- 1)+ формирование субхондральных кист
- 2) костный анкилоз
- 3) краевые эрозии
- 4) фиброз суставной капсулы

87. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРОЗА СЧИТАЮТ

- 1)+ крепитацию при движении
- 2) болезненность при пальпации
- 3) скованность в суставе более часа
- 4) энтезопатию

88. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ДИСТАЛЬНЫЕ МЕЖФАЛАНГОВЫЕ СУСТАВЫ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ остеоартрозе
- 2) псевдоподагре
- 3) ревматоидном артрите
- 4) анкилозирующем спондилите

89. ДЛЯ ОСТЕОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ узлов Бушара
- 2) синдрома Рейно
- 3) амилоидоза почек
- 4) кожной сыпи

90. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ нарушение процессов деградации и синтеза хондроцитов
- 2) снижение продукции противовоспалительных цитокинов
- 3) увеличение количества гликозаминогликанов
- 4) отсутствие костной резорбции

91. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ остеоартроза
- 2) подагры
- 3) ревматоидного артрита
- 4) узелкового полиартериита

92. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КЕЛЛГРЕНА И ЛОУРЕНСА (1957) ДЛЯ I СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ сомнительные рентгенологические признаки
- 2) умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты
- 3) крупные остеофиты, выраженное сужение суставной щели, выраженный склероз, достоверная деформация контуров кости
- 4) небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты

93. БЛОКАДА КОЛЕННОГО СУСТАВА СВЯЗАНА С НАЛИЧИЕМ

- 1)+ свободного внутрисуставного тела
- 2) множественных крупных остеофитов
- 3) разрыва крестообразных связок
- 4) жидкости в заворотах сустава

94. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И КИСТЕЙ МЕНЕЕ 30 МИНУТ, БОЛЕЗНЕННОСТЬ И КРЕПИТАЦИЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ОТРИЦАТЕЛЕН, УМЕРЕННОЕ СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОСТЕОФИТЫ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ остеоартроз
- 2) реактивный артрит
- 3) ревматоидный артрит
- 4) системная красная волчанка

95. ОСТЕОПЕНИЯ СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ВОЗ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ И МУЖЧИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ СТАВИТСЯ ПРИ Т-КРИТЕРИИ

- 1)+ от -1,0 до - 2,5
- 2) -3,5 и ниже
- 3) -2,5 и ниже
- 4) -1,0 и выше

96. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО

- 1)+ начало заболевания постепенное
- 2) клинически проявляется в молодом возрасте
- 3) наиболее часто поражаются не нагрузочные суставы
- 4) сопровождается умеренным повышением температуры тела

97. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ К ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1)+ нормальные показатели общего анализа крови
- 2) выраженную гипохромную анемию
- 3) значительный лейкоцитоз
- 4) умеренную тромбоцитопению

98. УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА ЯВЛЯЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ остеоартроза
- 2) подагры
- 3) ревматоидного артрита
- 4) ревматической полимиалгии

99. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КЕЛЛГРЕНА И ЛОУРЕНСА (1957) ДЛЯ III СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты
- 2) небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты
- 3) крупные остеофиты, выраженное сужение суставной щели, выраженный склероз, достоверная деформация контуров кости
- 4) сомнительное сужение высоты суставной щели и сомнительные мелкие остеофиты

100. ТИПИЧНЫМ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ОСТЕОАРТРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ наличие пяточных остеофитов
- 2) появление заболевания в молодом возрасте
- 3) наличие тофусов в области болезненных суставов
- 4) появление контрактур при длительном течении заболевания

101. КИСТА БЕЙКЕРА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ растянутая жидкостью синовиальная сумка подколенной ямки, сообщающаяся с полостью коленного сустава
- 2) злокачественная опухоль в подколенной ямке
- 3) препателлярный бурсит
- 4) расслоение мышечной фасции со скоплением жидкости между слоями

102. ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- 1)+ остеопороза
- 2) остеонекроза
- 3) остеомалации
- 4) остеохондроза

103. В ОТЛИЧИЕ ОТ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ СТАНДАРТНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОПОРОЗА

- 1)+ позволяет оценить структуру, форму и размеры костей, а также различные повреждения, в том числе переломы
- 2) не может использоваться для проведения дифференциального диагноза с другими патологическими процессами в костной ткани
- 3) позволяет определить снижение МПК уже на 1-2%
- 4) имеет более высокую чувствительность

104. ДЛЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ, РАЗВИВШИХСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТЕОПОРОЗА, ХАРАКТЕРНО

- 1)+ снижение роста на 4 см и более в сравнении с ростом в 25 лет
- 2) уменьшение грудного кифоза
- 3) увеличение расстояния между реберными дугами и подвздошными гребнями
- 4) усиление боли в грудном отделе позвоночника в положении лежа

105. К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ПРИНИМАЮЩИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ БОЛЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 12

106. ВЕСЬ ДИАПАЗОН НОРМАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПО Т-КРИТЕРИЮ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ

- 1)+ более -1 стандартных отклонений
- 2) от -2 до 0 стандартных отклонений
- 3) более +1 стандартных отклонений
- 4) от 0 до +1 стандартных отклонений

107. 10-ЛЕТНИЙ АБСОЛЮТНЫЙ РИСК ПЕРЕЛОМОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1)+ FRAX
- 2) BASDAI
- 3) ECLAM
- 4) HAS-BLED

108. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ остеоартрита
- 2) системной склеродермии
- 3) гранулематоза с полиангиитом
- 4) системной красной волчанке

109. ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПО Т-КРИТЕРИЮ ПРОВОДИТСЯ У

- 1)+ мужчин в возрасте 50 лет и старше
- 2) детей
- 3) женщин до наступления менопаузы
- 4) подростков

110. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- 1)+ передняя клиновидная деформация тел позвонков
- 2) «квадратизация» тел позвонков
- 3) позвоночник в виде «бамбуковой палки»
- 4) наличие синдесмофитов

111. ПОБОЧНЫМ ЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПРИЁМЕ БИСФОСФОНАТОВ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ некроз челюсти
- 2) сердцебиение
- 3) частое мочеиспускание
- 4) повышение артериального давления

112. РЕЖИМ ПРИЕМА АЛЕНДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА

- 1)+ один раз в неделю
- 2) ежедневно
- 3) один раз в две недели
- 4) один раз в год

113. ТОЧКОЙ ПРИЛОЖЕНИЯ НА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ МЕДЛЕННО ДЕЙСТВУЮЩЕГО СИМПТОМ-МОДИФИЦИРУЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибция продукции интерлейкина-1
- 2) подавление анаболических процессов в матриксе хряща
- 3) снижение резистентности хондроцитов к воздействию противовоспалительных цитокинов
- 4) торможение синтеза протеогликанов хондроцитами

114. МОНОКЛОНАЛЬНЫМ АНТИТЕЛОМ К ЛИГАНДУ РЕЦЕПТОРА АКТИВАТОРА ЯДЕРНОГО ФАКТОРА КАППА-БЕТА (RANKL) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ деносумаб
- 2) терипаратид
- 3) алендронат
- 4) золедроновая кислота

115. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ «ОСТЕОПОРОЗ» РЕКОМЕНДУЕМАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА СОСТАВЛЯЕТ ____ (МГ) КАЛЬЦИЯ И ____ (МЕ) ВИТАМИНА «D»

- 1)+ 1000; 800
- 2) 800; 400
- 3) 1000; 400
- 4) 500; 400

116. АЛЕНДРОНОВУЮ КИСЛОТУ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ

- 1)+ утром, натощак
- 2) перед сном, после еды
- 3) утром, после завтрака
- 4) вечером, во время ужина

117. К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ, ПРИНИМАЮЩИЕ ГКС БОЛЕЕ (МЕС.)

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 12

118. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие признаков вторичного синовита
- 2) ранняя рентгенологическая стадия
- 3) непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов
- 4) упорный болевой синдром

119. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ БИСФОСФОНАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подавление остеокластов
- 2) подавление остеобластов
- 3) стимуляция остеобластов
- 4) стимуляция остеокластов

120. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ МЕТОДОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ, РЕКОМЕНДОВАННЫМ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПРИМЕНЕНИЮ БОЛЬНЫМ С ОСТЕОАРТРОЗОМ, СЧИТАЮТ

- 1)+ локальное применение мазей с нестероидными противовоспалительными средствами
- 2) пероральный приём нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) длительный приём хондропротекторов
- 4) приём Парацетамола

121. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАТРОЗА ИСКЛЮЧЕНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ колхицина
- 2) препаратов на основе хондроитинсульфата
- 3) диацереина
- 4) препаратов на основе глюкозамина

122. ПАЦИЕНТ ПОСЛЕ ПРИЁМА ПЕРОРАЛЬНЫХ БИСФОСФОНАТОВ ДОЛЖЕН СОБЛЮДАТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ

- 1)+ сохранять вертикальное положение тела в течение 30 минут
- 2) не есть в течение 24 часов
- 3) не принимать другие лекарственные средства в течение 3 дней
- 4) выпить через час после приёма 1 литр воды

123. РЕКОМЕНДУЕМАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА КАЛЬЦИЯ И ВИТАМИНА D ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1000 мг кальция и 800 МЕ витамина D
- 2) 800 мг кальция и 400 МЕ витамина D
- 3) 1000 мг кальция и 400 МЕ витамина D
- 4) 500 мг кальция и 400 МЕ витамина D

124. ДЛЯ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМСЯ СИНОВИТОМ, ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ бетаметазон
- 2) диклофенак-натрий
- 3) протез синовиальной жидкости
- 4) раствор натрия гиалуронана

125. ПРОФИЛАКТИКУ ОСТЕОПОРОЗА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРИЁМА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ БОЛЕЕ

- 1)+ 3 месяцев
- 2) 1 года
- 3) 2 недель
- 4) 6 месяцев

126. РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ СИСТЕМНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ БОЛЕЕ

- 1)+ трех месяцев
- 2) трех недель
- 3) одной недели
- 4) двух месяцев

127. САМЫМ ЧАСТЫМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЕНИЕМ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЗОЛЕДРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лихорадка
- 2) рвота
- 3) диарея
- 4) артрит

128. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРИЕМА АЛЕНДРОНАТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ стриктура пищевода
- 2) хроническая сердечная недостаточность
- 3) острый инфаркт миокарда в анамнезе
- 4) хронический гастрит в стадии ремиссии

129. ИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ эндопротезирование
- 2) артродез
- 3) трансплантацию хрящевой ткани
- 4) артропластику

130. МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ТЕРИПАРАТИДОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА СОСТАВЛЯЕТ (В ГОДАХ)

- 1)+ два
- 2) пять
- 3) три
- 4) десять

131. НАЗНАЧЕНИЕ АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БЕЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПОКАЗАНО

- 1)+ женщине, 60 лет, в постменопаузе, у которой 3 года назад имел место перелом шейки бедра при падении с высоты собственного роста
- 2) женщине 45 лет, страдающей ревматоидным артритом и принимающей преднизолон в течение 2 лет
- 3) женщине 60 лет, мать которой сломала шейку бедра в возрасте 70 лет
- 4) женщине 40 лет, которая курит в течение 15 лет и имеет ИМТ 18,5 кг/м²

132. АКТИВНЫЙ ВИТАМИН «D» (КАЛЬЦИТРИОЛ) СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ всасыванию кальция в кишечнике
- 2) подавлению реабсорбции кальция в почках
- 3) образованию коллагена I типа в костях
- 4) подавлению выработку кальцитонина щитовидной железой

133. ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ бисфосфонатов
- 2) симптом-модифицирующих препаратов замедленного действия
- 3) витаминов группы Б
- 4) анальгетиков

134. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА ВВОДИТСЯ С ЧАСТОТОЙ

- 1)+ один раз в год
- 2) один раз в месяц
- 3) два раза в год
- 4) один раз в три месяца

135. К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ азотсодержащие бисфосфонаты
- 2) кальцитонин
- 3) активные метаболиты витамина D
- 4) препараты женских половых гормонов

136. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ остеоартроз коленных суставов с признаками воспаления
- 2) остеоартроз мелких суставов кистей
- 3) отсутствие признаков воспаления суставов при выраженном болевом синдроме
- 4) гемартроз

137. УМЕРЕННОЕ СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА МОЖЕТ ОБЛЕГЧАТЬ СИМПТОМЫ И ОСТАНАВЛИВАТЬ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ

- 1)+ остеоартроза коленных суставов
- 2) микроскопического полиангиита
- 3) системной склеродермии
- 4) болезни Бехчета

138. К МЕДЛЕННО ДЕЙСТВУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ, МОДИФИЦИРУЮЩИМ СИМПТОМЫ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ глюкозамина сульфат
- 2) метотрексат
- 3) диклофенак
- 4) мелоксикам

139. ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ АНАЛОГОМ ПАРАТИРЕОИДНОГО ГОРМОНА

- 1)+ терипаратид
- 2) алендронат
- 3) деносумаб
- 4) золедроновая кислота

140. К ГРУППЕ БИСФОСФОНАТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ алендронат
- 2) терипаратид
- 3) деносумаб
- 4) остеогенон

141. В КАЧЕСТВЕ ИСКУССТВЕННОГО ЗАМЕНИТЕЛЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ препараты гиалуроновой кислоты
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) раствор димексида
- 4) раствор диклофенака-натрия (вольтарена)

142. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА ИБАНДРОНОВАЯ КИСЛОТА ВВОДИТСЯ ВНУТРИВЕННО С ЧАСТОТОЙ

- 1)+ один раз в три месяца
- 2) один раз в месяц
- 3) два раза в год
- 4) один раз в год

143. САМЫМ ЧАСТЫМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЕНИЕМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПЕРОРАЛЬНЫХ ФОРМ БИСФОСФОНАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эзофагит
- 2) лихорадка
- 3) диарея
- 4) сыпь

144. ДЕНОСУМАБ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С ПЕРИОДИЧНОСТЬЮ ОДИН РАЗ В

- 1)+ 6 месяцев
- 2) год
- 3) в месяц
- 4) 3 месяца

145. ЭСТРОГЕНЫ, ОСОБЕННО В КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД, ОКАЗЫВАЮТ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ ЗА СЧЕТ

- 1)+ увеличения костной массы
- 2) снижения активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови
- 3) повышения экскреции с мочой гидроксипролина
- 4) снижение выхода кальция из костной ткани

146. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ УСЛОВИЕ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПЕРОРАЛЬНЫХ БИСФОСФОНАТОВ

- 1)+ сохранять вертикальное положение тела в течение 30 минут после приема
- 2) не принимать пищу в течение 3 часов
- 3) не принимать другие лекарственные препараты в течение 6 часов
- 4) выпить через час после приема 1 литр воды

147. СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРОМ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ-2 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ целекоксиб
- 2) метотрексат
- 3) сульфасалазин
- 4) циклофосфамид

148. МЕНОПАУЗАЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМЕНДОВАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

- 1)+ до 60
- 2) до 45
- 3) старше 60
- 4) старше 70

149. АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ БЕЗ ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ ЖЕНЩИНЕ (ЛЕТ)

- 1)+ 60, которая 3 года назад перенесла перелом шейки бедра при падении с высоты собственного роста
- 2) 45, страдающей ревматоидным артритом и принимающей преднизолон в течение 2 лет
- 3) 60, мать которой сломала шейку бедра в возрасте 70 лет
- 4) 40, которая курит в течение 15 лет и имеет ИМТ 18,5 кг/м²

150. ЭСТРОГЕНЫ РЕГУЛИРУЮТ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ

- 1)+ взаимодействуя с остеобластами
- 2) активизируя функцию остеокластов
- 3) взаимодействуя с остеоцитами
- 4) взаимодействуя с кортикальной костной тканью

151. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЕЖЕДНЕВНАЯ ДОЗА КАЛЬЦИЯ ДЛЯ ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ, НЕ ПОЛУЧАЮЩИХ ГОРМОНО-ЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ, СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 1200
- 2) 2500
- 3) 750
- 4) 250

152. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ БИСФОСФОНАТОВ СВЯЗАН С

- 1)+ угнетением остеокластов
- 2) повышением всасываемости кальция из кишечника
- 3) стимуляцией остеобластов
- 4) активацией синтеза кальцитриола в почках

Тема 5. Диагностика и лечение ревматоидного артрита.

1. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ

- 1)+ ревматоидного фактора или АЦЦП
- 2) С-реактивного белка
- 3) скорости оседания эритроцитов
- 4) количества лейкоцитов в синовиальной жидкости

2. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИНДЕКС

- 1)+ DAS 28
- 2) BASDAI
- 3) SLEDAI
- 4) BASMI

3. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПОДКОЖНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ УЗЕЛКОВ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ локализацию в области сухожилий кисти
- 2) плотную консистенцию
- 3) безболезненность и смещаемость при пальпации
- 4) обратное развитие в течение от двух недель до одного месяца

4. ПРИ ИНДЕКСЕ DAS28, РАВНЫМ 4,6, ВЫСТАВЛЯЕТСЯ _____ АКТИВНОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- 1)+ средняя
- 2) высокая
- 3) низкая
- 4) очень высокая

5. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ С СИММЕТРИЧНЫМ АРТРИТОМ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВЕРСИЕЙ БУДЕТ

- 1)+ ревматоидный артрит
- 2) реактивный артрит
- 3) дерматополимиозит
- 4) аортоартериит Такаясу

6. ИНДЕКС DAS28 ЯВЛЯЕТСЯ ИНСТРУМЕНТОМ ОЦЕНКИ

- 1)+ активности ревматоидного артрита
- 2) тяжести ревматоидного артрита
- 3) функциональной недостаточности суставов
- 4) характера прогрессирования ревматоидного артрита

7. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, НЕХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ субхондральный склероз
- 2) анкилоз в суставах запястья
- 3) костная эрозия
- 4) сужение суставных щелей

8. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЕТСЯ

- 1)+ симметричный полиартрит
- 2) олигоартрит
- 3) асимметричный полиартрит
- 4) моноартрит

9. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАННЕЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ проксимальные межфаланговые кистей
- 2) крестцово-подвздошные
- 3) шейного отдела позвоночника
- 4) коленные

10. РАННИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение уровня антител к циклическому цитруллинированному пептиду
- 2) узурация суставных поверхностей
- 3) появление ульнарной девиации суставов кисти
- 4) повышение уровня мочевой кислоты

11. ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническое воспаление
- 2) аутоиммунный процесс
- 3) дефицит фолиевой кислоты
- 4) дефицит железа в организме

12. В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ кистевые
- 2) плечевые
- 3) коленные
- 4) локтевые

13. УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ БОЛЕЕ 1 ЧАСА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ ревматоидного артрита
- 2) остеоартроза
- 3) подагры
- 4) системной красной волчанки

14. РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ

- 1)+ в локтевом суставе
- 2) в области затылка
- 3) на стопе
- 4) на пальцах кисти

15. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ» НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ КОМБИНАЦИЕЙ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симметричное поражение мелких суставов кистей, утренняя скованность, формирование анкилозов
- 2) летучие артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно мелких суставов
- 3) острый моноартрит сустава большого пальца стопы с его гиперемией, отёком
- 4) поражение крупных суставов в сочетании с лихорадкой, быстрым эффектом от приёма нестероидных препаратов, полным восстановлением функции сустава и отсутствием деформаций

16. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, КАК ПРАВИЛО, КОНСТАТИРУЮТ

- 1)+ околосуставной остеопороз
- 2) двусторонний сакроилеит
- 3) алопецию
- 4) скопление кристаллов уратов в околосуставных тканях

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

- 1)+ краевые костные эрозии
- 2) подхрящевой остеосклероз
- 3) краевые остеофиты
- 4) симптом «пробойника»

18. ДЛЯ ДЕБЮТА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ проксимальных межфаланговых суставов кистей и пястно-фаланговых суставов
- 2) межпозвоночных суставов
- 3) дистальных межфаланговых суставов кистей
- 4) крестцово-подвздошных суставов

19. ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симметричный артрит проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кисти
- 2) ассиметричный артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
- 3) двусторонний сакроилиит (IV стадия)
- 4) ахиллодиния

20. ДЕФОРМАЦИЯ ТИПА «ПЛАВНИК МОРЖА» ПРОИСХОДИТ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ

- 1)+ локтевой девиации кисти с отклонением пальцев в сторону локтевой кости
- 2) сгибательных контрактур в проксимальных и дистальных межфаланговых суставах
- 3) сгибательной контрактуры в пястно-фаланговых суставах в сочетании с переразгибанием проксимальных и сгибанием дистальных межфаланговых суставов
- 4) выраженного сгибания в пястно-фаланговых суставах и переразгибания дистальных межфаланговых суставов

21. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАСПОЗНАЮТ НЕУСТАНОВЛЕННЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН КЛЕТКИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

- 1)+ моноциты/макрофаги
- 2) в-лимфоциты
- 3) т-киллеры
- 4) т-хелперы

22. КРИТЕРИЕМ РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧЕНИЕ DAS28

- 1)+ менее 2,6
- 2) менее 3,2
- 3) более 3,2
- 4) более 5,1

23. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ _____ ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

- 1)+ шейного
- 2) поясничного
- 3) грудного
- 4) крестцового

24. ПАННУС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ агрессивной грануляционной тканью
- 2) утренней скованностью больше 1 часа
- 3) резистентностью к базисным противовоспалительным препаратам
- 4) определенным видом деформации

25. К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ утреннюю скованность более часа
- 2) асимметричность поражения суставов
- 3) поражение дистальных межфаланговых суставов
- 4) выраженную гиперемию в области суставов

26. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ шейного отдела позвоночника
- 2) грудного отдела позвоночника
- 3) поясничного отдела позвоночника
- 4) крестцово-подвздошных сочленений

27. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ антител к циклическому цитруллинированному пептиду
- 2) антигена HLA-B27
- 3) антинейтрофильных цитоплазматических антител
- 4) антител к двуспиральной ДНК

28. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ проксимальные межфаланговые
- 2) коленные
- 3) первые пястно-фаланговые стоп и кистей
- 4) поясничного и шейного отделов позвоночника

29. РЕВМАТОИДНЫЕ УЗЕЛКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1)+ в области локтевого сустава
- 2) на тыльной поверхности суставов кисти
- 3) в области затылка
- 4) на ушной раковине

30. К НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ пальцы в виде «шеи лебедя»
- 2) узелки Бушара и Гебердена
- 3) крепитацию в суставах
- 4) покраснение в области суставов

31. ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хроническое воспаление
- 2) кровопотеря
- 3) гиперспленизм
- 4) дефицит витамина B12

32. ВЫСОКОЙ СПЕЦИФИЧНОСТЬЮ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОБЛАДАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ антител к циклическому цитруллинированному пептиду
- 2) волчаночных клеток
- 3) волчаночного антикоагулянта
- 4) антинуклеарных антител

33. ПЕРВАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1)+ околоуставного остеопороза
- 2) сужения суставных щелей с единичными эрозиями
- 3) подвывихов суставов
- 4) анкилозов в суставах

34. ОБНАРУЖЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЗНАКА _____ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОТЛИЧАЕТ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ОТ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

- 1)+ ревматоидных узелков
- 2) пролиферации синовиоцитов
- 3) лимфоцитарной, плазмноклеточной, макрофагальной инфильтрации
- 4) отложения фибрина

35. ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ТРЕТЬЕЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПО ШТЕЙНБРОКЕРУ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ множественных эрозий
- 2) околоуставного остеопороза
- 3) единичных эрозий
- 4) сужения суставной щели

36. ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ эписклеритом
- 2) отслойкой сетчатки
- 3) атрофией диска зрительного нерва
- 4) наличием симптома «медной проволоки» при осмотре с щелевой лампой

37. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМ

- 1)+ утренней скованности
- 2) болезненности при пальпации ахиллова сухожилия
- 3) латеральной девиации суставов кистей
- 4) подкожных узелков

38. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ эрозий суставных поверхностей костей
- 2) анкилозирования дугоотросчатых суставов позвоночника
- 3) узелков Гебердена
- 4) тофусов с кристаллами мочевой кислоты

39. ВИДОМ КЛАПАННОГО ПОРАЖЕНИЯ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ недостаточность митрального клапана
- 2) митральный стеноз
- 3) недостаточность аортального клапана
- 4) аортальный стеноз

40. ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ _____ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

- 1)+ почек
- 2) кишечника
- 3) печени
- 4) сердца

41. ГЛАВНЫМ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРВОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПО ШТЕЙНБРОКЕРУ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ околоуставного остеопороза
- 2) сужения суставной щели
- 3) единичных эрозий
- 4) множественных эрозий

42. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ антицитрулиновых антител
- 2) антител к ДНК
- 3) моноклонального белка
- 4) высокого уровня мочевой кислоты в сыворотке крови

43. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ проксимальные межфаланговые
- 2) первый и второй запястно-пястные
- 3) плечевые
- 4) голеностопные

44. ДЛЯ СИНДРОМА ФЕЛТИ ХАРАКТЕРЕН

- 1)+ кожный васкулит
- 2) склерит
- 3) полисерозит
- 4) лейкоцитоз

45. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ узлы Гебердена
- 2) бурситы
- 3) анкилозы
- 4) контрактуры

46. В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ антител к цитруллинированным белкам
- 2) повышенного уровня с-реактивного белка
- 3) ускоренной скорости оседания эритроцитов
- 4) железодефицитной анемии

47. К ПРОЦЕССАМ, НЕ ИМЕЮЩИМ РЕШАЮЩЕГО ЗНАЧЕНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ИММУННЫХ (АУТОИММУННЫХ) НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ, ОТНОСЯТ

- 1)+ феномен, связанный с патологией ядер
- 2) поглощение макрофагом антигена
- 3) соединение обработанного макрофагом антигена с HLA-DR4
- 4) соединение антигена в комплексе с HLA-DR4 с Т-хелперами и Т-супрессорами

48. У БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ, С ДЛИТЕЛЬНЫМ АНАМНЕЗОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ОБНАРУЖЕНИЕМ ПРОТЕИНУРИИ ДО 3,5 Г/Л МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ

- 1)+ амилоидоза почек
- 2) хронического пиелонефрита
- 3) хронического гломерулонефрита
- 4) миеломной болезни

49. НАРЯДУ С АРТРИТОМ УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЁНКИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+** синдрома Фелти
- 2) болезни Бехтерева
- 3) псориатического артрита
- 4) синдрома Шегрена

50. ПЕРВЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В

- 1)+** запястьях
- 2) крестцово-подвздошных сочленениях
- 3) коленных суставах
- 4) шейном отделе позвоночника

51. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ

- 1)+** почек
- 2) кишечника
- 3) надпочечников
- 4) сердца

52. ПОД ТЕРМИНОМ ПАННУС ПОНИМАЮТ

- 1)+** агрессивную грануляционную ткань
- 2) утреннюю скованность больше 1 часа
- 3) тофусы
- 4) подкожные ревматические узелки

53. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПРЕВЫШЕНИЮ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ НОРМЫ РФ ИЛИ АЦЦП МЕНЕЕ, ЧЕМ В 3 РАЗА, РАВНО

- | | |
|------------|---|
| 1)+ | 2 |
| 2) | 3 |
| 3) | 1 |
| 4) | 0 |

54. В РАЗВИТИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ ПАТОГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** аутоиммунное нарушение
- 2) нейроэндокринный сдвиг
- 3) энзимопатия
- 4) инфицирование хламидиями

55. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НАЛИЧИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ 1-3 МЕЛКИХ СУСТАВОВ, РАВНО

- | | |
|------------|---|
| 1)+ | 2 |
| 2) | 3 |
| 3) | 5 |
| 4) | 1 |

56. У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ ВАСКУЛИТОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- 1)+** ревматоидные узелки
- 2) тофусы
- 3) кольцевидную эритему
- 4) одностороннее узелковое образования в коже и подкожной клетчатке

57. ДЛЯ РЕВМАТОИДНЫХ УЗЕЛКОВ ХАРАКТЕРНО ТО, ЧТО ОНИ

- 1)+** могут быть причиной дисфонии
- 2) наиболее часто локализуются на веках
- 3) не исчезают при назначении базисных противоревматических препаратов
- 4) обнаруживаются у 5% больных ревматоидным артритом

58. РАННЮЮ СТАДИЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- 1)+** остеопороз в эпифизах костей
- 2) сужение суставной щели
- 3) наличие кист в эпифизах
- 4) наличие узур поверхности хрящей

59. ПРИЧИНАМИ АНЕМИИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СЧИТАЮТ

- 1)+** хроническое воспаление
- 2) гиперспленизм
- 3) дефицит белковой пищи
- 4) гиподинамию

60. СИНДРОМ ФЕЛТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+** артритом, спленомегалией и нейтропенией
- 2) артритом, гепатомегалией и лейкоцитозом
- 3) артритом и нейтропенией
- 4) нефритом, артритом и спленомегалией

61. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НОРМАЛЬНЫМ ТЕСТАМ НА РФ И АЦЦП, РАВНО

- 1)+** 0
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

62. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА DAS28 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+** количество болезненных суставов
- 2) длительность симптомов
- 3) наличие ревматоидных узлов
- 4) уровень ревматоидного фактора

63. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НАЛИЧИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ 2-10 КРУПНЫХ СУСТАВОВ, РАВНО

- 1)+** 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

64. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАЛИЧИЯ СИНОВИТА МЕНЕЕ 6 НЕДЕЛЬ, РАВНО

- 1)+** 0
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 3

65. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА ОТНОСИТСЯ

- 1)+** наличие позитивных РФ или АЦЦП
- 2) утренняя скованность в суставах более 1 часа
- 3) симметричное поражение суставов
- 4) наличие ревматоидных узлов

66. ДЛЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ТИПИЧНО НАЛИЧИЕ

- 1)+** отсутствия кристаллов
- 2) высокой вязкости
- 3) эритроцитов
- 4) незначительного цитоза

67. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРИЧИНОЙ РАЗРУШЕНИЯ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ МОГУТ БЫТЬ

- 1)+** гипертрофированные ворсины синовии
- 2) ревматоидные узелки
- 3) токсины
- 4) первичные воспаления в тканях хряща

68. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕМЫМ СУСТАВАМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+** проксимальные межфаланговые
- 2) дистальные межфаланговые
- 3) первый пястно-запястный
- 4) коленные

69. АНТИТЕЛА К ЦИКЛИЧЕСКОМУ ЦИТРУЛЛИНИРОВАННОМУ ПЕПТИДУ ИГРАЮТ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ

- 1)+** ревматоидного артрита
- 2) системной склеродермии
- 3) псориатического артрита
- 4) системной красной волчанки

70. НИЗКОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС DAS28

- 1)+** 2,6-3,2
- 2) менее 2,6
- 3) 3,2-5,1
- 4) более 5,1

71. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПРЕВЫШЕНИЮ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ НОРМЫ РФ ИЛИ АЦЦП БОЛЕЕ, ЧЕМ В 3 РАЗА, РАВНО

- | | |
|------------|---|
| 1)+ | 3 |
| 2) | 2 |
| 3) | 1 |
| 4) | 0 |

72. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЯМ СОЭ И СРБ, РАВНО

- | | |
|------------|---|
| 1)+ | 0 |
| 2) | 1 |
| 3) | 2 |
| 4) | 3 |

73. ДЛИТЕЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

- 1)+ амилоидоза
- 2) нарушения углеводного обмена
- 3) микоза
- 4) порфирии

74. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НАЛИЧИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ 1 КРУПНОГО СУСТАВА, РАВНО

- | | |
|-----|---|
| 1)+ | 0 |
| 2) | 1 |
| 3) | 2 |
| 4) | 3 |

75. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1)+ ульнарную девиацию пальцев кисти
- 2) позу просителя
- 3) узелки Гебердена
- 4) тофусы

76. РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ЯВЛЯЕТСЯ АНТИТЕЛОМ К

- 1)+ Fc-фрагменту молекулы IgG
- 2) нативной ДНК
- 3) C3 компоненту комплемента
- 4) бактериальному антигену

77. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАЛИЧИЯ СИНОВИТА БОЛЕЕ 6 НЕДЕЛЬ, РАВНО

- | | |
|-----|---|
| 1)+ | 1 |
| 2) | 0 |
| 3) | 2 |
| 4) | 3 |

78. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПО DISEASE ACTIVITY SCORE 28 (DAS28) НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ

- 1)+ ревматоидный фактор
- 2) число припухших суставов
- 3) оценка состояния здоровья пациентом по ВАШ
- 4) СОЭ (по Вестергрену)

79. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- 1)+ ревматоидный фактор обнаруживается в сыворотках большинства больных этим заболеванием
- 2) у 25% больных в сыворотках присутствует антинуклеарный фактор
- 3) поражение щитовидной железы не характерно
- 4) увеличена частота носительства HLA-B27 АГ

80. БИОПСИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ СУСТАВА УТОЧНЯЕТ ДИАГНОЗ

- 1)+ ревматоидного артрита
- 2) туберкулёза
- 3) подагры
- 4) анкилозирующего спондилита

81. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ ревматоидных узелков
- 2) пальпируемой пурпуры
- 3) кольцевидной эритемы
- 4) сетчатого ливедо

82. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ развитие вторичного остеопороза
- 2) повышение артериального давления
- 3) поражение системы органов дыхания
- 4) появление симптомов сердечной недостаточности

83. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ положительной реакции Ваалера - Роуза
- 2) высокого титра антистрептолизина О
- 3) моноклонального белка
- 4) высокого уровня мочевой кислоты в сыворотке

84. РАЗВИТИЕ ТЯЖЕЛОГО ВАРИАНТА ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА АССОЦИИРУЕТСЯ С НОСИТЕЛЬСТВОМ АНТИГЕНА ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ

- 1)+ HLA-DR4
- 2) HLA-B27
- 3) HLA-B8
- 4) HLA-B35

85. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ПОВЫШЕНИЮ СОЭ ИЛИ УРОВНЯ СРБ, РАВНО

- 1)+ 1
- 2) 0
- 3) 2
- 4) 3

86. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ эписклерит
- 2) холязион
- 3) отслойка сетчатки
- 4) развитие острого воспаления волосяного мешочка ресницы

87. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ОТНОСИТСЯ К ЗАБОЛЕВАНИЯМ

- 1)+ воспалительным
- 2) дегенеративным
- 3) метаболическим
- 4) ассоциированным с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника

88. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

- 1)+ DAS28
- 2) SLEDAI
- 3) BASDAI
- 4) ASDAS

89. ОСНОВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИМ ДИАГНОЗ «РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ», ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТЕЛ

- 1)+ к циклическому цитруллинированному пептиду
- 2) к двуспиральной ДНК
- 3) антигена HLA B27
- 4) к хламидиям

90. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ симметричный артрит
- 2) эритему в форме бабочки
- 3) слабость проксимальных мышц
- 4) телеангиоэктазию

91. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НАЛИЧИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ БОЛЕЕ 10 МЕЛКИХ СУСТАВОВ, РАВНО

- | | |
|-----|---|
| 1)+ | 5 |
| 2) | 1 |
| 3) | 2 |
| 4) | 3 |

92. ОЧЕНЬ РАННЕЙ СТАДИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СИМПТОМОВ МЕНЕЕ

- 1)+ 6 месяцев
- 2) 1 года
- 3) 2 лет
- 4) 5 лет

93. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ

- 1)+ почек
- 2) печени
- 3) кишечника
- 4) сердца

94. МИНИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ СООТВЕТСТВИЯ КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, РАВНО

- | | |
|-----|---|
| 1)+ | 6 |
| 2) | 4 |
| 3) | 9 |
| 4) | 7 |

95. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ околосуставной остеопороз
- 2) периостит концевых фаланг
- 3) остеолиты костей
- 4) краевые остеофиты

96. ЕСЛИ У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ СУСТАВОВ БОЛЕЕ 1 ЧАСА, ПРИПУХЛОСТЬ, БОЛИ В ПОКОЕ В СИММЕТРИЧНЫХ МЕЛКИХ СУСТАВАХ ОБЕИХ КИСТЕЙ И СТОП, НА РЕНТГЕНОГРАММЕ – ЭРОЗИИ В СУСТАВАХ КИСТЕЙ РУК И СТОП, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ревматоидный артрит
- 2) реактивный артрит
- 3) остеоартроз
- 4) системная красная волчанка

97. КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ACR/EULAR 2010 ГОДА, СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ НАЛИЧИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ 4-10 МЕЛКИХ СУСТАВОВ, РАВНО

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 5
- 4) 1

98. СИНДРОМ ФЕЛТИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ стойкую гранулоцитопению, гепатоспленомегалию, артриты, васкулит, гиперпигментацию кожи нижних конечностей
- 2) лихорадку, артриты, характерную сыпь, лимфаденопатию, спленомегалию
- 3) нейросенсорную тугоухость, ишемическую ретинопатию, подострую энцефалопатию
- 4) ксеростомию, ксерофтальмию

99. УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ВЫЯВЛЯЮТ У ____% ПАЦИЕНТОВ

- 1)+ 30-40
- 2) 5-10
- 3) 80-95
- 4) 65-75

100. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОСНОВНЫМ ТИПОМ АМИЛОИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ АА-амилоидоз
- 2) АІАРР-амилоидоз
- 3) AL-амилоидоз
- 4) АН-амилоидоз

101. К ОСЛОЖНЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ амилоидоз
- 2) ревматоидные узелки
- 3) язвенную болезнь желудка
- 4) надпочечниковую недостаточность

102. ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС SDAI

- 1)+ более 26
- 2) 11,1-26
- 3) 3,3-11
- 4) менее 3,3

103. ПОЗДНЕЙ СТАДИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СИМПТОМОВ

- 1)+ более 2 лет при наличии выраженной деструкции суставов, наличии осложнений
- 2) от 1 года до 2 лет при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита
- 3) от 6 месяцев до 2 лет при наличии деструкции суставов
- 4) от 6 месяцев до 1 года при наличии деструкции суставов

104. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ проксимальных межфаланговых суставов кистей
- 2) первых запястно-пястных суставов
- 3) первых пястно-фаланговых суставов стоп
- 4) поясничного отдела позвоночника

105. ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС DAS28

- 1)+ более 5,1
- 2) 3,2-5,1
- 3) 2,6-3,2
- 4) менее 2,6

106. ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКАЯ СИНОВИАЛЬНАЯ ОБОЛОЧКА С УВЕЛИЧЕННЫМ КОЛИЧЕСТВОМ МАКРОФАГО- И ФИБРОБЛАСТОПОДОБНЫХ СИНОВИОЦИТОВ С ЭКСПАНСИЕЙ В ХРЯЩ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ паннусом
- 2) гистоцитомой
- 3) десмоидом
- 4) хондромой

107. НОСИТЕЛЬСТВО ____ МОЖЕТ АССОЦИИРОВАТЬСЯ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- 1)+ HLA-DR4
- 2) HLA-B27
- 3) HLA-B7
- 4) HLA-DQ2

108. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ МАРКЕРОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеличение уровня АЦЦП
- 2) увеличение уровня РФ
- 3) увеличение уровня АНФ
- 4) снижение уровня компонентов комплемента С3, С4

109. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА DAS28 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ общая оценка больным состояния здоровья в миллиметрах по 100-миллиметровой ВАШ
- 2) количество эрозий на рентгенограммах кистей и стоп
- 3) количество ревматоидных узлов
- 4) уровень АЦЦП

110. К ОСЛОЖНЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ синдром карпального канала
- 2) сахарный диабет
- 3) ишемическую болезнь сердца
- 4) пиелонефрит

111. К ВНЕСУСТАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ эписклерит
- 2) подвывих хрусталика
- 3) отслойка сетчатки
- 4) миопия

112. НИЗКОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС SDAI

- 1)+ 3,3-11
- 2) менее 3,3
- 3) 11,1-26
- 4) более 26

113. ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличием висцеральных поражений
- 2) выбором в качестве базисной терапии метотрексата
- 3) наличием дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника
- 4) использованием диклофенака по потребности

114. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ антител к циклическому цитруллинированному пептиду
- 2) HLA-B27 антигена
- 3) антинейтрофильных цитоплазматических антител
- 4) антител к двуспиральной ДНК

115. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ СЧИТАЕТСЯ СЕРОНЕГАТИВНЫМ ПРИ

- 1)+ нормальном уровне ревматоидного фактора
- 2) увеличении уровня ревматоидного фактора
- 3) увеличении уровня антинуклеарного фактора
- 4) нормальном уровне антинуклеарного фактора

116. К ВНЕСУСТАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ склерит
- 2) гиперметропия
- 3) вывих хрусталика
- 4) отслойка сетчатки

117. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анкилозы межзапястных суставов
- 2) анкилоз 1 запястно-пястного сустава
- 3) артрит 1 плюснефалангового сустава
- 4) двусторонний сакроилиит

118. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ СЧИТАЕТСЯ СЕРОПОЗИТИВНЫМ ПРИ

- 1)+ увеличении уровня ревматоидного фактора
- 2) нормальном уровне ревматоидного фактора
- 3) увеличении уровня антинуклеарного фактора
- 4) нормальном уровне антинуклеарного фактора

119. ИНДЕКС DAS28 ВКЛЮЧАЕТ ОЦЕНКУ___ СУСТАВОВ

- 1)+ 28
- 2) 53
- 3) 44
- 4) 78

120. ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС CDAI

- 1)+ более 22
- 2) 10-22
- 3) 2,8-10
- 4) не более 2,8

121. ОТКЛОНЕНИЕ ПАЛЬЦЕВ В ЛОКТЕВУЮ СТОРОНУ В ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ульнарной девиацией
- 2) «шеей лебедя»
- 3) «пуговичной петель»
- 4) «карандашом в стакане»

122. ДЕФОРМАЦИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ И ПЯСТНОФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ И РАЗГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ «шеей лебедя»
- 2) «пуговичной петель»
- 3) ульнарной девиацией
- 4) «карандашом в стакане»

123. КЛАССИФИКАЦИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА УЧИТЫВАЕТ

- 1)+ количество пораженных суставов и наличие системных проявлений
- 2) степень деструкции суставов по рентгенологическим признакам
- 3) лабораторную активность заболевания
- 4) серонегативность или серопозитивность по ревматоидному фактору

124. РАННЕЙ СТАДИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СИМПТОМОВ

- 1)+ от 6 месяцев до 1 года
- 2) менее 6 месяцев
- 3) от 1 года до 2 лет
- 4) от 6 месяцев до 2 лет

125. ЧАСТЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дистальная сенсомоторная полинейропатия
- 2) множественный мононеврит
- 3) нарушение мозгового кровообращения
- 4) церебральный васкулит

126. СПЛЕНОМЕГАЛИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ синдрома Фелти
- 2) вторичного синдрома Шегрена
- 3) высокой активности заболевания
- 4) кожном васкулите

127. К ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ интерстициальную пневмонию
- 2) эозинофильную пневмонию
- 3) ацинарную дисплазию
- 4) легочный интерстициальный гликогеноз

128. РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС SDAI

- 1)+ менее 3,3
- 2) 3,3-11
- 3) 11,1-26
- 4) более 26

129. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ проксимальные межфаланговые
- 2) дистальные межфаланговые
- 3) крестцово-подвздошные
- 4) грудного отдела позвоночника

130. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ пястно-фаланговые
- 2) первые плюсне-фаланговые
- 3) поясничного отдела позвоночника
- 4) тазобедренные

131. К ВНЕСУСТАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ эписклерит
- 2) пиелонефрит
- 3) надпочечниковую недостаточность
- 4) рефлюкс-эзофагит

132. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СЧИТАЮТ

- 1)+ вторичный амилоидоз
- 2) пиелонефрит
- 3) гломерулонефрит
- 4) пиелозктазию

133. БОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНОВИТА В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) компьютерная томография
- 3) денситометрия
- 4) рентгенография

134. НИЗКОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС CDAI

- 1)+ 2,8-10
- 2) не более 2,8
- 3) 10- 22
- 4) более 22

135. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ утренняя скованность более 1 часа
- 2) ревматоидные узлы
- 3) ульнарная девиация кистей
- 4) болезненность при пальпации дистальных межфаланговых суставов

136. К ПОРАЖЕНИЮ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ интерстициальное заболевание легких
- 2) эмфизему
- 3) бронхит
- 4) абсцесс легкого

137. УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС DAS28

- 1)+ 3,2-5,1
- 2) 2,6-3,2
- 3) менее 2,6
- 4) более 5,1

138. ДЕФОРМАЦИЯ, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ПРОКСИМАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ И РАЗГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «пуговичной петлей»
- 2) «шеей лебедя»
- 3) ульнарной девиацией
- 4) «карандашом в стакане»

139. К ВНЕСУСТАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ язвенно-некротический васкулит
- 2) сахарный диабет
- 3) фибрилляцию предсердий
- 4) пансинусит

140. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ АМИЛОИДОЗ

- 1)+ почек
- 2) печени
- 3) кишечника
- 4) сердца

141. УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС CDAI

- 1)+ 10-22
- 2) 2,8-10
- 3) не более 2,8
- 4) более 22

142. УМЕРЕННОЙ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС SDAI

- 1)+ 11,1-26
- 2) 3,3-11
- 3) менее 3,3
- 4) более 26

143. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ инвазия паннуса в подлежащую кость
- 2) скопление кристаллов уратов в околосуставных тканях
- 3) уменьшение мукополисахаридов основного вещества и дегенерация хряща
- 4) отсутствие гистологических изменений хряща при выраженном отеке периартикулярных тканей

144. РЕМИССИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СООТВЕТСТВУЕТ ИНДЕКС CDAI

- 1)+ не более 2,8
- 2) 2,8-10
- 3) 10-22
- 4) более 22

145. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симметричное поражение мелких суставов кистей
- 2) моноартрит крупного сустава
- 3) отсутствие утренней скованности
- 4) увеличение общей двигательной активности

146. РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ СИМПТОМОВ

- 1)+ более 1 года при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита
- 2) от 6 месяцев до 1 года при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита
- 3) менее 6 месяцев при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита
- 4) от 6 месяцев до 2 лет при наличии типичной симптоматики ревматоидного артрита

147. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амилоидоз почек
- 2) дыхательная недостаточность
- 3) легочная гипертензия
- 4) надпочечниковая недостаточность

148. В ИНДЕКС АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВХОДИТ

- 1)+ уровень СОЭ
- 2) данные рентгенографии суставов
- 3) уровень ревматоидного фактора
- 4) число внесуставных проявлений

149. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ дистальных межфаланговых суставов кистей
- 2) проксимальных межфаланговых суставов кистей
- 3) лучезапястных суставов
- 4) плюснефаланговых суставов

150. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СИНОВИТА БОЛЕЕ 6 НЕДЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR/EULAR 2010
- 2) SIRS
- 3) TRUELOVE
- 4) ACR 1987

151. НАЛИЧИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ (КОСТНЫХ ЭРОЗИЙ, ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ОКОЛОСУСТАВНОГО ОСТЕОПОРОЗА) ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR 1987
- 2) SLICC
- 3) SIRS
- 4) TRUELOVE

152. ТРЕТЬЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ПО ШТЕЙНБРОКЕРУ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- выраженным околоуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани, сужением
- 1)+ суставных щелей, множественными эрозиями суставных поверхностей (5 и более), множественными выраженными деформациями костей, подвывихами и вывихами суставов
- выраженным околоуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани,
- 2) множественными выраженными сужениями суставных щелей, множественными эрозиями костей и суставных поверхностей, единичными костными анкилозами
 - 3) небольшим околоуставным остеопорозом, единичными кистовидными просветлениями костной ткани, незначительным сужением суставных щелей в отдельных суставах
- умеренным околоуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани,
- 4) немногочисленными или разной степени выраженности сужениями суставных щелей, единичными эрозиями (1–4) суставных поверхностей

153. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ утренней скованности более часа
- 2) асимметричности поражения суставов
- 3) поражения дистальных межфаланговых суставов
- 4) поражение первых запястно-пястных суставов

154. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ИМЕЕТ МЕСТО

- 1)+ олиго- и полиартрит
- 2) дактилит
- 3) артралгии
- 4) моноартрит

155. НАЛИЧИЕ СИММЕТРИЧНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR 1987
- 2) SLICC
- 3) ACR/EULAR 2010
- 4) TRUELOVE

156. ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЭРОЗИВНОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ АССОЦИИРУЕТСЯ С НОСИТЕЛЬСТВОМ АНТИГЕНА

- 1)+ HLA-DR4
- 2) HLA-B27
- 3) HLA-A11
- 4) HLA-B35

157. ОТДЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА, КОТОРЫЙ В ОСНОВНОМ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА

- 1)+ шейный
- 2) грудной
- 3) поясничный
- 4) крестцовый

158. УВЕЛИЧЕНИЕ ОСТРОФАЗОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR/EULAR 2010
- 2) SIRS
- 3) SLICC
- 4) ACR 1987

159. НАЛИЧИЕ АРТРИТА 3 СУСТАВОВ И БОЛЕЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR 1987
- 2) SLICC
- 3) SIRS
- 4) CASPAR

160. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ проксимальные межфаланговые суставы
- 2) дистальные межфаланговые суставы
- 3) первые плюснефаланговые суставы
- 4) первые запястно-пястные суставы

161. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ симметричный артрит суставов кисти (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, лучезапястных)
- 2) ахиллоденит
- 3) кератодермия
- 4) талалгия

162. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ индекс DAS 28
- 2) индекс ASDAS
- 3) показатели оценки объема движений в суставах
- 4) уровни СОЭ, СРБ

163. ДЛЯ ВЫЧИСЛЕНИЯ ИНДЕКСА DAS28 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка состояния здоровья больным в мм по ВАШ, СОЭ
- 2) число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СОЭ
- 3) число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, ревматоидный фактор
- 4) число болезненных суставов, число воспаленных суставов, СОЭ, СРБ

164. ПЕРВАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ПО ШТЕЙНБРОКЕРУ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ небольшим околосуставным остеопорозом, единичными кистовидными просветлениями костной ткани, незначительным сужением суставных щелей в отдельных суставах
- 2) умеренным околосуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани, немногочисленными или разной степени выраженности сужениями суставных щелей, единичными эрозиями (1–4) суставных поверхностей
- 3) выраженным околосуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани, множественными выраженными сужениями суставных щелей, множественными эрозиями суставных поверхностей (5 и более), подвывихами и вывихами суставов
- 4) выраженным околосуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани, множественными выраженными сужениями суставных щелей, множественными эрозиями костей и суставных поверхностей, единичными (или множественными) костными анкилозами

165. СИМПТОМОМ, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ утренняя скованность
- 2) болезненность при пальпации ахиллова сухожилия
- 3) латеральная девиация суставов кистей
- 4) подкожные узелки

166. НАЛИЧИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR 1987
- 2) SLICC
- 3) SIRS
- 4) TRUELOVE

167. ЧЕТВЕРТАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1)+ выраженный околосуставный остеопороз, множественные кистовидные просветления костной ткани, множественные выраженные сужения суставных щелей, множественные эрозии костей и суставных поверхностей, костные анкилозы
- 2) небольшой околосуставный остеопороз, единичные кистовидные просветления костной ткани, незначительное сужение суставных щелей в отдельных суставах
- 3) умеренный околосуставный остеопороз, множественные кистовидные просветления костной ткани, немногочисленные или разной степени выраженности сужения суставных щелей, единичные эрозии (1–4) суставных поверхностей
- 4) выраженный околосуставный остеопороз, множественные кистовидные просветления костной ткани, множественные выраженные сужения суставных щелей, множественные эрозии суставных поверхностей (5 и более), подвывихи и вывихи суставов

168. НАЛИЧИЕ АРТРИТА СУСТАВОВ КИСТЕЙ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR 1987
- 2) SLICC
- 3) SIRS
- 4) TRUELOVE

169. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ

- 1)+ почек
- 2) кишечника
- 3) печени
- 4) сердца

170. НАЛИЧИЕ РЕВМАТОИДНЫХ УЗЛОВ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR 1987
- 2) ACR/EULAR 2010
- 3) ASAS
- 4) SIRS

171. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫЙ МАРКЕР ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ антитела к циклическому цитрулинированному пептиду
- 2) антинуклеарный фактор
- 3) ревматоидный фактор
- 4) с-реактивный белок

172. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАННЕЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ В _____ СУСТАВЕ

- 1)+ проксимальном межфаланговом и/или пястно-фаланговом
- 2) локтевом
- 3) плечевом
- 4) коленном

173. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ ПРИЗНАКУ, ХАРАКТЕРНОМУ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ костные эрозии
- 2) субхондральный склероз
- 3) краевые остеофиты
- 4) субкортикальные кисты без эрозий

174. НАЛИЧИЕ ПОЗИТИВНЫХ РФ ИЛИ АЦЦП ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR/EULAR 2010
- 2) ASAS
- 3) SLICC
- 4) SIRS

175. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СИНДРОМА ФЕЛТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ спленомегалия
- 2) склерит
- 3) синдром Рейно
- 4) полисерозит

176. ПАННУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ агрессивная грануляционная ткань
- 2) плотные безболезненные не спаянные с подлежащими тканями узелки в области сухожилий кисти
- 3) околоуставной остеопороз
- 4) вид деформации сустава

177. УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ В СУСТАВАХ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ACR 1987
- 2) SLICC
- 3) SIRS
- 4) CASPAR

178. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ВНЕСУСТАВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

- 1)+ ревматоидные узелки
- 2) гломерулонефрит
- 3) синдром Фелти
- 4) склерит и эписклерит

179. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ антител к циклическому цитруллинированному пептиду
- 2) HLA-B27
- 3) антинейтрофильных цитоплазматических антител
- 4) антител к двуспиральной ДНК

180. САКРОИЛИИТ РЕЖЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ ревматоидном артрите
- 2) болезни Бехтерева
- 3) реактивных артритов
- 4) псориатическом артрите

181. ВТОРАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ПО ШТЕЙНБРОКЕРУ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ умеренным (выраженным) околоуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани, сужением суставных щелей, единичными эрозиями суставных поверхностей (1-4), небольшими деформациями костей
- 2) выраженным околоуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани, множественными выраженными сужениями суставных щелей, множественными эрозиями суставных поверхностей (5 и более), подвывихами и вывихами суставов
- 3) выраженным околоуставным остеопорозом, множественными кистовидными просветлениями костной ткани, множественными выраженными сужениями суставных щелей, множественными эрозиями костей и суставных поверхностей, единичными (или множественными) костными анкилозами
- 4) небольшим околоуставным остеопорозом, единичными кистовидными просветлениями костной ткани, незначительным сужением суставных щелей в отдельных суставах

182. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вторичный амилоидоз почек
- 2) некротизирующий васкулит с вовлечением жизненно важных органов
- 3) поражение легких
- 4) подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга

183. ДЛЯ ПАЦИЕНТКИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬ И ПОЛУЧАЮЩЕЙ МЕТОТРЕКСАТ ХАРАКТЕРНА ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

- 1)+ заменить метотрексат на гидроксихлорохин или сульфасалазин
- 2) отменить базисную противовоспалительную терапию, так как во время беременности ожидается снижение активности заболевания
- 3) продолжить терапию метотрексатом в меньшей дозе
- 4) заменить метотрексат на лефлуномид

184. СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ АССОЦИАЦИИ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ (2014), ТЕРАПИЮ БАЗИСНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ как можно раньше, даже при подозрении на возможность развития ревматоидного артрита
- 2) при неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидов
- 3) только при постановке достоверного диагноза ревматоидный артрит, согласно критериям ACR (1987 г.)
- 4) только при отсутствии коморбидных заболеваний

185. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ИМЕЕТ ВРЕМЕННЫЙ ЭФФЕКТ В СЛУЧАЕ

- 1)+ подколенной кисты Бейкера
- 2) вальгусного отклонения
- 3) варусного отклонения
- 4) сгибательной контрактуры

186. ПАЦИЕНТУ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ УМЕРЕННОМ РИСКЕ КАРДИО-ВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В КАЧЕСТВЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ напроксен
- 2) диклофенак
- 3) нимесулид
- 4) эторикоксиб

187. ЦИКЛОСПОРИН А ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ _____ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

- 1)+ синдроме активации макрофагов
- 2) олигоартикулярном подтипе
- 3) полиартикулярном подтипе
- 4) артрите, сочетающемся с энтезитом

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

- 1)+ глюкокортикоидов в высоких дозах
- 2) НПВП
- 3) метотрексата
- 4) азатиоприна

189. СТАНДАРТНАЯ ДОЗА ИНФЛИКСИМАБА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 3 мг на 1 кг массы тела один раз в 8 недель
- 2) 3 мг на 1 кг массы тела один раз в 12 недель
- 3) 5 мг на 1 кг массы тела один раз в 8 недель
- 4) 7 мг на 1 кг массы тела один раз в 8 недель

190. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ПРИЕМА ЛЕФЛУОНОМИДА ПРИ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 20 мг 1 раз в день
- 2) 20 мг 1 раз в неделю
- 3) 20 мг 2 раза в день
- 4) 20 мг 3 раза в день

191. БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) лефлунамид
- 3) инфликсимаб
- 4) азатиоприн

192. ПАЦИЕНТАМ С АГРАНУЛОЦИТОЗОМ ПРИ СИНДРОМЕ ФЕЛТИ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧАТЬ

- 1)+ в виде пульс-терапии
- 2) системно в малых дозах
- 3) системно в средних дозах
- 4) системно в больших дозах

193. СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТОМ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ВКЛЮЧАЕТ ДОЗЫ (В МГ)

- 1)+ 15-25 - 1 раз в неделю
- 2) 2,5 - 3 раза в сутки в течение 3 месяцев
- 3) 2,5 - через день
- 4) 25 - 3 дня подряд

194. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПАЦИЕНТКЕ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ВОЗМОЖНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ преднизолона в низких дозах
- 2) метотрексата
- 3) лефлюномида
- 4) ЦО Г- 2 селективных нестероидных противовоспалительных препаратов

195. СИСТЕМНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНО У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ ревматоидным артритом
- 2) эпикондилитом
- 3) остеоартрозом
- 4) остеохондрозом

196. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДАЛИМУМАБА ПРИ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 40 мг один раз в 2 недели
- 2) 40 мг один раз в неделю
- 3) 40 мг один раз в месяц
- 4) 40 мг один раз в 2 месяца

197. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1,2 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 МЕНЕЕ 3,2 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ хороший
- 2) удовлетворительный
- 3) нет эффекта
- 4) сомнительный

198. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ПРИЁМА МЕТОТРЕКСАТА В ДОЗЕ 7,5 МГ 1 РАЗ В НЕДЕЛЮ НАБЛЮДАЕТСЯ ТОШНОТА, ТО ТАКТИКОЙ ВРАЧА БУДЕТ

- 1)+ назначение фолиевой кислоты
- 2) уменьшение дозы метотрексата до 5 мг в неделю
- 3) отмена метотрексата
- 4) назначение больших доз аскорбиновой кислоты

199. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) фебуксостат
- 3) аллопуринол
- 4) диацереин

200. ДЁГТЕОБРАЗНЫЙ СТУЛ У БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПРИНИМАЮЩЕГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ, ГОВОРIT О

- 1)+ лекарственной гастропатии с развитием кровоточащей язвы желудка
- 2) дискинезии кишечника
- 3) гастрите
- 4) ахалазии пищевода

201. К БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ метотрексат
- 2) азатиоприн
- 3) пеницилламин
- 4) циклофосфамид

202. ДЕГТЕОБРАЗНЫЙ СТУЛ У БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩЕГО НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1)+ кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта
- 2) дискинезии желчевыводящих путей
- 3) ахалазии пищевода
- 4) дисбактериозе кишечника

203. К БАЗИСНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ метотрексат
- 2) аспирин
- 3) ибупрофен
- 4) преднизолон

204. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 ОТ 0,6 ДО 1,2 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 ОТ 3,2 ДО 5,1 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ удовлетворительный
- 2) хороший
- 3) нет эффекта
- 4) сомнительный

205. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С РАЗВИТИЕМ ПЕРИКАРДИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов в высоких дозах (1 мг на кг в сутки)
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) лефлунамида
- 4) циклоспорина

206. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В КАЧЕСТВЕ

- 1)+ симптоматической терапии
- 2) базисной терапии
- 3) стероидсберегающих препаратов
- 4) терапии, влияющей на прогрессирование деструкции суставов

207. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сохранение моноартрита на фоне эффективного в целом базисного противовоспалительного лечения
- 2) утренняя скованность в суставах
- 3) сужение суставной щели
- 4) поражение внутренних органов

208. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) сульфасалазин
- 3) гидроксихлорохин
- 4) Д-пеницилламин

209. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ БАЗИСНЫХ СРЕДСТВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ иммунодепрессивный
- 2) антибактериальный
- 3) противовоспалительный
- 4) анальгетический

210. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА (ВКЛЮЧАЯ ПОДКОЖНУЮ ФОРМУ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ ингибиторы ФНО-α, продолжая терапию метотрексатом
- 2) глюкокортикоиды в средней дозе, отменить метотрексат
- 3) глюкокортикоиды в высокой дозе, продолжив терапию метотрексатом
- 4) тофацитиниб, отменить метотрексат

211. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫЙ НЕСТЕРОИДНЫЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ БОЛЬНОЙ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

- 1)+ мелоксикам
- 2) диклофенак
- 3) ибупрофен
- 4) кеторолак

212. К СИНТЕТИЧЕСКИМ БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) этанерцепт
- 3) ритуксимаб
- 4) тофацитиниб

213. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 ОТ 0,6 ДО 1,2 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 БОЛЕЕ 5,1 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ отсутствие эффекта
- 2) удовлетворительный
- 3) хороший
- 4) сомнительный

214. ПРИМЕНЕНИЕ ХИНОЛИНОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ОБОСНОВАНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ ревматоидного артрита
- 2) болезни Бехтерева
- 3) псориатического артрита
- 4) ревматической полимиалгии

215. ЗА 3 МЕСЯЦА ПЕРЕД ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ СУСТАВОВ ПАЦИЕНТАМ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ СНИЗИТЬ ДОЗУ ПРЕДНИЗОЛОНА ДО (МГ)

- 1)+ 10
- 2) 15
- 3) 20
- 4) 12,5

216. К БАЗИСНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ОТНОСИТСЯ

- 1)+ лефлуномид
- 2) индометацин
- 3) пенициллин
- 4) актовегин

217. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ВОЗМОЖНА МОНОТЕРАПИЯ

- 1)+ метотрексатом
- 2) нимесулидом
- 3) аллопуринолом
- 4) эторикоксибом

218. ПРИМЕНЕНИЕ _____ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ КОМПОНЕНТОМ СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ» СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНЫМ И РОССИЙСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ЛЕЧЕНИЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- 1)+ метотрексата
- 2) лефлуномида
- 3) преднизолона
- 4) тофацитиниба

219. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 МЕНЕЕ ЧЕМ НА 0,6 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 МЕНЕЕ 3,2 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ отсутствие эффекта
- 2) удовлетворительный
- 3) хороший
- 4) сомнительный

220. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 МЕНЕЕ ЧЕМ НА 0,6 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 БОЛЕЕ 5,1 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ отсутствие эффекта
- 2) удовлетворительный
- 3) хороший
- 4) сомнительный

221. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ПРИЕМА МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ 15 мг 1 раз в неделю
- 2) 5 мг 1 раз в день
- 3) 15 мг 1 раз в день
- 4) 15 мг 1 раз в месяц

222. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА ДИКЛОФЕНАК НАТРИЯ ПРИМЕНЯЮТ В ДОЗЕ _____ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ

- 1)+ 2-3
- 2) 0,2-0,3
- 3) 0,02-0,03
- 4) 20-30

223. К СИНТЕТИЧЕСКИМ БАЗИСНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) этанерцепт
- 3) ритуксимаб
- 4) тофацитиниб

224. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1,2 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 БОЛЕЕ 5,1 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ удовлетворительный
- 2) нет эффекта
- 3) хороший
- 4) сомнительный

225. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРИЕМ МЕТОТРЕКСАТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ДОЗЫ (В МГ)

- 1)+ 10-15
- 2) 25-30
- 3) 2,5-5
- 4) 5-7,5

226. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА У БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ МЕТОТРЕКСАТА СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ лефлуномид
- 2) антагонист фактора некроза опухоли альфа
- 3) сульфасалазин
- 4) лейкоран

227. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 ОТ 0,6 ДО 1,2 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 МЕНЕЕ 3,2 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ удовлетворительный
- 2) хороший
- 3) нет эффекта
- 4) сомнительный

228. БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (МЕТОТРЕКСАТ) ДОЛЖНЫ НАЗНАЧАТЬСЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

- 1)+ как можно раньше, сразу после установления диагноза
- 2) при неэффективности НПВП
- 3) при наличии эрозий по данным рентгенографии
- 4) через 6-12 месяцев, если не удастся снизить активность заболевания

229. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 МЕНЕЕ ЧЕМ НА 0,6 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 ОТ 3,2 ДО 5,1 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ нет эффекта
- 2) удовлетворительный
- 3) хороший
- 4) сомнительный

230. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЮЩИХСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 2
- 3) 1
- 4) 6

231. ЭФФЕКТ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1,2 ПРИ КОНЕЧНОМ ЗНАЧЕНИИ ИНДЕКСА DAS 28 ОТ 3,2 ДО 5,1 РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК

- 1)+ удовлетворительный
- 2) хороший
- 3) нет эффекта
- 4) сомнительный

232. ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПЛАНИРУЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬ И ПОЛУЧАЮЩЕЙ МЕТОТРЕКСАТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отмена метотрексата, назначение гидроксихлорохина
- 2) отмена базисной противовоспалительной терапии, так как во время беременности ожидается снижение активности заболевания
- 3) продолжение терапии метотрексатом в меньшей дозе
- 4) отмена метотрексата, назначение лефлуномида

233. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ EULAR 2016., ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕТОТРЕКСАТА ПРЕПАРАТОМ «ПЕРВОЙ ЛИНИИ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) устекинумаб
- 3) тофацитиниб
- 4) мелоксикам

234. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ EULAR 2016, ПРИ НАЛИЧИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕТОТРЕКСАТА ПРЕПАРАТОМ «ПЕРВОЙ ЛИНИИ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лефлуномид
- 2) канакинумаб
- 3) инфликсимаб
- 4) циклофосфамид

Тема 6. Диагностика и лечение серонегативных спондилоартритов.

1. ЭНТЕЗОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ анкилозирующего спондилита
- 2) гонорейного артрита
- 3) остеоартроза
- 4) системной склеродермии

2. «СОСИСКООБРАЗНЫЕ» ПАЛЬЦЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДАКТИЛИТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ псориатического артрита
- 2) системной склеродермии
- 3) ревматоидного артрита
- 4) артрита при острой ревматической лихорадке

3. РАННИЙ ДВУСТОРОННИЙ САКРОИЛИИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1)+ болезнь Бехтерева
- 2) ревматоидный артрит
- 3) болезнь Рейтера
- 4) бруцеллез

4. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки
- 2) тест сжатия кистей
- 3) болезненность тел позвонков
- 4) изменение подвижности в периферических суставах

5. ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ эрозии суставных поверхностей дистальных межфаланговых суставов рук
- 2) дигитальные рубцы
- 3) кисты Бейкера
- 4) кальцинаты мягких тканей

6. К ВНЕСКЕЛЕТНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ увеит
- 2) энтезит
- 3) дактилит
- 4) артрит

7. ДЛЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ХАРАКТЕРНО

- 1)+ возникновение в период покоя
- 2) усиление при физической активности
- 3) уменьшение после отдыха
- 4) отсутствие ночных болей

8. ЭНТЕЗОПАТИИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- 1)+ болезни Бехтерева
- 2) ревматоидном артрите
- 3) подагрическом артрите
- 4) деформирующем остеоартрозе

9. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ аортальная недостаточность
- 2) недостаточность трикуспидального клапана
- 3) митральный стеноз
- 4) стеноз устья аорты

10. У БОЛЬНОГО С ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ, БОЛИ В ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВАХ КИСТЕЙ, С МНОЖЕСТВЕННЫМИ РОЗОВЫМИ БЛЯШКАМИ НА КОЖЕ, ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1)+ псориатический артрит
- 2) анкилозирующий спондилит
- 3) туберкулёз опорно-двигательного аппарата
- 4) остеоартроз поясничного отдела позвоночника

11. ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ преимущественное поражение суставов нижних конечностей
- 2) стойкое нарушение функции сустава после устранения основного заболевания
- 3) развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста
- 4) развитие полиартрита в дебюте заболевания

12. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНДЕКС ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ BASDAI ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ

- 1)+ анкилозирующем спондилите
- 2) ревматоидном артрите с системными проявлениями
- 3) псориатическом артрите, полиартритическом варианте
- 4) острой ревматической лихорадке

13. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ МОЖНО КОНСТАТИРОВАТЬ НАЛИЧИЕ

- 1)+ синдрома «квадратизации» позвонков
- 2) эрозивного артрита мелких суставов кистей
- 3) субхондрального остеосклероза в области тел позвонков поясничного отдела
- 4) остеофитов в коленных суставах

14. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОД НАЗВАНИЕМ «КАРАНДАШ В СТАКАНЕ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ псориатического артрита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) болезни Бехтерева
- 4) болезни Рейтера

15. К ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ сужение суставных щелей
- 2) «квадратизация позвонков»
- 3) симптом «пробойника»
- 4) остеофиты, синдесмофиты

16. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОДВИЖНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИМПТОМА

- 1)+ Шобера
- 2) Отта
- 3) Кушелевского
- 4) Форестье

17. ДВУСТОРОННИЙ САКРОИЛИИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ анкилозирующем спондилите
- 2) болезни Крона
- 3) язвенном колите
- 4) псориатическом артрите

18. ВНЕСУСТАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОСТЭНТЕРОКОЛИТИЧЕСКОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эписклерит
- 2) экссудативный плеврит
- 3) инфаркт миокарда
- 4) отит

19. ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ В ВИДЕ УВЕИТОВ И ИРИТОВ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ болезни Бехтерева
- 2) ревматоидного артрита взрослых
- 3) ревматизма
- 4) подагры

20. К ГРУППЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ острый передний увеит
- 2) острый конъюнктивит
- 3) острый блефарит
- 4) острый дакриоцистит

21. ГРУППА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩАЯСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЗВОНОЧНИКА, СУСТАВОВ И ВОЗМОЖНЫМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ спондилоартриты
- 2) системными васкулитами
- 3) склеродермической группой
- 4) микрокристаллическими артритам

22. МУТИЛИРУЮЩИЙ АРТРИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ псориатического артрита
- 2) ювенильного ревматоидного артрита
- 3) синдрома Рейтера
- 4) болезни Бехтерева

23. НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЙ СХОДНЫЙ ПРИЗНАК

- 1)+ ассиметричный артрит
- 2) ревматоидный узелок
- 3) поражение почек
- 4) отрицательный тест на HLA B27 антиген

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

- 1)+ анкилозирующего спондилита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) первичного остеоартроза
- 4) тофусной подагры

25. К ГРУППЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ ОТНОСЯТ _____ АРТРИТ

- 1)+ реактивный
- 2) ревматоидный
- 3) подагрический
- 4) ревматический

26. РАННЕЕ ОГРАНИЧЕНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ЭКСКУРСИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ анкилозирующего спондилита
- 2) остеохондроза грудного отдела позвоночника
- 3) узелкового периартериита
- 4) системной склеродермии

27. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО

- 1)+ острый передний увеит развивается у четверти больных
- 2) часто развивается апикальный лёгочный фиброз
- 3) формой поражения сердечно-сосудистой системы является пролапс митрального клапана
- 4) отсутствует поражение почек

28. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СЧИТАЕТСЯ

- 1)+ артрит трёх суставов одного пальца кисти
- 2) симметричный артрит верхних и нижних конечностей
- 3) наличие ревматоидного фактора
- 4) тесная связь суставного синдрома с кишечной инфекцией

29. ГРУППА СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ ИСКЛЮЧАЕТ

- 1)+ пирофосфатную артропатию
- 2) реактивные артриты
- 3) анкилозирующий спондилит
- 4) псориатический артрит

30. К ГРУППЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ анкилозирующий спондилит
- 2) туберкулезный спондилит
- 3) идиопатический гиперостоз скелета
- 4) спондилодисцит

31. ПЕРВАЯ СТАДИЯ САКРОИЛИИТА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ отсутствием достоверных рентгенологических изменений в сакроилиальных суставах и позвоночнике, при наличии сакроилиита по данным МРТ
- 2) отсутствием достоверного сакроилиита по данным МРТ
- 3) определением достоверного сакроилиита по данным рентгенографии, но отсутствием четких структурных изменений в позвоночнике в виде синдесмофитов
- 4) определением достоверного сакроилиита и четкими структурными изменениями в позвоночнике по данным рентгенографии

32. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ образование остеофитов
- 2) симптом "квадратизации позвонков"
- 3) образование синдесмофитов
- 4) псевдорасширение щелей крестцово-подвздошных сочленений

33. ИНДЕКС BASDAI = 3,1 СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ____ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

- 1)+ умеренной
- 2) низкой
- 3) высокой
- 4) очень высокой

34. ПОЗА «ПРОСИТЕЛЯ» ТИПИЧНА ДЛЯ

- 1)+ поздней стадии анкилозирующего спондилита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) системной красной волчанки
- 4) полиомиозита

35. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОДВИЖНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА РЕДКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ боли при пальпации остистого отростка V поясничного позвонка
- 2) симптома Шобера
- 3) расстояния от кончиков пальцев до пола при максимальном сгибании туловища вперед (симптом Томайера)
- 4) расстояния от затылка до вертикальной поверхности при положении больного стоя (симптом Форестье)

36. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ хламидиоз
- 2) бета-гемолитический стрептококк
- 3) золотистый стафилококк
- 4) микобактерия туберкулёза

37. ДЛЯ УРОГЕННОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА (БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА) ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ конъюнктивит
- 2) гломерулонефрит
- 3) анкилозирование суставов
- 4) повышение титра антител к ДНК

38. ДВУСТОРОННИЙ САКРОИЛИИТ КОНСТАТИРУЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С

- 1)+ анкилозирующим спондилитом
- 2) псориатическим артритом
- 3) ревматоидным артритом у взрослых
- 4) острой ревматической лихорадкой

39. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1)+ аортальная недостаточность
- 2) митральный стеноз
- 3) недостаточность митрального клапана
- 4) недостаточность трикуспидального клапана

40. К ГРУППЕ СПОНДИЛОАРТРИТОВ ОТНОСЯТ _____ АРТРИТ

- 1)+ псориатический
- 2) ревматоидный
- 3) подагрический
- 4) ревматический

41. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ТИПИЧНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ

- 1)+ дистальных межфаланговых кистей
- 2) плечевых и коленных
- 3) локтевых
- 4) запястно-пястных кистей

42. С ЛЕЙКОЦИТАРНЫМ АНТИГЕНОМ HLA B27 АССОЦИИРУЮТ

- 1)+ анкилозирующий спондилит
- 2) ревматоидный артрит
- 3) контрактуру Дюпюитрена
- 4) синдром Шегрена

43. НОСИТЕЛЬСТВО B27-АНТИГЕНОВ HLA СВОЙСТВЕННО

- 1)+ анкилозирующему спондилиту
- 2) ревматоидному артриту
- 3) синдрому Шегрена
- 4) синдрому Фелти

44. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ

- 1)+ молодых мужчин
- 2) женщин после климакса
- 3) пожилых мужчин
- 4) молодых девушек

45. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ ПРИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеит
- 2) атрофия зрительного нерва
- 3) глаукома
- 4) отслойка сетчатки

46. НАЛИЧИЕ АКРАЛЬНОГО ОСТЕОЛИЗА ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ

- 1)+ псориатического артрита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) дерматомиозита
- 4) ревматической полимиалгии

47. БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА (АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ) ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ

- 1)+ молодых мужчин
- 2) людей пожилого возраста
- 3) маленьких детей
- 4) женщин среднего возраста

48. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ двусторонний сакроилиит
- 2) склеродактилию
- 3) эритему Готтрона
- 4) симметричный артрит суставов кистей

49. КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ CASPAR ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ дактилит
- 2) увеит
- 3) остеофиты на рентгенограммах кистей и стоп
- 4) положительный результат определения ревматоидного фактора

50. В СООТВЕТСТВИЕ С МОДИФИЦИРОВАННЫМИ НЬЮ-ЙОРКСКИМИ КРИТЕРИЯМИ 1984 ГОДА К КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ОТНОСЯТ ОГРАНИЧЕНИЕ ПОДВИЖНОСТИ В/ВО

- 1)+ поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и во фронтальной плоскостях
- 2) грудном отделе позвоночника в сагиттальной и во фронтальной плоскостях
- 3) шейном отделе позвоночника в сагиттальной и во фронтальной плоскостях
- 4) всех отделах позвоночника

51. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ОТНОСЯТ

- 1)+ псориаз
- 2) красный плоский лишай
- 3) гангренозную пиодермию
- 4) импетиго

52. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ОТНОСЯТ

- 1)+ болезнь Крона/язвенный колит
- 2) болезнь Уиппла
- 3) болезнь Гиршпрунга
- 4) болезнь Верльгофа

53. К ИНДЕКСАМ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ BASFI
- 2) BASRI-HIP
- 3) BASRI-SPINE
- 4) mSASSS

54. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМ СПОНДИЛОАРТРИТА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ПЕРЕДНЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКЕ И ЛОКАЛЬНОЙ ПЕРИОСТАЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ ПЕРЕДНИХ ОТДЕЛОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ В МЕСТАХ ЕЕ ПРИКРЕПЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ передний спондилит
- 2) передний дисцит
- 3) передний лигаментит
- 4) передний спондилоартрит

55. ПРИЗНАКОМ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ HLA B 27 антиген
- 2) HLA B 5 антиген
- 3) HLA DR 4 антиген
- 4) HLA C 02 антиген

56. К ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ОТНОСЯТ

- 1)+ артрит, энтезит или дактилит
- 2) спондилит, артрит или дактилит
- 3) тендинит, энтезит или артрит
- 4) синдесмофит, артрит или энтезит

57. В СООТВЕТСТВИЕ С МОДИФИЦИРОВАННЫМИ НЬЮ-ЙОРКСКИМИ КРИТЕРИЯМИ 1984 ГОДА К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+** односторонний сакроилиит ≥ 3 стадии
- 2) односторонний сакроилиит 2 стадии
- 3) двусторонний сакроилиит 1-2 стадии
- 4) выявление активного сакроилиита по МРТ при отсутствии рентгенологических изменений в крестцово-подвздошных суставах

58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОМ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** амилоидоз
- 2) пиелонефрит
- 3) нефролитиаз
- 4) поликистоз почек

59. ПРИЗНАКОМ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** хороший ответ на НПВП
- 2) хороший ответ на глюкокортикоиды
- 3) отсутствие ответа на сульфасалазин
- 4) отсутствие ответа на метотрексат

60. ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА BASMI ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ

- 1)+** бокового сгибания в поясничном отделе позвоночника
- 2) расстояния от кончиков пальцев рук до пола при наклоне вперед
- 3) угла отведения в тазобедренных суставах
- 4) амплитуды объема движений в коленном суставе

61. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ КРИТЕРИЯ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), К ОТЯГОЩЕННОМУ СЕМЕЙНОМУ АНАМНЕЗУ ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ 1 И 2 ЛИНИИ РОДСТВА

- 1)+** реактивного артрита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) системного васкулита
- 4) системной склеродермии

62. ИЗМЕНЕНИЕ MSASSS, ИНДЕКСА КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ, СООТВЕТСТВУЕТ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОМУ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ПРИ

- 1)+** увеличение общей суммы баллов (по 72 балльной шкале) за 2 года на 1 балл
- 2) увеличение общей суммы баллов (по 72 балльной шкале) за 2 года на 10 баллов
- 3) уменьшение общей суммы баллов (по 72 балльной шкале) за 2 года на 10 баллов
- 4) отсутствие изменений общей суммы баллов (по 72 балльной шкале) за 2 года

63. В ПОЗДНИХ СТАДИЯХ МНОЖЕСТВЕННЫЕ СИНДЕСМОФИТЫ, СОЕДИНЯЯСЬ МЕЖДУ СОБОЙ, ПРИВОДЯТ К ФОРМИРОВАНИЮ ПОЗДНЕГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО СИМПТОМА СПОНДИЛОАРТРИТА, КОТОРЫЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+** «бамбуковый позвоночник»
- 2) «позвоночник – кол»
- 3) «хрустальный позвоночник»
- 4) «стальной позвоночник»

64. ВЫЯВЛЕНИЕ ПОДОЗРЕНИЙ НА НАЛИЧИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ СООТВЕТСТВУЮТ _____ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ САКРОИЛИИТА

- 1)+** I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV

65. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СПОНДИЛОАРТРИТА ПО КРИТЕРИЯМ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ) ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ТОЛЬКО ДАКТИЛИТА НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ ДВУХ ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ СПОНДИЛОАРТРИТА, ОДНИМ ИЗ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ энтезит
- 2) синдесмофит
- 3) увеличение СРБ
- 4) болезнь Крона

66. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ КРИТЕРИЯ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), К ОТЯГОЩЕННОМУ СЕМЕЙНОМУ АНАМНЕЗУ ПО СПОНДИЛОАРТРИТАМ ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ 1 И 2 ЛИНИИ РОДСТВА

- 1)+ анкилозирующего спондилита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) системного васкулита
- 4) системной склеродермии

67. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ЭНТЕЗИТ?

- 1)+ реактивного артрита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) подагрического артрита
- 4) инфекционного артрита

68. В СООТВЕТСТВИЕ С МОДИФИЦИРОВАННЫМИ НЬЮ-ЙОРКСКИМИ КРИТЕРИЯМИ 1984 ГОДА К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ двусторонний сакроилиит ≥ 2 стадии
- 2) односторонний сакроилиит 2 стадии
- 3) двусторонний сакроилиит 1-2 стадии
- 4) выявление активного сакроилиита по МРТ при отсутствии рентгенологических изменений в крестцово-подвздошных суставах

69. ИНДЕКС КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ, ОЦЕНИВАЮЩИЙ ПЕРЕДНИЕ УГЛЫ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ С ОЦЕНКОЙ В БАЛЛАХ НАЛИЧИЯ ЭРОЗИЙ, СИНДЕСМОФИТОВ И МОСТОВИДНЫХ СИНДЕСМОФИТОВ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ mSASSS
- 2) BASRI-HIP
- 3) BASRI-SPINE
- 4) BASRI-SI

70. ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЗ ГРУППЫ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ, ПОЗВОНОЧНИКА И ЭНТЕЗИСОВ, АССОЦИИРОВАННОЕ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ИЛИ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ спондилоартритом, ассоциированным с воспалительным заболеванием кишечника
- 2) псориатическим спондилоартритом
- 3) периферическим спондилоартритом
- 4) недифференцированным спондилоартритом

71. В СООТВЕТСТВИИ С МОДИФИЦИРОВАННЫМИ НЬЮ-ЙОРКСКИМИ КРИТЕРИЯМИ 1984 ГОДА К КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ боль в нижней части спины уменьшающиеся после физических упражнений, но сохраняющиеся в покое (в течение более 3 месяцев)
- 2) боль в спине
- 3) боль в суставах
- 4) боль в местах прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости

72. СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ КРИТЕРИЯ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), К ОТЯГОЩЕННОМУ СЕМЕЙНОМУ АНАМНЕЗУ ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ 1 И 2 ЛИНИИ РОДСТВА

- 1)+** хронических воспалительных заболеваний кишечника
- 2) долихосигмы
- 3) язвенной болезни
- 4) хронического панкреатита

73. ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ НЕГНОЙНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СУСТАВОВ, ЭНТЕЗИСОВ, ПОЗВОНОЧНИКА, ХРОНОЛОГИЧЕСКИ СВЯЗАННОЕ С ОСТРОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИЛИ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, НАЗЫВАЕТСЯ_____ АРТРИТОМ

- 1)+** реактивным
- 2) ревматоидным
- 3) подагрическим
- 4) ревматическим

74. КРИТЕРИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ В СООТВЕТСТВИИ С КОНСЕНСУСОМ ЭКСПЕРТОВ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** постепенное начало боли
- 2) вечерняя боль в спине
- 3) боль, возникающая при определенном движении
- 4) острая простреливающая боль

75. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС СПОНДИЛОАРТРИТА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ИЗМЕНЕНИЯМИ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ И ИХ ОПОРНЫХ ПЛОЩАДОК В СОЧЕТАНИИ С СУЖЕНИЕМ ОДНОГО ИЛИ НЕСКОЛЬКИХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+** спондилодисцит
- 2) дисцит
- 3) спондилит
- 4) синдесмофит

76. ДЛЯ МОНИТОРИНГА БОЛИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+** числовая рейтинговая шкала
- 2) индекс болевой активности
- 3) шкала Глазго
- 4) индекс боли

77. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ОТНОСЯТ

- 1)+** энтезит
- 2) бурсит
- 3) теносиновит
- 4) стилоидит

78. КРИТЕРИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ, В СООТВЕТСТВИИ С КОНСЕНСУСОМ ЭКСПЕРТОВ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** ночная боль в спине с улучшением после пробуждения
- 2) ночная боль в спине преимущественно в первой половине ночи
- 3) боль в спине, проходящая в покое
- 4) боли в ягодицах

79. МЕТОДОМ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ИНДЕКС

- 1)+ BASRI
- 2) BASMI
- 3) BASFI
- 4) BASDAI

80. ВЫЯВЛЕНИЕ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВАХ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ОГРАНИЧЕННЫМИ УЧАСТКАМИ СУБХОНДРАЛЬНОГО ОСТЕОСКЛЕРОЗА ИЛИ ЭРОЗИЯМИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ ШИРИНЫ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ, СООТВЕТСТВУЮТ _____ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ САКРОИЛИИТА

- 1)+ II
- 2) I
- 3) III
- 4) IV

81. ПЕРЕДНИЙ СПОНДИЛИТ С УМЕНЬШЕНИЕМ ВОГНУТОСТИ ТЕЛ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ ПРИВОДИТ К ИЗМЕНЕНИЮ ИХ ФОРМЫ ПО ТИПУ

- 1)+ квадрата
- 2) ромба
- 3) эллипса
- 4) трапеции

82. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ОТНОСЯТ

- 1)+ болезнь Крона/язвенный колит
- 2) болезнь Уиппла
- 3) болезнь Гиршпрунга
- 4) болезнь Верльгофа

83. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СПОНДИЛОАРТРИТА ПО КРИТЕРИЯМ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ) ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ТОЛЬКО ЭНТЕЗИТА НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ ДВУХ ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ СПОНДИЛОАРТРИТА, ОДНИМ ИЗ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артрит
- 2) синдесмофит
- 3) увеличение СРБ
- 4) болезнь Крона

84. В СООТВЕТСТВИЕ С МОДИФИЦИРОВАННЫМИ НЬЮ-ЙОРКСКИМИ КРИТЕРИЯМИ 1984 ГОДА К КЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ОТНОСЯТ ОГРАНИЧЕНИЕ

- 1)+ дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с показателями у здоровых лиц
- 2) подвижности в тазобедренных суставах
- 3) подвижности в шейном отделе в сагиттальной и фронтальной плоскости
- 4) подвижности в «корневых» (плечевых и тазобедренных) суставах

85. КРИТЕРИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ, В СООТВЕТСТВИИ С КОНСЕНСУСОМ ЭКСПЕРТОВ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие улучшения в покое
- 2) отсутствие улучшения при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) отсутствие ночной боли
- 4) отсутствие боли на протяжении большего времени суток

86. СОГЛАСНО МОДИФИЦИРОВАННЫМ НЬЮ-ЙОРКСКИМ КРИТЕРИЯМ 1984 ГОДА ДИАГНОЗ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СЧИТАЕТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИ

- 1)+ сочетании рентгенографического критерия с, как минимум, одним клиническим критерием
- 2) наличии, как минимум, рентгенографического критерия
- 3) наличии, как минимум, двух клинических критериев
- 4) наличии хотя бы одного клинического критерия

87. ИНДЕКС КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ, ДЛЯ ОЦЕНКИ КОТОРОГО ТРЕБУЕТСЯ СТАНДАРТНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ BASRI-SPINE
- 2) BASRI-HIP
- 3) mSASSS
- 4) BASRI-SI

88. ПРИЗНАКОМ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ

- 1)+ СРБ
- 2) СОЭ
- 3) ЦИК
- 4) фибриногена

89. ПРИЗНАКОМ АКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воспалительная боль в спине
- 2) HLA B 5 антиген
- 3) гангренозная пиодермия
- 4) ускорение СОЭ

90. ИНДЕКС КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ, ДЛЯ ОЦЕНКИ КОТОРОГО ТРЕБУЕТСЯ СТАНДАРТНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА ШЕЙНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ mSASSS
- 2) BASRI-HIP
- 3) BASRI-SPINE
- 4) BASRI-SI

91. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ОТНОСЯТ

- 1)+ псориаз
- 2) красный плоский лишай
- 3) гангренозную пиодермию
- 4) импетиго

92. ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

- 1)+ BASMI
- 2) SLEDAI
- 3) DAS4
- 4) SDAI

93. К ПРИЗНАКАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СПОНДИЛОАРТРИТА В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ ГРУППЫ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ), ОТНОСЯТ

- 1)+ HLA B 27 антиген
- 2) HLA B 5 антиген
- 3) HLA DR 4 антиген
- 4) HLA C 02 антиген

94. ДАКТИЛИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ (ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ) ПРИ _____ АРТРИТЕ

- 1)+ псориатическом
- 2) ревматоидном
- 3) подагрическом
- 4) ревматическом

95. ВЫЯВЛЕНИЕ ЯВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВАХ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ЭРОЗИЯМИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ, СУБХОНДРАЛЬНЫМ ОСТЕОСКЛЕРОЗОМ И/ИЛИ ИЗМЕНЕНИЕМ ШИРИНЫ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ С ВОЗМОЖНЫМИ ЧАСТИЧНЫМИ АНКИЛОЗАМИ, СООТВЕТСТВУЮТ _____ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ САКРОИЛИИТА

- 1)+ III
- 2) II
- 3) I
- 4) IV

96. ВЫЯВЛЕНИЕ ВЫРАЖЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВАХ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ИХ ПОЛНЫМ АНКИЛОЗОМ, СООТВЕТСТВУЮТ _____ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ САКРОИЛИИТА

- 1)+ IV
- 2) II
- 3) III
- 4) I

97. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СПОНДИЛОАРТРИТА ПО КРИТЕРИЯМ ASAS (МЕЖДУНАРОДНОЙ ГРУППЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ СПОНДИЛОАРТРИТОВ) ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ТОЛЬКО ДАКТИЛИТА НЕОБХОДИМО НАЛИЧИЕ ДВУХ ДРУГИХ ПРИЗНАКОВ СПОНДИЛОАРТРИТА, ОДНИМ ИЗ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артрит
- 2) синдесмофит
- 3) увеличение СРБ
- 4) болезнь Крона

98. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС, ВОЗНИКАЮЩИЙ В МЕСТАХ ПРИКРЕПЛЕНИЯ СУХОЖИЛЬНЫХ ВОЛОКОН К КОСТИ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ энтезитом
- 2) спондилитом
- 3) дактилитом
- 4) симфизитом

99. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ АРТРИТА У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ несимметричный моно- олигоартрит суставов нижних конечностей
- 2) эрозивный артрит с преимущественным поражением крупных суставов верхних конечностей
- 3) симметричный полиартрит с преимущественным поражением мелких суставов кистей и стоп
- 4) острый яркий саморазрещающийся моноартрит

100. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНДЕКСА ЭНТЕЗИТОВ MASES ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАЛЬПАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ мест прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости
- 2) области большого вертела бедра
- 3) внутренних надмыщелков локтевых суставов
- 4) двенадцатого грудино-реберного сочленения

101. ОЧЕНЬ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS

- 1)+ более 3,5
- 2) более 2,1 и менее 3,5
- 3) более 1,3 и менее 2,1
- 4) менее 1,3

102. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ воспалительная боль в спине по критериям ASAS 2009
- 2) признаки двустороннего сакроилита I стадии на рентгенограмме
- 3) артрит, энтезит или дактилит
- 4) позитивный HLA B 27 антиген

103. ФАКТОРОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ начало болезни в детском возрасте
- 2) неэффективность/плохая переносимость сульфасалазина в начале терапии
- 3) значение индекса энтезитов MASES более 7
- 4) позднее развитие болезни (в возрасте старше 45 лет)

104. КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ дистальная форма (преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп)
- 2) проксимальная форма (с поражением проксимальных межфаланговых суставов)
- 3) ризомиелическая форма (поражение плечевых и коленных суставов)
- 4) скандинавская форма (симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов кистей и плюснефаланговых суставов стоп)

105. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНДЕКСА ЭНТЕЗИТОВ MASES ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАЛЬПАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ____

- 1)+ седьмого грудино-реберного сочленения
- 2) области большого вертела бедра
- 3) внутренних надмыщелков локтевых суставов
- 4) второго грудино-реберного сочленения

106. ИНДЕКС BASDAI У БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ СЛЕДУЕТ ОЦЕНИВАТЬ

- 1)+ не реже 1 раза в 3 месяца
- 2) не реже 1 раза в месяц
- 3) еженедельно
- 4) ежегодно

107. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ CASPAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ внесуставную костную пролиферацию по типу краевых костных разрастаний
- 2) остеонекроз костей, образующих сустав
- 3) эрозивный артрит типичных суставов
- 4) пролиферацию мягких тканей суставов кисти

108. К ПРИЗНАКАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ CASPAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ артрит, энтезит или спондилит
- 2) спондилит, артрит или дактилит
- 3) тендинит, энтезит или артрит
- 4) синдесмофит, артрит или энтезит

109. ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПСОРИАЗА ОЦЕНИВАЮТ ИНДЕКС

- 1)+ PASI
- 2) BASFI
- 3) BSA
- 4) HAQ

110. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ЭРИТЕМОЙ

- 1)+ узловой
- 2) кольцевидной
- 3) полиморфной
- 4) мигрирующей

111. К ФАКТОРАМ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ дактилит
- 2) энтезит
- 3) стилоидит
- 4) коксит

112. ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА BASMI ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ

- 1)+ ротации в шейном отделе позвоночника
- 2) расстояния от кончиков пальцев рук до пола при наклоне вперед
- 3) угла отведения в тазобедренных суставах
- 4) амплитуды объема движений в коленном суставе

113. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ дактилит
- 2) пневмонит
- 3) кардит
- 4) хейлит

114. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ ограничение подвижности в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскости
- 2) признаки двустороннего сакроилита I стадии на рентгенограмме
- 3) артрит, энтезит или дактилит
- 4) позитивный HLA B 27 антиген

115. ПРИ АРТРИТЕ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

116. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ энтезит
- 2) пневмонит
- 3) кардит
- 4) хейлит

117. ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА BASDAI

- 1)+ более 4
- 2) более 5
- 3) более 6
- 4) менее 7

118. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ спондилит
- 2) пневмонит
- 3) кардит
- 4) хейлит

119. ТРИГГЕРНЫМ ИНФЕКЦИОННЫМ ФАКТОРОМ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1)+ сальмонеллу энтеритидис
- 2) бледную трепонему
- 3) синегнойную палочку
- 4) стафилококка золотистого

120. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНДЕКСА ЭНТЕЗИТОВ MASES ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАЛЬПАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ____

- 1)+ первого грудино-реберного сочленения
- 2) области большого вертела бедра
- 3) внутренних надмыщелков локтевых суставов
- 4) второго грудино-реберного сочленения

121. К КАТЕГОРИИ ПРИЗНАКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ CASPAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ псориаз
- 2) кератодермию
- 3) гиперкератоз
- 4) токсикодермию

122. К КАТЕГОРИИ ПРИЗНАКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ CASPAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ отрицательный РФ
- 2) отрицательный АНФ
- 3) позитивный HLA B27 антиген
- 4) отрицательный АЦЦП

123. ДЛЯ СПОНДИЛОАРТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШКИ, В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1)+ узловатая эритема
- 2) крапивница
- 3) розацеа
- 4) атопический дерматит

124. ВЫЯВЛЕНИЕ ЯВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВАХ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ЭРОЗИЯМИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ, СУБХОНДРАЛЬНЫМ ОСТЕОСКЛЕРОЗОМ И/ИЛИ ИЗМЕНЕНИЕМ ШИРИНЫ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ С ВОЗМОЖНЫМИ ЧАСТИЧНЫМИ АНКИЛОЗАМИ, СООТВЕТСТВУЮТ _____ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ САКРОИЛИИТА

- 1)+ 3
- 2) 4
- 3) 2
- 4) 1

125. К БОЛЬШИМ КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ асимметричность суставного поражения, вовлечение ограниченного количества суставов преимущественно нижних конечностей
- 2) HLA B 27 антиген
- 3) лабораторное подтверждение половой или кишечной инфекции
- 4) выявление инфекционного агента в синовиальной оболочке с помощью ПЦР

126. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЯ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ признаки активного сакроилеита (отек /остеит в режиме STIR) по данным МРТ
- 2) признаки двустороннего сакроилеита I стадии на рентгенограмме
- 3) артрит, энтеит или дактилит
- 4) позитивные HLA B 27 и 19 антигены

127. ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ НА НЕГО ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ HAQ
- 2) BASFI
- 3) AsQol
- 4) PASI

128. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНДЕКСА ЭНТЕЗИТОВ MASES ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАЛЬПАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ задних верхних остей подвздошных костей
- 2) области большого вертела бедра
- 3) внутренних надмыщелков локтевых суставов
- 4) второго грудино-реберного сочленения

129. ИНДЕКСОМ В ОЦЕНКЕ КОТОРОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СУБЪЕКТИВНОЕ МНЕНИЕ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ BASDAI
- 2) BASMI
- 3) MASES
- 4) mSASSS

130. УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS

- 1)+ более 1,3 и менее 2,1
- 2) более 3,5
- 3) более 2,1 и менее 3,5
- 4) менее 1,3

131. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНДЕКСА ЭНТЕЗИТОВ MASES ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАЛЬПАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ гребней подвздошных костей
- 2) области большого вертела бедра
- 3) внутренних надмыщелков локтевых суставов
- 4) второго грудино-реберного сочленения

132. ВЫЯВЛЕНИЕ МИНИМАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВАХ, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ ОГРАНИЧЕННЫМИ УЧАСТКАМИ ОСТЕОСКЛЕРОЗА ИЛИ ЭРОЗИЯМИ БЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ ШИРИНЫ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ, СООТВЕТСТВУЮТ_____ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ САКРОИЛИИТА

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 1
- 4) 4

133. К ИНДЕКСАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНТЕЗИТОВ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ, НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ MASES
- 2) SPARCC
- 3) LEI
- 4) PASI

134. ИНДЕКСОМ В ОЦЕНКЕ КОТОРОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СУБЪЕКТИВНОЕ МНЕНИЕ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ BASFI
- 2) BASMI
- 3) MASES
- 4) mSASSS

135. ИНДЕКСОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНТЕЗИТОВ И ВКЛЮЧАЮЩИМ НАИМЕНЬШЕЕ ЧИСЛО ОБСЛЕДУЕМЫХ СИММЕТРИЧНЫХ ТОЧЕК (6), ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ MASES
- 2) SPARCC
- 3) PASI
- 4) LEI

136. ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА BASMI ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ максимальное расстояние между медиальными лодыжками
- 2) расстояние от кончиков пальцев рук до пола при наклоне вперед
- 3) угол отведения в тазобедренных суставах
- 4) амплитуда объема движений в коленном суставе

137. ФАКТОРОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ коксит
- 2) неэффективность/плохая переносимость сульфасалазина в начале терапии
- 3) значение индекс энтезитов MASES более 7
- 4) позднее развитие болезни старше 45 лет

138. К ТЕТРАДЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ плеврит
- 2) гиперкератоз, кератодермию
- 3) олигоартрит
- 4) уретрит, баланит

139. ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА BASMI ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИЗМЕРЕНИЕ

- 1)+ расстояния от козелка до стены
- 2) расстояния от кончиков пальцев рук до пола при наклоне вперед
- 3) угла отведения в тазобедренных суставах
- 4) амплитуды объема движений в коленном суставе

140. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГРАНУЛЕМАТОЗНЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ТЕРМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, С КОТОРЫМ МОЖЕТ АССОЦИИРОВАТЬСЯ СПОНДИЛОАРТРИТ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ терминальный илеит (болезнь Крона)
- 2) язвенный колит
- 3) целиакия
- 4) синдром раздраженного кишечника

141. НИЗКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS

- 1)+ менее 1,3
- 2) более 2,1 и менее 3,5
- 3) более 1,3 и менее 2,1
- 4) более 3,5

142. ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS

- 1)+ более 2,1 и менее 3,5
- 2) более 3,5
- 3) более 1,3 и менее 2,1
- 4) менее 1,3

143. ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ПРОВЕДЕНИЯ

- 1)+ стандартной рентгенографии костей таза
- 2) МРТ области таза
- 3) МСКТ области таза
- 4) остеосцинтиграфии скелета

144. ДЛЯ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОДСЧЕТ ПРИПУХШИХ СУСТАВОВ В КОЛИЧЕСТВЕ

- 1)+ 44
- 2) 28
- 3) 53
- 4) 66

145. К КАТЕГОРИИ ПРИЗНАКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ CASPAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ дактилит
- 2) тендинит
- 3) бурсит
- 4) стилоидит

146. ДЛЯ ОЦЕНКИ ИНДЕКСА ЭНТЕЗИТОВ MASES ПРИ СПОНДИЛОАРТРИТАХ ИСПОЛЬЗУЮТ ПАЛЬПАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ передних верхних остей подвздошных костей
- 2) области большого вертела бедра
- 3) внутренних надмыщелков локтевых суставов
- 4) второго грудино-реберного сочленения

147. К ФАКТОРАМ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ В МОМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОТНОСЯТ

- 1)+ эрозивный артрит рентгенографически
- 2) синовит по данным УЗИ
- 3) скинтиграфические изменения по типу артрита в суставе
- 4) синовит по данным МРТ

148. ПРИ РАЗВИТИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ ХРОНОЛОГИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ С ОСТРОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИЛИ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ 1-6 недель
- 2) 2-5 дней
- 3) 1-3 часов
- 4) 2-6 месяцев

149. ПОДОЗРЕНИЕ НА НАЛИЧИЕ ИЗМЕНЕНИЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ СООТВЕТСТВУЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

150. К КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СПОНДИЛОАРТРИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ псориаз
- 2) себорейный дерматит
- 3) синдром Лайела-Джонсона
- 4) розацею

151. НАЛИЧИЕ ПСОРИАЗА НА МОМЕНТ ОСМОТРА, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ CASPAR, СООТВЕТСТВУЕТ (В БАЛЛАХ)

- 1)+ 2
- 2) 1
- 3) 3
- 4) 6

152. К КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СПОНДИЛОАРТРИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ узловатую эритему
- 2) аллергический дерматит
- 3) розацею
- 4) контагиозного моллюска

153. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ периферический артрит
- 2) ливедо-васкулит
- 3) тофусы
- 4) нарушения ритма сердца

154. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASMI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника
- 2) выраженность утренней скованности, испытываемой с момента пробуждения, за последнюю неделю
- 3) способность пациента надевать носки без посторонней помощи или вспомогательных средств
- 4) способность пациента заниматься физически активными видами деятельности

155. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASMI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ сгибание в поясничном отделе позвоночника
- 2) способность пациента сохранять активность в течение всего дня
- 3) способность пациента надевать носки без посторонней помощи или вспомогательных средств
- 4) выраженность неприятных ощущений, испытываемых от прикосновения или надавливания на какие-либо болезненные участки тела, за последнюю неделю

156. К ПРИЗНАКАМ СПОНДИЛОАРТРИТА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ASAS ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ болезни Крона
- 2) синдрома Рейно
- 3) ретинопатии
- 4) телеангиэктазий

157. ДВУСТОРОННИЙ САКРОИЛИИТ СТАДИИ II И ВЫШЕ ВХОДИТ В КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА

- 1)+ анкилозирующего спондилоартрита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) подагры
- 4) системной красной волчанки

158. К КРИТЕРИЯМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ASAS ОТНОСЯТ

- 1)+ ночную боль с улучшением после пробуждения
- 2) острое развитие боли
- 3) ухудшение после гимнастики
- 4) вечернюю боль

159. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASDAI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ выраженность слабости/утомляемости у пациента за последнюю неделю
- 2) боковое сгибание пациента в поясничном отделе позвоночника
- 3) способность пациента надевать носки без посторонней помощи или вспомогательных средств
- 4) расстояние от козелка до стены

160. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ CASPAR ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 98,7
- 2) 78,2
- 3) 53,1
- 4) 37,9

161. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ иридоциклит
- 2) склерит
- 3) конъюнктивит
- 4) блефарит

162. ОЦЕНКА МАКСИМАЛЬНОГО РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ МЕДИАЛЬНЫМИ ЛОДЫЖКАМИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА

- 1)+ BASMI
- 2) BASDAI
- 3) MASES
- 4) BASFI

163. РАЗВИТИЕ «МУТИЛИРУЮЩЕГО АРТРИТА» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ псориатического артрита
- 2) системной красной волчанки
- 3) ревматоидного артрита
- 4) подагрического артрита

164. ПОЛНЫЙ АНКИЛОЗ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ СООТВЕТСТВУЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ

- 1)+ 4
- 2) 3
- 3) 2
- 4) 1

165. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASMI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ максимальное расстояние между медиальными лодыжками
- 2) выраженность боли в шее, спине или тазобедренных суставах в целом за последнюю неделю
- 3) способность пациента заниматься физически активными видами деятельности
- 4) способность пациента сохранять активность в течение всего дня

166. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASMI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ ротация в шейном отделе позвоночника
- 2) длительность утренней скованности с момента пробуждения за неделю
- 3) способность пациента поворачивать голову и смотреть через плечо, не поворачивая туловища
- 4) выраженность утренней скованности, испытываемой с момента пробуждения, за последнюю неделю

167. НАЛИЧИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ НА МОМЕНТ ОСМОТРА, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ CASPAR, СООТВЕТСТВУЕТ (В БАЛЛАХ)

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 6

168. ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ дактилитов
- 2) ревматоидных узлов
- 3) узлов Бушара
- 4) тофусов

169. К КРИТЕРИЯМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ASAS ОТНОСЯТ ВОЗРАСТ НАЧАЛА МЕНЕЕ ____ ЛЕТ

- 1)+ 40
- 2) 45
- 3) 50
- 4) 55

170. К ПРИЗНАКАМ СПОНДИЛОАРТРИТА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ASAS ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ дактилита
- 2) повышенного уровня СОЭ
- 3) тендинита
- 4) отрицательного ревматоидного фактора

171. К КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СПОНДИЛОАРТРИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ гангренозную пиодермию
- 2) кольцевидную эритему
- 3) телеангиэктазии
- 4) сухой синдром

172. СПЕЦИФИЧНОСТЬ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ CASPAR ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ 91,4
- 2) 75,3
- 3) 52,8
- 4) 36,6

173. К КРИТЕРИЯМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА CASPAR ОТНОСЯТ

- 1)+ наличие дактилитов
- 2) наличие энтезитов
- 3) поражение 3 и более суставов
- 4) обнаружение антигена HLA-B27

174. ПОЗА «ПРОСИТЕЛЯ» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПАЦИЕНТА С

- 1)+ болезнью Бехтерева
- 2) ревматоидным артритом
- 3) системной склеродермией
- 4) дерматомиозитом

175. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СПОНДИЛОАРТРИТА ПОРАЖЕНИЕМ ГЛАЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ увеит
- 2) отслойка сетчатки
- 3) атрофия зрительного нерва
- 4) подвывих хрусталика

176. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASMI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ расстояние от козелка до стены
- 2) способность пациента надевать носки без посторонней помощи или вспомогательных средств
- 3) выраженность боли в шее, спине или тазобедренных суставах в целом за последнюю неделю
- 4) длительность утренней скованности с момента пробуждения за неделю

177. ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОМ ВЫРАЖЕННОСТИ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ, ИСПЫТЫВАЕМОЙ С МОМЕНТА ПРОБУЖДЕНИЯ, В ЦЕЛОМ ЗА ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА

- 1)+ BASDAI
- 2) BASMI
- 3) MASES
- 4) BASFI

178. У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ЧАЩЕ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1)+ HLA-B27
- 2) HLA-DR4
- 3) HLA-B7
- 4) HLA-DQ2

179. НАЛИЧИЕ ДАКТИЛИТОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ CASPAR, СООТВЕТСТВУЕТ (В БАЛЛАХ)

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 6

180. КАКОЙ ТЕСТ НЕ ВХОДИТ В РЕКОМЕНДАЦИИ ASAS ПО ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ?

- 1)+ тест двупальцевого сжатия кистей
- 2) измерение экскурсии грудной клетки
- 3) измерение расстояния «затылок – стена»
- 4) измерение максимального расстояния между медиальными лодыжками

181. К КРИТЕРИЯМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ASAS ОТНОСЯТ

- 1)+ постепенное начало
- 2) ухудшение после выполнения физических упражнений
- 3) острое начало
- 4) улучшение боли в покое

182. К ПРИЗНАКАМ СПОНДИЛОАРТРИТА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ASAS ОТНОСЯТ

- 1)+ энтезит
- 2) увеличение СОЭ
- 3) наличие спондилоартрита у супруга
- 4) пустулез

183. НАЛИЧИЕ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА ПСОРИАЗА, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ CASPAR, СООТВЕТСТВУЕТ (В БАЛЛАХ)

- | | |
|-----|---|
| 1)+ | 1 |
| 2) | 2 |
| 3) | 3 |
| 4) | 6 |

184. К ПРИЗНАКАМ СПОНДИЛОАРТРИТА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ASAS ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ HLA-B27
- 2) HLA-B7
- 3) HLA-DR4
- 4) HLA-DR1

185. НАЛИЧИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ КОСТНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ CASPAR, СООТВЕТСТВУЕТ (В БАЛЛАХ)

- | | |
|-----|---|
| 1)+ | 1 |
| 2) | 2 |
| 3) | 3 |
| 4) | 6 |

186. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ CASPAR, СООТВЕТСТВУЕТ (В БАЛЛАХ)

- | | |
|-----|---|
| 1)+ | 1 |
| 2) | 2 |
| 3) | 3 |
| 4) | 6 |

187. ДИАГНОЗ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ASAS
- 4) SMITH

188. ОЦЕНКА СГИБАНИЯ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА

- 1)+ BASMI
- 2) BASDAI
- 3) MASES
- 4) BASFI

189. К КРИТЕРИЯМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ASAS ОТНОСЯТ

- 1)+ отсутствие улучшения в покое
- 2) ухудшение после выполнения физических упражнений
- 3) острое развитие боли
- 4) наличие периферического поражения суставов

190. К ПРИЗНАКАМ СПОНДИЛОАРТРИТА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ASAS ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ артрита
- 2) розацеи
- 3) фотосенсибилизации
- 4) язв слизистых

191. К ПОРАЖЕНИЮ КОЖИ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ кератодермия
- 2) аннулярная эритема
- 3) экссудативная эритема
- 4) периорбитальная эритема

192. К ПРИЗНАКАМ СПОНДИЛОАРТРИТА СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ASAS ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение уровня С-реактивного белка
- 2) хороший ответ на прием глюкокортикоидов
- 3) офтальмоплегия
- 4) наличие хронического гастродуоденита

193. ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОМ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕПРИЯТНЫХ ОЩУЩЕНИЙ, ИСПЫТЫВАЕМЫХ ОТ ПРИКОСНОВЕНИЯ ИЛИ НАДАВЛИВАНИЯ НА КАКИЕ-ЛИБО БОЛЕЗНЕННЫЕ УЧАСТКИ ТЕЛА, В ЦЕЛОМ ЗА ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА

- 1)+ BASDAI
- 2) BASMI
- 3) MASES
- 4) BASFI

194. ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ преимущественное поражение суставов нижних конечностей
- 2) постепенное начало
- 3) развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста
- 4) полиартрит в дебюте заболевания

195. ОЦЕНКА ПАЦИЕНТОМ ДЛИТЕЛЬНОСТИ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ С МОМЕНТА ПРОБУЖДЕНИЯ В ЦЕЛОМ ЗА ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА

- 1)+ BASDAI
- 2) BASMI
- 3) MASES
- 4) BASFI

196. К КРИТЕРИЯМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА CASPAR ОТНОСИТСЯ

- 1)+ наличие псориатической дистрофии ногтей
- 2) наличие сакроилиита
- 3) обнаружение антигена HLA-B27
- 4) повышение уровня С-реактивного белка или СОЭ

197. БОЛЬ В СПИНЕ СЧИТАЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПРИ НАЛИЧИИ КАК МИНИМУМ ____ КРИТЕРИЕВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ASAS

- 1)+ 4
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 6

198. ОЦЕНКА РОТАЦИИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА

- 1)+ BASMI
- 2) BASDAI
- 3) MASES
- 4) BASFI

199. ВОСПАЛЕНИЕ В МЕСТАХ ПРИКРЕПЛЕНИЯ СВЯЗОК, СУХОЖИЛИЙ И СУСТАВНОЙ КАПСУЛЫ К КОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ энтезитом
- 2) бурситом
- 3) синовитом
- 4) артритом

200. НАЛИЧИЕ АРТРИТА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ASAS
- 2) TRUELOVE
- 3) Bethesda
- 4) SIRS

201. НАЛИЧИЕ ПСОРИАЗА НА МОМЕНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) TRUELOVE

202. ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ болезни Крона
- 2) полимиозита
- 3) панникулита
- 4) болезни Бехчета

203. ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ преимущественное поражение суставов нижних конечностей
- 2) постепенное начало
- 3) развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста
- 4) наличие полиартрита в дебюте заболевания

204. НАЛИЧИЕ СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА ПО ПСОРИАЗУ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) TRUELOVE

205. РАЗВИТИЕ «МУТИЛИРУЮЩЕГО АРТРИТА» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ псориатического артрита
- 2) системной красной волчанки
- 3) подагры
- 4) ревматоидного артрита

206. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASDAI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ выраженность утренней скованности, испытываемой с момента пробуждения, за последнюю неделю
- 2) расстояние от козелка до стены
- 3) способность пациента сохранять активность в течение всего дня
- 4) боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника

207. ПАРАМЕТРОМ ИНДЕКСА ASDAS ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уровень боли и припухлости периферических суставов
- 2) уровень активности пациента в течение всего дня
- 3) оценка активности заболевания врачом
- 4) боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника

208. ПАРАМЕТРОМ ИНДЕКСА ASDAS ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ уровень боли в спине
- 2) расстояние между медиальными лодыжками
- 3) уровень активности пациента в течение всего дня
- 4) расстояние от козелка до стены

209. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА НАБЛЮДАЕТСЯ КАК ВНЕКИШЕЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ

- 1)+ болезни Крона
- 2) дивертикулярной болезни кишечника
- 3) псевдомембранозного колита
- 4) синдрома раздраженного кишечника

210. НАЛИЧИЕ ЭНТЕЗИТА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ASAS
- 2) SLICC
- 3) ACR/EULAR 2010
- 4) TRUELOVE

211. ПРИ ОЦЕНКЕ ИНДЕКСА ASDAS ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПАРАМЕТРЫ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ИНДЕКС

- 1)+ BASDAI
- 2) BASMI
- 3) MASES
- 4) BASFI

212. ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ все слои кишечника
- 2) слизистый и подслизистый слои
- 3) подслизистый и мышечный слои
- 4) мышечный слой и серозная оболочка

213. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS ОТ 1,3 ДО 2,1 СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ низкой активности
- 2) высокой активности
- 3) очень высокой активности
- 4) неактивному заболеванию

214. НАЛИЧИЕ ДАКТИЛИТА В АНАМНЕЗЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) TRUELOVE

215. НАЛИЧИЕ БОЛЕЗНИ КРОНА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ASAS
- 2) SLICC
- 3) CASPAR
- 4) SIRS

216. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS МЕНЕЕ 1,3 СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ неактивному заболеванию
- 2) умеренной активности
- 3) высокой активности
- 4) очень высокой активности

217. В КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (CASPAR, 2006) ВХОДИТ

- 1)+ дактилит
- 2) синдром Рейно
- 3) боль в мышцах верхнего плечевого пояса
- 4) артрит I плюснефалангового сустава

218. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASDAI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ выраженность боли в суставах (кроме шеи, спины и тазобедренных суставов) или их припухлости за последнюю неделю
- 2) расстояние между медиальными лодыжками
- 3) ротация в шейном отделе позвоночника
- 4) способность пациента сохранять активность в течение всего дня

219. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASDAI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ выраженность неприятных ощущений, испытываемых от прикосновения или надавливания на какие-либо болезненные участки тела, за последнюю неделю
- 2) расстояние между медиальными лодыжками
- 3) способность пациента надевать носки без посторонней помощи или вспомогательных средств
- 4) способность пациента заниматься физически активными видами деятельности

220. НАЛИЧИЕ ДАКТИЛИТА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ASAS
- 2) TRUELOVE
- 3) Bethesda
- 4) SIRS

221. ВОСПАЛЕНИЕ В ОБЛАСТИ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СУСТАВОВ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ перемежающейся болью в ягодицах
- 2) болью в поясничном и/или крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по задней поверхности бедра и голени до пальцев стопы
- 3) болью в поясничном отделе позвоночника без иррадиации
- 4) болью в грудном отделе позвоночника после нагрузки

222. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВНЕСУСТАВНОЙ КОСТНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПО ТИПУ КРАЕВЫХ РАЗРАСТАНИЙ ОТНОСЯТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ACR 1987
- 4) TRUELOVE

223. ЭНТЕЗИТЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ анкилозирующего спондилита
- 2) серопозитивного ревматоидного артрита
- 3) подагрического артрита
- 4) системной склеродермии

224. НАЛИЧИЕ У ПАЦИЕНТА ПСОРИАЗА В АНАМНЕЗЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) TRUELOVE

225. КРИТЕРИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие улучшения в покое
- 2) усиление при физической активности
- 3) уменьшение после отдыха
- 4) усиление в вечернее время

226. НАЛИЧИЕ ДАКТИЛИТА НА МОМЕНТ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) TRUELOVE

227. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS ОТ 2,1 ДО 3,5 СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ высокой активности
- 2) низкой активности
- 3) очень высокой активности
- 4) неактивному заболеванию

228. ПАРАМЕТРОМ ИНДЕКСА ASDAS ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ общая оценка активности заболевания пациентом
- 2) оценка способности пациента сохранять активность в течение всего дня
- 3) оценка активности заболевания врачом
- 4) боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника

229. ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS БОЛЕЕ 3,5 СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ очень высокой активности
- 2) низкой активности
- 3) неактивному заболеванию
- 4) высокой активности

230. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ASAS
- 2) SLICC
- 3) CASPAR
- 4) SIRS

231. ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) TRUELOVE

232. ДЛЯ УРОГЕННОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА (БОЛЕЗНИ РЕЙТЕРА) ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ конъюнктивит
- 2) развитие гломерулонефрита
- 3) анкилозирование суставов
- 4) повышение титра антител к ДНК

233. ГАНГРЕНОЗНАЯ ПИОДЕРМИЯ – ТЯЖЁЛЫЙ ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ НЕКРОЗ КОЖИ, ВОЗНИКАЮЩИЙ НА ФОНЕ

- 1)+ язвенного колита
- 2) полимиозита
- 3) подагры
- 4) остеоартроза

234. ПАРАМЕТРОМ ИНДЕКСА ASDAS ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ продолжительность утренней скованности
- 2) оценка активности заболевания врачом
- 3) уровень активности пациента в течение всего дня
- 4) боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника

235. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASDAI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ выраженность боли в шее, спине или тазобедренных суставах за последнюю неделю
- 2) способность пациента заниматься физически активными видами деятельности
- 3) способность пациента сохранять активность в течение всего дня
- 4) сгибание пациента в поясничном отделе позвоночника

236. К ВНЕСКЕЛЕТНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ увеит
- 2) энтезит
- 3) дактилит
- 4) артрит

237. НАЛИЧИЕ HLA-B27 ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ ASAS
- 2) SLICC
- 3) SIRS
- 4) ACR/EULAR 2010

238. САКРОИЛИИТ, СИНДЕСМОФИТЫ И КВАДРАТИЗАЦИЯ ПОЗВОНКОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ анкилозирующего спондилита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) остеоартроза
- 4) подагры

239. ПСОРИАТИЧЕСКАЯ ОНИХОДИСТРОФИЯ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ

- 1)+ CASPAR
- 2) SLICC
- 3) ASAS/OMERACT
- 4) TRUELOVE

240. ПРИ РАСЧЕТЕ ИНДЕКСА BASDAI ОЦЕНИВАЕТСЯ

- 1)+ длительность утренней скованности с момента пробуждения за неделю
- 2) расстояние между медиальными лодыжками
- 3) способность пациента надевать носки без посторонней помощи или вспомогательных средств
- 4) способность пациента сохранять активность в течение всего дня

241. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ СПОНДИЛИТА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС

- 1)+ BASDAI
- 2) BASFI
- 3) BASMI
- 4) ASDAS

242. ПАРАМЕТРОМ ИНДЕКСА ASDAS ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- 1)+ С-реактивного белка
- 2) мочевой кислоты
- 3) ревматоидного фактора
- 4) антинуклеарного фактора

243. НОСИТЕЛЬСТВО HLA-B27 ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ анкилозирующим спондилитом
- 2) ревматоидным артритом
- 3) системной красной волчанкой
- 4) дерматомиозитом

244. К ФАЗЕ II ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ EULAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) системные глюкокортикоиды
- 3) ингибиторы фактора некроза альфа
- 4) ингибиторы фосфодиэстеразы-4

245. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА МЕТОТРЕКСАТОМ ПРОВОДЯТ КАЖДЫЕ

- 1)+ 3 месяца
- 2) ежемесячно
- 3) еженедельно
- 4) 1 раз в год

246. ОЦЕНКА БОКОВОГО СГИБАНИЯ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА

- 1)+ BASMI
- 2) BASDAI
- 3) MASES
- 4) BASFI

247. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ ПСОРИАЗОМ И ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) азатиоприн
- 3) гидроксихлорохин
- 4) мелоксикам

248. КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ УЛУЧШЕНИЕМ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СЧИТАЕТСЯ ЧИТАЕТСЯ УМЕНЬШЕНИЕ ИНДЕКСА ASDAS БОЛЕЕ ЧЕМ НА

- 1)+ 1,1
- 2) 0,8
- 3) 0,6
- 4) 0,3

249. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НЕОБХОДИМО

- 1)+ перейти к терапии метотрексатом
- 2) перейти к терапии инфликсимабом
- 3) провести хирургическое лечение
- 4) начать комбинированную терапию двумя нестероидными противовоспалительными препаратами

250. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОЛИГОАРТРИТОМ В ОТСУТСТВИИ ФАКТОРОВ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В СОЧЕТАНИИ С ЛОКАЛЬНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОЦЕНИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3 месяца
- 2) 1-2 недели
- 3) 3-4 дня
- 4) 7 месяцев

251. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕОБХОДИМО

- 1)+ продолжить терапию
- 2) перейти к терапии инфликсимабом
- 3) провести хирургическое лечение
- 4) добавить к терапии лефлуномид

252. У ПАЦИЕНТОВ С АКТИВНЫМ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ПСОРИАЗОМ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) азатиоприн
- 3) гидроксихлорохин
- 4) мелоксикам

253. ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛЕФЛУНОМИДА ОЖИДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1-2 недель
- 3) 3-4 дней
- 4) 1-2 лет

254. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ апремиласт
- 2) ритуксимаб
- 3) белимумаб
- 4) тоцилизумаб

255. ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГОЛИМУМАБА ОЖИДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1-2 недель
- 3) 3-4 дней
- 4) 1-2 лет

256. ДОЗИРОВКА АДАЛИМУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 40 мг 1 раз в 2 недели
- 2) 10 мг 1 раз в неделю
- 3) 1 г 1 раз в месяц
- 4) 5 г каждые 6 месяцев

257. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ сульфасалазина
- 2) циклоспорина-А
- 3) лефлуномида
- 4) D-пенициллина

258. В ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ блокаторы фактора некроза опухоли альфа
- 2) глюкозурические препараты
- 3) антималярийные препараты
- 4) трансплантация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток

259. ДОЗИРОВКА ГОЛИМУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 50 мг 1 раз в 28 дней
- 2) 10 мг 1 раз в неделю
- 3) 1 г 1 раз в месяц
- 4) 5 г каждые 6 месяцев

260. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА МЕТОТРЕКСАТА И ЛЕФЛУНОМИДА В ВИДЕ МОНО- ИЛИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ДРУГИМИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ БАЗИСНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ добавить к терапии адалимумаб
- 2) перейти на прием метилпреднизолона
- 3) провести хирургическое лечение
- 4) начать комбинированную терапию двумя нестероидными противовоспалительными препаратами

261. У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нестероидный противовоспалительный препарат
- 2) сульфасалазин
- 3) ингибитор ФНО-альфа
- 4) метотрексат

262. ДОЗИРОВКА АДАЛИМУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 40 мг 1 раз в 2 недели
- 2) 10 мг 1 раз в неделю
- 3) 1 г 1 раз в месяц
- 4) 5 г каждые 6 месяцев

263. ДОЗИРОВКА ГОЛИМУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 50 мг 1 раз в 28 дней
- 2) 10 мг 1 раз в неделю
- 3) 1 г 1 раз в месяц
- 4) 5 г каждые 6 месяцев

264. ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНФЛИКСИМАБА ОЖИДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1-2 недель
- 3) 3-4 дней
- 4) 1-2 лет

265. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕОБХОДИМО

- 1)+ продолжить терапию
- 2) добавить к терапии метотрексат
- 3) перейти к терапии инфликсимабом
- 4) провести хирургическое лечение

266. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ЦЕЛИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕОБХОДИМО

- 1)+ продолжить терапию
- 2) перейти на прием преднизолона
- 3) провести хирургическое лечение
- 4) начать комбинированную терапию двумя нестероидными противовоспалительными препаратами

267. ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СУЛЬФАСАЛАЗИНА С МОМЕНТА ДОСТИЖЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЫ НЕ МЕНЕЕ 2 Г В СУТКИ ОЖИДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1-2 недель
- 3) 3-4 дней
- 4) 1-2 лет

268. ДОЗИРОВКА ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 5 мг/кг
- 2) 100 мг/кг
- 3) 2 г/кг
- 4) 0,5 мг/кг

269. ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) локальные глюкокортикоиды
- 3) ингибиторы фактора некроза опухоли альфа
- 4) ингибиторы интерлейкина 17

270. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ И ОТВЕТА НА ЛЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО СПОНДИЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС

- 1)+ BASDAI
- 2) S LEI
- 3) PASI
- 4) MASES

271. ДОЗИРОВКА АДАЛИМУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 40 мг 1 раз в 2 недели
- 2) 10 мг 1 раз в неделю
- 3) 1 г 1 раз в месяц
- 4) 5 г каждые 6 месяцев

272. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ метотрексат
- 2) вольтарен
- 3) алфлутоп
- 4) пиаскледин

273. ОЦЕНКА РАССТОЯНИЯ ОТ КОЗЕЛКА ДО СТЕНЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ РАСЧЕТА ИНДЕКСА

- 1)+ BASMI
- 2) BASDAI
- 3) MASES
- 4) BASFI

274. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ТЕРАПИИ ИНФЛИКСИМАБОМ НЕОБХОДИМО

- 1)+ перейти на терапию другим ингибитором ФНО-альфа или ингибитором ИЛ 17 или ингибитором ИЛ 12/ИЛ 23
- 2) перейти на прием преднизолона
- 3) провести хирургическое лечение
- 4) начать комбинированную терапию двумя нестероидными противовоспалительными препаратами

275. К ФАЗЕ I ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ EULAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) сульфасалазин
- 3) ингибиторы фактора некроза альфа
- 4) ингибиторы фосфодиэстеразы-4

276. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ ФНО-α ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие ремиссии или минимальной активности на фоне лечения базисными противовоспалительными препаратами
- 2) низкий комплаенс к терапии метотрексатом
- 3) наличие активного туберкулеза легких
- 4) низкая активность без факторов неблагоприятного прогноза

277. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН РЕЖИМ ПРИЕМА НПВП

- 1)+ постоянный
- 2) интермиттирующий
- 3) альтернирующий
- 4) по требованию

278. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ОЦЕНИВАЮТ ЧИСЛО БОЛЕЗНЕННЫХ СУСТАВОВ ИЗ

- 1)+ 68
- 2) 48
- 3) 24
- 4) 66

279. ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ИНГИБИТОРОВ ФНО- α ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ множественные энтезиты (при отсутствии эффекта НПВП, локальной терапии глюкокортикоидами)
- 2) мембранозный гломерулонефрит
- 3) церебральный васкулит
- 4) неспецифическая интерстициальная пневмония

280. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) фебуксостат
- 3) аллопуринол
- 4) диацереин

281. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КИШКИ, МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЕН

- 1)+ сульфасалазин
- 2) тауредон
- 3) Д-пеницилламин
- 4) гидроксихлорохин

282. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И ПСОРИАЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) гидроксихлорохин
- 3) эторикоксиб
- 4) деносумаб

283. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ОЦЕНИВАЮТ ЧИСЛО ПРИПУХШИХ СУСТАВОВ ИЗ

- 1)+ 66
- 2) 48
- 3) 24
- 4) 68

284. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА МЕТОТРЕКСАТА И СУЛЬФАЛАЗИНА В ВИДЕ МОНО- ИЛИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ДРУГИМИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ БАЗИСНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ НЕОБХОДИМО

- 1)+ добавить к терапии голимумаб
- 2) перейти на прием преднизолона
- 3) провести хирургическое лечение
- 4) начать комбинированную терапию двумя нестероидными противовоспалительными препаратами

285. ТЕРАПИЯ ИНГИБИТОРАМИ ФНО-АЛЬФА АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ПРИ АКСИАЛЬНОМ ВАРИАНТЕ ДОЛЖНА БЫТЬ НАЗНАЧЕНА

- 1)+ при персистирующей высокой активности, несмотря на стандартную терапию НПВП
- 2) при неэффективности сульфасалазина и локальной терапии
- 3) после применения по крайней мере двух базисных противовоспалительных препаратов и сохранении высокой активности
- 4) при неэффективности генноинженерного препарата из группы ингибиторов интерлейкина-6

286. ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЭТАНЕРЦЕПТА ОЖИДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1-2 недель
- 3) 3-4 дней
- 4) 1-2 лет

287. К ФАЗЕ I ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ EULAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ локальные инъекции глюкокортикоидов
- 2) системные глюкокортикоиды
- 3) ингибиторы фактора некроза опухоли альфа
- 4) сульфасалазин

288. ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АДАЛИМУМАБА ОЖИДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1-2 недель
- 3) 3-4 дней
- 4) 1-2 лет

289. ДОЗИРОВКА ИНФЛИКСИМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 5 мг/кг
- 2) 100 мг/кг
- 3) 2 г/кг
- 4) 0,5 мг/кг

290. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цефексиксид
- 2) сульфасалазин
- 3) лефлюнамид
- 4) метотрексат

291. К ФАЗЕ II ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА, СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ EULAR, ОТНОСЯТ

- 1)+ метотрексат
- 2) системные глюкокортикоиды
- 3) ингибиторы фактора некроза альфа
- 4) ингибиторы интерлейкина 17

292. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ У ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА НЕОБХОДИМО

- 1)+ добавить к терапии инфликсимаб
- 2) перейти на прием преднизолона
- 3) провести хирургическое лечение
- 4) начать комбинированную терапию двумя нестероидными противовоспалительными препаратами

293. ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА В ДОЗЕ БОЛЕЕ 15 МГ В НЕДЕЛЮ ОЖИДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1-2 недель
- 3) 3-4 дней
- 4) 1-2 лет

294. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ДОЗОЙ ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛ ПОСЛЕ ИНДУКЦИОННОЙ ДОЗЫ (400 МГ НА 0-2-4 НЕДЕЛЕ) ЯВЛЯЕТСЯ 200 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 2 недели
- 2) неделю
- 3) месяц
- 4) 6 недель

295. ДОЗИРОВКА ЭТАНЕРЦЕПТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 50 мг 1 раз в неделю
- 2) 10 мг 1 раз в неделю
- 3) 2 г один раз в месяц
- 4) 5 г 1 раз в 6 месяцев

296. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ГОЛИМУМАБОМ ЯВЛЯЕТСЯ 50 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 4 недели
- 2) неделю
- 3) 2 недели
- 4) 6 недель

297. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ДОЗОЙ ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛ ПОСЛЕ ИНДУКЦИОННОЙ ДОЗЫ (400 МГ НА 0-2-4 НЕДЕЛЕ) ЯВЛЯЕТСЯ 200 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 2 недели
- 2) неделю
- 3) месяц
- 4) 6 недель

298. ДОЗИРОВКА ГОЛИМУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 50 мг 1 раз в 28 дней
- 2) 10 мг 1 раз в неделю
- 3) 1 г 1 раз в месяц
- 4) 5 г каждые 6 месяцев

299. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ИНФЛИКСИМАБ НАЗНАЧАЕТСЯ ПО СХЕМЕ

- 1)+ на 0-2-6 недели, затем каждые 6-8 недель
- 2) на 0, 2, 4 неделях, затем 2 раза в неделю
- 3) на 0 и 2 неделях, затем 1 раз в 4 недели
- 4) первые 3 месяца 1 раз в 4 недели, затем 1 раз в 8 недель

300. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ИНФЛИКСИМАБ НАЗНАЧАЕТСЯ ПО СХЕМЕ

- 1)+ на 0 - 2 - 6 неделе, далее каждые 8 недель
- 2) на 0, 2, 4 неделях, затем 2 раза в неделю
- 3) на 0 и 2 неделях, затем 1 раз в 4 недели
- 4) первые 3 месяца 1 раз в 4 недели, затем 1 раз в 6 недель

301. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ДОЗОЙ ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛ ПОСЛЕ ИНДУКЦИОННОЙ ДОЗЫ (400 МГ НА 0-2-4 НЕДЕЛЕ) ЯВЛЯЕТСЯ 400 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 4 недели
- 2) неделю
- 3) 2 недели
- 4) 6 недель

302. ДОЗИРОВКА ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 200 мг 1 раз в 2 недели или 400 мг 1 раз в 4 недели
- 2) 50 мг 1 раз в 2 недели или 100 мг 1 раз в 4 недели
- 3) 1 г 1 раз в 2 недели или 2 г 1 раз в 4 недели
- 4) 100 мг 1 раз в 6 недель

303. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ДОЗОЙ ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛ ПОСЛЕ ИНДУКЦИОННОЙ ДОЗЫ (400 МГ НА 0-2-4 НЕДЕЛЕ) ЯВЛЯЕТСЯ 400 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 4 недели
- 2) неделю
- 3) 2 недели
- 4) 6 недель

304. ДОЗИРОВКА ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 200 мг 1 раз в 2 недели или 400 мг 1 раз в 4 недели
- 2) 50 мг 1 раз в 2 недели или 100 мг 1 раз в 4 недели
- 3) 1 г 1 раз в 2 недели или 2 г 1 раз в 4 недели
- 4) 100 мг 1 раз в 6 недель

305. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ГОЛИМУМАБОМ ЯВЛЯЕТСЯ 50 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 4 недели
- 2) неделю
- 3) 2 недели
- 4) 6 недель

306. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА АДАЛИМУМАБОМ ЯВЛЯЕТСЯ 40 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 2 недели
- 2) неделю
- 3) месяц
- 4) 6 недель

307. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ЭТАНЕРЦЕПТА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ ЯВЛЯЕТСЯ (МГ)

- 1)+ 25
- 2) 50
- 3) 12,5
- 4) 75

308. ДОЗИРОВКА ЭТАНЕРЦЕПТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 50 мг 1 раз в неделю
- 2) 10 мг 1 раз в неделю
- 3) 2 г один раз в месяц
- 4) 5 г 1 раз в 6 месяцев

309. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА АДАЛИМУМАБОМ ЯВЛЯЕТСЯ 40 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 2 недели
- 2) неделю
- 3) месяц
- 4) 6 недель

310. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ РЕКОМЕНДУЕМОЙ ДОЗОЙ АДАЛИМУМАБА ЯВЛЯЕТСЯ 40 МГ 1 РАЗ В

- 1)+ 2 недели
- 2) неделю
- 3) 4 недели
- 4) 6 недель

Тема 7. Диагностика и лечение системной склеродермии.

1. НАЛИЧИЕ ДИГИТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** системная склеродермия
- 2) анкилозирующий спондиллит
- 3) артериит Такаясу
- 4) полиостеоартроз

2. СИМПТОМОМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ДЕБЮТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** отек пальцев (кистей)
- 2) симптом киста
- 3) гиперпигментация
- 4) кальцификация

3. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К РНК-ПОЛИМЕРАЗЕ III ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** системная склеродермия
- 2) анкилозирующий спондиллит
- 3) дерматомиозит
- 4) системная красная волчанка

4. ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ КРАЙНЕ РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+** капиллярит ладоней
- 2) усиленная продукция фибробластами коллагена и фибронектина
- 3) усиленная продукция протеогликанов и гликопротеинов
- 4) изменение мембранных рецепторов с развитием неадекватных реакций фибробластов

5. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** склеродактилия
- 2) проксимальная миопатия
- 3) поражение почек
- 4) лёгочная гипертензия

6. НАЛИЧИЕ ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЙ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** системная склеродермия
- 2) болезнь Шамберга
- 3) болезнь Шегрена
- 4) системная красная волчанка

7. ДЛЯ ЛИМИТИРОВАННОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ

- 1)+** антицентромерных
- 2) антимитохондриальных
- 3) антинейтрофильных
- 4) к двухспиральной ДНК

8. МАРКЕРОМ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+** антител к топоизомеразе I
- 2) ревматоидного фактора
- 3) повышения с-реактивного белка
- 4) антител к двуспиральной ДНК

9. ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- 1)+ склеродермии
- 2) саркоидоза
- 3) костно-суставного туберкулёза
- 4) ревматоидного артрита

10. УПЛОТНЕНИЯ И УТОЛЩЕНИЯ КОЖИ ОБЕИХ РУК ВЫШЕ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная склеродермия
- 2) псориатический артрит
- 3) полимиозит
- 4) системная красная волчанка

11. ПРИ ОЧАГОВОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ поражение кожи
- 2) кардиопатия
- 3) поражение печени
- 4) нефропатия

12. ПРАВИЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ У БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ С СИНДРОМОМ РЕЙНО, НАРУШЕНИЕМ ГЛОТАНИЯ, ЛЁГочНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, УПЛОТНЕНИЕМ КОЖИ В ОБЛАСТИ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ системная склеродермия
- 2) ревматоидный артрит
- 3) системная красная волчанка
- 4) узелковый периартериит

13. СИНДРОМ РЕЙНО БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) ревматоидного артрита
- 3) узелкового периартериита
- 4) анкилозирующего спондилита

14. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ телеангиэктазия
- 2) поражение кишечника
- 3) проксимальная миопатия
- 4) лёгочная гипертензия

15. НАЛИЧИЕ АНТИЦЕНТРОМЕРНЫХ АНТИТЕЛ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная склеродермия
- 2) антифосфолипидный синдром
- 3) системная красная волчанка
- 4) болезнь Шегрена

16. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ телеангиэктазия
- 2) проксимальная миопатия
- 3) поражение кишечника
- 4) поражение почек

17. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ лёгкие, сердце, пищеварительный тракт, почки, кожа
- 2) головной мозг, почки, селезенка, орган зрения, суставы
- 3) суставы, костный мозг, сердце, слуховой аппарат
- 4) только органы дыхательной и пищеварительной системы

18. СИМПТОМ «КИСЕТНОГО РТА» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) дерматомиозита
- 3) болезни Бехтерева
- 4) ревматоидного артрита

19. КОНТРАКТУРА КИСТЕЙ, СИНДРОМ РЕЙНО, МИКРОСТОМИЯ, ЭЗОФАГОСКЛЕРОЗ, АТРОФИЯ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) дерматомиозита
- 3) ревматоидного артрита
- 4) микседемы

20. НАЛИЧИЕ АНОМАЛЬНЫХ КАПИЛЛЯРОВ НОГТЕВОГО ЛОЖА ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная склеродермия
- 2) псориаз
- 3) болезни накопления
- 4) пигментный виллонодулярный синовит

21. ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ склеродермический почечный криз
- 2) хронический гломерулонефрит
- 3) тубулоинтерстициальный нефрит
- 4) вторичный АА-амилоидоз

22. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА СЧИТАЮТ

- 1)+ феномен Рейно
- 2) поражение кишечника
- 3) поражение почек
- 4) лёгочную гипертензию

23. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ИЗ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+ стриктур нижней трети пищевода
- 2) язв желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) антрального гастрита
- 4) проктосигмоидита

24. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ТОПОИЗОМЕРАЗЕ I ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная склеродермия
- 2) болезнь Хортона
- 3) антифосфолипидный синдром
- 4) псориатический артрит

25. КАЛЬЦИФИКАТЫ В МЫШЦАХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+** склеродермии
- 2) ревматоидного артрита
- 3) деформирующего остеоартроза
- 4) дерматополимиозита

26. ФИБРОЗНО-СКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (ЛЁГКИХ, СЕРДЦА, ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ПОЧЕК), ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ В ФОРМЕ СИНДРОМА РЕЙНО ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

- 1)+** системной склеродермии
- 2) системной красной волчанки
- 3) диффузного (эозинофильного) фасциита
- 4) синдрома Шегрена

27. НАЛИЧИЕ ЛОКАЛЬНОГО УТОЛЩЕНИЯ И УПЛОТНЕНИЯ КОЖИ ПАЛЬЦЕВ РУК ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** системная склеродермия
- 2) псориатический артрит
- 3) ревматоидный артрит
- 4) дерматомиозит

28. К НАИБОЛЕЕ РЕДКИМ СИМПТОМАМ ПРИ ИСТИННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКОЙ ПОЧКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+** сохранную функцию почек
- 2) эритроциты и белок в моче
- 3) артериальную гипертензию
- 4) быстро прогрессирующую почечную недостаточность

29. СИНДРОМ РЕЙНО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+** системной склеродермии
- 2) ревматоидного артрита
- 3) узелкового полиартериита
- 4) неспецифического аортоартериита

30. НАЛИЧИЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** системная склеродермия
- 2) микроскопический полиангиит
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) анкилозирующий спондиллит

31. СИНДРОМ РЕЙНО ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** системная склеродермия
- 2) ревматоидный артрит
- 3) эозинофильный фасциит
- 4) дерматополимиозит

32. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ТИПИЧНО НАЛИЧИЕ

- 1)+** остеолиза ногтевых фаланг
- 2) тофусов
- 3) ревматоидных узелков
- 4) узлов Гебердена

33. НАЛИЧИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ системная склеродермия
- 2) гипермобильный синдром
- 3) дерматомиозит
- 4) нефрогенный системный фиброз

34. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ телеангиэктазии
- 2) остеопороз
- 3) узлы Бушара
- 4) параорбитальный отёк

35. КОНТРАКТУРА КИСТЕЙ, СИНДРОМ РЕЙНО, МИКРОСТОМИЯ, ЭЗОФАГОСКЛЕРОЗ, АТРОФИЯ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- 1)+ склеродермии
- 2) ревматоидного артрита
- 3) дерматомиозита
- 4) микседемы

36. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ, ПРИ НАЛИЧИИ ПОХОЛОДАНИЯ, БОЛИ И ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА ПАЛЬЦЕВ РУК ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХОЛОДА, ПОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ АРТРИТА МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ И ЗАПЯСТИЙ, УПЛОТНЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА, ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ГЛОТАНИИ ТВЁРДОЙ ПИЩИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ системная склеродермия
- 2) опухоль пищевода
- 3) системная красная волчанка
- 4) дерматомиозит

37. К ХАРАКТЕРНОЙ ЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ адгезивный плеврит
- 2) бронхообструкцию
- 3) абсцесс лёгкого
- 4) эмфизему лёгких

38. ПРИЗНАКОМ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, КОТОРЫЙ АССОЦИИРУЕТСЯ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ поражение кожи живота
- 2) обнаружение антител к центромере
- 3) отёк кистей
- 4) визуализация изменений при капилляроскопии

39. ИЗ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение ритма и проводимости
- 2) митральный стеноз
- 3) аортальная недостаточность
- 4) асептический бородавчатый эндокардит

40. CREST-СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СОЧЕТАНИЕ

- 1)+ кальциноза, синдрома Рейно, нарушения моторики пищевода, склеродактилии, телеангиэктазий
- 2) кардиомегалии, повышения частоты сердечных сокращений, эзофагита, слип-апноэ, тромбоцитопений
- 3) цереброваскулита, эозинофилии, синдрома Титце
- 4) цитопении, ревматоидных узелков, тромбофилии

41. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ВТОРИЧНОГО ФЕНОМЕНА РЕЙНО ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТ ПЕРВИЧНОГО ФЕНОМЕНА РЕЙНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ образование язвочек, рубчиков, некрозов (трофические нарушения)
- 2) трехфазное изменение цвета пальцев (белые, синие, красные)
- 3) онемение, покалывание пальцев во время приступа
- 4) провоцирование приступа воздействием холода, волнением

42. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ индурация участков кожи
- 2) сетчатое ливедо
- 3) гелиотропная сыпь
- 4) симптом Готтрона

43. У БОЛЬНОЙ С ЖАЛОБАМИ НА ПОХОЛОДАНИЕ И ОНЕМЕНИЕ КИСТЕЙ, ИЗЖОГУ, У КОТОРОЙ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНЫ ПЛОТНЫЙ ОТЁК КИСТЕЙ, ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ДИАГНОЗ

- 1)+ системная склеродермия
- 2) синдром Рейно
- 3) узелковый полиартериит
- 4) системная красная волчанка

44. АМИМИЧНОЕ ЛИЦО С БЛЕСТЯЩИМИ КОЖНЫМИ ПОКРОВАМИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) дерматомиозита
- 3) системной красной волчанки
- 4) геморрагического васкулита

45. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ В ВИДЕ ПЛОТНОГО ОТЁКА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) тиреотоксическом зобе
- 3) системной красной волчанке
- 4) болезни Кавасаки

46. В ДИАГНОСТИКЕ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1)+ антинуклеарного фактора
- 2) эритроцитов
- 3) лейкоцитов
- 4) скорости оседания эритроцитов

47. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ синдрома Рейно
- 2) фотосенсибилизации
- 3) геморрагической сыпи
- 4) уртикарной сыпи

48. РАСПОЛОЖЕННЫЕ НА ПОДУШЕЧКАХ ПАЛЬЦЕВ УЧАСТКИ АТРОФИИ В ВИДЕ ТОЧЕЧНЫХ ВТЯЖЕНИЙ КОЖИ ВСЛЕДСТВИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ дигитальными рубчиками
- 2) ревматоидными узелками
- 3) телеангиоэктазиями
- 4) акроостеолит

49. СКРИНИНГОВЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) катетеризация правых камер сердца
- 3) магнитно-резонансная томография сердца
- 4) компьютерная томография легких

50. АНТИТЕЛА К РНК-ПОЛИМЕРАЗЕ III ОТНОСЯТ К ____ АНТИТЕЛАМ

- 1)+ антинуклеарным
- 2) антинейтрофильным цитоплазматическим
- 3) антифосфолипидным
- 4) антицитруллиновым

51. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КАПИЛЛЯРОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ капилляроскопия ногтевого ложа
- 2) дуплексное сканирование сосудов верхних конечностей
- 3) магнитно-резонансная томография сосудов шеи
- 4) эхокардиография

52. БУКВА «Т» В ПОНЯТИИ «CREST-СИНДРОМ» РАСШИФРОВЫВАЕТСЯ КАК

- 1)+ телеангиэктазии
- 2) тромбоцитопения
- 3) тромбоцитоз
- 4) тромбоз легочной артерии

53. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ идиопатический легочный фиброз
- 2) бронхиальную астму
- 3) хроническую обструктивную болезнь легких
- 4) респираторный дистресс-синдром

54. ПРИ КАКОМ ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНОМ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВХОДИТ В КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ?

- 1)+ системная склеродермия
- 2) системная красная волчанка
- 3) рецидивирующий полихондрит
- 4) ревматоидный артрит

55. АНТИТЕЛА К ТОПОИЗОМЕРАЗЕ I ОТНОСЯТ К ____ АНТИТЕЛАМ

- 1)+ антинуклеарным
- 2) антинейтрофильным цитоплазматическим
- 3) антифосфолипидным
- 4) антицитруллиновым

56. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение ритма и проводимости
- 2) инфаркт
- 3) амилоидоз миокарда
- 4) гипертрофическая кардиомиопатия

57. УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПАЛЬЦЕВ РУК ИЗ-ЗА ОТЕЧНОСТИ КОЖИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ УМЕНЬШЕНИЕМ ВЫРАЖЕННОСТИ КОЖНОГО РИСУНКА И РАЗГЛАЖИВАНИЕМ СКЛАДОВ КОЖИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ склередемой кистей
- 2) проксимальной склеродермой
- 3) склеродактилией
- 4) дигитальными рубчиками

58. РЕСТРИКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ – СНИЖЕНИЕ ФОРСИРОВАННОЙ ЖИЗНЕННОЙ ЕМКОСТИ ЛЕГКИХ ПРИ СПИРОГРАФИИ И ДИФфуЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ - ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ интерстициального поражения легких
- 2) бронхиальной астмы
- 3) эмфиземы легких
- 4) анемии

59. РЕЗОРБЦИЯ КОНЦЕВЫХ ОТДЕЛОВ ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ТИПИЧНА ДЛЯ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) дерматополимиозита
- 3) системной красной волчанки
- 4) гранулематоза с полиангиитом

60. НАЛИЧИЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТА С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПОЗВОЛИТ ЗАПОДОЗРИТЬ

- 1)+ изолированное снижение диффузионной способности легких
- 2) выявление антител к двуспиральной ДНК
- 3) наличие сигнала выраженной митральной регургитации
- 4) выявление антител к центромерам

61. НАЛИЧИЕ АНТИЦЕНТРОМЕРНЫХ АНТИТЕЛ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+ легочной артериальной гипертензией
- 2) развитием ренального криза
- 3) интерстициальным заболеванием легких
- 4) миозитом

62. АУТОАНТИТЕЛАМИ У АНФ-ПОЗИТИВНОГО БОЛЬНОГО С ВЫРАЖЕННЫМ СИНДРОМОМ РЕЙНО, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ПРЕДПОЛАГАТЬ, ЧТО ОН СТРАДАЕТ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антицентромерные антитела
- 2) антикардиолипиновые антитела
- 3) антитела к цитоплазме нейтрофилов
- 4) анти-Sm

63. РАСШИРЕННЫЕ ПОВЕРХНОСТНЫЕ КРОВЕНОСНЫЕ СОСУДЫ, ИСЧЕЗАЮЩИЕ ПРИ НАДАВЛИВАНИИ И МЕДЛЕННО ЗАПОЛНЯЮЩИЕСЯ ПРИ УМЕНЬШЕНИИ ДАВЛЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ телеангиоэктазиями
- 2) экземой
- 3) псориатическими бляшками
- 4) нейродермитом

64. БУКВА «С» В ПОНЯТИИ «CREST-СИНДРОМ» РАСШИФРОВЫВАЕТСЯ КАК

- 1)+ кальциноз
- 2) карцинома
- 3) кисетный рот
- 4) колит

65. К СИММЕТРИЧНЫМ УПЛОТНЕНИЯМ КОЖИ, РАСПРОСТРАНЯЮЩИМСЯ ВЫШЕ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ, ОТНОСЯТ

- 1)+ проксимальную склеродерму
- 2) склеродактилию
- 3) дигитальные язвочки
- 4) дигитальные рубчики

66. ОРГАНАМИ-МИШЕНЯМИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ легкие, сердце, желудочно-кишечный тракт, почки, кожа
- 2) головной мозг, почки, селезенка, орган зрения, суставы
- 3) суставы, костный мозг, сердце, слуховой аппарат
- 4) слуховой аппарат, головной мозг, орган зрения

67. К УПЛОТНЕНИЯМ КОЖИ ПАЛЬЦЕВ РУК ДИСТАЛЬНОЕ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ С УМЕНЬШЕНИЕМ ОБЪЕМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ КОНЦЕВЫХ ФАЛАНГ ОТНОСЯТ

- 1)+ склеродактилию
- 2) дигитальные язвочки
- 3) дигитальные рубчики
- 4) проксимальную склеродерму

68. ПЛОТНОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ НОГТЕВОГО ЛОЖА, РАВНАЯ 13-14 НА МИЛЛИМЕТР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нормальной
- 2) повышенной
- 3) экстремально высокой
- 4) сниженной

69. ПЛОТНОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ НОГТЕВОГО ЛОЖА, РАВНАЯ 11-12 НА МИЛЛИМЕТР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нормальной
- 2) повышенной
- 3) экстремально высокой
- 4) сниженной

70. ПЛОТНОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ НОГТЕВОГО ЛОЖА, РАВНАЯ 5-6 НА МИЛЛИМЕТР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сниженной
- 2) нормальной
- 3) повышенной
- 4) экстремально высокой

71. БУКВА «R» В ПОНЯТИИ «CREST-СИНДРОМ» РАСШИФРОВЫВАЕТСЯ КАК

- 1)+ синдром Рейно
- 2) рабдомиолиз
- 3) ревмокардит
- 4) ринит

72. АНТИТЕЛА К РНК-ПОЛИМЕРАЗЕ III НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С/СО

- 1)+ диффузной формой системной склеродермии
- 2) ограниченной склеродермией
- 3) лимитированной формой системной склеродермии
- 4) смешанным заболеванием соединительной ткани

73. АНТИЦЕНТРОМЕРНЫЕ АНТИТЕЛА ОТНОСЯТ К___ АНТИТЕЛАМ

- 1)+ антинуклеарным
- 2) антинейтрофильным цитоплазматическим
- 3) антифосфолипидным
- 4) антицитруллиновым

74. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ катетеризация правых камер сердца
- 2) магнитно-резонансная томография сердца
- 3) компьютерная томография легких
- 4) эхокардиография

75. ПЛОТНОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ НОГТЕВОГО ЛОЖА, РАВНАЯ 7-8 НА МИЛЛИМЕТР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сниженной
- 2) нормальной
- 3) повышенной
- 4) экстремально высокой

76. ПЛОТНОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ НОГТЕВОГО ЛОЖА, РАВНАЯ 9-10 НА МИЛЛИМЕТР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нормальной
- 2) повышенной
- 3) экстремально высокой
- 4) сниженной

77. ОДНОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ лимитированная форма
- 2) склероатрофический лихен
- 3) морфеа
- 4) линейная склеродермия

78. ОДНОЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диффузная форма
- 2) буллезная склеродермия
- 3) глубокая склеродермия
- 4) идиопатическая атрофодермия Пазини-Пьерини

79. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА РЕЙНО ЛЕЖИТ

- 1)+ вазоконстрикция дигитальных артерий, прекапиллярных артериол, артериовенозных шунтов
- 2) присутствие атеросклеротических бляшек на стенках сосудов
- 3) отложение иммунных комплексов в стенках сосудов
- 4) полинейропатия

80. АНТИЦЕНТРОМЕРНЫЕ АНТИТЕЛА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С/СО

- 1)+ лимитированной формой системной склеродермии
- 2) диффузной формой системной склеродермии
- 3) ограниченной склеродермией
- 4) смешанным заболеванием соединительной ткани

81. РЕСТРИКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ТЕСТИРОВАНИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1)+ интерстициального поражения легких
- 2) эмфиземы легких
- 3) бронхиальной астмы
- 4) анемии

82. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАЧИНАЕТСЯ С

- 1)+ базальных отделов
- 2) прикорневых отделов
- 3) верхушечных сегментов
- 4) одновременно во всех отделах легких

83. БУКВА «Е» В ПОНЯТИИ «CREST-СИНДРОМ» РАСШИФРОВЫВАЕТСЯ КАК

- 1)+ эзофагит
- 2) эозинофилия
- 3) эндокринопатия
- 4) эритроцитоз

84. ЭПИЗОДЫ ПРЕХОДЯЩЕЙ ДИГИТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ВСЛЕДСТВИЕ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ ДИГИТАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ, ПРЕКАПИЛЛЯРНЫХ АРТЕРИОЛ ПОД ВЛИЯНИЕМ ХОЛОДНЫХ ТЕМПЕРАТУР И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ЯВЛЯЮТСЯ СИНДРОМОМ

- 1)+ Рейно
- 2) Шегрена
- 3) Стилла
- 4) Сусака

85. БУКВА «S» В ПОНЯТИИ «CREST-СИНДРОМ» РАСШИФРОВЫВАЕТСЯ КАК

- 1)+ склеродактилия
- 2) синовиты
- 3) сосудистые поражения
- 4) синдром Рейно

86. АНТИТЕЛА К ТОПОИЗОМЕРАЗЕ I НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С/СО

- 1)+ диффузной формой системной склеродермии
- 2) ограниченной склеродермией
- 3) лимитированной формой системной склеродермии
- 4) смешанным заболеванием соединительной ткани

87. НАЛИЧИЕ СФОРМИРОВАННЫХ, РЕГУЛЯРНО РАСПОЛОЖЕННЫХ КАПИЛЛЯРНЫХ ПЕТЕЛЬ НОРМАЛЬНОЙ ФОРМЫ И ДИАМЕТРА, ПО ДАННЫМ КАПИЛЛЯРОСКОПИИ НОГТЕВОГО ЛОЖА, ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ____ ПАТТЕРНОМ

- 1)+ нормальным
- 2) ранним склеродермическим
- 3) активным склеродермическим
- 4) поздним склеродермическим

88. СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ ЧАЩЕ СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ аутоиммунным тиреоидитом
- 2) болезнью Аддисона
- 3) сахарным диабетом тип 1
- 4) первичным гипопаратиреозом

89. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ИНДЕКС

- 1)+ EScSG
- 2) SLEDAI
- 3) BASDAI
- 4) DAS28

90. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ТОПОИЗОМЕРАЗЕ I ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+ интерстициальным заболеванием легких
- 2) миозитом
- 3) легочной артериальной гипертензией
- 4) развитием ренального криза

91. НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К РНК-ПОЛИМЕРАЗЕ III ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ АССОЦИИРОВАНО С

- 1)+ развитием ренального криза
- 2) интерстициальным заболеванием легких
- 3) миозитом
- 4) легочной артериальной гипертензией

92. ДЛЯ ЛИМИТИРОВАННОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ

- 1)+ антицентромерных
- 2) к топоизомеразе
- 3) к двухспиральной ДНК
- 4) антинейтрофильных

93. ДЛЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ

- 1)+ к топоизомеразе
- 2) антицентромерных
- 3) к двухспиральной ДНК
- 4) антинейтрофильных

94. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ капилляров
- 2) сосудов среднего калибра
- 3) вен
- 4) крупных сосудов

95. ПОД CREST-СИНДРОМОМ ПОНИМАЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ кальциноза, синдрома Рейно, эзофагита, склеродактилии, телеангиэктазий
- 2) цереброваскулита, эозинофилии, синдрома Титце
- 3) кардиомегалии, повышенной частоты сердечных сокращений, эзофагита, слип-апноэ, тромбоцитопении
- 4) цитопении, ревматоидных узелков, тромбофилии

96. ПЛОТНОСТЬ КАПИЛЛЯРОВ НОГТЕВОГО ЛОЖА, РАВНАЯ 3-4 НА МИЛЛИМЕТР, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сниженной
- 2) нормальной
- 3) повышенной
- 4) экстремально высокой

97. ОТДЕЛОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, КОТОРЫЙ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пищевод
- 2) тонкая кишка
- 3) толстая кишка
- 4) желудок

98. ПРИ ВЗЯТИИ БИОПСИИ ИЗ ОБЛАСТИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЙ АТРОФИИ И УПЛОТНЕНИЯ КОЖИ В ЦЕНТРЕ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕГО ОЧАГА СКЛЕРОДЕРМИИ, ГИСТОЛОГИЧЕСКИ БУДЕТ ВЫЯВЛЕН

- 1)+ гиалинизированный коллаген дермы
- 2) акантоз эпидермиса
- 3) густой воспалительный инфильтрат
- 4) отек дермы

99. ДЛЯ ЛИМИТИРОВАННОЙ ФОРМЫ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ антицентромерных антител
- 2) антител к топоизомеразе
- 3) антинейтрофильных антител
- 4) антител к двухспиральной ДНК

100. ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки, кожа
- 2) головной мозг, почки, селезенка, орган зрения, суставы
- 3) суставы, костный мозг, сердце, слуховой аппарат
- 4) только органы дыхательной и пищеварительной системы

101. ФИБРОЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ВАЗОСПАСТИЧЕСКИЕ СОСУДИСТЫЕ РЕАКЦИИ ПО ТИПУ ФЕНОМЕНА РЕЙНО ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) системной красной волчанки
- 3) диффузного (эозинофильного) фасциита
- 4) синдрома Шегрена

102. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

- 1)+ нарушение ритма и проводимости
- 2) гипертрофическая кардиомиопатия
- 3) амилоидоз миокарда
- 4) панкардит

103. ОСТЕОЛИЗ ДИСТАЛЬНЫХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТЕЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) саркоидоза
- 3) костно-суставного туберкулеза
- 4) ревматоидного артрита

104. ДЛЯ CREST-СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ кальциноз, синдром Рейно, нарушение моторики пищевода, склеродактилия, телеангиэктазии
- 2) кардиомегалия, повышение частоты сердечных сокращений, эзофагит, слип-апноэ, тромбоцитопения
- 3) цереброваскулит, эозинофилия, синдром Титце
- 4) цитопения, ревматоидные узелки, тромбофилия

Тема 8. Диагностика и лечение системных васкулитов.

1. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БИОПСИИ ТКАНЕЙ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ ОТНОСЯТ

- 1)+** неясность диагноза
- 2) поражение сердца
- 3) воспалительные изменения в суставах
- 4) выявление протеинурии в моче

2. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** узелки, инфильтраты или полости в лёгких
- 2) множественные геморрагические высыпания преимущественно на нижних конечностях
- 3) эозинофилия в общем анализе крови
- 4) псевдотумор орбиты

3. ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЦА ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ АРТЕРИИТЕ ПРОИСХОДИТ В ВИДЕ

- 1)+** инфаркта миокарда
- 2) слабости синусового узла
- 3) нарушения проведения через АВ-узел
- 4) незаращения овального окна

4. ДЛЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+** развитие болезни в возрасте старше 50 лет
- 2) поражение сосудов мелкого калибра
- 3) увеличение СОЭ до 35 мм/ч
- 4) наличие постоянных головных болей с раннего возраста

5. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ

- 1)+** асимметрии пульса
- 2) геморрагической пурпуры
- 3) сетчатого ливедо
- 4) кровохарканья

6. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+** иммунное воздействие
- 2) токсическое воздействие
- 3) бактериальный фактор
- 4) аллергическое воздействие

7. ВЫСОКАЯ ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА «В» ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+** узелкового полиартериита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) системной красной волчанки
- 4) системной склеродермии

8. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ МЕЛКОГО, СРЕДНЕГО И КРУПНОГО КАЛИБРОВ ОТНОСЯТ

- 1)+** облитерирующий тромбангиит
- 2) микроскопический полиангиит
- 3) гипокомплементарный уртикарный васкулит
- 4) кожный лейкоцитокластический ангиит

9. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ КРУПНОГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ

- 1)+ гигантоклеточный артериит
- 2) микроскопический полиангиит
- 3) гипокомплементарный уртикарный васкулит
- 4) геморрагический васкулит

10. ПРИ IgA-ВАСКУЛИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОТМЕЧАЮТ ПОРАЖЕНИЯ

- 1)+ капилляров и артериолы
- 2) сонных артерий и яремных вен
- 3) аорты
- 4) лёгочной артерии

11. СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ появлением мигрирующего артрита
- 2) появлением длительной скованности по утрам
- 3) отсутствием поражения синовиальной оболочки
- 4) появлением узлов Гебердена

12. ВАСКУЛИТОМ, ПРИ КОТОРОМ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериит Такаясу
- 2) узелковый периартериит
- 3) геморрагический васкулит
- 4) гранулематоз Вегенера

13. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ миалгия
- 2) повышение массы тела на 4 кг
- 3) носительство вируса гепатита С
- 4) наличие симметричного полиартрита

14. К ВАСКУЛИТАМ С ПОРАЖЕНИЕМ КРУПНЫХ СОСУДОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ болезнь Хортона
- 2) болезнь Шенляйн - Геноха
- 3) узелковый полиартериит
- 4) гранулематоз с полиангиитом

15. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОВРЕЖДАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ неспецифический аортоартериит
- 2) узелковый полиартериит
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) пурпuru Шенлейн-Геноха

16. АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМ ВАСКУЛИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микроскопический полиартериит
- 2) болезнь Кавасаки
- 3) криоглобулинемический васкулит
- 4) узелковый полиартериит

17. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ болезненность в яичках, не связанная с инфекцией или травмой
- 2) наличие антигена к вирусу гепатита С
- 3) поражение ЛОР-органов в виде язв полости рта, гнойных или кровянистых выделений из полости носа
- 4) затруднение дыхания или диффузных хрипы при вдохе

18. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ СРЕДНЕГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ

- 1)+ болезнь Kawasaki
- 2) микроскопический полиангиит
- 3) пурпура Шенлейна-Геноха
- 4) эссенциальный криоглобулинемический васкулит

19. ВЫСОКАЯ ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1)+ узелкового периартериита
- 2) системной красной волчанки
- 3) ревматоидного артрита
- 4) ревматической лихорадки

20. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гранулематоз Вегенера
- 2) геморрагического васкулита
- 3) микроскопического полиангиита
- 4) узелкового периартериита

21. В ГРУППЕ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ геморрагический васкулит
- 2) узелковый периартериит
- 3) микроскопический полиангиит
- 4) неспецифический аortoартериит

22. ЧАЩЕ ВСЕГО ЛЁГКИЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ гранулематоз Вегенера
- 2) гигантоклеточном височном артериите
- 3) артериите Такаясу
- 4) болезни Kawasaki

23. ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ, У ЖЕНЩИНЫ 22 ЛЕТ С АСИММЕТРИЕЙ ПУЛЬСА И АД НА РУКАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериит Такаясу
- 2) гранулематоз Вегенера
- 3) открытый артериальный проток
- 4) коарктация аорты

24. СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) системной красной волчанки
- 3) геморрагического васкулита
- 4) AL-амилоидоза

25. КЛИНИЧЕСКИ КОЖНЫЙ ВАСКУЛИТ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- 1)+ геморрагической сыпью
- 2) эритемой
- 3) витилиго
- 4) единичной кольцевидной эритемой

26. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ПРИ КОЖНЫХ АНГИИТАХ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ, КАК ПРАВИЛО, НА

- 1)+ голенях
- 2) лице
- 3) предплечьях
- 4) волосистой части головы

27. СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ КРУПНОГО КАЛИБРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гигантоклеточный артериит
- 2) микроскопический полиангиит
- 3) эссенциальный криоглобулинемический васкулит
- 4) гипокомплементарный уртикарный васкулит

28. К КРИТЕРИЯМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ пальпируемую пурпуру
- 2) кольцевидную эритему
- 3) лихеноидные высыпания
- 4) узловатую эритему

29. ДЛЯ ВАСКУЛИТА ЧАРДЖ - СТРОССА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ летучих лёгочных инфильтратов
- 2) анэозинофилии
- 3) некроза кожных покровов
- 4) гемартроза

30. СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И АСИММЕТРИЧНЫМ ПОЛИНЕВРИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ узелкового полиартериита
- 2) системной красной волчанки
- 3) амилоидоза с поражением почек
- 4) геморрагического васкулита

31. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У МУЖЧИНЫ С ГЕМАТУРИЕЙ, КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ И БОЛЯМИ В ЖИВОТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ IgA-васкулит
- 2) гематурический гломерулонефрит (болезнь Берже)
- 3) узелковый периартериит
- 4) системная красная волчанка

32. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У МУЖЧИНЫ 38 ЛЕТ, С ЛИХОРАДКОЙ, БОЛЯМИ В СУСТАВАХ, СЛИЗИСТО-ГНОЙНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ ИЗ НОСА, ПРОТЕИНУРИЕЙ 1 Г/СУТКИ И ПОЛОСТЯМИ БЕЗ СОДЕРЖИМОГО, ОБНАРУЖЕННЫМИ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ЛЁГКИХ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) туберкулёз
- 3) болезнь Шегрена
- 4) саркоидоз

33. АОРТИТ И АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ болезни Такаясу
- 2) гигантоклеточном артериите
- 3) ревматоидном артрите
- 4) системной склеродермии

34. ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД ПРАВОЙ СОННОЙ АРТЕРИЕЙ, ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ И ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДО 180/120 ММ РТ. СТ. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ неспецифического аортоартериита (болезни Такаясу)
- 2) системной красной волчанки
- 3) системной склеродермии
- 4) гигантоклеточного артериита

35. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ИЛИ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ синдрома Чарг-Стросса
- 2) криоглобулинемического васкулита
- 3) пурпуры Шенлейн-Геноха
- 4) микроскопического полиангиита

36. ФАКТОРОМ РИСКА УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вирус гепатита В
- 2) гемолитический стрептококк
- 3) золотистый стафилококк
- 4) аденовирус

37. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ МЕЛКОГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ

- 1)+ гранулематоз Вегенера
- 2) пурпура Шенлейна-Геноха
- 3) эссенциальный криоглобулинемический васкулит
- 4) микроскопический полиангиит

38. АСИММЕТРИЯ ПУЛЬСА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РУКАХ, А ТАКЖЕ ПОВЫШЕНИЕ СОЭ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ СИНДРОМЕ

- 1)+ Такаясу
- 2) Конна
- 3) Иценко-Кушинга
- 4) Лериша

39. СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ СРЕДНЕГО КАЛИБРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ узелковый периартериит
- 2) пурпура Шенлейна-Геноха
- 3) эссенциальный криоглобулинемический васкулит
- 4) микроскопический полиангиит

40. ИШЕМИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1)+ узелковом полиартериите
- 2) эозинофильном гранулематозе с полиангиитом
- 3) гранулематозе с полиангиитом
- 4) пурпуре Шенлейн-Геноха

41. ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ПОЧКАХ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1)+ аневризмы и инфаркты в почках
- 2) мембранозный гломерулонефрит
- 3) пролиферативный гломерулонефрит
- 4) фибропластический гломерулонефрит

42. ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ ангиография
- 2) электрокардиография
- 3) рентгенография суставов
- 4) ультразвуковое исследование почек

43. В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ОСНОВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1)+ иммунокомплексное повреждение
- 2) непосредственное токсическое воздействие
- 3) атеросклеротическое поражение
- 4) токсико-воспалительное воздействие

44. ПРИ АРТЕРИИТЕ ТАКАЯСУ РЕДКО ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ подвздошная артерия
- 2) нисходящая часть аорты
- 3) подключичная левая артерия
- 4) общая сонная левая артерия

45. БОЛЕЗНЬ КАВАСАКИ, КАК ПРАВИЛО, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ шейной лимфаденопатией
- 2) отсутствием лихорадки
- 3) понижением артериального давления на ногах
- 4) снижением пульсации на ногах

46. У БОЛЬНОГО 67 ЛЕТ, С ЖАЛОБАМИ НА СИЛЬНУЮ ГОЛОВНУЮ БОЛЬ И ДВОЕНИЕ В ГЛАЗАХ, С СУБФЕБРИЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ, С ПАЛЬПИРУЕМЫМ ПЛОТНЫМ ТЯЖЕМ В ОБЛАСТИ ЛЕВОГО ВИСКА, ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1)+ болезнь Хортона
- 2) ревматическая полимиалгия
- 3) ревматоидный артрит
- 4) остеоартрит

47. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМАМ РАЗВИТИЯ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ иммунокомплексное поражение
- 2) прямое воздействие микроорганизма на стенку сосуда
- 3) прямое воздействие химических продуктов на стенку сосуда
- 4) антителный механизм повреждения

48. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫДЕЛИТЬ ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА В ОТДЕЛЬНУЮ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ верхних дыхательных путей
- 2) почек и мочевыводящих путей
- 3) бронхолегочной системы
- 4) суставов и позвоночника

49. У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ С ПОСТОЯННЫМ СУБФЕБРИЛИТЕТОМ И ЖАЛОБАМИ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ШУМ В УШАХ, МЕЛЬКАНИЕ МУШЕК ПЕРЕД ГЛАЗАМИ, ПРИ АД 160/90 ММ РТ. СТ., НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ

- 1)+ неспецифическим аортоартериитом
- 2) поликистозом почек
- 3) коарктацией аорты
- 4) первичным альдостеронизмом

50. ВАСКУЛИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ микроскопический полиангиит
- 2) височный артериит
- 3) неспецифический аортоартериит
- 4) узелковый полиартериит

51. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ПУРПУРОЙ ШЁНЛЯЙН – ГЕНОХА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ Ig-A нефропатия
- 2) болезнь минимальных изменений
- 3) фокально-сегментарный гломерулосклероз
- 4) мембрано-пролиферативный гломерулонефрит

52. В ПАТОГЕНЕЗЕ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ СРЕДИ МИКРОБНЫХ АГЕНТОВ ПУСКОВУЮ РОЛЬ ЧАЩЕ ВСЕГО ИГРАЕТ

- 1)+ золотистый стафилококк
- 2) эшерихия коли
- 3) синегнойная палочка
- 4) протей

53. БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ некротизирующих васкулитов
- 2) мембранозной нефропатии
- 3) склеродермии
- 4) ревматоидного артрита

54. ДЛЯ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН СИНДРОМ

- 1)+ гепатолиенальный
- 2) суставной
- 3) кожный
- 4) почечный

55. НАЛИЧИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ СТЕНКИ АРТЕРИИ ИЛИ ПЕРИВАСКУЛЯРНОЙ ЗОНЫ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) болезнь Шегрена
- 3) системная склеродермия
- 4) псориатический артрит

56. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОДНОСТОРОННЕГО ЭКЗОФТАЛЬМА ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

- 1)+ псевдоопухоль орбиты
- 2) неврит окулоmotorного нерва
- 3) неврит зрительного нерва
- 4) глаукому

57. РАЗВИТИЕ АОРТИТА ВОЗМОЖНО ПРИ

- 1)+ гигантоклеточном артериите
- 2) ревматоидном артрите
- 3) системной склеродермии
- 4) панникулите Вебера-Крисчена

58. АНТИ-ГБМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

- 1)+ как правило, имеет быстро прогрессирующее течение
- 2) не требует плазмафереза для лечения
- 3) имеет волнообразное течение
- 4) имеет благоприятный прогноз

59. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТАХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- 1)+ быстро прогрессирующего гломерулонефрита
- 2) нефротического синдрома
- 3) рецидивирующей безболевого макрогематурии
- 4) канальцевых нарушений

60. НАЛИЧИЕ МОНО- ИЛИ ПОНИНЕЙРОПАТИИ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ узелковый полиартериит
- 2) дерматомиозит
- 3) псориатический артрит
- 4) системная склеродермия

61. У БОЛЬНЫХ С АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫМИ ВАСКУЛИТАМИ ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ экстракапиллярного гломерулонефрита
- 2) фокально-сегментарного гломерулосклероза
- 3) мембранозной нефропатии
- 4) мембрано-пролиферативного гломерулонефрита

62. ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АНЦА-АССОЦИИРОВАННОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ отсутствие отложения иммунных депозитов
- 2) отложение антинейтрофильных антител
- 3) отложение С3-, С4-фракций комплемента
- 4) отложение иммуноглобулинов класса А

63. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРИТА ПРИ СИНДРОМЕ ГУДПАСЧЕРА, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНОЙ МИКРОСКОПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ линейное свечение IgG вдоль базальной мембраны капилляров клубочков
- 2) гранулярное свечение иммуноглобулинов вдоль капиллярных петель
- 3) свечение фибриногена в эпителиальных полулуниях в клубочках
- 4) свечение IgA в мезангии и в капиллярных стенках клубочков

64. ДЛЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ В СЫВОРОТКИ КРОВИ АНТИТЕЛ К

- 1)+ протеиназе 3
- 2) миелопероксидазе
- 3) эндотелиальным клеткам
- 4) базальной мембране

65. К ВАСКУЛИТАМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С НЕЙТРОФИЛЬНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ, ОТНОСЯТ

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом (гранулематоз Вегенера)
- 2) болезнь Кавасаки
- 3) геморрагический васкулит
- 4) узелковый полиартериит

66. ПРИ РАЗВИТИИ У МОЛОДОГО МУЖЧИНЫ ГЕМАТУРИИ В СОЧЕТАНИИ С КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ, СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ, АБДОМИНАЛГИЕЙ И ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА А НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический васкулит
- 2) узелковый периартериит
- 3) смешанная криоглобулинемия
- 4) системная красная волчанка

67. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие инфильтратов в легких, склонных к распаду
- 2) коронариит
- 3) наличие эозинофильных инфильтратов в органах и тканях
- 4) отсутствие гематурии

68. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ» СЧИТАЮТ

- 1)+ биопсию височной артерии
- 2) рентгенографию костей черепа
- 3) ультразвуковое сканирование артерий головы
- 4) офтальмоскопию

69. НАЛИЧИЕ МИКРОГЕМАТУРИИ ИЛИ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ ЦИЛИНДРОВ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) системная склеродермия
- 3) подагра
- 4) болезнь Форестье

70. НАЛИЧИЕ ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫХ НЕЙТРОФИЛОВ В БИОПТАТАХ АРТЕРИЙ МЕЛКОГО И СРЕДНЕГО КАЛИБРА ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ узелковый полиартериит
- 2) болезнь Шегрена
- 3) подагра
- 4) гранулематоз с полиангиитом

71. К ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ деструктивно-пролиферативный васкулит
- 2) амилоидоз
- 3) фибриноидный некроз
- 4) артериолосклероз

72. НАЛИЧИЕ ГЕПАТИТА В ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ узелковый полиартериит
- 2) синдром Чарджа-Стросса
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) системная склеродермия

73. ПРИ СИНДРОМЕ ГУДПАСЧЕРА ДАННЫЕ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЧЕЧНОГО БИОПТАТА ВЫЯВЛЯЮТ

- 1)+ линейное свечение IgG
- 2) гранулярное свечение всех классов иммуноглобулинов
- 3) гранулярное свечение IgA
- 4) отсутствие какого-либо свечения

74. ДЛЯ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АНЦА-АССОЦИИРОВАННЫХ ВАСКУЛИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТ АНТИТЕЛА К

- 1)+** миелопероксидазе и протеиназе 3
- 2) фактору Н комплемента
- 3) экстрагируемым ядерным антигенам
- 4) рецептору фосфолипазы A2

75. ЭТИОЛОГИЧЕСКИ СВЯЗАНЫ С УЗЕЛКОВЫМ ПОЛИАРТЕРИИТОМ

- 1)+** HBs-антигены
- 2) ретровирусы
- 3) стафилококки
- 4) хламидии

76. ОСОБЕННОСТЬЮ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА, СВЯЗАННОГО С ИНФИЦИРОВАНИЕМ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В, СЧИТАЕТСЯ БОЛЕЕ ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ

- 1)+** инфарктов почек
- 2) поражения лёгких
- 3) поражения нервной системы
- 4) поражения органа зрения

77. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА ПРИ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНОМ ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** линейное отложение депозитов IgG вдоль базальных мембран капилляров клубочков
- 2) свечение преимущественно IgA в мезангии клубочков почки
- 3) гранулярное отложение депозитов иммуноглобулинов в клубочках почки
- 4) свечение всех классов иммуноглобулинов в мезангии клубочков почки

78. СНИЖЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ, ЧЕМ НА 4 КИЛОГРАММА ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** узелковый полиартериит
- 2) болезнь Форестье
- 3) антифосфолипидный синдром
- 4) системная красная волчанка

79. БОЛЬ В ЯИЧКАХ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+** узелковый полиартериит
- 2) антифосфолипидный синдром
- 3) болезнь Хортона
- 4) полимиозит

80. ПРИ СИНДРОМЕ ГУДПАСЧЕРА ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** поражение почек и легких
- 2) поражение кожи
- 3) гепатоспленомегалия
- 4) поражение глаз

81. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+** узлы с формированием полостей
- 2) бронхоэктазы
- 3) сотовое легкое
- 4) интерстициальная пневмония

82. НАЛИЧИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) болезнь Шамберга
- 3) узелковый полиартериит
- 4) подагра

83. ДЛЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ СВЕЧЕНИЯ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫХ АНТИТЕЛ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ цитоплазматический
- 2) перинуклеарный
- 3) ядрышковый
- 4) центромерный

84. СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гранулёматоза Вегенера
- 2) лекарственного нефрита
- 3) хронического пиелонефрита
- 4) системной красной волчанки

85. НАЛИЧИЕ БОЛЕЗНЕННЫХ ИЛИ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫХ ЯЗВ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ЛИБО ГНОЙНЫХ/КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ НОСА ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) синдром Чарджа-Стросса
- 3) болезнь Шамберга
- 4) узелковый полиартериит

86. НАЛИЧИЕ СЕТЧАТОГО ЛИВЕДО ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ узелковый полиартериит
- 2) болезнь Рейтера
- 3) антифосфолипидный синдром
- 4) синдром Чарджа-Стросса

87. К ОСОБЕННОСТЯМ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ СВЯЗЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ С

- 1)+ инфекцией верхних дыхательных путей
- 2) физической нагрузкой
- 3) погрешностью в питании
- 4) стрессовыми ситуациями

88. ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ УРОВНЯ МОЧЕВИНЫ КРОВИ БОЛЕЕ 14,4 ММОЛЬ/Л (40 МГ/ДЛ) ИЛИ КРЕАТИНИНА БОЛЕЕ 133 ММОЛЬ/Л (1,5 МГ/ДЛ) ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ узелковый полиартериит
- 2) синдром Чарджа-Стросса
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) подагра

89. ВИСОЧНЫЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ

- 1)+ ишемической оптической нейропатии
- 2) венозной окклюзии центральной вены сетчатки
- 3) застойного диска зрительного нерва
- 4) ретробульбарного неврита

90. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) ЭПОНИМ «ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА» ЗАМЕНЕН НА

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) микроскопический полиангиит
- 3) эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
- 4) хроническая гранулематозная болезнь

91. НАЛИЧИЕ МИАЛГИЙ, СЛАБОСТИ И БОЛИ В МЫШЦАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ узелковый полиартериит
- 2) болезнь Шегрена
- 3) подагра
- 4) синдром Чарджа-Стросса

92. В ДИАГНОСТИКЕ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ болезненность яичек
- 2) носительство антител к HCV
- 3) повышенный уровень общего белка
- 4) слабость проксимальных мышц

93. ЗНАЧЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЕЕ 90 ММ РТ.СТ. ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ узелковый полиартериит
- 2) подагра
- 3) синдром Чарджа-Стросса
- 4) гранулематоз с полиангиитом

94. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ СИНДРОМА ЧАРГА – СТРОССА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие полинейропатии и множественных мононевритов
- 2) миокардит
- 3) развитие быстро прогрессирующего гломерулонефрита
- 4) энтероколит

95. СОЧЕТАНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ЭОЗИНОФИЛИИ, ПОРАЖЕНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА И БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ эозинофильного гранулематоза с полиангиитом
- 2) системной красной волчанки
- 3) геморрагического васкулита
- 4) гипокомплементемического уртикарного васкулита

96. НАЛИЧИЕ ВОСПАЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ НОСА ИЛИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) синдром Чарджа-Стросса
- 3) болезнь Шамберга
- 4) узелковый полиартериит

97. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ И ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВИСОЧНЫЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА

- 1)+ головные боли
- 2) повышение артериального давления
- 3) частые носовые кровотечения
- 4) скованность суставов по утрам

98. НАЛИЧИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ В БИОПТАТАХ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) болезнь Шегрена
- 3) псориатический артрит
- 4) системная склеродермия

99. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПРИЧИНОЙ ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ ВИСОЧНЫЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ, ТО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ В АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение скорости оседания эритроцитов
- 2) изолированное повышение числа эозинофилов
- 3) сдвиг лейкоцитарной формулы вправо
- 4) выраженная тромбоцитопения

100. НАЛИЧИЕ ИЗМЕНЕНИЙ АРТЕРИЙ ПО ДАННЫМ АНГИОГРАФИИ ОТНОСИТСЯ К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА

- 1)+ узелковый полиартериит
- 2) системная склеродермия
- 3) болезнь Шегрена
- 4) синдром Чарджа-Стросса

101. В КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ВХОДИТ

- 1)+ инфицирование вирусом гепатита В
- 2) развитие полиартрита
- 3) поражение верхних дыхательных путей
- 4) легочное кровотечение

102. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) ЭПОНИМ «СИНДРОМ ЧАРДЖ-СТРОССА» ЗАМЕНЕН НА

- 1)+ эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
- 2) микроскопический полиангиит
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) эозинофильный гранулематоз

103. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие мигрирующих инфильтратов
- 2) прикорневая локализация инфильтратов
- 3) частое формирование полостей распада
- 4) частое абсцедирование

104. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ЧАЩЕ У МУЖЧИН И ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ГЕМАТУРИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ И АБДОМИНАЛГИЯМИ - ЭТО

- 1)+ IgA-васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха)
- 2) гематурический гломерулонефрит (болезнь Берже)
- 3) узелковый периартериит
- 4) системная красная волчанка

105. ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД ПРАВОЙ СОННОЙ АРТЕРИЕЙ, ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ И АД 180/120 ММ РТ. СТ. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ неспецифического аортоартериита
- 2) системной красной волчанки
- 3) системной склеродермии
- 4) гигантоклеточного артериита

106. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОРАЖАЮЩИХ СОСУДЫ МЕЛКОГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ

- 1)+ эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
- 2) узелковый полиартериит
- 3) болезнь Кавасаки
- 4) синдром Когана

107. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ гранулематоз с полиангиитом
- 2) криоглобулинемический васкулит
- 3) гипокомплементемический уртикарный васкулит
- 4) IgA-ассоциированный васкулит

108. ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ асимметричным сенсорно- моторным множественным мононевритом
- 2) мононевритом
- 3) ганглионитом
- 4) радикулопатией

109. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОРАЖАЮЩИМ СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ

- 1)+ неспецифический аортоартериит
- 2) узелковый полиартериит
- 3) болезнь Кавасаки
- 4) гранулематоз с полиангиитом

110. ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ КРИОГЛОБУЛИНЕМИИ ТРИАДА МЕЛЬЦЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ пальпируемой пурпурой, артралгиями и слабостью
- 2) язвами на коже голеней, артралгиями и слабостью
- 3) пальпируемой пурпурой, артритами и слабостью
- 4) язвами на коже голеней, артритами и слабостью

111. СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ

- 1)+ артериите Такаясу
- 2) микроскопическом полиангиите
- 3) узелковом полиартериите
- 4) геморрагическом васкулите

112. В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ АМЕРИКАНСКОЙ КОЛЛЕГИИ РЕВМАТОЛОГОВ 1990 ГОДА ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ ПРОЦЕНТ ЭОЗИНОФИЛОВ ОТ ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 1)+ больше 10
- 2) 8
- 3) не менее 12
- 4) не менее 15

113. ТРИАДА МЕЛЬЦЕРА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ _____ ВАСКУЛИТА

- 1)+ криоглобулинемического
- 2) АНЦА-ассоциированного
- 3) гигантоклеточного
- 4) Кавасаки

114. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ гигантоклеточным артериитом
- 2) гранулематозом с полиангиитом
- 3) неспецифическим аортоартериитом
- 4) микроскопическим полиангиитом

115. ПРИЧИНОЙ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ЖИВОТЕ ПРИ IgA-АССОЦИИРОВАННОМ ВАСКУЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ экстравазация крови в слизистый и подслизистый слой стенки кишечника
- 2) гепатит
- 3) перитонит
- 4) лимфаденит внутрибрюшных лимфатических узлов

116. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ микроскопический полиангиит
- 2) синдром Когана
- 3) болезнь Бехчета
- 4) узелковый полиартериит

117. ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ экстракраниальные ветви сонных артерий
- 2) внутричерепные артерии
- 3) артерии нижних конечностей
- 4) почечные артерии

118. ПРИ ВАСКУЛИТЕ КАВАСАКИ РАЗМЕР АНЕВРИЗМЫ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СЧИТАЕТСЯ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ПРИ ВНУТРЕННЕМ ДИАМЕТРЕ СОСУДА

- 1)+ ≤ 4 мм
- 2) от 4 мм до 8 мм
- 3) от 4 мм до 6 мм
- 4) ≥ 8 мм

119. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОРАЖАЮЩИМ СОСУДЫ МЕЛКОГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ

- 1)+ микроскопический полиангиит
- 2) болезнь Бехчета
- 3) узелковый полиартериит
- 4) синдром Когана

120. ПРИ ГИПОКОМПЛЕМЕНТЕМИЧЕСКОМ УРТИКАРНОМ ВАСКУЛИТЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антитела к c1q фактору комплемента
- 2) антитела к двуспиральной днк
- 3) антитела к кардиолипинам
- 4) антинейтрофильные цитоплазматические антитела

121. ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диффузная воспалительная мононуклеарная инфильтрация стенки артерии
- 2) фибриноидный некроз интимы артерии
- 3) фибриноидный некроз адвентиции артерии
- 4) фибриноидный некроз мышечного слоя артерии

122. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ АНТИТЕЛАМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
- 2) неспецифический аортоартериит
- 3) болезнь Бехчета
- 4) гипокомплементемический уртикарный васкулит

123. ДЛЯ АРТЕРИИТА ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ снижения пульсации на одной или обеих плечевых артериях
- 2) геморрагической пурпуры
- 3) сетчатого ливедо
- 4) кровохарканья

124. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОВРЕЖДАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ артериит Такаюсу
- 2) узелковый полиартериит
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) пурпуру Шенлейн-Геноха

125. ХАРАКТЕРНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПАРЕНХИМЫ ЛЕГКИХ ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эозинофильная пневмония
- 2) легочные узлы с формированием полостей
- 3) криптогенная организуемая пневмония
- 4) лимфоцитарная интерстициальная пневмония

126. У ЖЕНЩИНЫ 22 ЛЕТ С ОСЛАБЛЕНИЕМ ПУЛЬСА И РАЗНИЦЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОГО АД БОЛЕЕ 10 ММ РТ. СТ. НА ПЛЕЧЕВЫХ АРТЕРИЯХ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО

- 1)+ болезнь Такаюсу
- 2) гранулематоз Вегенера
- 3) открытый артериальный проток
- 4) коарктация аорты

127. ДЛЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ В СЫВОРОТКИ КРОВИ

- 1)+ антител к миелопероксидазе
- 2) антител к протеиназе 3
- 3) антител к эндотелиальным клеткам
- 4) антител к базальной мембране

128. ЭПОНИМОМ «БОЛЕЗНЬ ХОРТОНА» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гигантоклеточный аортоартериит
- 2) неспецифический аортоартериит
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) эозинофильный гранулематоз с полиангиитом

129. ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВИСОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОМ АРТЕРИИТЕ (БОЛЕЗНИ ХОРТОНА) ОБНАРУЖИВАЮТСЯ

- 1)+ гигантские многоядерные клетки
- 2) разрушение внутренней и наружной эластических мембран
- 3) васкулиты vasa vasorum
- 4) атипичные клетки

130. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОРАЖАЮЩИМ СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ

- 1)+ гигантоклеточный аортоартериит
- 2) болезнь Бехчета
- 3) эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
- 4) болезнь Кавасаки

131. СОЧЕТАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ДИАСТОЛИЧЕСКИМ АД БОЛЕЕ 90 ММ РТ СТ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК, МНОЖЕСТВЕННЫМ МОНОНЕВРИТОМ И ИНФИЦИРОВАНИЕМ ВИРУСОМ ГЕПАТИТА В ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ узелкового полиартериита
- 2) системной красной волчанки
- 3) амилоидоза с поражением почек
- 4) геморрагического васкулита

132. ПРИ IGA-АССОЦИИРОВАННОМ ВАСКУЛИТЕ (ПУРПУРЕ ШЕЙНЛЕЙНА-ГЕНОХА)

- 1)+ поражаются сосуды мелкого калибра (артериолы, капилляры, венулы)
- 2) поражаются сонные артерии и яремные вены
- 3) поражается аорта
- 4) поражается лёгочная артерия

133. ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- 1)+ ревматической полимиалгией
- 2) полинейропатией
- 3) фибромиалгией
- 4) антифосфолипидным синдромом

134. ВОЗМОЖНО РАЗВИТИЕ АОРТИТА И АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ

- 1)+ артериит Такаясу
- 2) гигантоклеточном артериите
- 3) ревматоидном артрите
- 4) системной склеродермии

135. ХАРАКТЕРНЫМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ передняя ишемическая невропатия зрительного нерва
- 2) кератит
- 3) конъюнктивит
- 4) ретинит

136. СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ гранулематоза Вегенера
- 2) системной красной волчанки
- 3) геморрагического васкулита
- 4) амилоидоза

137. СОГЛАСНО СОВРЕМЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ (CHAPEL HILL CONSENSUS CONFERENCE, 2012 Г.) ЭПОНИМ «СИНДРОМ ЧЕРДЖА-СТРОСА» ЗАМЕНЕН НА

- 1)+ эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
- 2) гранулематоз с полиангиитом
- 3) IgA-ассоциированный васкулит
- 4) неспецифический аортоартериит

138. ДЛЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ХАРАКТЕРНЫМ ТИПОМ СВЕЧЕНИЯ АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫХ АНТИТЕЛ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ перинуклеарный
- 2) цитоплазматический
- 3) ядрышковый
- 4) центромерный

139. ЭПОНИМОМ «АРТЕРИИТ ТАКАЯСУ» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ неспецифический аортоартериит
- 2) гранулематоз с полиангиитом
- 3) гигантоклеточный аортоартериит
- 4) узелковый полиартериит

140. К КЛАССИФИКАЦИОННЫМ КРИТЕРИЯМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ (ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА) ОТНОСЯТ

- 1)+ гнойные или кровянистые выделения из носа
- 2) гастропатию
- 3) миокардит
- 4) ишемический колит

141. ТЕЧЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ХРОНИЧЕСКОЕ ПРИ СОХРАНЕНИИ КАК МИНИМУМ ОДНОГО БОЛЬШОГО ИЛИ ТРЁХ МАЛЫХ КРИТЕРИЕВ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE) ПОСЛЕ ____ НЕДЕЛЬ ТЕРАПИИ

- 1)+ 12
- 2) 8
- 3) 16
- 4) 24

142. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ циклофосфида и глюкокортикоидов
- 2) азатиоприна и глюкокортикоидов
- 3) метотрексата и глюкокортикоидов
- 4) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов

143. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- 1)+ микофенолата мофетил
- 2) колхицин
- 3) сульфасалазин
- 4) гидроксихлорохин

144. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ВИСОЧНОГО ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ длительное системное назначение глюкокортикоидов
- 2) пульс-терапию глюкокортикоидами
- 3) назначение больших доз витамина С
- 4) проведение иглорефлексотерапии

145. ЦИКЛОФОСФАМИД СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ

- 1)+ гранулематоз Вегенера
- 2) артериит Такаясу
- 3) геморрагический васкулит
- 4) узелковый полиартериит

146. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИНАГИИТОМ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТКИ

- 1)+ 1
- 2) 0,5
- 3) 2
- 4) 0,75

147. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИНАГИИТОМ МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 80
- 2) 60
- 3) 45
- 4) 30

148. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- 1)+ глюкокортикостероиды и цитостатики
- 2) антибиотики и пенициламин
- 3) нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) метотрексат и сульфасалазин

149. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛОГО РЕЦИДИВА ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ ритуксимаба и глюкокортикоидов
- 2) метотрексата и глюкокортикоидов
- 3) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов
- 4) азатиоприна и глюкокортикоидов

150. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА ЦИКЛОФОСФАМИДА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ПУЛЬСОВОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1 г
- 2) 2 г
- 3) 500 мг
- 4) 750 мг

151. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 24
- 2) 12
- 3) 10
- 4) 8

152. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ДОЗОЙ ТРИМЕТОПРИМ/СУЛЬФОМЕТАКСАЗОЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ТЕРАПИЕЙ ЦИКЛОФОСФОМИДОМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ 800/160 МГ

- 1)+ через день
- 2) ежедневно
- 3) раз в неделю
- 4) раз в месяц

153. ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ С РАЗВИТИЕМ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (КРЕАТИНИН БОЛЕЕ 500 МКМОЛЬ/Л) ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плазмаферез
- 2) лейкоферез
- 3) фотоферез
- 4) криоферез

154. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 80
- 2) 60
- 3) 45
- 4) 30

155. РЕКОМЕНДУЕМОЙ ДОЗОЙ ТРИМЕТОПРИМ/СУЛЬФОМЕТАКСАЗОЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ТЕРАПИЕЙ ЦИКЛОФOSФОМИДОМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ 400/80 МГ

- 1)+ ежедневно
- 2) через день
- 3) раз в неделю
- 4) раз в 2 недели

156. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ МАКСИМАЛЬНАЯ ПЕРОРАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ЦИКЛОФOSФАМИДА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 200
- 2) 300
- 3) 400
- 4) 500

157. ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЦИКЛОФOSФАМИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический цистит
- 2) острая задержка мочи
- 3) недержание мочи
- 4) мочекаменная болезнь

158. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТКИ

- 1)+ 1
- 2) 0,5
- 3) 2
- 4) 0,75

159. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ПРОВОДИТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ПУЛЬСОВОЕ ВВЕДЕНИЕ ЦИКЛОФOSФАМИДА В ДОЗЕ (МГ/КГ)

- 1)+ 15
- 2) 10
- 3) 5
- 4) 20

160. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ (УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ, ГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВЕГЕНЕРА) ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг/сут внутривенно 3 дня
- 2) программный плазмаферез
- 3) экстракорпоральный гемодиализ
- 4) внутривенное введение трентала в средней терапевтической дозе

161. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ПРОВОДИТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ПУЛЬСОВОЕ ВВЕДЕНИЕ ЦИКЛОФOSФАМИДА В ДОЗЕ (МГ/КГ)

- 1)+ 15
- 2) 10
- 3) 5
- 4) 20

162. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ПРИМЕНЯЮТСЯ НИЗКИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В КОМБИНАЦИИ С

- 1)+ азатиоприном
- 2) микофенолата мофетилем
- 3) лефлуномидом
- 4) гидроксихлорохином

163. ТЕЧЕНИЕ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ХРОНИЧЕСКОЕ (ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ) ПРИ СОХРАНЕНИИ ПОСЛЕ 12 НЕДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ИНДЕКСОМ АКТИВНОСТИ (BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE) НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 1 большого или 3 малых критериев
- 2) 2 больших или 3 малых критериев
- 3) 3 больших или 2 малых критериев
- 4) 1 большого или 4 малых критериев

164. ПРИ ПУРПУРЕ ШЁНЛЯЙН – ГЕНОХА С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1)+ протеинурии более 0,5 г/сут
- 2) любом мочевоом синдроме
- 3) макрогематурии
- 4) протеинурии менее 0,5 г/сут

165. ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК РЕФРАКТЕРНЫЙ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРАСТАНИИ ИЛИ СОХРАНЕНИИ ПРЕЖНЕЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕСМОТРИ НА ПРОВОДИМУЮ ТЕРАПИЮ В ТЕЧЕНИЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 4
- 2) 6
- 3) 2
- 4) 8

166. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛОГО РЕЦИДИВА ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ циклофосфаида и глюкокортикоидов
- 2) азатиоприна и глюкокортикоидов
- 3) метотрексата и глюкокортикоидов
- 4) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов

167. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- 1)+ лефлуномид
- 2) сульфасалазина
- 3) колхицин
- 4) гидроксихлорохин

168. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- 1)+ микофенолата мофетил
- 2) колхицин
- 3) сульфасалазин
- 4) гидроксихлорохин

169. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ преднизолон и циклофосфамид
- 2) плаквенил
- 3) антибиотики
- 4) д-пеницилламин

170. НЕДОСТАТОЧНЫМ ОТВЕТОМ НА ПРОВОДИМУЮ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ СЧИТАЮТ УМЕНЬШЕНИЕ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE) МЕНЕЕ ЧЕМ НА

- 1)+ 50% за 6 недель
- 2) 50% за 4 недели
- 3) 70% за 4 недели
- 4) 70% за 6 недель

171. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ циклофосфида и глюкокортикоидов
- 2) азатиоприна и глюкокортикоидов
- 3) метотрексата и глюкокортикоидов
- 4) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов

172. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ВИСОЧНОГО ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ

- 1)+ длительно и системно
- 2) короткими курсами по типу «пульс-терапии»
- 3) местно в виде парабубарных инъекций
- 4) местно в инстилляциях

173. ПРИ ОСТРОМ, ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ С РАЗВИТИЕМ ДИФФУЗНЫХ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ГЕМОРАГИЙ ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плазмаферез
- 2) лейкоферез
- 3) фотоферез
- 4) криоферез

174. НЕДОСТАТОЧНЫМ ОТВЕТОМ НА ПРОВОДИМУЮ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ СЧИТАЮТ УМЕНЬШЕНИЕ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE) МЕНЕЕ ЧЕМ НА

- 1)+ 50% за 6 недель
- 2) 50% за 4 недели
- 3) 70% за 4 недели
- 4) 70% за 6 недель

175. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ЕЖЕДНЕВНАЯ ПЕРОРАЛЬНАЯ ДОЗА ЦИКЛОФОСФАМИДА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТКИ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

176. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ С ТЯЖЕЛЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ИЛИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ ритуксимаба и глюкокортикоидов
- 2) метотрексата и глюкокортикоидов
- 3) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов
- 4) азатиоприна и глюкокортикоидов

177. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТРИМЕТОПРИМ/СУЛЬФОМЕТАКСАЗОЛА ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ РЕКОМЕНДОВАНО В СЛУЧАЕ

- 1)+ циклофосфамидом
- 2) ритуксимабом
- 3) азатиоприном
- 4) микофенолатом мофетилом

178. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ

- 1)+ метотрексата и глюкокортикостероидов
- 2) азатиоприна и глюкокортикостероидов
- 3) метотрексата и азатиоприна
- 4) лефлуномида и глюкокортикостероидов

179. ТЕЧЕНИЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ХРОНИЧЕСКОЕ (ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ) ПРИ СОХРАНЕНИИ ПОСЛЕ 12 НЕДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ИНДЕКСОМ АКТИВНОСТИ (BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE) НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 1 большого или 3 малых критериев
- 2) 2 больших или 3 малых критериев
- 3) 3 больших или 2 малых критериев
- 4) 1 большого или 4 малых критериев

180. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛОГО РЕЦИДИВА ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ ритуксимаба и глюкокортикоидов
- 2) метотрексата и глюкокортикоидов
- 3) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов
- 4) азатиоприна и глюкокортикоидов

181. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ ИЛИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ ритуксимаба и глюкокортикоидов
- 2) метотрексата и глюкокортикоидов
- 3) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов
- 4) азатиоприна и глюкокортикоидов

182. ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ С РАЗВИТИЕМ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (КРЕАТИНИН БОЛЕЕ 500 МКМОЛЬ/Л) ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плазмаферез
- 2) лейкаферез
- 3) фотоферез
- 4) криоаферез

183. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 24
- 2) 12
- 3) 10
- 4) 8

184. ТЕЧЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ХРОНИЧЕСКОЕ (ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ) ПРИ СОХРАНЕНИИ ПОСЛЕ 12 НЕДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ИНДЕКСОМ АКТИВНОСТИ (BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE) НЕ МЕНЕЕ

- 1)+ 1 большого или 3 малых критериев
- 2) 2 больших или 3 малых критериев
- 3) 3 больших или 2 малых критериев
- 4) 1 большого или 4 малых критериев

185. ПРИ ОСТРОМ, ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ С РАЗВИТИЕМ ДИФфуЗНЫХ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ГЕМОРАГИЙ ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плазмаферез
- 2) фотоферез
- 3) криоаферез
- 4) лейкоаферез

186. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- 1)+ лефлуномид
- 2) сульфасалазин
- 3) колхицина
- 4) гидроксихлорохин

187. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ПРИМЕНЯЮТСЯ НИЗКИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В КОМБИНАЦИИ С

- 1)+ азатиоприном
- 2) микофенолата мофетилем
- 3) лефлуномидом
- 4) гидроксихлорохином

188. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА ЦИКЛОФOSФАМИДА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ПУЛЬСОВОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1,2 г
- 2) 2 г
- 3) 500 мг
- 4) 750 мг

189. ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК РЕФРАКТЕРНЫЙ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРАСТАНИИ ИЛИ СОХРАНЕНИИ ПРЕЖНЕЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕСМОТРЯ НА ПРОВОДИМУЮ ТЕРАПИЮ В ТЕЧЕНИЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 4
- 2) 6
- 3) 2
- 4) 8

190. ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ преднизолон и циклофосфамид
- 2) нестероидные противовоспалительные препараты и антибиотики
- 3) антибиотики и гепарин
- 4) Д-пеницилламин и преднизолон

191. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ

- 1)+ микофенолата мофетил
- 2) колхицин
- 3) сульфасалазин
- 4) гидроксихлорохин

192. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 24
- 2) 12
- 3) 10
- 4) 8

193. ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ИМЕЮЩИМ В ПОКАЗАНИЯХ К ПРИМЕНЕНИЮ ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ритуксимаб
- 2) тоцилизумаб
- 3) голимумаб
- 4) абатацепт

194. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ преднизолон и циклофосфамид
- 2) нестероидные противовоспалительные препараты и антибиотики
- 3) антибиотики и гепарин
- 4) Д-пеницилламин и преднизолон

195. РЕКОМЕНДУЕМЫМ РЕЖИМОМ ДОЗИРОВАНИЯ РИТУКСИМАБА ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ ИЛИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ 375 МГ/М² 1 РАЗ В

- 1)+ неделю в течение 4 недель
- 2) 2 недели в течение 4 недель
- 3) неделю в течение 6 недель
- 4) 2 недели в течение 8 недель

196. НЕДОСТАТОЧНЫМ ОТВЕТОМ НА ПРОВОДИМУЮ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ПОЛИАНГИИТЕ СЧИТАЮТ УМЕНЬШЕНИЕ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (BIRMINGHAM VASCULITIS ACTIVITY SCORE) МЕНЕЕ ЧЕМ НА

- 1)+ 50% за 6 недель
- 2) 50% за 4 недели
- 3) 70% за 4 недели
- 4) 70% за 6 недель

197. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ циклофосфамида и глюкокортикоидов
- 2) азатиоприна и глюкокортикоидов
- 3) метотрексата и глюкокортикоидов
- 4) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов

198. ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА С РАЗВИТИЕМ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА (КРЕАТИНИН БОЛЕЕ 500 МКМОЛЬ/Л) ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плазмаферез
- 2) лейкоферез
- 3) фотоферез
- 4) криоферез

199. ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ РЕМИССИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА ПРИМЕНЯЮТСЯ НИЗКИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В КОМБИНАЦИИ С

- 1)+ азатиоприном
- 2) колхицином
- 3) лефлуномидом
- 4) гидроксихлорохином

200. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА ПРОВОДИТСЯ ВНУТРИВЕННОЕ ПУЛЬСОВОЕ ВВЕДЕНИЕ ЦИКЛОФOSФАМИДА В ДОЗЕ (МГ/КГ)

- 1)+ 15
- 2) 10
- 3) 5
- 4) 20

201. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА ЕЖЕДНЕВНАЯ ПЕРОРАЛЬНАЯ ДОЗА ЦИКЛОФOSФАМИДА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТКИ

- 1)+ 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

202. РЕКОМЕНДУЕМЫМ РЕЖИМОМ ДОЗИРОВАНИЯ РИТУКСИМАБА ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ ИЛИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ 375 МГ/М² 1 РАЗ В

- 1)+ неделю в течение 4 недель
- 2) 2 недели в течение 4 недель
- 3) неделю в течение 6 недель
- 4) 2 недели в течение 8 недель

203. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА ЦИКЛОФOSФАМИДА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ПУЛЬСОВОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 1 г
- 2) 2 г
- 3) 500 мг
- 4) 750 мг

204. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛОГО РЕЦИДИВА МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА С ПОРАЖЕНИЕМ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ ритуксимаба и глюкокортикостероидов
- 2) метотрексата и глюкокортикостероидов
- 3) микофенолата мофетила и глюкокортикостероидов
- 4) азатиоприна и глюкокортикостероидов

205. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ПРИ РЕФРАКТЕРНОМ ИЛИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНАЦИЮ

- 1)+ ритуксимаба и глюкокортикоидов
- 2) метотрексата и глюкокортикоидов
- 3) микофенолата мофетила и глюкокортикоидов
- 4) азатиоприна и глюкокортикоидов

206. ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТКИ

- 1)+ 1
- 2) 0,5
- 3) 2
- 4) 0,75

207. ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ монотерапия глюкокортикоидами
- 2) комбинация цитостатиков и аминохинолиновых препаратов
- 3) монотерапия метотрексатом
- 4) терапия нестероидными противовоспалительными препаратами в постоянном режиме

208. ПРИ ОСТРОМ, ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ПОЛИАНГИИТА С РАЗВИТИЕМ ДИФфуЗНЫХ АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ГЕМОРАГИЙ ОДНИМ ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ плазмаферез
- 2) фотоферез
- 3) криоаферез
- 4) лейкоаферез

209. МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ПОЛИАНГИИТ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК РЕФРАКТЕРНЫЙ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРАСТАНИИ ИЛИ СОХРАНЕНИИ ПРЕЖНЕЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕСМОТРЯ НА ПРОВОДИМУЮ ТЕРАПИЮ В ТЕЧЕНИЕ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 4
- 2) 6
- 3) 2
- 4) 8

210. ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ИМЕЮЩИМ В ПОКАЗАНИЯХ К ПРИМЕНЕНИЮ МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ПОЛИАНГИИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ритуксимаб
- 2) тоцилизумаб
- 3) инфликсимаб
- 4) абатацепт

Тема 9. Методы лечения ревматических заболеваний.

1. К ИНГИБИТОРАМ АКТИВАЦИИ В-ЛИМФОЦИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+** ритуксимаб
- 2) адалимумаб
- 3) абатацепт
- 4) тоцилизумаб

2. ПОКАЗАНИЕМ К ОТМЕНЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+** язвы желудка
- 2) отеков (задержка в организме натрия и жидкости)
- 3) синдрома Иценко - Кушинга
- 4) гипертрихоза

3. ПУЛЬС-ТЕРАПИЮ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ ПРЕРЫВАЮТ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ

- 1)+** анафилактической реакции
- 2) артралгии
- 3) гиперемии лица
- 4) изменений вкусовых ощущений

4. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ МЕТИПРЕДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** иммунная депрессия
- 2) азотемия
- 3) гипогликемия
- 4) понижение артериального давления

5. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ У ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1)+** варфарин
- 2) аспирин
- 3) гепарин
- 4) иммуноглобулин человеческий

6. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ ХИНОЛИНОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+** ретинопатия
- 2) обесцвечивание волос
- 3) нарушение пищеварения
- 4) миопатия

7. ИММУНОСУПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ РЕАЛИЗУЕТСЯ ПУТЕМ

- 1)+** литического действия на Т- и В-лимфоциты, моноциты
- 2) уменьшения количества циркулирующих лимфоцитов
- 3) стимуляции Т-киллеров и Т-хелперов
- 4) подавления Т-хелперов и Т-киллеров

8. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СУЛЬФАПИРИДАЗИНА (СУЛЬФАЛАЗИНА) НЕ СВЯЗАН С

- 1)+** торможением синтеза простагландинов
- 2) бактерицидным эффектом
- 3) торможением образования фолиевой кислоты, а следовательно и ДНК
- 4) участием в реакциях сульфгидрильно-дисульфидного обмена

9. ПРИ ВАСКУЛИТЕ СЕТЧАТКИ, СВЯЗАННЫМ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА, ВОЗМОЖНО НАЗНАЧИТЬ ПРЕПАРАТ ИЗ ГРУППЫ ГЕННОИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

- 1)+ инфликсимаб**
- 2) ритуксимаб
- 3) абатацепт
- 4) тоцилизумаб

10. К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДЕЛАГИЛА (ХЛОРОХИНА) ОТНОСЯТ

- 1)+ ретинопатию**
- 2) уменьшение массы тела
- 3) синдром «морской болезни»
- 4) поседение волос

11. К ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ ПРЕПАРАТАМ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ эторикоксиб**
- 2) тоцилизумаб
- 3) этанерцепт
- 4) адалимумаб

12. ПРИ НАЛИЧИИ ЛИМФОМЫ И ДРУГИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

- 1)+ ритуксимаб**
- 2) этанерцепт
- 3) адалимумаб
- 4) абатацепт

13. К ПОБОЧНЫМ РЕАКЦИЯМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ БОЛЬШИХ ДОЗ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ, ОТНОСЯТ

- 1)+ желудочное кровотечение**
- 2) гипервентиляцию
- 3) повышение активности аминотрансфераз (трансаминаз) в крови
- 4) токсическую энцефалопатию

14. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА КОНТРОЛИРОВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ клинический анализ крови**
- 2) общий анализ мочи
- 3) уровень альбумина в крови
- 4) уровень холестерина в крови

15. ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА ЛЕЧЕНИЕ АРТРИТА МОЖНО НАЧАТЬ С НАЗНАЧЕНИЯ

- 1)+ нестероидных противовоспалительных препаратов**
- 2) антибиотиков широкого спектра действия
- 3) глюкокортикостероидов в малой дозе
- 4) аллопуринола или колхицина

16. К ПРЕПАРАТАМ АНТИФИБРОЗНОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

- 1)+ D-пеницилламин**
- 2) глюкокортикостероиды
- 3) алпростадил
- 4) циклофосфамид

17. К ИНГИБИТОРАМ CD-28 ЛИМФОЦИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ абатацепт
- 2) адалимумаб
- 3) голимумаб
- 4) этанерцепт

18. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ЛУЧШЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДНЫЙ ПРЕПАРАТ

- 1)+ метилпреднизолон
- 2) преднизолон
- 3) дексаметазон
- 4) гидрокортизон

19. ТРЕБУЕТ ОТМЕНЫ САЛАЗОПИРИДИНА (СУЛЬФАСАЛАЗИНА) ОСЛОЖНЕНИЕ В ВИДЕ

- 1)+ гемолитической анемии
- 2) кожной сыпи
- 3) рвоты
- 4) лихорадки

20. К ПРЕПАРАТАМ НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К ФАКТОРУ НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА ОТНОСЯТ

- 1)+ инфликсимаб
- 2) абатацепт
- 3) тоцилизумаб
- 4) ритуксимаб

21. ВЫСОКОМУ ФАКТОРУ РИСКА РАЗВИТИЯ НПВП-ГАСТРОПАТИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1)+ приём аспирина
- 2) курение
- 3) кортикостероидная терапия
- 4) пожилой возраст

22. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ ПРЕПАРАТ

- 1)+ метилпреднизолон
- 2) анальгин
- 3) парацетамол
- 4) омепразол

23. ИЗ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОДИН РАЗ В СУТКИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ пироксикам
- 2) мефенамовую кислоту
- 3) ацетилсалициловую кислоту (аспирин)
- 4) флугалин

24. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1)+ преднизолон
- 2) дексаметазон
- 3) триамцинолон
- 4) бетаметазон

25. К ИНГИБИТОРАМ КО-АКТИВАЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ абатацепт
- 2) анакинра
- 3) ритуксимаб
- 4) адалимумаб

26. ПРИ ТЯЖЁЛОМ ТЕЧЕНИИ СИНДРОМА РЕЙНО ОПРАВДАНО ПОДКЛЮЧЕНИЕ К ТЕРАПИИ

- 1)+ синтетических простагландинов
- 2) цитостатических иммунодепрессантов
- 3) тиазидных диуретиков
- 4) ингибиторов фактора некроза опухоли альфа

27. К ПРЕПАРАТАМ, БЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА, ОТНОСЯТ

- 1)+ этанерцепт
- 2) тоцилизумаб
- 3) ритуксимаб
- 4) абатацепт

28. К ПРЕПАРАТАМ НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К ИНТЕРЛЕЙКИНУ 1 ОТНОСЯТ

- 1)+ анакинра
- 2) ритуксимаб
- 3) адалимумаб
- 4) абатацепт

29. К НЕСЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРАМ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ-2 ОТНОСЯТ

- 1)+ ацеклофенак
- 2) нимесулид
- 3) мелоксикам
- 4) эторикоксиб

30. У ДЕТЕЙ К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЕРАПИИ ЦИКЛОФОСФАНОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ мутагенное действие и геморрагический цистит
- 2) лейкопению
- 3) тромбоцитопению
- 4) анемию

31. К НАИБОЛЕЕ СЕРЬЁЗНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ АЗАТИОПРИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ агранулоцитоз
- 2) активацию инфекции
- 3) нарушение менструального цикла
- 4) кожный зуд

32. ПРОТЕИНУРИЯ БОЛЕЕ 1 Г ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НЕМЕДЛЕННОЙ ОТМЕНЫ

- 1)+ пенициллина
- 2) всех базисных противовоспалительных препаратов
- 3) только азатиоприна
- 4) только циклофосфамида

33. К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПОБОЧНЫМ РЕАКЦИЯМ ЦИКЛОФОСФАНА ОТНОСЯТ

- 1)+ геморрагический цистит
- 2) алопецию
- 3) угнетение кроветворения
- 4) оссалгии

34. РЕАБСОРБЦИЮ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЦАХ БЛОКИРУЕТ

- 1)+ пробеницид
- 2) бутадион
- 3) дикумарин
- 4) аллопуринол

35. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ диклофенак
- 2) амоксициллин
- 3) бензатин бензилпенициллин
- 4) метопролол

36. ДЛЯ БАЗИСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ иммунодепрессанты
- 2) сердечные гликозиды
- 3) мочегонные препараты
- 4) транквилизаторы

37. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ КРУГЛОГОДИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ бензатин бензилпенициллин
- 2) кларитромицин
- 3) ацетилсалициловую кислоту
- 4) ципрофлоксацин

38. ПРИ НАЛИЧИИ УВЕИТА, БОЛЕЗНИ КРОНА ИЛИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

- 1)+ адалимумаб
- 2) этанерцепт
- 3) ритуксимаб
- 4) абатацепт

39. ПРЕПАРАТОМ, РЕКОМЕНДУЕМЫМ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ТРОМБОПРОФИЛАКТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ, ПОЗИТИВНЫХ ПО АНТИФОСФОЛИПИДНОМУ СИНДРОМУ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гидроксихлорохин
- 2) варфарин
- 3) преднизолон в высоких дозах
- 4) азатиоприн

40. К ПРЕПАРАТАМ НА ОСНОВЕ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ К ИНТЕРЛЕЙКИНУ 6 ОТНОСЯТ

- 1)+ тоцилизумаб
- 2) адалимумаб
- 3) инфликсимаб
- 4) ритуксимаб

41. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АСЕПТИЧЕСКОГО ОСТЕОНЕКРОЗА ОТНОСЯТ

- 1)+ длительную разгрузку близлежащего сустава
- 2) повторные курсы кальцитонина
- 3) антибактериальную терапию
- 4) сосудорасширяющую терапию

42. ОСНОВНЫМ САЛИЦИЛОВЫМ ПРЕПАРАТОМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аспирин
- 2) салицилат натрия
- 3) салициламид
- 4) салицилсалицилат

43. ИСКЛЮЧЕНО ВВЕДЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТА

- 1)+ внутрисуставно
- 2) перорально
- 3) внутримышечно
- 4) внутривенно

44. ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ циклофосфида
- 2) инфликсимаба
- 3) сульфасалазина
- 4) глюкокортикоидов

45. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЦИКЛОСПОРИНА-А НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсическое поражение почек
- 2) гипертрофия десен
- 3) парестезия
- 4) артериальная гипертензия

46. 6-МЕРКАПТОПУРИН ЯВЛЯЕТСЯ МЕТАБОЛИТОМ

- 1)+ азатиоприна
- 2) циклофосфана
- 3) метотрексата
- 4) проспидина

47. К НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЕРАПИИ D-ПЕНИЦИЛЛАМИНОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ миастению
- 2) потерю вкусовых ощущений
- 3) протеинурию
- 4) волчаночноподобный синдром

48. У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ИСКЛЮЧЕНО ПРИ

- 1)+ центральной форме анкилозирующего спондилоартрита
- 2) болезни Стилла
- 3) выраженном и умеренной тяжести ревматическом кардите
- 4) системной красной волчанке, системной склеродермии, дерматомиозите

49. ИЗ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ВЫЗЫВАЕТ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ МИАЛГИЮ И ВЫРАЖЕННУЮ АМИОТРОФИЮ

- 1)+ триамцинолон
- 2) гидрокортизон
- 3) преднизон
- 4) преднизолон

50. ПАЦИЕНТ С ОПРЕДЕЛЕННЫМ АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНЫМИ ТРОМБОЗАМИ ДОЛЖЕН ПОЛУЧАТЬ ПРЕПАРАТ

- 1)+ варфарин
- 2) преднизолон в высоких дозах
- 3) цеlexоксиб
- 4) розувастатин

51. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подавление активности ревматического процесса
- 2) восстановление функции суставов
- 3) подготовка к санаторно-курортному лечению
- 4) возвращение к трудовой деятельности

52. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ катаракту
- 2) иридоциклит
- 3) увеит
- 4) миопию

53. ФИЗИОТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1)+ при низкой активности и в период ремиссии
- 2) только в период ремиссии
- 3) на фоне высокой активности заболевания
- 4) для предупреждения обострения заболевания

54. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ остеопороз
- 2) метгемоглобинемию
- 3) гипотензию
- 4) стоматит

55. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ НЕНАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гематотоксичность
- 2) противовоспалительный
- 3) жаропонижающий
- 4) гипоурикемический

56. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1)+ бензатина бензилпенициллин+бензилпенициллин прокаина
- 2) ампициллин
- 3) диклофенак
- 4) хлорохин

57. В РАННЕЙ СТАДИИ ЛАЙМСКОЙ БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+ доксициклин
- 2) меронем
- 3) цефтриаксон
- 4) даптомицин

58. НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕАКЦИЕЙ, СВЯЗАННОЙ С ПРИЁМОМ НЕСТЕРОИДНОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРЕПАРАТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ бронхоспазм
- 2) уменьшение воспаления в суставе
- 3) отсутствие гепатотоксичности
- 4) снижение скорости оседания эритроцитов

59. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЗМА ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ бицилина
- 2) пенициллина
- 3) цефтазидима
- 4) гентамицина

60. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

- 1)+ гидроксихлорохина
- 2) циклофосфана
- 3) мофетил микофенолата
- 4) лефлуномида

61. ТОЧКОЙ ПРИЛОЖЕНИЯ АПРЕМИЛАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фосфодиэстераза-4
- 2) интерлейкин-10
- 3) интерлейкин-4
- 4) фактор некроза опухоли альфа

62. У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ БЕЗ КАРДИТА, ВТОРИЧНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ

- 1)+ не менее 5 лет после последней атаки или до 21-летнего возраста
- 2) не менее 10 лет после последней атаки или до 21-летнего возраста
- 3) не менее 10 лет после последней атаки или до 40-летнего возраста
- 4) не более 5 лет

63. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиперкальциемия
- 2) гипотиреоз
- 3) диарея
- 4) гипергликемия

64. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ гиперкортицизм
- 2) миелосупрессию
- 3) фиброз легких
- 4) геморрагический цистит

65. НАЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ АССОЦИИРУЕТСЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК В РАМКАХ

- 1)+ системной склеродермии
- 2) сахарного диабета
- 3) вторичного амилоидоза
- 4) системного васкулита

66. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ УЛЬЦЕРОГЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЧИТАЮТ

- 1)+ снижение синтеза простагландинов в слизистой оболочке желудка
- 2) повышение моторики желудка
- 3) понижение моторики желудка
- 4) поражение центральной нервной системы

67. ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ИЛ-6-ЗАВИСИМОГО ВОСПАЛЕНИЯ (ВЫСОКИЕ СОЭ/СРБ, АНЕМИЯ, ГИПЕРФЕРРИТИНЕМИЯ) ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

- 1)+ тоцилизумаб
- 2) этанерцепт
- 3) адалимумаб
- 4) абатацепт

68. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ГИДРОКСИХЛОРОХИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ ретинопатию
- 2) дислипидемию
- 3) артериальную гипертензию
- 4) геморрагический цистит

69. РИСК РЕАКТИВАЦИИ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ НИЗКИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ ритуксимабом
- 2) инфликсимабом
- 3) голимумабом
- 4) цертолизумабом пэгол

70. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ МЕТОТРЕКСАТА ОТНОСЯТ

- 1)+ пневмонит
- 2) гиперурикемию
- 3) гипертрофию десен
- 4) кушингоидное ожирение

71. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕОБХОДИМО ПРИ

- 1)+ болезни Рейтера
- 2) анкилозирующем спондилите с внеаксиальными, внескелетными поражениями
- 3) ревматоидном артрите умеренной и высокой активности
- 4) подагрическом полиартрите тофусной формы

72. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО РЯДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЙНО ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ амлодипин
- 2) илопрост
- 3) флуоксетин
- 4) бозентан

73. ГРУППА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ моноклональные антитела к фактору некроза опухоли-альфа
- 2) иммунодепрессанты
- 3) сульфаниламиды
- 4) производные пропионовой кислоты

74. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЮБЫХ ФОРМ ПАННИКУЛИТА ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА МОЖЕТ

- 1)+** способствовать прогрессированию заболевания
- 2) стабилизировать воспалительный процесс
- 3) быть эффективным
- 4) улучшить лабораторные показатели

75. ОСНОВНОЙ РЕКОМЕНДАЦИЕЙ ПО ЛУЧШЕМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+** гастропротекторов
- 2) гипотензивных средств
- 3) препаратов, улучшающих коронарный кровоток
- 4) сульфаниламидов

76. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+** желудочно-кишечные кровотечения
- 2) ожирение
- 3) диссомнию
- 4) гемолитическую анемию

77. К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДА ОТНОСЯТ

- 1)+** моноартрит высокой, местной активности
- 2) выраженное воспаление множества суставов
- 3) деформацию сустава
- 4) противопоказания для базисной терапии

78. ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ МЕТОТРЕКСАТА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+** эрозивный стоматит
- 2) лейкоцитоз
- 3) запор
- 4) тромбоцитоз

79. ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НАЗНАЧАЮТ

- 1)+** преднизолон
- 2) парацетамол
- 3) аркоксия
- 4) аэртал

80. К ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВАМ ДЛЯ САНАЦИИ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ ОТНОСЯТ

- 1)+** тетрациклины
- 2) сульфаниламиды
- 3) пенициллины
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты

81. К ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДА ОТНОСЯТ

- 1)+** системную инфекцию
- 2) отсутствие костной деструкции
- 3) признаки воспаления в суставе
- 4) эффективность предыдущей внутрисуставной терапии

82. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ артериальную гипертензию
- 2) лимфо-пролиферативные заболевания
- 3) миелосупрессию
- 4) фиброз легких

83. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЭПИКОНДИЛИТА СЧИТАЮТ ЛОКАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1)+ бетаметазона
- 2) алфлутопа
- 3) хондроитинсульфата
- 4) траумеля

84. НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ

- 1)+ тяжёлом нарушении функции печени
- 2) увеличенном диурезе
- 3) нормальных показателях крови
- 4) повышенной свёртываемости крови

85. ДЕЙСТВИЕ АНАЛЬГЕТИКОВ УСИЛИВАЕТСЯ КОМБИНАЦИЕЙ С

- 1)+ транквилизаторами
- 2) антибиотиками
- 3) иммунодепрессантами
- 4) сульфаниламидами

86. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ желудочно-кишечные
- 2) гепатотоксические
- 3) нефротоксические
- 4) кожные

87. СУЛЬФАСАЛАЗИН ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

- 1)+ анкилозирующем спондилите
- 2) ревматоидном артрите с системными проявлениями
- 3) острой ревматической лихорадке
- 4) генерализованном остеоартрите

88. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИЁМА АМИНОХИНОЛИНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ ретинопатия
- 2) поражение эндокринных органов
- 3) дерматит
- 4) стоматит

89. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ миелосупрессия
- 2) фотосенсибилизация
- 3) повышение веса
- 4) гипергликемия

90. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА СЧИТАЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1)+ гипергликемии
- 2) повышенного диуреза
- 3) сонливости
- 4) булимии

91. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВИТАМИНЕ Д СОСТАВЛЯЕТ (МЕ)

- 1)+ 800-1000
- 2) 300
- 3) 100-200
- 4) 3000

92. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ АЗАТИОПРИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ лимфопролиферативные заболевания
- 2) желудочно-кишечные кровотечения
- 3) кушингоидное ожирение
- 4) артериальную гипертензию

93. ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ПАННИКУЛИТА ВЕБЕРА-РИСЧЕНА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ санацию очагов инфекции
- 2) инсоляцию
- 3) значительное употребление углеводов
- 4) занятие спортом

94. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СУСТАВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционный процесс в суставе
- 2) наличие выраженного воспаления
- 3) ограничение функции
- 4) увеличение СОЭ

95. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА, ПРИНИМАЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНО, СОСТАВЛЯЕТ (МГ)

- 1)+ 5-10
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 40

96. НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛЬГЕТИКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1)+ противовоспалительным действием
- 2) антибактериальным действием
- 3) тем, что вызывают эйфорию
- 4) антивирусным действием

97. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1)+ пенициллин
- 2) гентамицин
- 3) канамицин
- 4) тетрациклин

98. К ИНГИБИТОРАМ ИНТЕРЛЕЙКИНА-17 ОТНОСИТСЯ

- 1)+ секукинумаб
- 2) абатацепт
- 3) инфликсимаб
- 4) тоцилизумаб

99. ПРЕПАРАТОМ, ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВОЛЧАНОЧНО-ПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) амикацин
- 3) софасбувир
- 4) левофлоксацин

100. ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛИ ТРАМАДОЛОМ СТАРТОВАЯ ДОЗА СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 50-100 мг каждые 6 часов
- 2) 1,5 мг каждые 3-4 часа
- 3) 15-60 мг каждые 8 часов
- 4) 2 г каждые 4 часа

101. ВВЕДЕНИЕ ИГЛЫ ПРИ ПУНКЦИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА ЛУЧШЕ ПРОИЗВОДИТЬ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1)+ легкого сгибания при свободном свисании кисти
- 2) супинации кисти
- 3) отведении кисти в латеральном направлении
- 4) отведении кисти в медиальном направлении

102. ПРЕПАРАТОМ С НАИБОЛЬШИМ ГОНАДОТОКСИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ циклофосфамид
- 2) лефлуномид
- 3) метотрексат
- 4) циклоспорин

103. СРЕДНЯЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ (В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ПРЕДНИЗОЛОН) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК (В МГ/СУТКИ)

- 1)+ 7,5-30
- 2) 2,5-5
- 3) 5-7,5
- 4) 15-40

104. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ) ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ нестероидные противовоспалительные препараты
- 2) глюкокортикоиды
- 3) цитостатики
- 4) гипоурикемические средства

105. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ РЕКОМЕНДОВАН В

- 1)+ 3 триместре
- 2) 1 триместре
- 3) 2 триместре
- 4) родах

106. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ моноартрит крупного сустава
- 2) инфекция сустава
- 3) стартовые боли в крупном суставе
- 4) профилактика остеоартроза

107. САМЫЙ НИЗКИЙ РИСК РЕАКТИВАЦИИ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИБП АССОЦИИРУЕТСЯ С

- 1)+ ритуксимабом
- 2) инфликсимабом
- 3) этанерцептом
- 4) абатацептом

108. К БЛОКАТОРАМ КО-СТИМУЛЯЦИИ Т ЛИМФОЦИТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ абатацепт
- 2) ритуксимаб
- 3) тофацитиниб
- 4) этанерцепт

109. ПРЕПАРАТОМ, СПОСОБСТВУЮЩЕМУ БЫСТРОМУ ВЫВЕДЕНИЮ АКТИВНЫХ МЕТАБОЛИТОВ ЛЕФЛУНОМИДА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ холестирамин
- 2) фолиевая кислота
- 3) камедь гуаровая
- 4) урсодезоксихолиевая кислота

110. ПРЕПАРАТОМ, ОБЛАДАЮЩИМ АНТИФОЛАТНЫМИ СВОЙСТВАМИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ метотрексат
- 2) сульфасалазин
- 3) азатиоприн
- 4) лефлуномид

111. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НИЗКИЕ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ как поддерживающая терапия
- 2) при выраженных обострениях
- 3) с целью профилактики побочных действий базисных противовоспалительных препаратов
- 4) при потенциально угрожающих жизни обострениях ревматических заболеваний

112. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ В КАЧЕСТВЕ СТЕРОИД-СБЕРЕГАЮЩЕГО ИЛИ СТЕРОИД-ЗАМЕЩАЮЩЕГО РЕКОМЕНДОВАН

- 1)+ тоцилизумаб
- 2) ритуксимаб
- 3) адалимумаб
- 4) инфликсимаб

113. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ЦИКЛОСПОРИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ гиперурикемию
- 2) артериальную гипертензию
- 3) синдром Кушинга
- 4) геморрагический цистит

114. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ МЕТОТРЕКСАТА ОТНОСЯТ

- 1)+ фиброз печени
- 2) остеонекроз
- 3) геморрагический цистит
- 4) синдром Кушинга

115. ГАСТРОПАТИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ ингибцией активности конституциональной циклооксигеназы I
- 2) прямым раздражающим действием на слизистую желудка
- 3) прямой стимуляцией секреции желудочного сока
- 4) нарушением микроциркуляции в мышечном слое желудка

116. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ МЕТОТРЕКСАТА ОТНОСЯТ

- 1)+ стоматит
- 2) ретинопатию
- 3) дислипидемию
- 4) остеопороз

117. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛ НЕОБХОДИМО ОТМЕНЯТЬ НЕ ПОЗЖЕ ЧЕМ ЗА _____ ДО ЗАЧАТИЯ

- 1)+ 3 месяца
- 2) 2 года
- 3) 1 год
- 4) 6 месяцев

118. ВВЕДЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В СУСТАВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1)+ при моно- или олигоартрите с выраженным экссудативным компонентом
- 2) при артралгиях без экссудативных изменений в суставах
- 3) при множественном поражении суставов с выраженными экссудативными явлениями
- 4) при одновременном приёме внутрь больших доз глюкокортикостероидов

119. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРОБУ

- 1)+ Манту
- 2) Кумбса
- 3) Реберга
- 4) Зимницкого

120. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гидроксихлорохин
- 2) микофенолата мофеил
- 3) метотрексат
- 4) лефлуномид

121. К НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ РЕАКЦИЯМ НА ЛОКАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ОТНОСЯТ

- 1)+ покраснение лица и сердцебиение
- 2) панцитопению
- 3) диффузную алопецию
- 4) развитие ониходистрофии

122. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ (ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ) ИЗ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1)+ ингибиторы интерлейкина-1
- 2) ингибиторы интерлейкина-17
- 3) анти в-клеточные препараты
- 4) ингибиторы интерлейкина-6

123. БОЛЬШАЯ ЧАСТЬ (90%) СУЛЬФАСАЛАЗИНА МЕТАБОЛИЗИРУЕТСЯ В

- 1)+ толстой кишке
- 2) тонкой кишке
- 3) желудке
- 4) печени

124. ПРИ ПРИЕМЕ ЦИКЛОСПОРИНА НЕОБХОДИМО ИЗБЕГАТЬ УПОТРЕБЛЕНИЕ

- 1)+ грейпфрута
- 2) яблока
- 3) лимона
- 4) киви

125. ПЕРВОЙ «ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МИШЕНЬЮ» ДЛЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ СТАЛ

- 1)+ фактор некроза опухоли-альфа
- 2) интерлейкин 12/23
- 3) интерлейкин 6
- 4) интерлейкин 17

126. ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕТОТРЕКСАТА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ на гепатиты В и С
- 2) глазного дна
- 3) активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
- 4) рентгеновской денситометрии

127. ПРИ ПРИЕМЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НЕОБХОДИМО ЕЖЕГОДНО ПРОВОДИТЬ КОНТРОЛЬ

- 1)+ рентгеновской денситометрии
- 2) мазка по Папаниколау
- 3) серологического обследования на гепатиты В и С
- 4) активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы

128. СТОЙКОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ДАЖЕ В ОТСУТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

- 1)+ низких доз ацетилсалициловой кислоты
- 2) клопидогреля
- 3) гепарина
- 4) низких доз глюкокортикоидов

129. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) микофенолата мофеил
- 3) метотрексат
- 4) лефлуномид

130. ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ В 3 ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРОДОЛЖЕНИЕ ТЕРАПИИ

- 1)+ цертолизумаба пеголом
- 2) этанерцептом
- 3) адалимумабом
- 4) голимумабом

131. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕДНИЗОЛОН В НАЧАЛЬНОЙ ДОЗЕ МЕНЕЕ (В МГ)

- 1)+ менее 7,5
- 2) 20
- 3) 15
- 4) 12,5

132. ВЫСОКАЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ (В ПЕРЕСЧЕТЕ НА ПРЕДНИЗОЛОН) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК БОЛЕЕ ____ МГ/СУТКИ

- 1)+ 30
- 2) 25
- 3) 35
- 4) 40

133. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ЦИКЛОФОСФАМИДА ОТНОСЯТ

- 1)+ миелосупрессию
- 2) фиброз легких
- 3) остеонекроз
- 4) синдром Кушинга

134. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ МИКОФЕНОЛАТА МОФЕТИЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ миелосупрессию
- 2) фиброз легких
- 3) гиперурикемию
- 4) гипертрофию десен

135. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ЦИКЛОСПОРИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ гиперплазию десен
- 2) кушингоидное ожирение
- 3) остеопороз
- 4) ретинопатию

136. ПРЕПАРАТОМ, ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОТОРОГО МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ВОЛЧАНОЧНО-ПОДОБНЫЙ СИНДРОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ прокаинамид
- 2) новокаинамид
- 3) амиодарон
- 4) аденазин

137. ПРИЕМ НПВП В 3 ТРИМЕТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ АССОЦИИРОВАН С ВЫСОКИМ РИСКОМ

- 1)+ преждевременного закрытия артериального протока
- 2) костных аномалий скелета
- 3) гипоплазии легочной артерии
- 4) развития врожденных пороков сердца

138. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ ФЕРТИЛЬНОСТИ ПРИЕМ ВСЕХ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ

- 1)+ в начале цикла до момента зачатия
- 2) за месяц до планируемого зачатия
- 3) за 2 месяца до планируемого зачатия
- 4) за 3 месяца до планируемого зачатия

139. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ЦИКЛОФОСФАМИДА ОТНОСЯТ

- 1)+ геморрагический цистит
- 2) гиперурикемию
- 3) дислипидемию
- 4) увеит

140. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ПОМИМО ПРИЕМА ПРЕДНИЗОЛОНА ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ метотрексата
- 2) ритуксимаба
- 3) парацетамола
- 4) голимумаба

141. СИНДРОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ВОЛЧАНКИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

- 1)+ ингибитора фактора некроза опухоли альфа
- 2) ингибитора интерлейкина 17
- 3) ингибитора интерлейкина 12/23
- 4) абатацепт

142. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ (ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колхицин
- 2) преднизолон
- 3) метотрексат
- 4) азатиоприн

143. К ПРИЧИНАМ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА ГИДРОКСИХЛОРОХИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ отложение препарата в роговице
- 2) отложение препарата на сетчатке
- 3) отслойка сетчатки
- 4) фосфорилирование фоторецепторов под действием препарата

144. К ИНГИБИТОРАМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ голимумаб
- 2) ритуксимаб
- 3) абатацепт
- 4) устекинумаб

145. СТАНДАРТНАЯ ДОЗА АЗАТИОПРИНА ДОЛЖНА БЫТЬ УМЕНЬШЕНА ДО ОДНОЙ ЧЕТВЕРТИ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ПРИЕМОМ

- 1)+ аллопуринола
- 2) варфарина
- 3) циклоспорина
- 4) дигоксина

146. К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ЦИКЛОСПОРИНА ОТНОСЯТ

- 1)+ миелосупрессию
- 2) фиброз легких
- 3) остеонекроз
- 4) геморрагический цистит

147. РАННИМ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ЦИКЛОФОСФАМИДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический цистит
- 2) миелосупрессия
- 3) гонадотоксичность
- 4) гепатотоксичность

148. К НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОВ 4-АМИНОХИНОЛИНОВОГО РЯДА ОТНОСЯТ

- 1)+ ретинопатию
- 2) кожную сыпь
- 3) алопецию
- 4) миопатию

149. ДО ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПРИ АРТРИТЕ ВОЗМОЖНО НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ С

- 1)+ нестероидных противовоспалительных препаратов
- 2) лефлуномида
- 3) пенициллина
- 4) аллопуринола

150. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ гидроксихлорохина
- 2) циклофосфана
- 3) лефлуномида
- 4) микофенолата мофетила

151. К ИНГИБИТОРАМ ЯНУС-КИНАЗ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ тофацитиниб
- 2) тоцилизумаб
- 3) канакинумаб
- 4) адалимумаб

152. ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ИНFUЗИЯМИ РИТУКСИМАБА В РАМКАХ ОДНОГО КУРСА ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 14 дней
- 2) 5 дней
- 3) 6 недель
- 4) 8 недель

153. ТОФАЦИТИНИБ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ

- 1)+ ингибиторов янус-киназ
- 2) ингибиторов интерлейкина – 1
- 3) цитостатиков
- 4) глюкокортикоидов

154. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ моноартрит при исключении инфекционной этиологии
- 2) поражение внутренних органов
- 3) утренняя скованность в суставах
- 4) сужение суставной щели

155. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗРЕШЕНО ЛЕЧЕНИЕ

- 1)+ азатиоприном
- 2) метотрексатом
- 3) циклофосфаном
- 4) лефлуномидом

156. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕХАНИЗМОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ, ЖАРОПОНИЖАЮЩИЙ И АНАЛГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подавление синтеза простагландинов
- 2) подавление миграции макрофагов
- 3) снижение лизосомальной проницаемости
- 4) уменьшение сосудистой проницаемости

157. К БЛОКАТОРАМ КОСТИМУЛЯЦИИ Т-ЛИМФОЦИТОВ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ абатацепт
- 2) тоцилизумаб
- 3) канакинумаб
- 4) адалимумаб

158. К ИНГИБИТОРАМ ИНТЕРЛЕЙКИНА – 6 ОТНОСИТСЯ

- 1)+ тоцилизумаб
- 2) голимумаб
- 3) адалимумаб
- 4) ритуксимаб

159. К ИНГИБИТОРАМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – АЛЬФА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ голимумаб
- 2) тоцилизумаб
- 3) канакинумаб
- 4) ритуксимаб

160. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СУБАКРОМИАЛЬНОГО БУРСИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ локальное введение глюкокортикостероидов
- 2) оперативное вмешательство
- 3) прием глюкокортикостероидов перорально в течение 3-6 месяцев
- 4) раннее начало приема метотрексата

161. ОСНОВНОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СНИЖЕНИИ СКОРОСТИ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ С УГНЕТЕНИЕМ ФАЗЫ РЕЗОРБЦИИ У

- 1)+ бифосфонатов
- 2) терипаратида
- 3) холекальциферола
- 4) метотрексата

162. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анафилактическая реакция
- 2) артралгия
- 3) гиперемия лица
- 4) изменение вкусовых ощущений

163. ТОЦИЛИЗУМАБ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ

- 1)+ интерлейкина – 6
- 2) интерлейкина – 17
- 3) интерлейкина – 1
- 4) фактора некроза опухоли-альфа

164. К ИНГИБИТОРАМ ИНТЕРЛЕЙКИНА – 17 ОТНОСИТСЯ

- 1)+ секукинумаб
- 2) голимумаб
- 3) адалимумаб
- 4) ритуксимаб

165. ИНФЛИКСИМАБ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ

- 1)+ фактора некроза опухоли-альфа
- 2) интерлейкина – 17
- 3) интерлейкина – 1
- 4) интерлейкина – 6

166. К МОНОКЛОНАЛЬНЫМ АНТИТЕЛАМ К ИНТЕРЛЕЙКИНУ – 1 β ОТНОСИТСЯ

- 1)+ канакинумаб
- 2) голимумаб
- 3) адалимумаб
- 4) ритуксимаб

167. АДАЛИМУМАБ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ

- 1)+ фактора некроза опухоли-альфа
- 2) интерлейкина – 17
- 3) интерлейкина – 1
- 4) янус-киназ

168. У БОЛЬНЫХ С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ С АРТЕРИАЛЬНЫМИ ТРОМБОЗАМИ В АНАМНЕЗЕ КАКОГО ЦЕЛЕВОГО ЗНАЧЕНИЯ МНО НЕОБХОДИМО ДОСТИГНУТЬ ПРИ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ С ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА

- 1)+ выше 3
- 2) 2-3
- 3) 1-2
- 4) меньше 3

169. ЭТАНЕРЦЕПТ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ

- 1)+ фактора некроза опухоли-альфа
- 2) интерлейкина – 17
- 3) интерлейкина – 1
- 4) интерлейкина – 6

170. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ СИСТЕМНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ преднизолон
- 2) дексаметазон
- 3) триамцинолон
- 4) бетаметазон

171. ГОЛИМУМАБ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ

- 1)+ фактора некроза опухоли-альфа
- 2) интерлейкина – 17
- 3) интерлейкина – 1
- 4) интерлейкина – 6

172. КОНТРОЛИРОВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ клинический анализ крови
- 2) исследование уровня альбумина в крови
- 3) исследование уровня общего холестерина
- 4) анализ мочи на микроальбинурию

173. К ИНГИБИТОРАМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – АЛЬФА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ цертолизумаб пэггол
- 2) тоцилизумаб
- 3) канакинумаб
- 4) ритуксимаб

174. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ЦИКЛОСПОРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсическое повреждение почек
- 2) гиперплазия десен
- 3) артериальная гипертензия
- 4) аллергическая реакция

175. К ИНГИБИТОРАМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – АЛЬФА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ адалимумаб
- 2) тоцилизумаб
- 3) канакинумаб
- 4) ритуксимаб

176. ОДНИМ ИЗ РЕЖИМОВ НАЗНАЧЕНИЯ ЭТАНЕРЦЕПТА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ 0,4 МГ/КГ (МАКСИМАЛЬНО 25 МГ)

- 1)+ 2 раза в неделю
- 2) ежедневно
- 3) 1 раз в месяц
- 4) каждые 8 недель

177. В РЕВМАТОЛОГИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ метилпреднизолон
- 2) гидрокортизон
- 3) преднизолон
- 4) триамцинолон

178. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ПРИЕМА СУЛЬФАСАЛАЗИНА ПРИ ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 15-25 МГ/КГ (МАКСИМАЛЬНО 150 МГ)

- 1)+ 2 раза в день
- 2) 1 раз в день
- 3) 1 раз в неделю
- 4) через день

179. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИКЛОСПОРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ токсическое поражение почек
- 2) гипертрихоз
- 3) анемия
- 4) надпочечниковая недостаточность

180. К ИНГИБИТОРАМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – АЛЬФА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ инфликсимаб
- 2) тоцилизумаб
- 3) канакинумаб
- 4) ритуксимаб

181. К ИНГИБИТОРАМ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ – АЛЬФА ОТНОСИТСЯ

- 1)+ этанерцепт
- 2) тоцилизумаб
- 3) канакинумаб
- 4) ритуксимаб

182. К АНТИ-В-КЛЕТОЧНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ ритуксимаб
- 2) тоцилизумаб
- 3) канакинумаб
- 4) адалимумаб

183. РИТУКСИМАБ ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ анти-В-клеточным препаратам
- 2) ингибиторам интерлейкина – 17
- 3) ингибиторам интерлейкина – 1
- 4) ингибиторам фактора некроза опухоли-альфа

184. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ моно- или олигоартрит с выраженным экссудативным компонентом
- 2) одновременный прием внутрь больших доз глюкокортикоидов
- 3) множественное поражение суставов с выраженными экссудативными явлениями
- 4) артралгии

185. ЦЕРТОЛИЗУМАБ ПЭГОЛ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ

- 1)+ фактора некроза опухоли-альфа
- 2) интерлейкина – 17
- 3) интерлейкина – 1
- 4) интерлейкина – 6

186. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ АЗАТИОПРИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ агранулоцитоз
- 2) активация инфекции
- 3) нарушение менструального цикла
- 4) кожный зуд

187. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ ОТСУТСТВИЕ МИНЕРАЛОКОРТИКОИДНОЙ АКТИВНОСТИ У

- 1)+ дексаметазона
- 2) гидрокортизона
- 3) кортизона ацетата
- 4) преднизолона

188. АБАТАЦЕПТ ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ блокаторам костимуляции Т-лимфоцитов
- 2) ингибиторам фактора некроза опухоли-альфа
- 3) ингибиторам интерлейкина – 17
- 4) ингибиторам интерлейкина – 6

189. ВЕРНЫМ РЕЖИМОМ ПРИЕМА МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ 10-15 МГ/М²

- 1)+ 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в день
- 3) через день
- 4) 1 раз в 2 недели

190. ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ АМИНОХИНОЛИНОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретинопатия
- 2) миопатия
- 3) эзофагит
- 4) дерматит

191. КАНАКИНУМАБ ОТНОСИТСЯ К ИНГИБИТОРАМ

- 1)+ интерлейкина – 1
- 2) интерлейкина – 17
- 3) интерлейкина – 6
- 4) фактора некроза опухоли-альфа

192. СЕКУКИНУМАБ ОТНОСИТСЯ К

- 1)+ ингибиторам интерлейкина – 17
- 2) ингибиторам интерлейкина –1
- 3) ингибиторам фактора некроза опухоли-альфа
- 4) анти-В-клеточным препаратам

193. К ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ОТНОСЯТ

- 1)+ желудочно-кишечное кровотечение
- 2) остеопороз
- 3) катаракту
- 4) задержку натрия и жидкости

194. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ АМИНОХИНОЛИНОВЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ретинопатия
- 2) расстройство стула
- 3) кожная сыпь
- 4) миопатия

195. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ОТДАЕТСЯ ПРЕДПОЧТЕНИЕ

- 1)+ метилпреднизолону
- 2) дексаметазону
- 3) бетаметазону
- 4) триамцинолону

196. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ инфекционный артрит
- 2) выраженный синовит при исключении инфекционной этиологии
- 3) внутрисуставное введение глюкокортикоидов через 4 месяца после предыдущего
- 4) усиление выраженности артрита на фоне эффективной в целом базисной противовоспалительной терапии при ревматоидном артрите

197. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕХАНИЗМОМ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ подавление синтеза простагландинов
- 2) снижение лизосомальной проницаемости
- 3) уменьшение сосудистой проницаемости
- 4) подавление миграции макрофагов

198. МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ АКТИВНОГО ВИТАМИНА D (КАЛЬЦИТРИОЛА)

- 1)+ способствует всасыванию кальция в кишечнике
- 2) подавляет реабсорбцию кальция в почках
- 3) способствует образованию коллагена I типа в костях
- 4) подавляет выработку кальцитонина щитовидной железой

199. К НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЯМ АНТИМАЛЯРИЙНЫХ ПРЕПАРАТОВ 4-АМИНОХИНОЛИНОВОГО РЯДА ОТНОСЯТ

- 1)+ ретинопатию
- 2) отсутствие аппетита
- 3) боли в животе
- 4) расстройство стула

200. ПОСЛЕ ФАЗЫ ИНИЦИАЦИИ КРАТНОСТЬ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ АБАТАЦЕПТА СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

- 1)+ 4 недели
- 2) 6 недель
- 3) 2 месяца
- 4) 3 месяца

201. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕМ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ВЕРХНЕГО КАМЕНИСТОГО СИНУСА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) алкилирующих агентов
- 3) аминохинолиновых производных
- 4) ингибиторов кальциневрина

202. ТЕРАПИЯ ЦЕРТОЛИЗУМАБОМ ПЭГОЛ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ подкожно
- 2) перорально
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

203. ТЕРАПИЯ ТОЦИЛИЗУМАБОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ внутривенно
- 2) перорально
- 3) ректально
- 4) внутримышечно

204. ТЕРАПИЯ ИНФЛИКСИМАБОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ внутривенно
- 2) перорально
- 3) подкожно
- 4) внутримышечно

205. ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕТОТРЕКСАТА ВКЛЮЧАЕТ

- 1)+ общий анализ крови, печеночные ферменты, креатинин, глюкоза, маркеры вирусов гепатитов В, С и ВИЧ
- 2) антинуклеарный фактор, маркеры вируса гепатита В и С
- 3) общий анализ крови и с-реактивный белок
- 4) ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированому белку

206. РЕКОМЕНДОВАННАЯ СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ ЭТАНЕРЦЕПТА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ 1 РАЗ В ____

- 1)+ 50; неделю
- 2) 25; неделю
- 3) 25; 2 недели
- 4) 50; месяц

207. РЕКОМЕНДОВАННАЯ СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ АДАЛИМУМАБА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА: ____ МГ КАЖДЫЕ ____ НЕДЕЛИ

- 1)+ 40; 2
- 2) 40; 4
- 3) 20; 2
- 4) 20; 4

208. ПРИ НАЛИЧИИ В АНАМНЕЗЕ ЛИМФОМЫ И ДРУГИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ В ПРЕДЫДУЩИЕ 5 ЛЕТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ ритуксимаб
- 2) адалимумаб
- 3) этанерцепт
- 4) абатацепт

209. ТЕРАПИЯ АДАЛИМУМАБОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ подкожно
- 2) перорально
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

210. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ РАЗРЕШЕНО ПРИМЕНЕНИЕ АБАТАЦЕПТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ювенильный идиопатический артрит
- 2) псориатический артрит
- 3) реактивный артрит
- 4) анкилозирующий спондилит

211. ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ НАГРУЗОЧНОЙ ДОЗЫ АБАТАЦЕПТ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ У ВЗРОСЛЫХ В ВИДЕ ПОДКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ 1 РАЗ В НЕДЕЛЮ В ДОЗЕ (В МГ)

- 1)+ 125
- 2) 250
- 3) 300
- 4) 275

212. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗОВ БЕРЕМЕННЫМ СО СТОЙКИМ УВЕЛИЧЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- 1)+ гидроксихлорохин
- 2) варфарин
- 3) преднизолон
- 4) гепарин

213. ТЕРАПИЯ ГОЛИМУМАБОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ подкожно
- 2) перорально
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

214. ФАКТОРОМ, СНИЖАЮЩИМ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ожирение
- 2) прием глюкокортикоидов
- 3) гиподинамия
- 4) дислипидемия

215. ПРИ ВЕСЕ ПАЦИЕНТА ОТ 60 ДО 100 КГ ДОЗА ВНУТРИВЕННО ВВОДИМОГО АБАТАЦЕПТА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 750
- 2) 250
- 3) 500
- 4) 1000

216. ТЕРАПИЮ АБАТАЦЕПТОМ В ВИДЕ РАСТВОРА ДЛЯ ИНФУЗИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПО СХЕМЕ

- 1)+ неделя 0, неделя 2, неделя 4, далее каждый месяц
- 2) неделя 0, неделя 1, неделя 2, далее каждые 2 месяца
- 3) неделя 0, неделя 2, неделя 4, далее каждые 2 месяца
- 4) неделя 0, неделя 1, неделя 2, далее каждый месяц

217. К ВЫСОКОСПЕЦИФИЧНЫМ СЕЛЕКТИВНЫМ НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ целекоксиб
- 2) ибупрофен
- 3) диклофенак
- 4) кеторолак

218. ТЕРАПИЯ ЭТАНЕРЦЕПТОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ подкожно
- 2) перорально
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

219. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, ТРЕБУЮЩИМ ОТМЕНЫ САЛАЗОПИРИДИНА (СУЛЬФАСАЛАЗИНА) БЕЗ ДАЛЬНЕЙШЕГО ВОЗОБНОВЛЕНИЯ ЕГО ПРИЕМА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ пневмонит
- 2) кожная сыпь
- 3) тошнота и рвота
- 4) головная боль

220. МЕТОТРЕКСАТ СЛЕДУЕТ ОТМЕНИТЬ ЗА _____ МЕСЯЦЕВ ДО ПЛАНИРУЕМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1)+ 3
- 2) 12
- 3) 6
- 4) 1

221. ИЗ ЦИТОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ РАЗВИТИЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАЩЕ СПОСОБСТВУЕТ

- 1)+ хлорбутин
- 2) азатиоприн
- 3) метотрексат
- 4) циклоспорин

222. ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ИЛ-6-ЗАВИСИМОГО ВОСПАЛЕНИЯ (ВЫСОКИЕ СОЭ/СРБ, АНЕМИЯ, ГИПЕРФЕРРИТИНЕМИЯ) ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ

- 1)+ тоцилизумаб
- 2) этанерцепт
- 3) абатацепт
- 4) адалимумаб

223. К ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ФАСЦИИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ глюкокортикоиды
- 2) метотрексат
- 3) циклофосфамид
- 4) микофенолата мофетил

224. ТЕРАПИЯ КАНАКИНУМАБОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ подкожно
- 2) перорально
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

225. ПРОБА МАНТУ С ВНУТРИКОЖНЫМ ВВЕДЕНИЕМ 2 ТЕ, ПРОВОДИМАЯ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, СЧИТАЕТСЯ СЛАБОПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ РАЗМЕРЕ ИНФИЛЬТРАТА

- 1)+ 5-9 мм в диаметре
- 2) 10-14 мм в диаметре
- 3) 15-16 мм у детей и подростков и 15-20 мм у взрослых
- 4) 17 мм и более у детей, у взрослых - 21 мм и более

226. ТЕРАТОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1)+ метотрексат
- 2) преднизолон
- 3) азатиоприн
- 4) гидроксихлорохин

227. ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ БИОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ, ИМЕЮЩИМ ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЕ ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ адалимумаб
- 2) секукинумаб
- 3) тоцилизумаб
- 4) ритуксимаб

228. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

- 1)+ гидроксихлорохин
- 2) аспирин
- 3) преднизолон
- 4) лефлуномид

229. ЦЕЛЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ»

- 1)+ достижение ремиссии
- 2) увеличение продолжительности жизни
- 3) уменьшение боли и улучшение функциональной активности пациентов
- 4) улучшение качества жизни

230. ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА, ИСКЛЮЧАЯ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ АРТРИТ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ЛЕЧЕНИЕ АРТРИТА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- 1)+ нестероидных противовоспалительных препаратов
- 2) антибиотиков
- 3) преднизолона
- 4) аллопуринола

231. ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ антагонисты витамина К
- 2) глюкокортикоиды
- 3) аминохинолиновые препараты
- 4) нестероидные противовоспалительные препараты

232. ВВЕДЕНИЕ АБАТАЦЕПТА В ИНФУЗИОННОЙ ФОРМЕ ВОЗМОЖНО С __ ЛЕТ

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 4

233. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИКЛОФОСФАМИДОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ геморрагический цистит
- 2) алоpecia
- 3) угнетение кроветворения
- 4) оссалгия

234. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУБАКРОМИАЛЬНОГО БУРСИТА

- 1)+ локальное введение глюкокортикостероидов
- 2) оперативное вмешательство
- 3) назначение ГКС перорально на 3-6 месяцев
- 4) обеспечение абсолютного покоя конечности в течение всего периода болезни

235. ОСНОВНОЕ МЕСТО В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ЗАНИМАЮТ

- 1)+ глюкокортикоиды
- 2) метотрексат
- 3) нестероидные противовоспалительные препараты
- 4) дезагреганты

236. ПРИ ВЕСЕ ПАЦИЕНТА МЕНЕЕ 60 КГ ДОЗА ВНУТРИВЕННО ВВОДИМОГО АБАТАЦЕПТА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 500
- 2) 250
- 3) 750
- 4) 1000

237. ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ АБАТАЦЕПТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ревматоидный артрит
- 2) псориатический артрит
- 3) реактивный артрит
- 4) анкилозирующий спондилит

238. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ гидроксихлорохина
- 2) циклофосфана
- 3) мофетила микофенолата
- 4) лефлуномида

239. ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗРЕШЕНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1)+ азатиоприна
- 2) метотрексата
- 3) циклофосфана
- 4) микофенолата мофетила

240. РИСК РЕАКТИВАЦИИ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ НИЗКИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИБП

- 1)+ ритуксимаба
- 2) инфликсимаба
- 3) голимумаба
- 4) цертолизумаба пэггол

241. ПРИМЕНЕНИЕ ЭТАНЕРЦЕПТА У ДЕТЕЙ РАЗРЕШЕНО С __ ЛЕТ

- 1)+ 2
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 4

242. НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТОМ ОБЯЗАТЕЛЕН ПРИЕМ

- 1)+ фолиевой кислоты
- 2) кальция и витамина D
- 3) ингибиторов протонной помпы
- 4) витамина B12

243. ТЕРАПИЯ РИТУКСИМАБОМ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ внутривенно
- 2) перорально
- 3) подкожно
- 4) внутримышечно

244. ПРИ ВЕСЕ ПАЦИЕНТА БОЛЕЕ 100 КГ ДОЗА ВНУТРИВЕННО ВВОДИМОГО АБАТАЦЕПТА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 800
- 2) 500
- 3) 750
- 4) 250

245. ПРИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ ПРИ ЭОЗИНОФИЛЬНОМ ФАСЦИИТЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ азатиоприна
- 2) циклофосфамида
- 3) лефлуномида
- 4) циклоспорина

246. ПРИЕМ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- 1)+ снижает минеральную плотность кости и повышает риск развития переломов
- 2) повышает минеральную плотность кости, но не повышает риск развития переломов
- 3) не оказывает влияния на минеральную плотность кости и риск развития переломов
- 4) снижает минеральную плотность кости, но не повышает риск развития переломов

247. НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ МАЛОЭФФЕКТИВНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

- 1)+ фибромиалгии
- 2) остеоартрита
- 3) эпизодическая головная боль напряжения
- 4) псориатическом артрите

248. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПОРАЖЕНИИ ГЛАЗ СО СНИЖЕНИЕМ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ НА > 2 СТРОКИ ПО ШКАЛЕ 10/10 ИЛИ ПОРАЖЕНИИ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ____

- 1)+ циклоспорин А
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) алкилирующих агентов
- 4) аминоксанолиновых производных

249. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТРИТОВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ колхицина
- 2) метотрексата
- 3) сульфасалазина
- 4) гидроксихлорохина

250. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЗАДНИХ СЕГМЕНТОВ ГЛАЗ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА И НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ азатиоприна
- 2) метотрексата
- 3) микофенолата мофетила
- 4) сульфасалазина

251. ПРИ ПОРАЖЕНИИ КИШЕЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕЗИСТЕНТНОМ К ТЕРАПИИ БАЗИСНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-6
- 3) интерлейкина-17
- 4) интерлейкина-12/23

252. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ СОВМЕСТНО С

- 1)+ циклофосфамидом
- 2) колхицином
- 3) микофенолатом мофетилем
- 4) циклоспорином

253. БАРИЦИТИНИБ ОТНОСИТСЯ К БЛОКАТОРАМ

- 1)+ янус-киназ
- 2) интерлейкина - 17
- 3) интерлейкина - 6
- 4) интерлейкина - 1

254. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕГО ОСТРОГО ТРОМБОЗА ВЕРХНЕГО САГИТАЛЬНОГО СИНУСА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) алкилирующих агентов
- 3) аминохинолиновых производных
- 4) ингибиторов кальциевых каналов

255. ПРИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГЕНЕТИЧЕСКАЯ МУТАЦИЯ КАКОГО ГЕНА MEKV АССОЦИИРУЕТСЯ С БОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ И НАЗНАЧЕНИЕМ ВЫСОКИХ ДОЗ КОЛХИЦИНА?

- 1)+ M694V
- 2) V726A
- 3) M680I
- 4) M694I

256. КАНАКИНУМАБ ОТНОСИТСЯ К БЛОКАТОРАМ

- 1)+ интерлейкина - 1
- 2) интерлейкина - 17
- 3) интерлейкина - 6
- 4) янус-киназ

257. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМЫ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ колхицина
- 2) метотрексата
- 3) гидроксихлорохина
- 4) циклоспорина

258. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ КИШЕЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА МОЖЕТ НАЗНАЧАТЬСЯ

- 1)+ сульфасалазин
- 2) микофенолата мофетил
- 3) колхицин
- 4) гидроксихлорохин

259. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В СОЧЕТАНИИ

- 1)+ интерфероном альфа
- 2) лефлуномидом
- 3) гидроксихлорохином
- 4) циклоспорином

260. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ циклофосфамидом
- 2) метотрексатом
- 3) микофенолатом мофетилом
- 4) гидроксихлорохином

261. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА СИНУСОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ИНГИБИТОРЫ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-6
- 3) интерлейкина-17
- 4) интерлейкина-12/23

262. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) аминохинолиновых производных
- 3) алкилирующих агентов
- 4) ингибиторов кальциневрина

263. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАДНЕГО УВЕИТА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ИНГИБИТОРЫ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-4
- 3) интерлейкина-6
- 4) интерлейкина-5

264. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ циклоспорином
- 2) метотрексатом
- 3) микофенолатом мофетилом
- 4) гидроксихлорохином

265. КОНЕЧНОЙ ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ минимизация субклинического воспаления в межприступный период
- 2) лечение симптомов заболевания
- 3) достижение ремиссии
- 4) достижение низкой активности заболевания

266. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ азатиоприном
- 2) микофенолатом мофетилом
- 3) колхицином
- 4) гидроксихлорохином

267. ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ КОЛХИЦИНА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 9-16
- 2) 8-12
- 3) 12-16
- 4) 10-15

268. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) аминоксилиновых производных
- 4) интерферонов

269. МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ)

- 1)+ 10
- 2) 1
- 3) 30
- 4) 2

270. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ДОЗЫ КОЛХИЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ АМИНОТРАНСФЕРАЗ ВЫШЕ НОРМЫ В

- 1)+ 2 раза
- 2) 3 раза
- 3) 4 раза
- 4) 5 раз

271. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ У ВЗРОСЛЫХ МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА КОЛХИЦИНА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 2
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2,5

272. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ИНФУЗИИ ИЛОПРОСТА СОСТАВЛЯЕТ (В ЧАСАХ)

- 1)+ 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 2

273. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА В СОЧЕТАНИИ С УЗЛОВОЙ ЭРИТЕМОЙ И/ИЛИ ЯЗВАМИ НА ГЕНИТАЛИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ колхицина
- 2) метотрексата
- 3) гидроксихлорохина
- 4) циклоспорина

274. МОНИТОРИНГ УРОВНЯ СЫВОРОТОЧНОГО АА АМИЛОИДА И СРБ У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ КОЛХИЦИН, ПРОВОДИТСЯ КАЖДЫЕ (В МЕСЯЦАХ)

- 1)+ 3
- 2) 6
- 3) 9
- 4) 2

275. К БЛОКАТОРАМ ЯНУС-КИНАЗ ОТНОСЯТ

- 1)+ тофацитиниб
- 2) дазатиниб
- 3) ибрутиниб
- 4) иматиниб

276. СТАРТОВАЯ ДОЗА НИФЕДИПИНА ПРОДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЙНО СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ

- 1)+ 30
- 2) 10
- 3) 20
- 4) 15

277. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА С РЕКУРРЕНТНЫМ ОСТРЫМ УВЕИТОМ, УГРОЖАЕМЫМ ПО ПОТЕРЕ ЗРЕНИЯ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-4
- 3) интерлейкина-6
- 4) интерлейкина-5

278. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ В ЗАДНИХ СЕГМЕНТАХ ГЛАЗ, УГРОЖАЕМЫМ ПО ПОТЕРЕ ЗРЕНИЯ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ интерферона α
- 2) интерферона β -1a
- 3) интерферона- β -1b
- 4) интерферона- γ

279. ПРИ РЕФРАКТЕРНЫХ/ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-6
- 3) интерлейкина-17
- 4) интерлейкина-12/23

280. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ АДАЛИМУМАБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитором фактора некроза опухоли альфа
- 2) ингибитором интерлейкина - 6
- 3) ингибитором интерлейкина -1
- 4) моноклональным антителом к CD20+

281. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЯЗВАХ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И/ИЛИ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ИНГИБИТОРЫ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-17
- 3) интерлейкина-6
- 4) интерлейкина-5

282. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ ИНФЛИКСИМАБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитором фактора некроза опухоли альфа
- 2) ингибитором интерлейкина - 6
- 3) ингибитором интерлейкина -1
- 4) моноклональным антителом к CD20+

283. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ ГОЛИМУМАБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитором фактора некроза опухоли альфа
- 2) ингибитором интерлейкина - 6
- 3) ингибитором интерлейкина -1
- 4) моноклональным антителом к CD20+

284. ПРИ НАЛИЧИИ ЛАКТОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СТАРТОВАЯ ДОЗА КОЛХИЦИНА У ПАЦИЕНТОВ СО СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ СОСТАВЛЯЕТ ___ МГ В ДЕНЬ

- 1)+ 0,5
- 2) 1
- 3) 1,5
- 4) 2

285. ПРЕПАРАТОМ ИЗ ГРУППЫ ДИГИДРОПИРИДИНОВ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЙНО, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нифедипин
- 2) нитрендипин
- 3) нимодипин
- 4) никардипин

286. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ НЕТАКИМАБ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитором интерлейкина 17
- 2) ингибитором интерлейкина - 6
- 3) ингибитором интерлейкина -1
- 4) моноклональным антителом к CD20+

287. ПРЕПАРАТАМИ 1 ЛИНИИ ТЕРАПИИ СИНДРОМА РЕЙНО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ дигидропиридины
- 2) фенилалкиламины
- 3) бензодиазепины
- 4) дифенилпиперазины

288. КРАТНОСТЬ ПРИЕМА ТАДАЛАФИЛА ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНДРОМА РЕЙНО СОСТАВЛЯЕТ ___ В СУТКИ

- 1)+ 1 раз
- 2) 2 раза
- 3) 3 раза
- 4) 4 раза

289. ТОЦИЛИЗУМАБ - РЕКОМБИНАНТНОЕ ГУМАНИЗИРОВАННОЕ МОНОКЛОНАЛЬНОЕ АНТИТЕЛО, КОТОРОЕ ИНГИБИРУЕТ ДЕЙСТВИЕ

- 1)+ интерлейкина - 6
- 2) интерлейкина - 17
- 3) янус-киназ
- 4) интерлейкина -1

290. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЙНО ИЗ ГРУППЫ ДИГИДРОПИРИДИНОВ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1)+ амлодипин
- 2) нитрендипин
- 3) лациитидин
- 4) фелодипин

291. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ ЭТАНЕРЦЕПТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ингибитором рецептора фактора некроза опухоли альфа
- 2) ингибитором фактора некроза опухоли альфа
- 3) ингибитором интерлейкина -1
- 4) моноклональным антителом к CD20+

292. РИТУКСИМАБ – ХИМЕРНОЕ МОНОКЛОНАЛЬНОЕ АНТИТЕЛО, КОТОРОЕ СПЕЦИФИЧЕСКИ СВЯЗЫВАЕТСЯ С

- 1)+ трансмембранным антигеном CD20
- 2) фактором некроза опухоли альфа
- 3) интерлейкином - 6
- 4) интерлейкином -1

293. РИСК РАЗВИТИЯ ЦИТОПЕНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЗАТИОПРИНОМ ПОВЫШАЕТСЯ МНОГОКРАТНО ПРИ НАЛИЧИИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА ФЕРМЕНТА

- 1)+ тиопуринметилтрансферазы
- 2) метилентетрагидрофолатредуктазы
- 3) фенилаланингидроксилазы
- 4) фосфоэстеразы

294. ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ КОНЦЕНТРАЦИЮ КОЛХИЦИНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кетоконазол
- 2) вориконазол
- 3) даназол
- 4) флуконазол

295. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ ЦЕРТОЛИЗУМАБА ПЭГОЛ ЯВЛЯЕТСЯ ИНГИБИТОРОМ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина - 6
- 3) интерлейкина -1
- 4) интерлейкина -17

296. РЕКОМЕНДОВАННАЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА АМЛОДИПИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РЕЙНО СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 1,25
- 2) 10
- 3) 12,5
- 4) 7,5

297. АБАТАЦЕПТ В ВИДЕ ПОДКОЖНОЙ ФОРМЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ДОЗЕ 125 МГ

- 1)+ 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в 2 недели
- 3) 2 раза в неделю
- 4) 1 раз в 3 недели

298. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ФОРМ

- 1)+ глюкокортикостероидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) такролимуса
- 4) циклоспорина

299. ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ТЕРАПИИ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) аминохинолиновых производных
- 4) интерферонов

300. ПРОТИВОПОКАЗАНО ОДНОВРЕМЕННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОЛХИЦИНА С

- 1)+ кетоконазолом
- 2) амфотерицином В
- 3) тербинафином
- 4) гризеофульвином

301. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ИЛИ ХРОНИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ интерферон α
- 2) интерферон β - 1a
- 3) интерферон β - 1b
- 4) интерферон γ

302. СТАРТОВАЯ ДОЗА КОЛХИЦИНА ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИХ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ, СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ В ДЕНЬ

- 1)+ не более 0,5
- 2) менее 0,1
- 3) более 1
- 4) более 0,6

303. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-6
- 3) интерлейкина-17
- 4) интерлейкина-12/23

304. ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ТЕРАПИИ АНЕВРИЗМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ СОВМЕСТНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ С

- 1)+ циклофосфамидом
- 2) колхицином
- 3) микофенолатом мофетилом
- 4) циклоспорином

305. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВ ГЕНИТАЛИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО ТОПИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) такролимуса
- 4) циклоспорина

306. РЕКОМЕНДОВАННАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА СОСТАВЛЯЕТ (В МГ)

- 1)+ 1000
- 2) 750
- 3) 500
- 4) 250

307. ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ТЕРАПИИ АНЕВРИЗМЫ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) аминоксилиновых производных
- 4) интерферонов

308. ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ КОНЦЕНТРАЦИЮ КОЛХИЦИНА В КРОВИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ аторвастатин
- 2) ацетилсалициловая кислота
- 3) лозартан
- 4) бисопролол

309. ОПТИМАЛЬНОЙ СХЕМОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ СОВМЕСТНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ С

- 1)+ азатиоприном
- 2) метотрексатом
- 3) микофенолатом мофетилем
- 4) колхицином

310. ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ В ЗАДНИХ СЕГМЕНТАХ ГЛАЗ, УГРОЖАЕМЫМ ПО ПОТЕРЕ ЗРЕНИЯ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ циклоспорина
- 2) метотрексата
- 3) микофенолата мофетила
- 4) сульфасалазина

311. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЯЗВ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, ГЕНИТАЛИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ апремиласта
- 2) тофацитиниба
- 3) рофлумиласта
- 4) барицитиниб

312. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ АОРТЫ, РЕФРАКТЕРНЫХ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ, РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-6
- 3) интерлейкина-17
- 4) интерлейкина-12/23

313. ПРИ ОСТРОМ ПОРАЖЕНИИ КИШЕЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ месалазином
- 2) микофенолатом мофетилем
- 3) колхицином
- 4) гидроксихлорохином

314. ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ КОНЦЕНТРАЦИЮ КОЛХИЦИНА В КРОВИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кларитромицин
- 2) левофлоксацин
- 3) метронидазол
- 4) пенициллин

315. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) аминоксилиновых производных
- 4) интерферонов

316. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЯЗВ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И И ГЕНИТАЛИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ азатиоприн
- 2) гидроксихлорохин
- 3) такролимус
- 4) луфлуномид

317. ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ КОНЦЕНТРАЦИЮ КОЛХИЦИНА В КРОВИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ циклоспорин
- 2) метотрексат
- 3) микофенолата мофетил
- 4) лефлуномид

318. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНЫХ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТОВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПРИМЕНЯЮТ ИНГИБИТОРЫ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-6
- 3) интерлейкина-17
- 4) интерлейкина-12/23

319. ПРЕПАРАТОМ, ПОВЫШАЮЩИМ КОНЦЕНТРАЦИЮ КОЛХИЦИНА В КРОВИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ритонавир
- 2) ацикловир
- 3) ганцикловир
- 4) осельтамивир

320. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ колхицин
- 2) анакинра
- 3) канакинумаб
- 4) преднизолон

321. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ИЛИ ХРОНИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ азатиоприн
- 2) метотрексат
- 3) сульфасалазин
- 4) гидроксихлорохин

322. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕМ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ НИЖНЕГО САГИТАЛЬНОГО СИНУСА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+ глюкокортикоидов
- 2) алкилирующих агентов
- 3) аминохинолиновых производных
- 4) ингибиторов кальциневрина

323. СТАРТОВАЯ ДОЗА КОЛХИЦИНА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И ДЕТЕЙ СТАРШЕ 10 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИХ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ, СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ В ДЕНЬ

- 1)+ 1,0 -1,5
- 2) 1,5 - 2
- 3) 1,0 -2,5
- 4) 1,0 - 2,0

324. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО СОВМЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ С

- 1)+ циклофосфамидом
- 2) колхицином
- 3) микофенолатом мофетилем
- 4) циклоспорином

325. МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА КОЛХИЦИНА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ, СОСТАВЛЯЕТ ____ МГ В ДЕНЬ

- 1)+ 2
- 2) 1,5
- 3) 2,5
- 4) 3

326. ПРИ ОСТРОМ ПОРАЖЕНИИ КИШЕЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В СОЧЕТАНИИ С

- 1)+ сульфасалазином
- 2) микофенолатом мофетилем
- 3) колхицином
- 4) гидроксихлорохином

327. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, РЕФРАКТЕРНОЙ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ, РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ

- 1)+ фактора некроза опухоли альфа
- 2) интерлейкина-6
- 3) интерлейкина-17
- 4) интерлейкина-12/23

328. ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЯЗВАХ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ И ГЕНИТАЛИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА, РЕФРАКТЕРНЫХ К ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ, РЕКОМЕНДОВАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1)+ интерферона α
- 2) интерферона β -1a
- 3) интерферона- β -1b
- 4) интерферона- γ

329. ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ, НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ КОЛХИЦИН

- 1)+ как только установлен диагноз
- 2) при появлении серозита
- 3) при формировании амилоидоза
- 4) при появлении лихорадки

330. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ КОЛХИЦИНОМ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ, НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ ЧЕРЕЗ ____ ПОСЛЕ НАЧАЛА ТЕРАПИИ

- 1)+ 3-6 месяцев
- 2) 1-3 месяца
- 3) 6-9 месяцев
- 4) 2-4 месяца

331. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАН ПЕРЕХОД НА ПЕРОРАЛЬНЫЙ ПРИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА В ДОЗЕ __ МГ/КГ/СУТКИ В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА

- 1)+ 1
- 2) 0,75
- 3) 0,5
- 4) 0,25

332. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- 1)+** глюкокортикоидов
- 2) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 3) аминохинолиновых производных
- 4) интерферонов

Тема 10. Методы обследования больных с ревматическими заболеваниями.

1. «ВЯЛАЯ» ПУЛЬСАЦИЯ СЕРДЦА (СНИЖЕНИЕ АМПЛИТУДЫ СИСТОЛОДИАСТОЛИЧЕСКИХ ДВИЖЕНИЙ МИОКАРДА) НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ миокардите
- 2) дефекте межжелудочковой перегородки
- 3) гипертонической болезни
- 4) митральном стенозе

2. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ТИТРЫ РЕВМАТОИДНОГО ФАКТОРА НАБЛЮДАЮТ ПРИ

- 1)+ болезни Шегрена
- 2) системной склеродермии
- 3) системной красной волчанке
- 4) ревматоидном артрите

3. К БЕЛКАМ ОСТРОЙ ФАЗЫ ВОСПАЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1)+ С-реактивный белок
- 2) гамма-глобулин
- 3) иммуноглобулин G
- 4) альфафетопротеин

4. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО СИМПТОМОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ

- 1)+ эзофагогастродуоденоскопию
- 2) обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости
- 3) колоноскопию
- 4) ректороманоскопию

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ болезнью Крона
- 2) атрофическим гастритом
- 3) язвой двенадцатиперстной кишки
- 4) острым вирусным гепатитом

6. ОДНИМ ИЗ "БОЛЬШИХ" КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА "ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА" ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ полиартрит
- 2) гломерулонефрит
- 3) геморрагический васкулит
- 4) пневмонит

7. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1)+ β -гемолитическим стрептококком группы А
- 2) β -гемолитическим стрептококком группы В
- 3) золотистым стафилококком
- 4) гемофильной палочкой

8. К ВАЖНЫМ КРИТЕРИЯМ АНТИСИНТЕТАЗНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ

- 1)+ интерстициальное поражение лёгких
- 2) поражение кожи по типу «руки механика»
- 3) феномен Рейно
- 4) полиартрит

9. СИНОВИАЛЬНАЯ ОБОЛОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутренней поверхностью капсулы сустава
- 2) гиалиновым хрящом
- 3) бессосудистой тканью
- 4) жидкостью в полости сустава

10. РАЗВИТИЕ АРТРИТА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ НАД СУСТАВОМ ПРИ

- 1)+ септическом артрите
- 2) реактивном артрите
- 3) остеоартрозе
- 4) острой ревматической лихорадке

11. КЛИНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ, КОТОРОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ венозный тромбоз
- 2) полиартрит
- 3) поражение клапанов сердца
- 4) синдром Рейно

12. ДЛЯ БОЛЕЗНИ РЕЙНО ХАРАКТЕРЕН ПРИЗНАК

- 1)+ отсутствия висцеральных поражений
- 2) одностороннего изменения цвета пальцев кистей и стоп
- 3) развития некротических поражений в области пальцев кистей и стоп
- 4) ослабления или отсутствия пульсации на артериях конечностей среднего диаметра

13. К МЕТОДАМ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ ультразвуковую томографию
- 2) исследование синовиальной жидкости
- 3) биопсию органов и тканей
- 4) иммуноморфологическое исследование

14. К ЛАБОРАТОРНЫМ КРИТЕРИЯМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ ОБНАРУЖЕНИЕ

- 1)+ волчаночного антикоагулянта в плазме в двух или более случаях исследования
- 2) ревматоидного фактора в высоком титре
- 3) антител к нативной ДНК, выявляемые 2 раза при исследовании
- 4) антител к циклическому цитруллинированому полипептиду в двух или более случаях исследования

15. БЫСТРО ИСЧЕЗАЮЩАЯ МАКУЛОПАПУЛЕЗНАЯ СЫПЬ, ЕЖЕДНЕВНЫЕ ВЕЧЕРНИЕ ПОДЪЁМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, АРТРАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ болезни Стилла взрослых
- 2) системной склеродермии
- 3) системной красной волчанки
- 4) диффузного (эозинофильного) фасциита

16. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (СИНДРОМ ШАРПА) ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ

- 1)+ к ядерному рибонуклеопротейду
- 2) к О-антигену
- 3) антимитохондриальных
- 4) к ДНК

17. К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АДГЕЗИВНОГО ПЕРИКАРДИТА МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1)+ наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии
- 2) утолщение листков перикарда, спаечный процесс и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков
- 3) наличие 200 мл жидкости в полости перикарда и участков адгезии
- 4) расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень

18. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА, ПРИМЕНЯЕМАЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ, ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ обнаружить иммунологические нарушения
- 2) уточнить характер электролитных нарушений
- 3) поставить диагноз ревматическая лихорадка
- 4) определить нарушение соединительной ткани

19. ЭОЗИНОФИЛИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО СОПУТСТВУЕТ

- 1)+ узелковому полиартерииту
- 2) склеродермии
- 3) системной красной волчанке
- 4) подагре

20. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПОРОКОВ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) сфигмография
- 3) бодиплетизмография
- 4) эластометрия

21. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК РЕДКО НАБЛЮДАЮТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ

- 1)+ дерматомиозитом
- 2) системной склеродермией
- 3) узелковым полиартритом
- 4) системной красной волчанке

22. ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1)+ узловатую эритему
- 2) ревматический кардит
- 3) малую хорею
- 4) «летучий» артрит

23. ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ МОЖЕТ БЫТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ

- 1)+ ревматоидного артрита
- 2) микрокристаллической артропатии
- 3) подагры
- 4) системной красной волчанки

24. К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1)+ расхождение листков перикарда в систолу и диастолу выше нормы
- 2) утолщение листков перикарда и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков
- 3) наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии в нем
- 4) утолщение листков перикарда, спаечный процесс и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков

25. КОНЦЕНТРАЦИЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЕЕ НИЗКАЯ ПРИ _____ ТИПЕ ГИПЕРУРИКЕМИИ

- 1)+ почечном
- 2) печеночном
- 3) метаболическом
- 4) смешанном

26. СУСТАВНОЙ СИНДРОМ В РАННЕЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШЕЕ СХОДСТВО С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ

- 1)+ системной красной волчанке
- 2) палиндромном ревматизме
- 3) подагре
- 4) остеоартрозе

27. ФАКТОРОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ носительство маркера HLA B51
- 2) женский пол
- 3) европеоидная раса
- 4) вирусная инфекция (вирус гепатита В)

28. В СОСТАВ СИНДРОМА ШАРПА ВХОДИТ

- 1)+ дерматомиозит
- 2) болезнь Хортона
- 3) ревматическая полимиалгия
- 4) остеоартроз

29. ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ ЭХО-КГ ХАРАКТЕРНА ДИЛАТАЦИЯ ПОЛОСТИ

- 1)+ левого желудочка
- 2) правого желудочка
- 3) правого предсердия
- 4) левого предсердия

30. НОРМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ЖИДКОСТИ, КОТОРОЕ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, СОСТАВЛЯЕТ (В МЛ)

- 1)+ 10-50
- 2) 50-80
- 3) 100-300
- 4) 500

31. УСИЛЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ В КОНЦЕ ФОРСИРОВАННОГО ВДОХА ТИПИЧНО ДЛЯ ____ КЛАПАНА

- 1)+ недостаточности трехстворчатого
- 2) недостаточности митрального
- 3) стеноза аортального
- 4) недостаточности аортального

32. К ПРИЗНАКАМ АРТРИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ припухлость суставов
- 2) механическую боль
- 3) гиперпигментацию кожи над пораженными суставами
- 4) хруст в суставе

33. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РЕЗКОГО УВЕЛИЧЕНИЯ СОЭ У БОЛЬНОГО В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 65 ЛЕТ С БОЛЯМИ В ПЛЕЧЕВОМ ПОЯСЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ НАЛИЧИЕ

- 1)+ ревматической полимиалгии
- 2) ревматоидного артрита
- 3) миеломной болезни и других парапротеинемий
- 4) опухолевого поражения

34. В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ УЧАСТВУЮТ МЕХАНИЗМЫ

- 1)+ иммунные
- 2) склерозирования
- 3) тромбообразования
- 4) аллергические

35. ПРИЧИНОЙ ЭМБОЛИИ ПО БОЛЬШОМУ КРУГУ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНОГО С МЕРЦАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ тромбоз полости левого предсердия
- 2) гипертрофия стенки правого желудочка
- 3) гипертрофия стенки левого желудочка
- 4) флебит глубоких вен нижних конечностей

36. «БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ кардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема
- 2) вальвулит, артралгии, гематурия, лихорадка
- 3) миокардит, полиартрит, узловатая эритема, тофусы
- 4) лихорадка, узелки Ослера, острая клапанная регургитация

37. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ, КОТОРОЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТ РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ анемия
- 2) эозино-базофильная ассоциация
- 3) эозино-базофильная диссоциация
- 4) наличие бластов в периферической крови

38. В СИМПТОМОКОМПЛЕКС СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (СИНДРОМ ШАРПА) ВХОДЯТ ПРИЗНАКИ

- 1)+ системной красной волчанки
- 2) болезни Бехчета
- 3) остеоартроза
- 4) анкилозирующего спондилита

39. БИОПСИЯ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ТОЧНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1)+ туберкулёз сустава
- 2) ревматоидный артрит
- 3) анкилозирующий спондилит
- 4) реактивный артрит

40. ПРОЦЕНТ ПОЛИМОРФНО-ЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ВЫШЕ ПРИ

- 1)+ септическом артрите
- 2) реактивных артритах
- 3) псориатическом артрите
- 4) анкилозирующем спондилите

41. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ У ЖЕНЩИНЫ С ЖАЛОБАМИ НА ОТЁЧНОСТЬ И ЦИАНОЗ УШНЫХ РАКОВИН, ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, ПОКРАСНЕНИЕ ГЛАЗ, БОЛИ В КРУПНЫХ СУСТАВАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ рецидивирующий полихондрит
- 2) дерматомиозит
- 3) системная красная волчанка
- 4) болезнь Бехчета

42. ИЗ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1)+ системной красной волчанки
- 2) дерматомиозита
- 3) системной склеродермии
- 4) синдрома Шегрена

43. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ИСКЛЮЧЕНО

- 1)+ выбухание второй дуги левого контура
- 2) увеличение четвертой дуги по левому контуру
- 3) увеличение третьей дуги левого контура (ушко левого предсердия)
- 4) наличие признаков активной легочной гипертензии

44. ЧАСТОЕ СОЧЕТАНИЕ С КОНКРЕТНЫМ АНТИГЕНОМ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ УСТАНОВЛЕНО ПРИ

- 1)+ анкилозирующем спондилоартрите
- 2) синдроме Марфана
- 3) болезни Шегрена
- 4) остеомалации

45. ДЛЯ СИНДРОМА СТИЛЛА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ лейкоцитоза
- 2) лейкопении
- 3) тромбоцитопении
- 4) апластической анемии

46. НА ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ БОЛЬШЕ 0,20 С, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ неполной атриовентрикулярной блокады I степени
- 2) полной атриовентрикулярной блокады
- 3) блокады ножек пучка Гиса
- 4) синоаурикулярной блокады

47. НА ЭКГ РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ (QRST) НЕПРАВИЛЬНЫЙ, ЗУБЕЦ Р ОТСУТСТВУЕТ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ мерцательной аритмии
- 2) желудочковой экстрасистолии
- 3) желудочковой тахикардии
- 4) предсердной тахикардии

48. ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГКИХ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ болезни Бехчета
- 2) гранулематозе Вегенера
- 3) микроскопическом полиангиите
- 4) синдроме Чарг-Стросса

49. К ВАЖНЫМ КРИТЕРИЯМ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ОТНОСЯТ

- 1)+ рецидивирующие язвы полости рта
- 2) эозинофильные инфильтраты в лёгких
- 3) гематологические нарушения в виде панцитопении
- 4) изменения в анализах мочи в виде протеинурии более 3 г/л

50. ПОВЫШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТА _____ СОПРОВОЖДАЕТ ВОСПАЛЕНИЕ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ

- 1)+ креатинфосфокиназы
- 2) амилазы
- 3) ферритина
- 4) протеазы А

51. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ПАННИКУЛИТА ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА СЧИТАЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ болезненных подкожных узлов
- 2) кольцевидной эритемы
- 3) пальпируемой пурпуры
- 4) сетчатого ливедо

52. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ СЧИТАЮТ

- 1)+ боль и скованность в плечевом и тазовом поясе
- 2) развитие заболевания в молодом возрасте
- 3) постепенное начало
- 4) нормальную массу тела

53. САКРОИЛИИТ РЕЖЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1)+ ревматоидном артрите
- 2) анкилозирующем спондилите
- 3) реактивном артрите
- 4) псориатическом артрите

54. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вальвулит
- 2) перикардит
- 3) эндокардит
- 4) изолированный миокардит

55. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ, КАК ПРАВИЛО

- 1)+ анемией
- 2) эозинофилией
- 3) эозинофильно-базофильной ассоциации
- 4) панцитопенией

56. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО

- 1)+ поражаются преимущественно крупные суставы
- 2) течение заболевания прогрессирующее
- 3) заболевание сопровождается деформацией суставов
- 4) полиартрит встречается в 10% случаев

57. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПАННИКУЛИТА ВЕБЕРА-КРИСЧЕНА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

- 1)+ саркоидозом
- 2) хроническим бронхитом
- 3) псориазом
- 4) геморрагическим васкулитом

58. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ ВЫПОТА В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1)+ эхокардиографию
- 2) электрокардиографию
- 3) радиоизотопное сканирование сердца
- 4) коронарографию

59. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ СУСТАВОВ ПРОВОДИТСЯ МЕТОДОМ

- 1)+ активного сжатия суставов кистей в кулак
- 2) осмотра
- 3) пальпации
- 4) ультразвукового исследования

60. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ SAPHO-СИНДРОМА ОТНОСЯТ

- 1)+ пустулёз ладоней
- 2) язвы половых органов
- 3) ревматоидные узелки
- 4) тофусы

61. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ХАРАКТЕРНЫ ПРИЗНАКИ

- 1)+ хаотической перестройки костной ткани
- 2) хорошего эффекта при применении фторидов
- 3) высокого уровня трансаминаза
- 4) воспалительного поражения суставов верхних конечностей

62. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРОВОДИТСЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ

- 1)+ пальпации
- 2) перкуссии
- 3) аускультации
- 4) измерения объёма грудной клетки

63. СИМПТОМ КУШЕЛЕВСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ

- 1)+ илеосакральных сочленений
- 2) тазобедренных суставов
- 3) суставов поясничного отдела позвоночника
- 4) коленных суставов

64. ДЛЯ ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗА, В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТЕОАРТРОЗА, ХАРАКТЕРНО

- 1)+ поражение запястных и пястно-фаланговых суставов
- 2) поражение коленных суставов
- 3) изменение на рентгенограмме в виде остеофитов
- 4) сужение суставной щели на рентгенограмме

65. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПЕРЕД ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ ПАЦИЕНТА С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ общий анализ крови
- 2) крупнокадровое флюорографическое обследование
- 3) электромиография
- 4) магниторезонансная томография суставов

66. К ХАРАКТЕРНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ кольцевидную эритему
- 2) мелкоточечные кровоизлияния
- 3) эритему
- 4) буллёзные высыпания

67. У БОЛЬНОГО С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ПОЗВОЛЯЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

- 1)+ новое клапанное повреждение
- 2) нарушение ритма сердца
- 3) наличие пустулёза на ладонях
- 4) наличие ревматических узелков

68. КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫЙ СУСТАВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ неподвижный синовиальный сустав
- 2) шовное соединение костей без хряща
- 3) хрящевое соединение без синовиальной полости
- 4) подвижный синовиальный сустав

69. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА ПРИ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ рецидивирующим течением
- 2) отсутствием лихорадки
- 3) нормальными показателями крови
- 4) кожным зудом

70. К РАЗВИТИЮ ИНФЕКЦИОННОГО АРТРИТА МОЖЕТ ПРЕДРАСПОЛАГАТЬ

- 1)+ сахарный диабет
- 2) значительная физическая нагрузка
- 3) солнечная инсоляция
- 4) ожирение

71. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА МИОКАРДИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЛЕЖИТ

- 1)+ иммунологическое нарушение
- 2) изменение микроциркуляции
- 3) повреждение миокарда химическими токсинами
- 4) дисбаланс функции центральной нервной системы

72. ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ УЧАСТИЕ

- 1)+ макрофагов и лимфоцитов
- 2) нейтрофилов
- 3) тучных клеток
- 4) лимфоцитов и фибробластов

73. ДЛЯ СИНДРОМА СТИЛЛА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ изменение картины крови - лейкоцитоз
- 2) начало лихорадки и других системных проявлений после возникновения артрита
- 3) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора
- 4) развитие недостаточности аортального клапана

74. К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМАМ ДЛЯ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТ

- 1)+ одышку
- 2) летучие боли в суставах
- 3) головную боль
- 4) скованность по утрам

75. КРИТЕРИЯМИ ПЕРВИЧНОГО СИНДРОМА РЕЙНО СЧИТАЮТ

- 1)+ симметричность эпизодов вазоспазма
- 2) наличие заболеваний периферических сосудов
- 3) присутствие гангрены
- 4) патологию капилляров ногтевого ложа по данным капилляроскопии

76. КОЖНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА СЧИТАЮТ

- 1)+ болезненные генитальные язвы
- 2) пальпируемую пурпуру
- 3) эритему Готрона
- 4) ревматоидные узелки

77. ОБЪЕКТИВНЫМ КОЛИЧЕСТВЕННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ число воспалённых суставов
- 2) сила сжатия кисти в мм рт. ст.
- 3) окружность проксимальных межфаланговых суставов кисти
- 4) поражение системы органов дыхания

78. ВЕРОЯТНОСТЬ НАЛИЧИЯ ВТОРИЧНОГО СИНДРОМА РЕЙНО ОБУСЛОВЛЕНА

- 1)+ асимметричностью атак
- 2) отсутствием ишемии (изъязвления)
- 3) нормальной капилляроскопической картиной
- 4) отсутствием болезненных вазоспазмов

79. БОЛЬШИМ КРИТЕРИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СЧИТАЮТ

- 1)+ кольцевидную эритему
- 2) умеренный лейкоцитоз
- 3) увеличение СРБ
- 4) удлинение интервала PQ на электрокардиограмме

80. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПАННИКУЛИТЕ ВЕБЕРА -КРИСЧЕНА ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ лейкоцитоз
- 2) лимфопению
- 3) тромбоцитоз
- 4) эритроцитоз

81. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ «ЛАЙМСКАЯ БОЛЕЗНЬ» СЧИТАЮТ

- 1)+ мигрирующую эритему
- 2) пальпируемую пурпуру
- 3) ревматоидные узелки
- 4) сетчатое ливедо

82. ВТОРИЧНЫМ ЭНДОКАРДИТОМ НАЗЫВАЮТ ПРОЦЕСС, РАЗВИВШИЙСЯ У

- 1)+ больных с предшествующей патологией клапанов
- 2) внутривенных наркоманов
- 3) больных с другим бактериальным заболеванием
- 4) больных с инфарктом миокарда

83. УЗЛОВАТУЮ ЭРИТЕМУ НЕОБХОДИМО ОТЛИЧАТЬ ОТ

- 1)+ рожистого воспаления
- 2) кольцевидной эритемы
- 3) тофусов
- 4) ревматических узелков

84. ПРИ ХОНДРОКАЛЬЦИНОЗЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- 1)+ коленные
- 2) голеностопные
- 3) плюснефаланговые
- 4) тазобедренные

85. НАИБОЛЕЕ РЕДКО ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОРАЖАЕТСЯ СИСТЕМА

- 1)+ пищеварения
- 2) сердечно-сосудистая
- 3) костно-мышечная
- 4) центральная нервная

86. АРТРИТ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ асимметричностью
- 2) поражением мелких суставов
- 3) быстрым развитием деформации
- 4) множеством эрозий

87. У ПАЦИЕНТА 60 ЛЕТ, КУРИЛЬЩИКА СО СТАЖЕМ БОЛЕЕ 30 ЛЕТ, КОТОРЫЙ ЖАЛУЕТСЯ НА УПОРНЫЕ ДЛИТЕЛЬНЫЕ АРТРАЛГИИ В КОЛЕННЫХ, ГОЛЕНОСТОПНЫХ И ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ, ПОХУДЕНИЕ ЗА 3 МЕСЯЦА НА 8 КГ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА, СЛАБОСТЬ, ВЯЛОСТЬ, ПОНИЖЕННОЕ НАСТРОЕНИЕ, ПЛОХОЙ СОН, ПРИПУХЛОСТЬ И ОГРАНИЧЕНИЕ СУСТАВОВ, ДОЛЖНА БЫТЬ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

- 1)+ обследование для выявления опухолевого процесса
- 2) только наблюдение
- 3) обследование для выявления туберкулёза
- 4) обследование для выявления заболевания крови

88. ВРАЩЕНИЕ ГОЛОВЫ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ ЗА СЧЁТ ДВИЖЕНИЙ МЕЖДУ

- 1)+ II и IV шейными позвонками
- 2) I и II шейными позвонками
- 3) I и VII шейными позвонками
- 4) VII шейным I грудным позвонком

89. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА РЕДКО ВОЗНИКАЕТ

- 1)+ лёгочное кровотечение
- 2) увеит
- 3) афтозный стоматит
- 4) тромбоз поверхностных и глубоких вен

90. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ неполная блокада правой ножки пучка Гиса
- 2) артралгия
- 3) ускоренная СОЭ
- 4) удлинение интервала PQ

91. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ БОЛИ В СПИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) рентгенография позвоночника
- 3) компьютерная томография
- 4) денситометрия

92. ОЦЕНКА ПУРИНОВОГО ОБМЕНА ВКЛЮЧАЕТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1)+ содержания мочевой кислоты в сыворотке крови
- 2) креатинина
- 3) активности креатинфосфокиназы
- 4) содержания фосфора в крови

93. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ОТНОСЯТ

- 1)+ лихорадку от 39° в течение недели
- 2) лейкопению
- 3) высокое содержание ревматоидного фактора
- 4) антитела к цитруллинированному циклическому пептиду

94. НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ В СУСТАВАХ УКАЗЫВАЕТ

- 1)+ повышенная температура кожи над суставом
- 2) болезненность при движении
- 3) наличие грубой крепитации
- 4) выраженная деформация

95. ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА (ГИПЕРКИНЕЗЫ) МОГУТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ хореи
- 2) заболевания щитовидной железы
- 3) язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- 4) поражения опорно-двигательного аппарата

96. К МЕЖДУНАРОДНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ОТНОСЯТ

- 1)+ положительный тест патергии
- 2) множественные ревматические узелки
- 3) распространённую кольцевидную эритему
- 4) болезненность мышц плечевого пояса и голеней

97. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ узелков Ослера
- 2) кольцевидной эритемы
- 3) тофусов
- 4) пальпируемой пурпуры

98. ДЛЯ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ

- 1)+ узлы исчезают без распада
- 2) появляется западение кожи
- 3) происходит склерозирование узлов с последующим кальцинозом
- 4) остаётся атрофия ткани

99. МЕТАБОЛИЗМ КОСТНОЙ ТКАНИ КОНТРОЛИРУЕТ

- 1)+ паратгормон
- 2) инсулин
- 3) альдостерон
- 4) витамин B12

100. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ ПОРАЖАЮТСЯ МЫШЦЫ

- 1)+ шеи, плечевого пояса и тазового пояса
- 2) живота
- 3) голеней
- 4) лица

101. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 2000 до 2 500
- 2) от 2 500 до 100 000
- 3) от 100 000 до 200 000
- 4) более 200 000

102. В СЕПТИЧЕСКОЙ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ КОЛИЧЕСТВО КЛЕТОК В ММ³ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ более 100 000
- 2) от 2000 до 100 000
- 3) менее 2000
- 4) менее 1000

103. ПРИ АРТРИТЕ, АССОЦИИРОВАННЫМ С САРКОИДОЗОМ, ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

104. ПРИЗНАКОМ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ФАСЦИИТА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1)+ отёк дистальных отделов конечностей
- 2) пальмарный фасциит
- 3) феномен Рейно
- 4) симптом Дженуэя

105. К ПРИЗНАКАМ ПЕРВИЧНОГО ФЕНОМЕНА РЕЙНО ОТНОСЯТ

- 1)+ симметричный вазоспазм
- 2) язвы на кончиках пальцев
- 3) начало в детском возрасте (менее 14 лет)
- 4) наличие антинуклеарного фактора

106. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СВОЙСТВЕНЕН ____ ХАРАКТЕР СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

- 1)+ воспалительный
- 2) септический
- 3) геморрагический
- 4) невоспалительный

107. ПРИ ПИГМЕНТНОМ ВИЛЛОНОДУЛЯРНОМ СИНОВИТЕ ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ геморрагическая
- 2) невоспалительная
- 3) воспалительная
- 4) септическая

108. КОЛИЧЕСТВО КЛЕТОК В ММ³ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 3000 до 75 000
- 2) более 100 000
- 3) более 200 000
- 4) менее 2000

109. ЖЕЛТАЯ ИЛИ БЕЛАЯ НЕПРОЗРАЧНАЯ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ С НИЗКОЙ ВЯЗКОСТЬЮ, ХРУПКИМ МУЦИНОВЫМ ОСТАТКОМ, КОЛИЧЕСТВОМ ЛЕЙКОЦИТОВ БОЛЕЕ 100 000 В ММ³, СОДЕРЖАНИЕМ ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ БОЛЕЕ 95%, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ септической
- 2) геморрагической
- 3) невоспалительной
- 4) воспалительной

110. ХАРАКТЕРНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ утрата малых отростков подоцитов
- 2) сегментарный склероз капиллярных петель
- 3) наличие мезангиальных депозитов
- 4) кортикальный некроз

111. ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ АРТРИТЕ ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ септическая
- 2) геморрагическая
- 3) невоспалительная
- 4) воспалительная

112. НАЛИЧИЕ В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ОТ 2000 ДО 2500 КЛЕТОК В ММ³ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ остеоартроза
- 2) септического артрита
- 3) ревматоидного артрита
- 4) пигментного виллонодулярного синовита

113. ПРИ АРТРИТЕ, АССОЦИИРОВАННЫМ С КЛЕЩЕВЫМ БОРРЕЛИОЗОМ, ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

114. ЕСЛИ ПАЦИЕНТА ПОПРОСИТЬ УДЕРЖИВАТЬ МАССУ ТЕЛА НА БОЛЬНОЙ НОГЕ, И ПРОТИВОПОЛОЖНАЯ СТОРОНА ОПУСКАЕТСЯ ВНИЗ, ТО ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ СЧИТАЕТСЯ ПРОБА

- 1)+ Тренделенбурга
- 2) Кушелевского-1
- 3) Кумбса
- 4) Тимоловая

115. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГЕМАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ травма
- 2) инфекция
- 3) отложение кристаллов
- 4) аутоиммунные заболевания

116. ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

117. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДВИЖЕНИЙ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА ОПРЕДЕЛЯЮТ СПОСОБНОСТЬ

- 1)+ коснуться пальцами рук стоп, не сгибая колен
- 2) коснуться подбородком груди
- 3) смотреть назад через правое и левое плечо
- 4) коснуться подбородком плеч

118. АУТОАНТИТЕЛАМИ К АМИНОКИСЛОТАМ, ФОРМИРУЮЩИМСЯ В ПРОЦЕССЕ ПОСТТРАНСЛЯЦИОННОЙ МОДИФИКАЦИИ АРГИНИНА, ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К

- 1)+ циклическому цитруллинированному полипептиду
- 2) двуспиральной ДНК
- 3) РНК-полимеразе III
- 4) базальной мембране клубочков почек

119. ЛАБОРАТОРНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЮТСЯ АНТИТЕЛА К

- 1)+ кардиолипину, бета-2-гликопротеину, волчаночному антикоагулянту
- 2) базальной мембране клубочков
- 3) гладкой мускулатуре
- 4) нативной двуспиральной ДНК, протеиназе 3 и миелопероксидазе

120. В НОРМЕ КОЛИЧЕСТВО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 100 до 2000
- 2) более 20 000
- 3) от 2000 до 10 000
- 4) от 10 000 до 20 000

121. ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕННОСТИ В СУСТАВЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1)+ кончиком большого пальца
- 2) указательными пальцами обеих кистей
- 3) всей ладонью
- 4) средним пальцем

122. БЕЛКОМ ОСТРОЙ ФАЗЫ, СИНТЕЗИРУЕМЫМ В ОТВЕТ НА ТКАНЕВОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ С-реактивный белок
- 2) альбумин
- 3) амилаза
- 4) общий холестерин

123. ИНДЕКСОМ В ОЦЕНКЕ КОТОРОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СУБЪЕКТИВНОЕ МНЕНИЕ ПАЦИЕНТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ASQoL
- 2) BASMI
- 3) MASES
- 4) mSASSS

124. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ «ЭПИКОНДИЛИТ» ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ НАЛИЧИЕМ

- 1)+ энтезиса в виде шпоры
- 2) остеопороза
- 3) краевых эрозий
- 4) симптома пробойника

125. ПРОЯВЛЕНИЕМ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЧИТАЮТ НАЛИЧИЕ

- 1)+ феномена Рейно
- 2) увеличенной концентрации мышечных ферментов
- 3) узелков Ослера
- 4) пальпируемой пурпуры

126. НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СВОЙСТВЕНЕН ДЛЯ

- 1)+ посттравматического синовита
- 2) острого подагрического артрита
- 3) пигментного villonodularного синовита
- 4) псориатического артрита

127. ЖЕЛТАЯ ПРОЗРАЧНАЯ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ С ВЫСОКОЙ ВЯЗКОСТЬЮ, ПЛОТНЫМ МУЦИНОВЫМ ОСТАТКОМ, КОЛИЧЕСТВОМ ЛЕЙКОЦИТОВ МЕНЕЕ 2000 В ММ³, СОДЕРЖАНИЕМ ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ МЕНЕЕ 25%, ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ невоспалительной
- 2) воспалительной
- 3) септической
- 4) геморрагической

128. ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

129. ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ФОРМЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

130. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ КЛАСС СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СВОЙСТВЕНЕН ДЛЯ

- 1)+ ревматоидного артрита
- 2) остеоартроза
- 3) посттравматического синовита
- 4) коагулопатии

131. ЖЕЛТАЯ ИЛИ БЕЛАЯ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ С КОЛИЧЕСТВОМ ЛЕЙКОЦИТОВ ОТ 2000 ДО 100 000 В ММ³, СОДЕРЖАНИЕМ ПОЛИМОРФНОЯДЕРНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ БОЛЕЕ 50%, ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТОМ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воспалительной
- 2) септической
- 3) геморрагической
- 4) невоспалительной

132. ПРИ ОСТРОМ ПОДАГРИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

133. ИММУНОГЛОБУЛИНАМИ, ОБРАТИМО ВЫПАДАЮЩИМИ В ОСАДОК ПРИ ПОНИЖЕНИИ ТЕМПЕРАТУРЫ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ криоглобулины
- 2) парапротеины
- 3) гамма-глобулинами
- 4) альфа-2-глобулинами

134. ЧИСЛО КЛЕТОК В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ОТ 3000 ДО 75 000 В ММ³ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ ревматоидного артрита
- 2) остеоартроза
- 3) посттравматического синовита
- 4) септического артрита

135. ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

136. В НЕВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ КОЛИЧЕСТВО КЛЕТОК В ММ³ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ 100 до 2000
- 2) от 2000 до 2500
- 3) более 3 000
- 4) более 10 000

137. СЕПТИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СВОЙСТВЕНЕН ДЛЯ

- 1)+ бактериального артрита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) остеонекроза
- 4) острой ревматической лихорадки

138. ЧИСЛО КЛЕТОК В СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ БОЛЕЕ 80 000 В ММ³ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ септического артрита
- 2) ревматоидного артрита
- 3) остеоартроза
- 4) посттравматического синовита

139. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СВОЙСТВЕНЕН ДЛЯ

- 1)+ пигментного villonodularного синовита
- 2) остеонекроза
- 3) артрита, связанного с отложением гидроксиапатита
- 4) гипогаммаглобулинемии

140. НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СВОЙСТВЕНЕН ДЛЯ

- 1)+ остеоартроза
- 2) ревматоидного артрита
- 3) септического артрита
- 4) реактивного артрита

141. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ невоспалительная
- 2) воспалительная
- 3) септическая
- 4) геморрагическая

142. ПОВТОРНЫЕ ГЕМАРТРОЗЫ ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ У ПАЦИЕНТОВ С

- 1)+ гемофилией
- 2) сахарным диабетом
- 3) заболеваниями почек
- 4) ревматоидным артритом

143. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ УЗЕЛКОВ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1)+ в области суставов
- 2) в подчелюстной области
- 3) по ходу вен нижних конечностей
- 4) в толще мышц

144. ПРИ АРТРИТЕ, СВЯЗАННОМ С ОТЛОЖЕНИЕМ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ, ИЗ СУСТАВА ЭВАКУИРУЕТСЯ ____ СИНОВИАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ

- 1)+ воспалительная
- 2) септическая
- 3) геморрагическая
- 4) невоспалительная

145. КОЖНАЯ СЫПЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА СОЛНЕЧНЫЙ СВЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ фотосенсибилизацией
- 2) светосенсибилизацией
- 3) UV-сенсибилизацией
- 4) аллергической реакцией

146. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ЭПИКОНДИЛИТА ЛОКТЕВОГО СУСТАВА ЛЕЖИТ

- 1)+ микротравматизация сухожильной ткани
- 2) иммунное воспаление
- 3) инфицирование микобактерией
- 4) гипергликемия

147. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 3000 до 75 000
- 2) менее 2000
- 3) от 100 000 до 200 000
- 4) более 200 000

148. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ РЕАКТИВНОМ АРТРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 3000 до 75 000
- 2) менее 2000
- 3) от 100 000 до 200 000
- 4) более 200 000

149. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 3000 до 75 000
- 2) менее 2000
- 3) от 100 000 до 200 000
- 4) более 200 000

150. К АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ АНТИТЕЛА

- 1)+ кардиолипину
- 2) двуспиральной ДНК
- 3) рибонуклеопротеину
- 4) Ro/ SS-A

151. В ОТЛИЧИЕ ОТ РЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА, ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ стойкость лихорадочного синдрома
- 2) поражение суставов
- 3) наличие систолического сердечного шума на верхушке
- 4) увеличение СОЭ

152. ВРОЖДЕННАЯ ДИСПАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ гипермобильностью суставов
- 2) фибромиалгией
- 3) миопатией
- 4) артритами

153. СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ, РАЗРАБОТАННЫЕ АМЕРИКАНСКОЙ КОЛЛЕГИЕЙ РЕВМАТОЛОГОВ И ЕВРОПЕЙСКОЙ АНТИРЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИГОЙ В 2012 Г., НАРЯДУ С КЛИНИЧЕСКИМИ И ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ, ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) рентгенологическое исследование
- 3) магнитно-резонансную томографию
- 4) компьютерную томографию

154. КЛАССИФИКАЦИОННЫМИ КРИТЕРИЯМИ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА, В КОТОРЫХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ГЛИКИРОВАННАЯ ФРАКЦИЯ ФЕРРИТИНА, ЯВЛЯЮТСЯ КРИТЕРИИ

- 1)+ Fautrel
- 2) Cush
- 3) Yamaguchi
- 4) ACR 2010

155. ОСТРЫЙ САРКОИДОЗ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ЛИХОРАДКОЙ, ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНА ЗРЕНИЯ, СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ И ЛИМФОАДЕНОПАТИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СИНДРОМОМ

- 1)+ Хеерфорда
- 2) Лефгрега
- 3) Шегрена
- 4) Фелти

156. БОЛЕЗНЬ ШУЛЬМАНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ эозинофильный фасциит
- 2) гранулематоз с полиангиитом
- 3) хроническую пигментную пурпуру
- 4) сухой синдром

157. СИМПТОМЫ ПРИ ТУННЕЛЬНЫХ СИНДРОМАХ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- 1)+ сдавлением и ишемией находящегося в ограниченном анатомическом пространстве периферического нерва
- 2) расстройством вегетативной иннервации
- 3) сдавлением находящейся в ограниченном анатомическом пространстве артерии
- 4) воспалительным процессом в сухожильных влагалищах

158. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ЭРИТЕМОЙ

- 1)+ мигрирующей
- 2) кольцевидной
- 3) узловой
- 4) полиморфной

159. К АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ

- 1)+ волчаночный антикоагулянт
- 2) антитела к стероидпродуцирующим клеткам надпочечника
- 3) антитела к гепатиту С
- 4) LE-клетки

160. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1)+ двусторонняя боль в плечевом и тазовом поясе
- 2) односторонние боли в плечевом поясе
- 3) боли в плечевом поясе, усиливающиеся в покое
- 4) боли в коленных и тазобедренных суставах при ходьбе

161. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ более 80 000
- 2) от 2000 до 80 000
- 3) от 1000 до 2000
- 4) менее 1000

162. ГЕНЕТИЧЕСКОЙ МУТАЦИЕЙ, ОБУСЛАВЛИВАЮЩЕЙ РАЗВИТИЯ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ MEFV
- 2) MVK
- 3) TNFRSF1A
- 4) NLRP3

163. ЛУЧШЕ ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ ВНУТРИКОСТНЫЕ, ВНУТРИСУСТАВНЫЕ И ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СУСТАВОВ И ПОЗВОНОЧНИКА ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) рентгенография
- 3) компьютерная томография
- 4) сцинтиграфия

164. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ЭРИТЕМОЙ

- 1)+ кольцевидной
- 2) узловой
- 3) полиморфной
- 4) мигрирующей

165. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОНЕКРОЗА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ магнитно-резонансная томография
- 2) рентгенография
- 3) компьютерная томография
- 4) ультразвуковое исследование

166. ЧАСТНОЙ ПРИЧИНОЙ УЗЛОВАТОЙ ЭРИТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ саркоидоз
- 2) остеопороз
- 3) болезнь Шегрена
- 4) ревматоидный артрит

167. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ повышение уровня щелочной фосфатазы
- 2) снижение уровня паратгормона
- 3) повышение уровня паратгормона
- 4) снижение уровня фосфора

168. КРИТЕРИЕМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артериальный тромбоз
- 2) неэрозивный артрит
- 3) суточная протеинурия более 1 грамма
- 4) увеличение уровня тромбоцитов

169. ОТЛОЖЕНИЕМ ЗОЛОТИСТО-КОРИЧНЕВОГО ГЕМОСИДЕРИНА В ПОКРОВНЫХ КЛЕТКАХ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ гемохроматоз
- 2) подагра
- 3) амилоидная артропатия
- 4) ревматоидный артрит

170. К АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ АНТИТЕЛА К

- 1)+ фосфатидилсерин-протромбиновому комплексу
- 2) циклическому цитруллинированному полипептиду
- 3) модифицированному цитруллинированному виментину
- 4) нуклеосомам

171. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ АРТРИТЕ, СВЯЗАННОМ С ОТЛОЖЕНИЕМ ПИРОФОСФАТА КАЛЬЦИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 3000 до 75 000
- 2) менее 2000
- 3) от 100 000 до 200 000
- 4) более 200 000

172. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, В ПАТОГЕНЕЗЕ КОТОРОГО ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ АУТОВОСПАЛЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ болезнь Стилла
- 2) дерматополимиозит
- 3) охроноз
- 4) болезнь Нимана—Пика

173. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 3000 до 75 000
- 2) менее 2000
- 3) от 100 000 до 200 000
- 4) более 200 000

174. ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ХАРАКТЕРНА

- 1)+ кольцевидная эритема
- 2) мигрирующая эритема
- 3) «рука механика»
- 4) «бабочка» на лице

175. КРИТЕРИЕМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ венозный тромбоз
- 2) сыпь на скулах
- 3) язвы в ротовой полости
- 4) психоз

176. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА АУТОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕЖИТ АКТИВАЦИЯ

- 1)+ врожденного иммунитета
- 2) гуморального иммунитета
- 3) гиперактивация Т-клеточного звена
- 4) гиперактивация В-клеточного звена

177. ВОСПАЛЕНИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К РАЗРУШЕНИЮ ХРЯЩЕВЫХ ТКАНЕЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1)+ рецидивирующего полихондрита
- 2) множественного полиангиита
- 3) узловатой эритемы
- 4) артериита Такаясу

178. К АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ АНТИТЕЛАМ ОТНОСЯТ АНТИТЕЛА К

- 1)+ аннексину V
- 2) La/SS-B
- 3) лимфоцитам
- 4) миелопероксидазе

179. ЛЕЙКОЦИТОЗ ПРИ БОЛЕЗНИ СТИЛЛА ОБУСЛОВЛЕН ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ

- 1)+ интерлейкина 1
- 2) фактора некроза опухоли альфа
- 3) интерферона
- 4) интерлейкина 17

180. ПОД ТЕРМИНОМ «ЛОКОТЬ ГОЛЬФИСТА» ПОНИМАЮТ

- 1)+ медиальный эпикондилит
- 2) латеральный эпикондилит
- 3) тендинит трицепса
- 4) сухожилия трицепса

181. К НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНОМУ ИСХОДУ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ) ОТНОСЯТ

- 1)+ амилоидоз
- 2) легочную гипертензию
- 3) пороки сердца
- 4) гипертрофию правого предсердия

182. ПЕНИСТЫЕ МАКРОФАГИ, СОДЕРЖАЩИЕ ШИК-ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЕЩЕСТВО СОДЕРЖАТСЯ В СИНОВИАЛЬНОМ БИОПТАТЕ ПРИ БОЛЕЗНИ

- 1)+ Уиппла
- 2) Шегрена
- 3) Рейно
- 4) Лайма

183. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПРИ ОСТРОМ МОНОАРТРИТЕ ЛЮБОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ диагностическая пункция сустава
- 2) определение уровня СРБ
- 3) рентгенологическое исследование сустава
- 4) клинический анализ крови

184. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ В НОРМАЛЬНОЙ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ менее 500
- 2) от 500 до 2000
- 3) от 2000 до 100 000
- 4) более 100 000

185. МАРКЁРОМ, ОТРАЖАЮЩИМ АКТИВНОСТЬ ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПРОЦЕССА ПРИ САРКОИДОЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ангиотензинпревращающий фермент
- 2) антинуклеарный фактор
- 3) ревматоидный фактор
- 4) антитела к двуспиральной ДНК

186. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ТРЕБУЕТСЯ ПОВТОРНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ АНТИФОСФОЛИПИДНЫХ АНТИТЕЛ ЧЕРЕЗ (В НЕДЕЛЯХ)

- 1)+ 12
- 2) 6
- 3) 1
- 4) 4

187. ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА ПОЗВОЛЯЕТ

- 1)+ электронейромиография
- 2) сцинтиграфия
- 3) рентгенография
- 4) термография

188. К КРИТЕРИЯМ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТ

- 1)+ одну и более гибелей плода на поздних сроках гестации
- 2) дискоидную сыпь
- 3) гемолитическую анемию с ретикулоцитозом
- 4) фотосенсибилизацию

189. В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ПЕРВИЧНОЙ ФИБРОМИАЛГИИ ПРИНИМАЕТ УЧАСТИЕ

- 1)+ связанное с депрессией повышение болевой чувствительности
- 2) появление множественных очагов некроза в подкожно-жировой клетчатке
- 3) локальная атрофия мышечных волокон
- 4) воспалительная реакция соединительной ткани

190. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ У ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫХ ЛИЦ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО _____, ВЫЗВАННОГО БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А

- 1)+ фарингита
- 2) ринита
- 3) трахеита
- 4) бронхита

191. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ САРКОИДОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ _____ ЭРИТЕМОЙ

- 1)+ узловой
- 2) кольцевидной
- 3) полиморфной
- 4) мигрирующей

192. ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ расстройство тревожно-депрессивного спектра
- 2) биполярное аффективное расстройство
- 3) шизофрения
- 4) острый психоз

193. ПОД ТЕРМИНОМ «ЛОКОТЬ ТЕННИСИСТА» ПОНИМАЮТ

- 1)+ латеральный эпикондилит
- 2) тендинит трицепса
- 3) разрыв сухожилия трицепса
- 4) медиальный эпикондилит

194. СИЛЬНОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ВНЕЗАПНЫМ НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ДЕФЕКАЦИИ, СЛАБОСТЬЮ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ, А ТАКЖЕ НАРУШЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СИНДРОМ

- 1)+ конского хвоста
- 2) позвоночной артерии
- 3) люмбоишиалгии
- 4) Шарпа

195. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 3000 до 75 000
- 2) менее 2000
- 3) от 100 000 до 200 000
- 4) более 200 000

196. БИОХИМИЧЕСКИМ МАРКЕРОМ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ N-концевой проколлаген 1-го типа
- 2) антинуклеарный фактор
- 3) общий фосфор
- 4) общий кальций

197. ЧИСЛО КЛЕТОК В ММ³ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ СОСТАВЛЯЕТ

- 1)+ от 3000 до 75 000
- 2) менее 2000
- 3) от 100 000 до 200 000
- 4) более 200 000

198. ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛЕНИЯ В СУСТАВЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ наличие местное гиперемии и гипертермии
- 2) летучий характер болевого синдрома
- 3) наличие утренней скованности менее 10 минут
- 4) присутствие только у лиц молодого возраста

199. НОРМАЛЬНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА СЧИТАЕТСЯ ОБЪЕМ, НЕ ПРЕВЫШАЮЩИЙ ____ МИЛЛИЛИТРОВ

- 1)+ 30
- 2) 80
- 3) 110
- 4) 140

200. К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ БЕЙТОНА, ОТНОСИТСЯ НАКЛОН

- 1)+ вперед при фиксированных коленных суставах, при этом ладони достигают пола
- 2) вбок при фиксированных коленных суставах свыше 90 градусов
- 3) назад при фиксированных коленных суставах свыше 45 градусов
- 4) головы вперед, при этом подбородок достигает грудины

201. ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ВЫШЕ 25 ММ РТ.СТ. В ПОКОЕ ПО ДАННЫМ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРАВЫХ КАМЕР СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ легочной гипертензией
- 2) интерстициальным заболеванием легких
- 3) кардиомиопатией
- 4) ишемической болезнью сердца

202. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ РЕВМАТИЧЕСКИМ И НЕРЕВМАТИЧЕСКИМ МИОКАРДИТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ биопсия миокарда
- 2) эхокардиография
- 3) коронарография
- 4) электрокардиография

203. К ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТРИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ местную гипертермию и припухлость суставов
- 2) гиперпигментацию кожи над пораженными суставами
- 3) хруст в суставе при движениях
- 4) механическую боль в пораженных суставах

204. ХРЯЩ, ПРАКТИЧЕСКИ НЕ СОДЕРЖАЩИЙ ВОЛОКОН, РАСПОЛОЖЕННЫЙ В МЕСТАХ ПРИКРЕПЛЕНИЯ РЕБЕР С ГРУДИНОЙ, ГОРТАНИ, ТРАХЕЕ И БРОНХАХ, НА СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЯХ КОСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гиалиновым
- 2) эластическим
- 3) волокнистым
- 4) перихондрием

205. УДЛИНЕНИЕ И УТОНЧЕНИЕ КОНЕЧНОСТЕЙ НАЗЫВАЮТ

- 1)+ долихостеномелией
- 2) воронкообразной деформацией
- 3) арахнодактилией
- 4) вальгусной деформацией

206. К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ БЕЙТОНА, ОТНОСИТСЯ ПАССИВНОЕ СГИБАНИЕ _____ ПАЛЬЦА В СТОРОНУ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ СГИБАНИИ В ЛУЧЕЗАПЯСТНОМ СУСТАВЕ

- 1)+ 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 5

207. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ АСЕПТИЧЕСКОГО ОСТЕОНЕКРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ головка бедренной кости
- 2) диафиз плечевой кости
- 3) тело позвонка
- 4) подвздошная кость

208. ДЛЯ СИНДРОМА ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- 1)+ боли в суставах, связанные с физической нагрузкой, у молодых людей
- 2) раннего развития околоуставного остеопороза
- 3) узелков над разгибательными поверхностями суставов
- 4) деформаций суставов кистей по типу «шеи лебеди» и «бутоньерки»

209. К МАЛЫМ КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ОТНОСИТСЯ

- 1)+ удлинение интервала PR
- 2) укорочение интервала PR
- 3) подъем сегмента RST
- 4) инверсия зубца T

210. К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ БЕЙТОНА, ОТНОСИТСЯ ПЕРЕРАЗГИБАНИЕ ____ СУСТАВА СВЫШЕ 10 ГРАДУСОВ

- 1)+ коленного
- 2) лучезапястного
- 3) плечевого
- 4) голеностопного

211. БОЛЕЗНЬ ШЕЙЕРМАННА-МАУ - ЭТО

- 1)+ асептический некроз апофизов тел позвонков
- 2) одна из форм анкилозирующего спондилита
- 3) врожденная деформация позвоночника
- 4) старческий кифоз

212. ДИАГНОЗ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ, НЕ СОБЛЮДАЯ КРИТЕРИЕВ ДЖОНСОНА, МОЖНО ПОСТАВИТЬ В СЛУЧАЕ НАЛИЧИЯ

- 1)+ изолированной хорея при отсутствии других причин
- 2) высоких титрах антистрептолизина-О
- 3) наличии подкожных узлов в области суставов
- 4) положительном экспресс-тесте на стрептококковый антиген

213. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРУЮ РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНИТЬ

- 1)+ эхокардиографию
- 2) компьютерную томографию органов грудной клетки
- 3) магнитно-резонансную томографию пораженного сустава
- 4) пункцию пораженного сустава

214. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИМ КОМПОНЕНТОМ КАРДИТА, СВЯЗАННОГО С ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ вальвулит
- 2) отсутствие шумов
- 3) застойная сердечная недостаточность
- 4) гепатоспленомегалия

215. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВНЕСЕРДЕЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ артрит
- 2) малая хорея
- 3) подкожные узелки
- 4) кольцевидная эритема

216. ДЛЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНО ПРИСУТСТВИЕ

- 1)+ длительной утренней скованности
- 2) хруста в суставах
- 3) перемежающей хромоты
- 4) иррадиации

217. ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОЗА ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- 1)+ полиартрита
- 2) гломерулонефрита
- 3) геморрагического васкулита
- 4) пневмонита

218. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ОТМЕЧАЮТСЯ БОЛИ И СКОВАННОСТЬ В МЫШЦАХ

- 1)+ плечевого пояса
- 2) мимических
- 3) передней стенки живота
- 4) кистей рук

219. АНТИТЕЛА U1 RNP НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С/СО

- 1)+ смешанным заболеванием соединительной ткани
- 2) лимитированной формой системной склеродермии
- 3) диффузной формой системной склеродермии
- 4) ограниченной склеродермией

220. ОДНИМ ИЗ БОЛЬШИХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кольцевидная эритема
- 2) повышение СОЭ и СРБ
- 3) лихорадка
- 4) удлинение интервала PR

221. СИНДРОМ ТИТЦЕ – ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ воспалением реберных хрящей в области их сочленения с грудиной
- 2) артритом грудино-ключичного сустава
- 3) рецидивирующим полихондритом
- 4) хондроматозом суставов

222. ДОКАЗАТЬ НАЛИЧИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА МОЖНО ПРИ ПОМОЩИ

- 1)+ биопсии миокарда
- 2) коронарографии
- 3) радионуклидной вентрикулографии
- 4) сцинтиграфии с таллием-201

223. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ внутренний мыщелок бедренной кости
- 2) головка плечевой кости
- 3) грудинно-реберный сустав
- 4) головка бедренной кости

224. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ повышение СОЭ
- 2) анемия
- 3) лейкопения
- 4) тромбоцитопения

225. «ПОЗА ПРОСИТЕЛЯ» ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПРИ

- 1)+ анкилозирующем спондилоартрите
- 2) ревматоидном полиартрите
- 3) псориатическом артрит
- 4) болезни Шейерманна – Мау

226. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ, БЕЗОПАСНЫМ И ЭКОНОМИЧЕСКИ ВЫГОДНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ТКАНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ультразвуковое исследование
- 2) рентгенография
- 3) компьютерная томография
- 4) артроскопия

227. К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ БЕЙТОНА, ОТНОСИТСЯ ПАССИВНОЕ СГИБАНИЕ ПЯСТНО-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВА ____ ПАЛЬЦА В ОБЕ СТОРОНЫ

- 1)+ 5
- 2) 4
- 3) 3
- 4) 2

228. ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИНЯТО СЧИТАТЬ ПОВЫШЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПО ДАННЫМ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРАВЫХ КАМЕР СЕРДЦА ВЫШЕ ____ ММ РТ.СТ.

- 1)+ 25
- 2) 15
- 3) 7
- 4) 30

229. ОДНИМ ИЗ БОЛЬШИХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ хорея
- 2) повышение СОЭ и СРБ
- 3) лихорадка
- 4) артралгии

230. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА - ПОСТИНФЕКЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ТОНЗИЛЛИТА ИЛИ ФАРИНГИТА, ВЫЗВАННОГО

- 1)+ бета-гемолитическим стрептококком группы «А»
- 2) золотистым стафилококком
- 3) вирусом Эпштейна-Барр
- 4) энтерококком

231. ВЕДУЩИМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ нарушение регуляции иммунного ответа на стрептококковые антигены
- 2) гиперпродукция антинуклеарных антител с образованием циркулирующих иммунных комплексов
- 3) гиперпродукция антител к IgG
- 4) гиперпродукция IgE

232. ЗА СИНТЕЗ, СЕКРЕЦИЮ И КАЛЬЦИФИКАЦИЮ ОРГАНИЧЕСКОГО МАТРИКСА КОСТИ ОТВЕЧАЮТ

- 1)+ остеобласты
- 2) остеоциты
- 3) хондроциты
- 4) остеокласты

233. ДЛЯ АРТРИТА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- 1)+ крупных суставов
- 2) суставов кистей
- 3) суставов стоп
- 4) височно-нижнечелюстного сустава

234. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- 1)+ недостаточность митрального клапана
- 2) стеноз устья аорты
- 3) недостаточность аортального клапана
- 4) стеноз митрального клапана

235. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ ПРИЗНАКОВ ДРУГОГО РЕВМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, УДОВЛЕТВОРЯЮЩЕГО СООТВЕТСТВУЮЩИМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОЗА, ПАЦИЕНТУ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫСТАВЛЕН ДИАГНОЗ

- 1)+ перекрестного синдрома
- 2) синдрома Рейно
- 3) синдрома Шегрена
- 4) ревматической полимиалгии

236. К ПРИЗНАКАМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ, СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ БЕЙТОНА, ОТНОСИТСЯ ПЕРЕРАЗГИБАНИЕ ____ СУСТАВА СВЫШЕ 10 ГРАДУСОВ

- 1)+ локтевого
- 2) лучезапястного
- 3) плечевого
- 4) голеностопного

237. ОДНИМ ИЗ БОЛЬШИХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кардит
- 2) повышение СОЭ и СРБ
- 3) лихорадка
- 4) удлинение интервала PR

238. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВЫЗЫВАЕТСЯ БЕТА-ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ

- 1)+ A
- 2) C
- 3) B
- 4) D

239. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ХОРЕЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1)+ непроизвольными движениями туловища и конечностей
- 2) потерей болевой чувствительности нижних конечностей
- 3) односторонним гемипарезом
- 4) потерей памяти

240. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕДШЕСТВЕННИКОМ АМИЛОИДА ЯВЛЯЕТСЯ ИЗБЫТОЧНО СИНТЕЗИРУЕМЫЙ α -ГЛОБУЛИН, ОБРАЗУЮЩИЙСЯ В ПРОЦЕССЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ ____ - АМИЛОИДОЗОМ

- 1)+ AA
- 2) A1APP
- 3) A β 2m
- 4) AL

241. СИНТЕЗ ВОЛОКОН СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ПРОТЕОКГЛИКАНОВ И ГЛИКОПРОТЕИДОВ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- 1)+ фибробласты
- 2) тучные клетки
- 3) лимфоциты
- 4) эндотелиальные клетки

242. ОТСУТСТВИЕ ИЛИ УПЛОЩЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗГИБОВ ПОЗВОНОЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

- 1)+ плоской спины
- 2) лордоза
- 3) кифоза
- 4) сколиоза

243. СИНТЕЗ СЫВОРОТОЧНОГО АМИЛОИДНОГО БЕЛКА А ПРОИСХОДИТ В

- 1)+ печени
- 2) головном мозге
- 3) слизистой кишечника
- 4) почках

244. ХРЯЩ, СОСТОЯЩИЙ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИЗ КОЛЛАГЕНОВЫХ ВОЛОКОН И ОБРАЗУЮЩИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫЕ ДИСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ волокнистым
- 2) перихондрием
- 3) гиалиновым
- 4) эластическим

245. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВЫПОТА В ПОЛОСТЬ ПЕРИКАРДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ эхокардиография
- 2) электрокардиография
- 3) спирометрия
- 4) рентгенография органов грудной клетки

246. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ кольцевидная эритема
- 2) петехии
- 3) уртикарные высыпания
- 4) буллезные высыпания

247. ФОРМИРОВАНИЕ «ЩЕЛКАЮЩЕГО» ПАЛЬЦА ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ тендовагинитом сгибателя пальца кисти
- 2) несоответствием между диаметром фиброзного кольца и толщиной сухожилия сгибателя пальца кисти
- 3) выраженным остеоартрозом суставов кисти
- 4) артритом проксимального межфалангового сустава кисти

248. К ТИПИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ОТНОСЯТ

- 1)+ сустав Шарко
- 2) хондрокальциноз
- 3) псевдоподагру
- 4) множественные остеонекрозы

249. БОЛЕЗНЬ ПОТТА ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1)+ позвоночник
- 2) суставы
- 3) почки
- 4) головной мозг

250. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гранулемы Ашоффа-Талалаева
- 2) гранулема Пирогова-Лангханса
- 3) мукоидное набухание соединительной ткани
- 4) лимфогистиоцитарные инфильтраты

251. У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА ОТМЕЧЕНА ПОВЫШЕННАЯ ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ

- 1)+ HLA B51 антигена
- 2) HLA B27 антигена
- 3) HLA B56 антигена
- 4) HLA B23 антигена

252. К 3 ТИПУ СКЛЕРЕДЕМЫ БУШКЕ ОТНОСЯТ

- 1)+ диабетическую
- 2) постинфекционную
- 3) парапротеинемическую
- 4) склеромикседему

253. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ____ СИНУС

- 1)+ поперечный
- 2) верхнечелюстной
- 3) грушевидный
- 4) венечный

254. РАЗМЕР ПАПУЛЫ _____ (В ММ) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ МАНТУ ЯВЛЯЕТСЯ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ

- 1)+ 0-1
- 2) 5-9
- 3) 10-14
- 4) 17-19

255. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ И СПЕЦИФИЧНЫМ МАРКЕРОМ МЫШЕЧНОГО НЕКРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ креатинфосфокиназа
- 2) лактакдегидрогеназа
- 3) АЛТ
- 4) АСТ

256. ЭНДОКАРДИТ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ФОРМЕ

- 1)+ диффузного вальвулита
- 2) острого язвенного эндокардита
- 3) кальцифицирующего эндокардита
- 4) полипозно-язвенного эндокардита

257. К НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКАМ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК ОТНОСИТСЯ

- 1)+ протеинурия
- 2) гематурия
- 3) лейкоцитурия
- 4) цилиндрурия

258. ПО ДАННЫМ УЗИ СУСТАВОВ ДЛЯ СИНОВИТА ХАРАКТЕРНО

- 1)+ увеличение количества жидкости и утолщение оболочки сустава
- 2) отечность и утолщение сухожилий, прикрепляемых к костям, образующим сустав
- 3) отёчность и утолщение подкожно-жировой клетчатки вокруг сустава
- 4) панныс внутри сустава

259. КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ положительный тест патергии
- 2) нефрит
- 3) кольцевидная эритема
- 4) тромбофлебит

260. ПРИЧИНОЙ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ «инфаркт» кости в результате ее ишемии
- 2) воспалительный процесс в синовиальной оболочке
- 3) избыточная нагрузка на сустав
- 4) ранняя и быстрая дегенерация суставного хряща при остеоартрозе

261. ОДНОЙ ИЗ ПРИЧИН НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ И ДИСФУНКЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АППАРАТА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПОЛИХОНДРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ васкулит внутренней слуховой артерии
- 2) васкулит сонной артерии
- 3) воспаление слухового нерва
- 4) перфорация барабанной перепонки

262. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ АРТРОПАТИИ ШАРКО ПОРАЖАЮТСЯ

- 1)+ межплюсневые суставы
- 2) тазобедренные суставы
- 3) коленные суставы
- 4) локтевые суставы

263. ОДНИМ ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОРАЖЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ синдром карпального канала
- 2) олигоартрит
- 3) псевдоподагра
- 4) проксимальная миопатия

264. НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ПРИ КОТОРОМ ГИПЕРУРИКЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ, ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЬ

- 1)+ Леша-Нихана
- 2) Ниманна-Пика
- 3) Тея-Сакса
- 4) Гоше

265. ЭНТЕЗИС ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1)+ место прикрепления сухожилия, связки или суставной капсулы к кости
- 2) соединение мышечной ткани с сухожилием
- 3) место прохождения сухожилия над суставом
- 4) синовиальную сумку

266. ДЛЯ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1)+ отчетливая локализация парестезий в области I, II, III пальцев кисти
- 2) развивается только при наличии у пациента какого-либо серьезного ревматического заболевания
- 3) локальные инъекции глюкокортикостероидов противопоказаны для лечения этого синдрома
- 4) встречается почти исключительно в детском возрасте

267. ОХРОНОЗ – МЕТАБОЛИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С АУТОСОМНО-РЕЦЕССИВНЫМ ТИПОМ НАСЛЕДОВАНИЯ, ВЫЗВАННОЕ ДЕФИЦИТОМ ФЕРМЕНТА

- 1)+ оксидазы гомогентизиновой кислоты
- 2) кислой мальтазы
- 3) альфа-глюкозидазы
- 4) альфа-1-идуронидазы

268. ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ

- 1)+ асимметричного олигоартрита
- 2) преимущественного поражения тазобедренных суставов
- 3) симметричного полиартрита
- 4) асимметричного полиартрита

269. ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ «ЩЕЛКАЮЩЕГО» ПАЛЬЦА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ утолщение кольцевидной связки пальца
- 2) выраженный остеоартроз суставов кисти
- 3) несоответствие между диаметром фиброзного кольца и толщиной сухожилия сгибателя пальца кисти
- 4) артрит межфалангового сустава кисти

270. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦНС ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ базальные ядра полушарий головного мозга
- 2) кортикальный слой больших полушарий головного мозга
- 3) мозжечок
- 4) белое вещество полушарий головного мозга

271. С МОМЕНТА ВВЕДЕНИЯ ГАДОЛИНИЯ СИМПТОМЫ НЕФРОГЕННОГО СИСТЕМНОГО СКЛЕРОЗА МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ ЧЕРЕЗ

- 1)+ 2-3 месяца
- 2) 2-3 часа
- 3) 2-3 дня
- 4) 2-3 недели

272. БЫСТРО ИСЧЕЗАЮЩАЯ МАКУЛОПАПУЛЕЗНАЯ СЫПЬ, ЕЖЕДНЕВНЫЕ ВЕЧЕРНИЕ ПОДЪЕМЫ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, АРТРАЛГИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1)+ болезни Стилла взрослых
- 2) системной склеродермии
- 3) системной красной волчанки
- 4) диффузного (эозинофильного) фасциита

273. ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ илеоцекальный отдел кишечника
- 2) поперечная ободочная кишка
- 3) сигмовидная кишка
- 4) прямая кишка

274. ТИПИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА КАНАЛА ГИЙОНА

- 1)+ парестезия и нарушение чувствительности в области IV и V пальцев кисти
- 2) нарушение чувствительности в области II и III пальцев кисти
- 3) гипотрофия мышц возвышения большого пальца
- 4) отек внутренней поверхности кисти

275. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ АРТРИТЕ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ В КРУГ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ВКЛЮЧАЮТ

- 1)+ саркоидоз
- 2) системную красную волчанку
- 3) болезнь Шегрена
- 4) гемохроматоз

276. ПОРАЖЕНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ АКРОМЕГАЛИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ гипертрофией и резорбцией костной ткани
- 2) артропатией Жаку
- 3) артропатией Шарко
- 4) нейропатическим артритом

277. СИНДРОМ СВИТА (НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ОСТРЫЙ ФЕБРИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- 1)+ язвенного колита
- 2) полимиозита
- 3) подагры
- 4) системной склеродермии

278. ПОРАЖЕНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ адгезивным капсулитом
- 2) хондрокальцинозом
- 3) псевдоподагрой
- 4) проксимальной миопатией

279. ИЗМЕРЕНИЕ ЭКСКУРСИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРОИЗВОДИТСЯ СПЕРЕДИ НА УРОВНЕ ____ МЕЖРЕБЕРЬЯ

- 1)+ IV
- 2) III
- 3) VI
- 4) V

280. УЗИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

- 1)+ позволяет визуализировать мягкие ткани
- 2) характеризуется хорошей воспроизводимостью результатов
- 3) выявляет отек костного мозга
- 4) выявляет остеопороз

281. В ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВХОДИТ

- 1)+ полиартрит
- 2) гломерулонефрит
- 3) геморрагический васкулит
- 4) пневмонит

282. ОСОБЕННОСТЬЮ СКЛЕРОМИКСЕДЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОЕ СОЧЕТАНИЕ С

- 1)+ моноклональной гаммапатией
- 2) повышением антинуклеарного фактора
- 3) повышением ревматоидного фактора
- 4) повышением иммуноглобулина IgG4

283. ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ БОЛЕЗНИ ПОНСЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

- 1)+ сустава
- 2) позвоночника
- 3) почек
- 4) головного мозга

284. ФОРМИРОВАНИЕ «ЩЕЛКАЮЩЕГО» ПАЛЬЦА ОБУСЛОВЛЕНО

- 1)+ тендовагинитом сгибателя пальца кисти
- 2) выраженным остеоартрозом суставов кисти
- 3) фиброзом и укорочением ладонной фасции
- 4) артритом межфалангового сустава кисти

285. НЕФРОГЕННЫЙ СИСТЕМНЫЙ СКЛЕРОЗ – ЭТО ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ НА ФОНЕ ТЯЖЕЛОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, СВЯЗАННОЕ С ВВЕДЕНИЕМ

- 1)+ гадолиния
- 2) йопромида
- 3) йогексола
- 4) йопамидола

286. ДЛЯ СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ ТИПИЧНО СЛЕДУЮЩЕЕ

- 1)+ появление боли при пассивном приведении бедра с одновременной ротацией его внутрь (симптом Бонне-Бобровниковой)
- 2) ограничение пассивной ротации бедра
- 3) отсутствие симптома Ласега
- 4) боль, иррадиирующая в поясницу

287. ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОЧАГОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ЦНС ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ ствол мозга
- 2) кортикальный слой больших полушарий головного мозга
- 3) мозжечок
- 4) белое вещество полушарий головного мозга

288. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ БОЛЕЗНИ ФОРЕСТЬЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)+ грубые синдесмофиты и отсутствие сакроилиита
- 2) молодой возраст больных
- 3) наличие лабораторных признаков воспаления
- 4) восстановление объема движений медикаментозной терапией

289. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ БОЛЯМИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ

- 1)+ синдроме Титце
- 2) спонтанном пневмотораксе
- 3) остром перикардите
- 4) синдроме Хилаидити

290. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ, БЕЗОПАСНЫЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИ ВЫГОДНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫХ ТКАНЕЙ

- 1)+ УЗИ
- 2) рентгенологическое исследование суставов
- 3) артроскопия
- 4) МРТ

291. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ, ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1)+ саркоидозе
- 2) туберкулезе
- 3) гистиоцитозе
- 4) мастоцитозе

292. ПОД СИНДРОМОМ СВИТА ПОНИМАЮТ

- 1)+ нейтрофильный дерматоз
- 2) лейкоцитокластический васкулит
- 3) паранеопластический синдром
- 4) тяжелый вариант псориаза

293. НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМСЯ УВЕЛИЧЕНИЕМ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЬ

- 1)+ Леша-Найхана
- 2) Ниманна-Пика
- 3) Тея-Сакса
- 4) Гоше

294. БОЛЕЗНЬ ПЕЛЛЕРИНИ-ШТИДЫ – ЭТО

- 1)+ посттравматическое обызвествление периартикулярных тканей в области медиального мыщелка бедренной кости
- 2) наследственное заболевание скелета
- 3) юношеская форма остеохондропатии надколенника
- 4) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости

295. К ПРИЗНАКАМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ АРТРИТА, ОТНОСЯТ

- 1)+ повышение кожной температуры над суставами и припухлость суставов
- 2) переразгибание в суставе
- 3) гиперпигментация кожи над пораженными суставами
- 4) крепитацию при активном движении в суставе

296. ТИПИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ НАРУЖНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧА

- 1)+ боль при разгибании пальцев кисти
- 2) дефигурация локтевого сустава
- 3) наличие выпота в синовиальной сумке отростка локтевой кости
- 4) боль при сгибании пальцев кисти

297. БОЛЕЗНЬ ФОРЕСТЬЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ обызвествлением связок и сухожилий позвоночника
- 2) кальцификацией тел позвонков
- 3) лабораторными признаками воспалительного процесса
- 4) периодической «блокадой» коленных суставов

298. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫМ ФЕНОТИПИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ МУТАЦИИ В ГЕНЕ NLRP3 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ CINCA/ NOMID
- 2) синдром Маккла-Уэлса
- 3) семейная холодовая крапивница
- 4) синдром Блау

299. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ ____ СИНУС

- 1)+ сагиттальный
- 2) верхнечелюстной
- 3) грушевидный
- 4) венечный

Тема 11. Организация здравоохранения и общественное здоровье. Управление и организация ревматологической помощи в РФ.

1. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ С РЕВМАТИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, НЕ ПРОЖИВАЮЩЕМУ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

- 1)+ выдают на общих основаниях
- 2) выдают только при определённых заболеваниях
- 3) выдают с разрешения главного врача
- 4) не выдают

2. СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН НА БОЛЬНОГО (ФОРМА №25-2/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1)+ при каждом обращении
- 2) после лабораторного обследования
- 3) в динамике наблюдения
- 4) только при выдаче больничного листа

3. НАПРАВЛЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ФОРМА №057/У-04) ПАЦИЕНТА ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1)+ врачом
- 2) медицинской сестрой
- 3) заведующим терапевтическим отделением
- 4) медицинским статистиком

4. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1)+ число впервые выявленных больных за год в пересчете на 100 000 населения
- 2) число больных, выявленных в данном году
- 3) процент больных, исчисленный к населению данной местности
- 4) число больных в пересчете на 10 000 жителей

5. ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ МИНЗДРАВА РОССИИ ЕДИНИЦА ВРАЧА-РЕВМАТОЛОГА ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕНА НА (ЧЕЛ.)

- 1)+ 50 000
- 2) 10 000
- 3) 60 000
- 4) 100 000

generated at geetest.ru

Table of Contents

Тема 1. Диагностика и лечение болезни Шегрена, системной красной волчанки.	2
Тема 2. Диагностика и лечение воспалительных миопатий.	19
Тема 3. Диагностика и лечение микрокристаллических артропатий.	26
Тема 4. Диагностика и лечение остеоартроза, остеопороза.	35
Тема 5. Диагностика и лечение ревматоидного артрита.	54
Тема 6. Диагностика и лечение серонегативных спондилоартритов.	84
Тема 7. Диагностика и лечение системной склеродермии.	124
Тема 8. Диагностика и лечение системных васкулитов.	137
Тема 9. Методы лечения ревматических заболеваний.	164
Тема 10. Методы обследования больных с ревматическими заболеваниями.	206
Тема 11. Организация здравоохранения и общественное здоровье. Управление и организация ревматологической помощи в РФ.	243