

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России
(Пироговский Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность
31.08.19 Педиатрия

Этап программы ординатуры
Второй этап

Направленность (профиль) программы
Ревматология

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками межкафедрального объединения: кафедры факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова Института клинической медицины и кафедры педиатрии имени академика М.Я. Студеникина Института клинической медицины.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1.	Клименко Алеся Александровна	Доктор медицинских наук, доцент	Заведующий кафедрой факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова Института клинической медицины
2.	Паунова Светлана Стояновна	Доктор медицинских наук, профессор	Заведующий кафедрой педиатрии имени академика М.Я. Студеникина Института клинической медицины
3.	Кондрашов Артем Александрович	Кандидат медицинских наук, доцент	Доцент кафедры факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова Института клинической медицины
4.	Валиева Сания Ириковна	Доктор медицинских наук	Профессор кафедры педиатрии имени академика М.Я. Студеникина Института клинической медицины
5.	Мурадянц Анаида Арсентьевна	Кандидат медицинских наук, доцент	Доцент кафедры факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова Института клинической медицины
6.	Манджиева Элеонора Тавановна	Кандидат медицинских наук, доцент	Доцент кафедры педиатрии имени академика М.Я. Студеникина Института клинической медицины

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения, протокол от «28» мая 2026 г. №1.

Руководитель

межкафедрального объединения

_____ А.А. Клименко

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	142
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	143

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных во втором этапе программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СпВО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-ревматолог» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению второго этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получения неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения второго этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных во втором этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
--	--

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить обследование пациентов в целях выявления ревматических заболеваний и установления диагноза
	ПК-2. Способен назначать и проводить лечение пациентам с ревматическими заболеваниями, в том числе генно-инженерными биологическими и синтетическими таргетными препаратами, или пациентам с подозрением на ревматические заболевания, контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-3. Способен планировать и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с ревматическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ПК-4. Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с ревматическими заболеваниями
	ПК-5. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованиями ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1,3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0,7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации
Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап – тестирование	
Предмет проверки	Определение объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап – практический	
Предмет проверки	Определение объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающемуся предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить жалобы и анамнез, продемонстрировать клиническое обследование пациента с ревматическим заболеванием или подозрением на ревматическую патологию, сделать заключение о состоянии пациента, определить активность заболевания с использованием валидированных индексов и шкал, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, сделать заключение об изменениях. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач).
3 этап – собеседование	
Предмет проверки	Определение объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи.

	В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Центральное звено патогенеза подагры – нарушение обмена
	триптофана
	фенилаланина
	метионина
	пуринов
	аргинина
2	При подагре наблюдается внутрисуставное отложение кристаллов
	оксалата кальция
	холестерина
	пирофосфата кальция
	моноурата натрия
	основного фосфата кальция
3	Наиболее часто в дебюте подагрического артрита отмечается поражение
	локтевого сустава
	коленного сустава
	межфаланговых суставов
	I плюснефалангового сустава
	голеностопного сустава
4	«Золотым стандартом» лабораторной диагностики подагры является
	определение мочевой кислоты в сыворотке крови
	определение С-реактивного белка
	выявление кристаллов моноурата натрия методом поляризационной микроскопии
	определение суточной экскреции мочевой кислоты
	определение ревматоидного фактора

5	Какое утверждение о гиперурикемии при диагностике подагры является правильным?
	Гиперурикемия является фактором риска, но сама по себе недостаточна для установления диагноза подагры
	Гиперурикемия подтверждает диагноз независимо от клинических проявлений
	Уровень мочевой кислоты более 420 мкмоль/л является достаточным диагностическим критерием
	Нормальный уровень мочевой кислоты полностью исключает подагру
	Диагноз устанавливается при двукратном выявлении гиперурикемии
6	Какое заболевание необходимо исключить в первую очередь у пациента с острым моноартритом?
	Гнойный (септический) артрит
	Острый артрит с депонированием кристаллов пирофосфата кальция
	Псориатический артрит
	Реактивный артрит
	Острый подагрический артрит
7	При подозрении на септический артрит у пациента с выявленными в синовиальной жидкости кристаллами моноурата натрия следует
	исключить септический артрит без дополнительных исследований
	определить только уровень прокальцитонина
	повторно определить мочевую кислоту через 7 дней
	выполнить только ультразвуковое исследование сустава
	провести микробиологическое исследование синовиальной жидкости
8	Выявление «двойного контура» при УЗИ суставов является признаком
	остеоартрита с депонированием кристаллов пирофосфата кальция
	хронического артрита с кристаллами пирофосфата кальция
	гемартроза
	остеомиелита
	подагры
9	При невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии для диагностики подагры рекомендуется в первую очередь выполнить
	магнитно-резонансную томографию сустава
	ультразвуковое исследование суставов
	компьютерную томографию без контрастирования
	рентгенографию всех суставов кистей и стоп
	сцинтиграфию костей
10	В качестве препарата первой линии уратснижающей терапии у пациентов с подагрой и нормальной функцией почек рекомендовано назначение
	аллопуринола
	фебуксостата
	пеглотиказы
	пробенецида
	бензбромарона
11	Рекомендуемая начальная схема приема колхицина при остром приступе подагрического артрита включает
	2 мг однократно
	1 мг каждые 2 часа до купирования боли
	1 мг в начале приступа и 0,5 мг через 1 час
	2 мг в начале приступа и 1 мг через час

	0,5 мг однократно
12	Рекомендуемая суточная доза преднизолона для системной терапии острого приступа подагрического артрита составляет
	5 – 10 мг
	10 – 15 мг
	20 – 25 мг
	30 – 35 мг
	50 – 60 мг
13	Назначение колхицина для купирования острого подагрического артрита наиболее оправдано
	в первые часы с момента развития подагрической атаки
	при сохранении симптомов артрита более 36 часов
	при полиартикулярном характере обострения
	у пациентов, получающих ингибиторы СYP3A4
	у пациентов со снижением клиренса креатинина менее 30 мл/мин
14	Профилактику развития острой подагрической атаки низкими дозами колхицина у больного, начавшего получать уратснижающую терапию, целесообразно проводить в течение
	14 дней
	4 недели
	3 месяца
	6 месяцев
	не менее 1 года
15	Целевое значение сывороточного уровня мочевой кислоты для большинства пациентов с подагрой составляет
	менее 180 мкмоль/л (менее 3 мг/дл)
	менее 300 мкмоль/л (менее 5 мг/дл)
	менее 360 мкмоль/л (менее 6 мг/дл)
	менее 480 мкмоль/л (менее 8 мг/дл)
	менее 600 мкмоль/л (менее 10 мг/дл)
16	Целевое значение сывороточного уровня мочевой кислоты у пациента с тофусной подагрой составляет
	менее 180 мкмоль/л (менее 3 мг/дл)
	менее 300 мкмоль/л (менее 5 мг/дл)
	менее 360 мкмоль/л (менее 6 мг/дл)
	менее 480 мкмоль/л (менее 8 мг/дл)
	менее 600 мкмоль/л (менее 10 мг/дл)
17	Какой из перечисленных антигипертензивных препаратов обладает урикозурическим эффектом и может быть предпочтителен у пациента с подагрой?
	Гидрохлортиазид
	Дилтиазем
	Спиринолактон
	Лозартан
	Бисопролол
18	Фебуксостат – это
	неселективный ингибитор ксантиноксидазы
	селективный ингибитор ксантиноксидазы

	рекомбинантная уриказа с присоединённой цепью полиэтиленгликоля
	урикозурический препарат, подавляющий реабсорбцию мочевой кислоты в почечных канальцах
19	Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция может протекать «под маской»
	системной склеродермии
	анкилозирующего спондилита
	системной красной волчанки
	ревматоидного артрита
	реактивного артрита
20	При исследовании синовиальной жидкости методом компенсированной поляризационной микроскопии для болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция характерно выявление
	игольчатых кристаллов с выраженным отрицательным двойным лучепреломлением
	кристаллов моноурата натрия с положительным двойным лучепреломлением
	кристаллов гидроксиапатита кальция с отрицательным двойным лучепреломлением
	ромбовидных или палочковидных кристаллов со слабым положительным двойным лучепреломлением
	кристаллов холестерина без двойного лучепреломления
21	Характерным рентгенологическим проявлением депонирования кристаллов пирофосфата кальция является
	околосуставной остеопороз
	хондрокальциноз
	субхондральные кисты без кальцификации хряща
	множественные краевые эрозии
	симптом «пробойника»
22	Какой из перечисленных суставов наиболее часто поражается при остром артрите, обусловленном кристаллами пирофосфата кальция?
	Тазобедренный сустав
	Коленный сустав
	Крестцово-подвздошный сустав
	Височно-нижнечелюстной сустав
	I плюснефаланговый сустав
23	Наиболее целесообразной лечебной тактикой при остром моноартрите крупного сустава, обусловленном кристаллами пирофосфата кальция, после исключения инфекции является
	длительная терапия системными глюкокортикоидами
	назначение аллопуринола
	назначение метотрексата
	эвакуация синовиальной жидкости с последующим внутрисуставным введением глюкокортикоида
	назначение фебуксостата
24	Развитие ревматоидного артрита ассоциируется с антигенами главного комплекса гистосовместимости
	HLA G1
	HLA DR4
	HLA B27
	HLA-Cw7
25	В патогенезе ревматоидного артрита на ранней стадии имеет значение

	супрессия CD19+ В-лимфоцитов
	гипергаммаглобулинемия
	активация CD4+ Т-лимфоцитов по Th1-типу
	активация Т-супрессоров
	гиперпродукция атимитохондриальных антител
26	Механизм деструкции суставов при ревматоидном артрите связан с
	дегенеративными изменениями хряща
	образованием паннуса
	активным синовитом
	антифосфолипидным синдромом
	отложением кристаллов мочевой кислоты
27	Какое дополнительное лабораторное исследование целесообразно выполнить при подозрении на ревматоидный артрит, негативный по ревматоидному фактору?
	Определение антител к двуспиральной ДНК
	Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду
	Определение антинуклеарного фактора
	Определение антинейтрофильных цитоплазматических антител
	Определение антител к кардиолипину класса IgM и IgG
28	Для оценки активности ревматоидного артрита целесообразно использовать индекс
	SELENA-SLEDAI
	DAS28
	PASI
	BASDAI
	HAQ
29	Ранним ревматоидным артритом считается заболевание
	длительностью менее 6 месяцев от появления симптомов
	длительностью менее 24 месяцев от постановки диагноза
	длительностью менее 12 месяцев от появления симптомов
	длительностью менее 12 месяцев от постановки диагноза
	длительностью менее 24 месяцев от появления симптомов
30	В соответствии с классификационными критериями ACR/EULAR 2010 ревматоидный артрит классифицируется при сумме
	не менее 4 баллов из 10 возможных
	не менее 5 баллов из 10 возможных
	не менее 6 баллов из 10 возможных
	не менее 8 баллов из 10 возможных
31	Какие суставы не учитываются при оценке суставного синдрома по классификационным критериям ACR/EULAR 2010?
	Лучезапястные суставы
	Пястно-фаланговые суставы
	Проксимальные межфаланговые суставы кистей
	Дистальные межфаланговые суставы кистей
32	Ревматоидный фактор представляет собой преимущественно
	антитела IgM к Fab-фрагменту IgG
	антитела IgM к Fc-фрагменту IgG
	антитела IgG к Fc-фрагменту IgM
	антитела IgA к Fab-фрагменту IgM

	антитела IgG к Fc-фрагменту IgA
33	Определение АЦЦП имеет наибольшее диагностическое значение для выявления псориатического артрита при отрицательном HLA-B27
	раннего ревматоидного артрита при отрицательном РФ
	реактивного артрита при отрицательном HLA-B27
	аксиального спондилоартрита при нормальном СРБ
	микрористаллического артрита при нормальной урикемии
34	Высокий титр ревматоидного фактора у пациента с ревматоидным артритом ассоциирован прежде всего с
	меньшей вероятностью формирования костных эрозий
	большей вероятностью достижения стойкой ремиссии
	риском быстрого прогрессирования суставной деструкции
	низкой вероятностью развития внесуставных проявлений
	медленным прогрессированием функциональных нарушений суставов
35	Определение антинуклеарного фактора у пациента с подозрением на ревматоидный артрит проводится прежде всего для
	определения степени рентгенологической деструкции суставов
	прогнозирования эффективности терапии метотрексатом
	определения текущей активности суставного воспаления
	дифференциальной диагностики системных заболеваний соединительной ткани
	прогнозирования развития ревматоидных узелков
36	Какое утверждение о лабораторных маркерах воспаления при ревматоидном артрит является правильным?
	СОЭ является более стабильным показателем, чем СРБ
	СРБ зависит от пола пациента сильнее, чем СОЭ
	СОЭ обладает большей специфичностью для ревматоидного артрита
	СРБ является более стабильным маркером воспаления, чем СОЭ
	Нормальный СРБ позволяет исключить активный ревматоидный артрит
37	Какие из перечисленных суставов учитываются при расчете индекса DAS28?
	Тазобедренные суставы
	Голеностопные суставы
	Плюснефаланговые суставы
	Височно-нижнечелюстные суставы
	Коленные суставы
38	Стойкой ремиссией ревматоидного артрита считается клиническая ремиссия продолжительностью
	не менее 1 месяца
	не менее 3 месяцев
	не менее 6 месяцев
	не менее 9 месяцев
	не менее 12 месяцев
39	Основным рентгенологическим признаком I стадии ревматоидного артрита является
	выраженное сужение суставных щелей
	наличие единичных костных эрозий
	наличие множественных костных эрозий
	формирование подвывихов пораженных суставов
	развитие околоуставного остеопороза

40	Для II рентгенологической стадии ревматоидного артрита наиболее характерно сочетание остеопороза, множественных эрозий и подвывихов остеопороза, подвывихов и костного анкилоза остеопороза, сужения щелей и единичных эрозий остеосклероза, остеофитов и субхондральных кист множественных эрозий, вывихов и костного анкилоза
41	Для III рентгенологической стадии ревматоидного артрита наиболее характерно наличие околосуставного остеопороза без костных эрозий единичных эрозий без деформации суставов субхондрального склероза без костных эрозий множественных эрозий и подвывихов суставов костного анкилоза нескольких пораженных суставов
42	Обзорную рентгенографию органов грудной клетки пациентам с ревматоидным артритом рекомендуется выполнять только при появлении респираторных симптомов только перед назначением биологической терапии однократно непосредственно после установления диагноза каждые шесть месяцев независимо от клиники при первичном обследовании и затем ежегодно
43	Компьютерную томографию органов грудной клетки пациенту с ревматоидным артритом целесообразно выполнить при изолированном повышении ревматоидного фактора формировании эрозий мелких суставов кистей стойком повышении СОЭ без респираторных симптомов наличии клинических признаков поражения легких недостаточной эффективности терапии метотрексатом
44	Стандартные синтетические базисные противовоспалительные препараты пациенту с ревматоидным артритом рекомендуется назначать после формирования первых рентгенологических эрозий после шести месяцев сохраняющегося активного артрита при недостаточной эффективности длительной терапии НПВП после подтверждения высокой активности по DAS28 с момента установления диагноза ревматоидного артрита
45	Препаратом первой линии базисной терапии ревматоидного артрита является метотрексат лефлуномид сульфасалазин гидроксихлорохин метилпреднизолон
46	При отсутствии факторов риска нежелательных реакций рекомендуемая начальная доза метотрексата составляет 5–7,5 мг один раз в неделю 10–15 мг один раз в неделю 15–20 мг два раза в неделю 20–25 мг один раз в неделю 25–30 мг один раз в неделю

47	При недостаточном эффекте метотрексата его дозу рекомендуется увеличивать
	на 2,5–5 мг каждые 2–4 недели
	на 5–10 мг каждые 1–2 недели
	на 2,5–5 мг каждые 6–8 недель
	на 5–10 мг каждые 4–6 недель
	на 10–15 мг каждые 2–4 недели
48	На фоне лечения метотрексатом фолиевую кислоту рекомендуется назначать
	не менее 1 мг ежедневно вместе с метотрексатом
	не менее 2,5 мг непосредственно перед метотрексатом
	не менее 5 мг в неделю спустя 24 часа после метотрексата
	не менее 10 мг одновременно с каждой дозой метотрексата
	не менее 15 мг только при появлении нежелательных реакций
49	При недостаточной эффективности таблетированной формы метотрексата до смены базисной терапии рекомендуется
	добавить второй НПВП в терапевтической дозе
	заменить метотрексат длительной терапией глюкокортикоидами
	добавить гидроксихлорохин без изменения формы метотрексата
	перевести пациента на подкожное введение метотрексата
	сразу назначить биологический препарат в монотерапии
50	При противопоказаниях или плохой переносимости метотрексата в качестве альтернативы рекомендуется назначить
	азатиоприн или циклофосфамид
	циклоспорин или микофенолата мофетил
	гидроксихлорохин или азатиоприн
	лефлуномид или сульфасалазин
	циклофосфамид или сульфасалазин
51	Что из перечисленного учитывается в классификационных критериях ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010?
	Число пораженных суставов, серологический статус, острофазовые показатели и длительность симптомов
	Только продолжительность утренней скованности более 1 часа
	Наличие ревматоидных узелков
	Обнаружение костного отека при МРТ как обязательный критерий
	Наличие антинуклеарного фактора
52	Что из перечисленного в классификационных критериях ревматоидного артрита (ACR/EULAR) имеет максимальный балл?
	Высокопозитивный титр ревматоидного фактора
	Артрит крупных суставов
	Обнаружение «костного отека» при МРТ
	Утренняя скованность >1 часа
	Наличие антител к ДНК
53	Какой из нижеперечисленных признаков не относится к клиническим проявлениям болезни Стилла?
	Боль в горле
	Лихорадка
	Поражение почек
	Кожная сыпь
	Лимфоаденопатия

54	Низкая активность ревматоидного артрита по DAS28 соответствует значениям
	<2,6
	$\geq 2,6$ и $\leq 3,2$
	$> 3,2$ и $\leq 5,1$
	$> 5,1$
	< 5,1
55	Умеренная активность ревматоидного артрита по DAS28 соответствует значениям
	<2,6
	$\geq 2,6$ и $\leq 3,2$
	$> 5,1$
	$> 3,2$ и $\leq 5,1$
	$> 5,1$
56	Высокая активность ревматоидного артрита по DAS28 соответствует значениям
	<2,6
	$\geq 2,6$ и $\leq 3,2$
	$> 3,2$ и $\leq 5,1$
	$> 4,2$
	$> 5,1$
57	Вторичный амилоидоз может быть осложнением
	болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция
	подагры
	ревматоидного артрита
	системной красной волчанки
	системной склеродермии
58	К ранним проявлениям ревматоидного артрита относится
	ревматоидные узелки
	утренняя скованность более 30 минут
	синовит дистальных межфаланговых суставов кистей
	ульнарная девиация кистей
	скованность в нижней части спины в утренние часы
59	Функциональный класс II при ревматоидном артрите характеризуется
	ограничение способности к самообслуживанию
	ограничением профессиональной деятельности
	ограничением непрофессиональной деятельности
	ограничением всех видов деятельности
	использование вспомогательных средств при передвижении
60	При наличии у пациента с ревматоидным артритом острого гломерулонефрита с быстро прогрессирующей почечной недостаточностью показано назначение
	метотрексата
	циклоспорина А
	циклофосфамида
	азатиоприна
	такролимуса
61	Наиболее тяжелым побочным эффектом аминохинолиновых препаратов является
	кожная сыпь
	диарея

	миопатия
	ретинопатия
	боль в животе
62	К ингибиторам ко-стимуляции Т-лимфоцитов относится
	абатацепт
	ритуксимаб
	этанерцепт
	цертолизумаб пэгол
	голимумаб
63	Какой ингибитор ФНО-α характеризуется минимальным трансплацентарным переносом благодаря отсутствию Fc-фрагмента?
	Адалимумаб
	Голимумаб
	Инфликсимаб
	Этанерцепт
	Цертолизумаб пэгол
64	Для увеличения эффективности терапии ингибиторами ФНО-альфа больным ревматоидным артритом показано назначение
	нестероидных противовоспалительных препаратов
	комбинации нескольких ингибиторов ФНО-альфа
	гидроксихлорохина
	метотрексата
	тофацитиниба
65	Для заместительной терапии при острой надпочечниковой недостаточности используют
	дексаметазон
	гидрокортизон
	триамцинолон
	бетаметазон
	метилпреднизолон
66	К низкой дозе системных глюкокортикоидов относят дозу преднизолона (или эквивалента)
	не более 7,5 мг/сут
	не более 15 мг/сут
	не более 20 мг/сут
	не более 30 мг/сут
67	Для синдрома Фелти характерно развитие
	лейкоцитоза
	спленомегалии
	гепатомегалии
	почечной недостаточности
	полинейропатии
68	Какой препарат препятствует прогрессированию ревматоидного артрита?
	Ацеклофенак
	Лефлуномид
	Метилпреднизолон
	Нимесулид
	Бетаметазон

69	Какой препарат является глюкокортикоидом длительного действия?
	Бетаметазон
	Преднизолон
	Метилпреднизолон
	Гидрокортизон
	Кортизон
70	Задержка натрия и воды наиболее выражена при длительном применении высоких доз
	бетаметазона
	преднизолона
	гидрокортизона
	дексаметазона
	триамцинолона
71	При длительном течении ревматоидного артрита с высокой активностью болезни при наличии протеинурии в суточной моче более 3 г/сут. необходимо исключить прежде всего
	интерстициальный нефрит
	мембрано-пролиферативный гломерулонефрит
	болезнь минимальных изменений
	амилоидоз почек
	мембранозную нефропатию
72	Наиболее распространенным и важным признаком синдрома Фелти является
	высокий титр ревматоидного фактора
	высокий уровень С-реактивного белка
	гепатомегалия
	нейтропения
	нейтрофилез
73	Что из перечисленного необходимо выполнить перед назначением генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите?
	Эзофагогастродуоденоскопия
	Анализ кала на скрытую кровь и колоноскопия
	Проба с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным и рентгенография органов грудной клетки
	ПЦР крови на вирусы герпетической группы
	Компьютерная томографию органов грудной клетки
74	Как назначается препарат при альтернирующей терапии глюкокортикоидами?
	Через день в виде однократной дозы, которая в 2 раза меньше первоначальной
	Через день в виде однократной дозы, которая в 2 раза больше первоначальной
	Через день в виде однократной дозы, которая равна первоначальной
	Через 2 дня в виде однократной дозы, которая в 2 раза больше первоначальной
	Через 2 дня в виде однократной дозы, которая в 2 раза меньше первоначальной
75	В случае необходимости длительного назначения (более 3 мес.) глюкокортикоидов в дозе более 5 мг/сут больным ревматоидным артритом необходимо добавить к лечению
	фолиевую кислоту
	альфакальцидол
	витамин Д
	препараты кальция и витамин Д
	калия и магния аспаргинат

76	Тщательный контроль («tight-контроль») изменения активности заболевания и коррекция терапии у больных ревматоидным артритом подразумевает
	контроль не реже чем 1 раз в 3 месяца, определение активности заболевания в группах больных с высокой и умеренной активностью - ежемесячно
	контроль не реже чем 1 раз в 2 месяца, определение активности заболевания в группах больных с высокой и умеренной активностью – 2 раза в месяц
	контроль и определение уровня активности заболевания не реже чем 1 раз в 3 месяца
	контроль не реже чем 1 раз в 5 месяцев, определение активности заболевания в группах больных с высокой и умеренной активностью – 1 раз в 2 месяца
	контроль и определение уровня активности заболевания не реже чем 1 раз в 2 месяца
77	Наиболее оптимальной тактикой в дебюте ревматоидного артрита является
	раннее назначение глюкокортикоидов
	симптоматическая терапия нестероидными противовоспалительными препаратами
	раннее назначение базисных противовоспалительных препаратов
	активное наблюдение за больными, назначение препаратов только в случае прогрессирования заболевания
	использование нефармакологических методов лечения (ЛФК, физиотерапия)
78	При увеличении недельной дозы метотрексата преимущество подкожного пути введения по биодоступности становится наиболее значимым при дозах
	выше 5 мг/нед
	выше 10 мг/нед
	15 мг/нед и выше
	только выше 25 мг/нед
	только выше 30 мг/нед
79	Какой из перечисленных факторов является маркером неблагоприятного прогноза у пациентов с ранним ревматоидным артритом?
	Пожилой возраст
	Отсутствие внесуставных проявлений
	Мужской пол
	Высокие титры РФ и/или АЦЦП
	Низкий уровень СОЭ и СРБ
80	В качестве базисной терапии у беременной женщины с ревматоидным артритом низкой активности возможно назначение
	метотрексата
	лефлуномида
	гидроксихлорохина
	тофацитиниба
81	Тактика лечения глюкокортикоидами при ревматоидном артрите в настоящее время заключается
	в длительном назначении низких доз глюкокортикоидов
	в назначении глюкокортикоидов в альтернирующем режиме
	в назначении глюкокортикоидов при высокой активности заболевания и как можно более ранней отмене
	в назначении глюкокортикоидов независимо от активности ревматоидного артрита
	в назначении только пульс-терапии глюкокортикоидами
82	Какие лабораторные параметры необходимо мониторировать при назначении метотрексата больным ревматоидным артритом?
	АСТ/АЛТ, креатинин, мочеви́на, сывороточное железо

	Клинический анализ крови, АЛТ/АСТ, креатинин, общий анализ мочи
	Креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, АЛТ, АСТ
	Общий анализ мочи, креатинин, ЛДГ
	АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ
83	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является ингибитором интерлейкина-6?
	Тоцилизумаб
	Абатацепт
	Ритуксимаб
	Адалимумаб
	Тофацитиниб
84	Какой препарат представляет собой моноклональное антитело к CD20-антигену В-лимфоцитов?
	Тоцилизумаб
	Абатацепт
	Ритуксимаб
	Адалимумаб
	Тофацитиниб
85	Генно-инженерные биологические препараты при ревматоидном артрите наиболее эффективны
	в качестве монотерапии
	в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами
	в сочетании с базисными противовоспалительными препаратами
	при сочетании как минимум двух препаратов из разных групп ГИБП
	в сочетании с глюкокортикоидами
86	Риск активации вируса опоясывающего герпеса при лечении ревматоидного артрита максимален при применении
	тофацитиниба
	метотрексата
	гидроксихлорохина
	адалимумаба
	лефлуномида
87	Оптимальной группой препаратов для пациентов с амилоидозом, развившимся на фоне ревматоидного артрита являются
	ингибиторы интерлейкина 1
	ингибиторы Як-киназ
	ингибиторы ФНО-альфа
	базисные противовоспалительные препараты
	ингибиторы интерлейкина 6
88	При вторичном амилоидозе, связанном с ревматоидным артритом, характерно поражение
	сердца
	печени
	селезенки
	синовиальной оболочки суставов
	почек
89	Поражение какого отдела позвоночника наиболее характерно для ревматоидного артрита?
	Шейного отдела

	Грудного отдела
	Поясничного отдела
	Крестцового отдела
90	Важным диагностическим признаком ревматоидного артрита является
	артрит дистальных межфаланговых суставов
	одноосевое поражение суставов одного пальца
	изменение ногтевой пластины
	артрит проксимальных межфаланговых суставов
	отек пальца в виде «сардельки»
91	К базисным противовоспалительным препаратам (БПВП) для лечения ревматоидного артрита относится
	метилпреднизолон
	мелоксикам
	лефлуномид
	фебуксостат
	канакинумаб
92	В качестве базисной противовоспалительной терапии (БПВП) у больного ревматоидным артритом при наличии острого вирусного гепатита В возможно назначение
	гидроксихлорохина
	метотрексата
	лефлуномида
	сульфасалазина
93	Для профилактики гематологических осложнений, ассоциированных с применением метотрексата у больных ревматоидным артритом, показано назначение
	цианокобаламина
	фолиевой кислоты
	витамина D
	никотиновой кислоты
	ингибиторов протонной помпы
94	Критерием, необходимым для установления диагноза юношеского артрита, является
	артрит одного или более суставов длительностью более 2 недель
	артрит двух или более суставов длительностью более 4 недель
	артрит одного или более суставов длительностью более 6 недель
	артрит трех или более суставов длительностью более 8 недель
	артрит одного или более суставов длительностью более 12 недель
95	Олигоартикулярный вариант ювенильного идиопатического артрита характеризуется поражением
	1–2 суставов в течение первых 3 месяцев болезни
	1–3 суставов в течение первых 12 месяцев болезни
	1–4 суставов в течение первых 6 месяцев болезни
	2–5 суставов в течение первых 6 месяцев болезни
	1–5 суставов в течение первых 12 месяцев болезни
96	Полиартикулярный РФ-негативный вариант ювенильного идиопатического артрита характеризуется
	поражением ≥ 4 суставов за первые 3 месяца при отрицательном РФ
	поражением ≥ 4 суставов за первые 6 месяцев при отрицательном РФ
	поражением ≥ 5 суставов за первые 6 месяцев при отрицательном РФ

	поражением ≥ 5 суставов за первые 12 месяцев при отрицательном РФ
	поражением ≥ 6 суставов за первые 6 месяцев при отрицательном РФ
97	Для классификации полиартикулярного РФ-позитивного ювенильного идиопатического артрита характерно
	поражение ≥ 5 суставов и однократное выявление высокого уровня СРБ
	поражение ≥ 5 суставов и положительный РФ в двух тестах либо положительные АЦЦП
	поражение ≥ 4 суставов и положительный РФ в одном исследовании крови
	поражение ≥ 5 суставов и однократное выявление положительного АНФ
	поражение ≥ 6 суставов и обязательное одновременное выявление РФ и АЦЦП
98	Какой из перечисленных признаков учитывается при классификации артрита, ассоциированного с энтезитом?
	Наличие ревматоидного фактора класса IgM
	Наличие антинуклеарного фактора высокого титра
	Наличие антител к циклическому цитруллинированному пептиду
	Наличие антигена главного комплекса гистосовместимости HLA-B27
	Наличие антител к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте
99	Какой клинико-демографический признак учитывается при классификации артрита, ассоциированного с энтезитом?
	Начало симметричного полиартрита у девочки младше 6 лет
	Начало олигоартрита у девочки в возрасте старше 10 лет
	Начало артрита у мальчика в возрасте старше 6 лет
	Начало полиартрита у мальчика в возрасте младше 3 лет
	Начало моноартрита у ребенка в возрасте старше 12 лет
100	Для системного ювенильного идиопатического артрита по критериям ILAR характерна перемежающаяся лихорадка
	продолжительностью ≥ 2 дней в течение периода не менее 1 недели
	продолжительностью ≥ 3 дней в течение периода не менее 1 недели
	продолжительностью ≥ 3 дней в течение периода не менее 2 недель
	продолжительностью ≥ 5 дней в течение периода не менее 2 недель
	продолжительностью ≥ 7 дней в течение периода не менее 3 недель
101	Наиболее характерным вариантом кожных высыпаний при системном ювенильном идиопатическом артрите является
	стойкая эритематозная сыпь с выраженным шелушением
	пальпируемая пурпура преимущественно на нижних конечностях
	уртикарная сыпь с последующей стойкой гиперпигментацией
	кратковременная летучая эритематозная сыпь
	сетчатое ливедо с болезненными подкожными узелками
102	Какой из перечисленных признаков является системным проявлением, учитываемым в критериях системного ювенильного идиопатического артрита?
	Передний увеит
	Дигитальный васкулит
	Интерстициальный нефрит
	Серозит
	Энтезит
103	Какой лабораторный показатель у большинства пациентов с олигоартикулярным ЮИА может оставаться в пределах референсных значений?
	Ревматоидный фактор при РФ-позитивном полиартрите

	СОЭ при выраженном полиартикулярном процессе
	Ферритин при активном гемофагоцитарном синдроме
	С-реактивный белок при олигоартикулярном варианте
	АЦЦП при серопозитивном полиартикулярном варианте
104	Ревматоидные узелки у детей с ювенильным идиопатическим артритом наиболее характерны для
	персистирующего олигоартикулярного варианта
	артрита, ассоциированного с энтезитом
	РФ-негативного полиартикулярного варианта
	РФ-позитивного полиартикулярного варианта
	системного варианта без активного артрита
105	Какое внесуставное проявление входит в критерии артрита, ассоциированного с энтезитом?
	Хронический задний увеит
	Двусторонний склерит
	Сухой кератоконъюнктивит
	Острый передний увеит
	Ишемическая ретинопатия
106	Индекс JADAS71 применяется у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом для оценки
	выраженности структурных изменений суставов
	степени функциональных нарушений позвоночника
	текущей активности воспалительного заболевания
	риска лекарственных нежелательных реакций
107	Согласно стратегии лечения ювенильного идиопатического артрита снижение активности болезни как минимум на 50% должно быть достигнуто
	через 1 месяц после начала терапии
	через 2 месяца после начала терапии
	через 3 месяца после начала терапии
	через 6 месяцев после начала терапии
	через 12 месяцев после начала терапии
108	Монотерапию НПВП на этапе обследования ребенка с неустановленным диагнозом ювенильного артрита рекомендуется проводить
	не более 2 недель
	не более 1 месяца
	не более 3 месяцев
	не более 6 месяцев
109	При активном олигоартикулярном ювенильном идиопатическом артрите высокой активности после верификации диагноза рекомендуется назначение метотрексата в дозе
	5–7,5 мг/м ² один раз в неделю
	7,5–10 мг/м ² один раз в неделю
	10–15 мг/м ² один раз в неделю
	15–20 мг/м ² один раз в неделю
	20–25 мг/м ² один раз в неделю
110	Какое положение о дозировании метотрексата при активном ювенильном идиопатическом артрите является правильным?
	Дозу рекомендуется увеличивать до 20 мг/м ² /нед при сохраняющемся артрите

	Дозу рекомендуется увеличивать до 25 мг/м ² /нед при наличии полиартрита
	Дозу рекомендуется увеличивать до 30 мг/м ² /нед при наличии эрозий
	Увеличение дозы более 15 мг/м ² /нед не рекомендуется
111	Предпочтительным способом введения метотрексата при активном ювенильном идиопатическом артрите является
	внутривенное введение для повышения скорости наступления эффекта
	внутримышечное введение для уменьшения желудочно-кишечной токсичности
	пероральное применение для обеспечения наиболее стабильной концентрации
	подкожное введение для обеспечения стабильной биодоступности
112	При системном ювенильном идиопатическом артрите с опасными для жизни системными проявлениями для быстрого противовоспалительного эффекта рекомендуется
	назначение метотрексата в стандартной недельной дозе
	назначение гидроксихлорохина в возрастной суточной дозе
	назначение сульфасалазина в комбинации с НПВП
	применение системных глюкокортикоидов, включая пульс-терапию
	назначение лефлуномида в комбинации с фолиевой кислотой
113	Какой морфологический вариант поражения подкожной жировой клетчатки наиболее характерен для узловой эритемы?
	Лобулярный панникулит с некротизирующим васкулитом
	Лобулярный панникулит без васкулита
	Септальный панникулит с некротизирующим васкулитом
	Септальный панникулит без васкулита
	Гранулематозный васкулит сосудов среднего калибра
114	Рекомендуемая суточная доза сульфасалазина при периферическом артрите у пациента с юношеским артритом составляет
	10–20 мг/кг/сут
	20–25 мг/кг/сут
	30–50 мг/кг/сут
	60–80 мг/кг/сут
	150 мг/сут независимо от массы тела
115	Триггерным инфекционным фактором реактивных артритов следует считать
	<i>Ureaplasma urealyticum</i>
	<i>Chlamydia pneumoniae</i>
	<i>Shigella flexneri</i>
	<i>Mycoplasma hominis</i>
	<i>Clostridium difficile</i>
116	К типичным рентгенологическим изменениям при реактивном артрите относят
	периартикулярный остеопороз
	анкилозирование позвонков
	штампованные дефекты головок плюсневых костей
	односторонний сакроилиит
	остеолиз дистальных фаланг пальцев
117	Для гонококкового артрита характерно
	пожилой возраст пациента
	постепенное начало
	геморрагические папуло-пустулезные высыпания
	полиартрит суставов кистей

	формирование сгибательных контрактур суставов
118	Продолжительность острого течения реактивного артрита ограничивается
	1 месяцем
	3 месяцами
	6 месяцами
	9 месяцами
	12 месяцами
119	Какое утверждение о прогнозе реактивного артрита является наиболее корректным?
	У большинства пациентов симптомы регрессируют в течение нескольких месяцев, однако возможны рецидивы и хроническое течение
	Реактивный артрит всегда полностью проходит в течение 1 недели
	Хроническое течение невозможно
	Все пациенты в дальнейшем обязательно развивают анкилозирующий спондилит
	Прогноз определяется только видом микроба-триггера
120	Какое из перечисленных кожных проявлений характерно для реактивного артрита?
	Кератодермия
	Папулы Готтрона
	Склеродактилия
	Сетчатое ливедо
	Узелки Гебердена
121	К редким сердечно-сосудистым проявлениям реактивного артрита относится
	аортит/аортальная регургитация
	инфаркт миокарда как обязательное проявление
	врождённый порок сердца
	стеноз лёгочной артерии
	кардиомиопатия Такоцубо как типичное проявление
122	О хроническом течении реактивного артрита можно говорить, если от дебюта болезни прошло
	более 1 месяца
	более 3 месяцев
	более 6 месяцев
	более 12 месяцев
	более 2 лет
123	Внесуставным проявлением постэнтероколитического реактивного артрита является
	дистальная сенсомоторная полинейропатия
	отит
	инфаркт миокарда
	экссудативный плеврит
	эписклерит
124	Клинический признак, наиболее характерный для пациентов с реактивным артритом
	асимметричный моно- или олигоартрит преимущественно нижних конечностей
	стойкий моноартрит преимущественно суставов верхних конечностей
	симметричный олигоартрит преимущественно суставов верхних конечностей
	мигрирующий полиартрит преимущественно крупных суставов конечностей
	симметричный полиартрит преимущественно мелких суставов кистей
125	При реактивном артрите наиболее часто поражаются

	крестцово-подвздошные сочленения
	коленные суставы
	плюснефаланговые суставы
	тазобедренные суставы
	пястно-фаланговые суставы
126	Наиболее частым рентгенологическим признаком хронического реактивного артрита является наличие
	эрозий суставных поверхностей
	одностороннего сакроилиита
	параспинальных оссификатов
	синдесмофитов
	костного анкилоза
127	У пациента с реактивным артритом лабораторно подтверждена активная инфекция <i>Chlamydia trachomatis</i> . Какой подход к лечению инфекционного триггера является правильным?
	Антибактериальная терапия не показана, поскольку артрит является реактивным
	Проведение системной антибактериальной терапии в соответствии с рекомендациями по лечению выявленной инфекции
	Внутрисуставное введение антибактериального препарата
	Назначение метотрексата для эрадикации возбудителя
128	Для реактивного артрита характерно
	развитие полиартрита в дебюте заболевания
	преимущественное поражение суставов нижних конечностей
	постепенное начало заболевания
	развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста
	высокая степень ассоциации с развитием сердечно-сосудистых заболеваний
129	Артрит при реактивном артрите обычно развивается после перенесенной инфекции через
	1–3 дня
	3–7 дней
	1–4 недели
	6–8 недель
	2–3 месяца
130	Классическая триада проявлений реактивного артрита включает
	артрит, псориаз и передний увеит
	артрит, энтезит и афтозный стоматит
	артрит, диарею и узловатую эритему
	артрит, конъюнктивит и уретрит
	артрит, кардит и кольцевидную эритему
131	Какое кожное проявление особенно характерно для реактивного артрита после иерсиниозной инфекции?
	Пальпируемая пурпура нижних конечностей
	Кольцевидная центробежная эритема
	Сетчатое ливедо нижних конечностей
	Многоформная экссудативная эритема
	Узловатая эритема
132	Какое утверждение о HLA-B27 при реактивном артрите является правильным?
	Наличие HLA-B27 является обязательным диагностическим критерием заболевания

	Отсутствие HLA-B27 позволяет достоверно исключить реактивный артрит
	HLA-B27 выявляется только при урогенитальном варианте заболевания
	HLA-B27 ассоциирован с реактивным артритом и другими спондилоартропатиями
	HLA-B27 характерен преимущественно для постстрептококкового артрита
133	Наиболее предпочтительным методом выявления Chlamydia trachomatis при подозрении на урогенитальный триггер реактивного артрита является
	определение IgG к Chlamydia trachomatis в сыворотке
	определение IgM к Chlamydia trachomatis в сыворотке
	микроскопическое исследование окрашенного мазка из уретры
	бактериологический посев первой порции мочи
	исследование методом амплификации нуклеиновых кислот
134	В дебюте анкилозирующего спондилита чаще всего присутствует
	периферический артрит
	псориаз
	болезнь Крона
	воспалительная боль в спине
	энтезит
135	Высокая активность аксиального спондилоартрита по индексу ASDAS соответствует значению
	менее 1,3
	от 1,3 до менее 2,1
	от 2,1 до 3,5
	более 3,5
	менее 2,0
136	В соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями (1984 г.) к клиническим критериям анкилозирующего спондилита относят ограничение подвижности
	в шейном отделе позвоночника в сагиттальной и во фронтальной плоскостях
	во всех отделах позвоночника
	в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и во фронтальной плоскостях
	в грудном отделе позвоночника в сагиттальной и во фронтальной плоскостях
	в плечевых и тазобедренных суставах
137	Анкилозирующий спондилит в современной концепции спондилоартритов соответствует
	периферическому спондилоартриту с поражением крестцово-подвздошных суставов
	нерентгенологическому аксиальному спондилоартриту с повышенным СРБ
	рентгенологическому аксиальному спондилоартриту с достоверным сакроилиитом
	реактивному спондилоартриту с хроническим воспалительным поражением позвоночника
	псориатическому спондилоартриту с формированием синдесмофитов позвоночника
138	Для воспалительной боли в спине по определению ASAS наиболее характерно
	острое начало, уменьшение в покое и усиление при физической нагрузке
	постепенное начало, уменьшение в покое и отсутствие ночной боли
	острое начало, ночная боль и уменьшение после длительного отдыха
	постепенное начало, улучшение при физической активности и отсутствие улучшения в покое
139	Какое утверждение о HLA-B27 при анкилозирующем спондилите является правильным?
	Его выявление самостоятельно подтверждает диагноз заболевания
	Его отсутствие позволяет практически исключить заболевание

	Его определение необходимо только при наличии сакроилиита
	Его наличие повышает вероятность заболевания, но не является диагностическим критерием само по себе
	Его выявление необходимо только при нормальном уровне СРБ
140	Какой признак относится к внескелетным проявлениям аксиального спондилоартрита?
	Ревматоидные узелки
	Дигитальный васкулит
	Интерстициальный нефрит
	Воспалительное заболевание кишечника
	Аутоиммунный гепатит
141	Рентгенологическим критерием достоверного анкилозирующего спондилита по модифицированным Нью-Йоркским критериям является
	односторонний сакроилиит I стадии или двусторонний сакроилиит I стадии
	двусторонний сакроилиит $\geq$ II стадии или односторонний III–IV стадии
	двусторонний сакроилиит только IV стадии независимо от клинических признаков
	односторонний сакроилиит II стадии или двусторонний сакроилиит I стадии
142	Основным МР-признаком активного сакроилиита является
	субхондральный жировой метапластический очаг
	выраженный субхондральный остеосклероз
	формирование костного мостика через сустав
	субхондральный отек костного мозга, соответствующий остеоиту
	равномерное сужение крестцово-подвздошной суставной щели
143	Характерным структурным изменением позвоночника при анкилозирующем спондилите является
	горизонтальный остеофит тела позвонка
	узел Шморля в замыкательной пластинке
	крупный паравертебральный оссификат
	краевой вертикально ориентированный синдесмофит
	изолированный субхондральный склероз дугоотростчатого сустава
144	Индекс mSASSS предназначен преимущественно для оценки
	активного воспаления крестцово-подвздошных суставов
	выраженности боли и утренней скованности
	функционального состояния пациента в повседневной жизни
	подвижности позвоночника и тазобедренных суставов при осмотре
	рентгенологического структурного повреждения шейного и поясничного отделов позвоночника
145	Очень высокой активности заболевания по ASDAS соответствует значение
	более 2,1
	более 2,6
	более 3,0
	более 3,5
	более 4,0
146	Значительным улучшением течения анкилозирующего спондилита считается уменьшение индекса ASDAS
	на 2,0 и более
	минимум на 0,1
	на 1,0 и более

	минимум на 0,5
	минимум на 2,5 и более
147	Анкилозирующий спондилит характеризуется тем, что
	острый передний увеит развивается у четверти больных
	часто развивается апикальный лёгочный фиброз
	формой поражения сердечно-сосудистой системы является пролапс митрального клапана
	отсутствует поражение почек
	отсутствием сакроилиита по данным рентгенографии крестцово-подвздошных сочленений
148	У взрослого пациента имеются клинические признаки аксиального спондилоартрита. Обзорная рентгенография таза не выявила достоверного сакроилиита, однако клиническое подозрение на заболевание сохраняется. Наиболее целесообразным следующим методом визуализации является
	компьютерная томография поясничного отдела позвоночника с контрастированием
	ультразвуковое исследование крестцово-подвздошных суставов
	сцинтиграфия костей таза
	магнитно-резонансная томография только поясничного отдела позвоночника
	магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных суставов без контрастирования
149	К рентгенологическим изменениям, не характерным для анкилозирующего спондилита, относят
	образование остеофитов
	симптом «квадратизации позвонков»
	образование синдесмофитов
	псевдорасширение щелей крестцово-подвздошных сочленений
150	Поза «просителя» типична для
	поздней стадии анкилозирующего спондилита
	ревматоидного артрита
	болезни Шейермана-Мау
	остеоартрита позвоночника
151	Какой показатель входит в индекс BASMI?
	Сгибание грудного отдела позвоночника
	Разгибание поясничного отдела позвоночника
	Ротация поясничного отдела позвоночника
	Разгибание шейного отдела позвоночника
	Ротация шейного отдела позвоночника
152	Дозировка голимумаба при лечении анкилозирующего спондилита составляет
	5 мг каждые 4 недели
	50 мг 1 раз в 28 дней
	100 мг 1 раз в неделю
	10 мг 1 раз в неделю
	1 г 1 раз в месяц
153	Дозировка адалимумаба при лечении анкилозирующего спондилита составляет
	40 мг 1 раз в 2 недели
	40 мг 1 раз в 8 недель
	80 мг 1 раз в неделю
	1 г 1 раз в месяц
	160 мг каждые 12 недель

154	Наличие при рентгенографии синдесмофитов, «квадратизации» тел позвонков и сакроилиита характерно для
	болезни Форестье
	ревматоидного артрита
	болезни Шейермана-May
	остеоартрита позвоночника
	анкилозирующего спондилита
155	Своевременное проведение какого исследования позволяет наиболее значительно ускорить постановку диагноза анкилозирующего спондилита?
	Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений
	Компьютерная томография крестцово-подвздошных сочленений
	Магнитно-резонансная томография крестцово-подвздошных сочленений
	Сцинтиграфия скелета
	Определение HLA-B27
156	Характерной особенностью течения анкилозирующего спондилита в детском возрасте является
	быстрое развитие аортита
	высокая частота периферического артрита и энтезитов
	частое развитие амилоидоза
	отсутствие HLA-B27
157	Ранним рентгенологическим признаком анкилозирующего спондилита является
	передний спондилит
	спондилодисцит
	синдесмофиты
	спондилофиты
	анкилоз дугоотростчатых суставов
158	Какой тест используется для количественной оценки сгибания поясничного отдела позвоночника у пациента с аксиальным спондилоартритом?
	Тест Томайера
	Модифицированный тест Шобера
	Тест бокового сгибания позвоночника
	Измерение экскурсии грудной клетки
159	Препаратами первой линии для уменьшения боли и скованности при активном аксиальном спондилоартрите являются
	нестероидные противовоспалительные препараты при отсутствии противопоказаний
	системные глюкокортикоиды для длительного применения
	метотрексат при изолированном аксиальном поражении
	сульфасалазин при изолированном аксиальном поражении
	опиоидные анальгетики для постоянного приема
160	Через какой промежуток времени можно судить о неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у больного анкилозирующим спондилитом?
	Через 2 недели
	Через 4 недели
	Через 2 месяца
	Через 3 месяца
	Через 4 месяца

161	До назначения ГИВП или таргетного синтетического БПВП при активном аксиальном спондилоартрите пациент обычно должен иметь недостаточный эффект как минимум
	одного НПВП в адекватной дозе в течение не менее двух недель
	одного НПВП в течение не менее четырех недель
	одного НПВП и одного стандартного БПВП
	двух НПВП в максимальных дозах суммарно более четырех недель
	трех НПВП в максимальных дозах суммарно более трех месяцев
162	Для II рентгенологической стадии сакроилиита наиболее характерно
	выраженное сужение суставной щели с частичным анкилозом
	полное исчезновение суставной щели вследствие анкилозирования
	множественное эрозирование с расширением и сужением щели
	небольшие участки эрозий или склероза без изменения ширины щели
	диффузный склероз с полным костным анкилозированием сустава
163	При активном воспалительном заболевании кишечника у пациента с аксиальным спондилоартритом предпочтительным биологическим препаратом является
	ингибитор интерлейкина-17
	растворимый рецептор фактора некроза опухоли
	ингибитор интерлейкина-6
	моноклональное антитело к фактору некроза опухоли
	ингибитор костимуляции Т-лимфоцитов
164	К внескелетным проявлениям анкилозирующего спондилита относят
	увейт
	энтезит
	псориаз
	IgA-нефропатию
	аортит
165	Какой из перечисленных признаков относится к клиническим компонентам модифицированных Нью-Йоркских критериев анкилозирующего спондилита?
	Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника
	Наличие HLA-B27
	Повышение С-реактивного белка
	Синовит мелких суставов кистей
	Положительный ревматоидный фактор
166	Какой признак наиболее характерен для воспалительной боли в спине?
	Уменьшение боли после физических упражнений
	Уменьшение боли исключительно в покое
	Внезапное начало после травмы
	Дебют после 60 лет
	Усиление боли только при осевой нагрузке
167	Какое утверждение о традиционных синтетических БПВП при аксиальном спондилоартрите является корректным?
	Метотрексат доказанно эффективен при изолированных аксиальных симптомах
	Сульфасалазин может рассматриваться при стойком периферическом артрите, но не рекомендуется для лечения изолированных аксиальных симптомов
	Лефлуномид является препаратом первой линии при аксиальном поражении
	Все синтетические БПВП предотвращают рентгенологическое прогрессирование аксиального заболевания

	БПВП обязательны перед назначением любой таргетной терапии при чисто аксиальном варианте течения заболевания
168	Псориатический артрит – это
	хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезов, ассоциированное с псориазом
	негнойные «стерильные» воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, индуцированные инфекциями внесуставной локализации, прежде всего мочеполового и кишечного тракта
	хроническое воспалительное заболевание позвоночника и крестцово-подвздошных суставов, нередко протекающее с поражением периферических суставов и энтезов
	аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита и системным воспалительным поражением внутренних органов
169	У больных псориатическим артритом и рентгенологическими признаками сакроилиита наиболее часто обнаруживается ген главного комплекса гистосовместимости
	HLA DR4
	HLA DR7
	HLA B13
	HLA B38
	HLA B27
170	Какая из перечисленных цитокиновых осей является одной из ключевых терапевтических мишеней при псориатическом артрите?
	Ось интерлейкин-23/интерлейкин-17
	Сигнальный путь интерферона I типа/IFNAR
	Ось BAFF/BLyS
	Ось интерлейкин-6/рецептор интерлейкина-6
171	Дебют псориатического артрита наиболее редко происходит с поражением
	дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
	тазобедренных суставов
	коленных суставов
	локтевых суставов
	лучезапястных суставов
172	Клиническим проявлением хронического дактилита при псориатическом артрите является
	выраженная боль
	припухлость, отек всего пальца
	утолщение пальцев, которое не сопровождается ощутимой болью и покраснением
	болевое ограничение подвижности, главным образом, за счет сгибания
173	Развитие «мутилирующего артрита» характерно для
	подагрического артрита
	ревматоидного артрита
	системной красной волчанки
	псориатического артрита
	анкилозирующего спондилита
174	Согласно стратегии «treat-to-target» при псориатическом артрите ремиссия или низкая активность заболевания должна быть достигнута не позднее чем через
	3 месяца
	6 месяцев

	9 месяцев
	12 месяцев
175	Генно-инженерный биологический препарат, используемый в лечении псориатического артрита
	тоцилизумаб
	ритуксимаб
	инфликсимаб
	канакинумаб
176	Прогностически неблагоприятным фактором для развития эрозий суставов при псориатическом артрите является
	теносиновиты
	дактилит
	энтезит
	периферический артрит
	спондилит
177	Какой индекс используется для мониторинга эффективности терапии у больных псориатическим артритом с активным поражением позвоночника?
	DAS28
	BASDAI
	DAS4
	SF36
178	Для классификации псориатического артрита по критериям CASPAR необходимо набрать
	не менее 2 баллов из пяти категорий
	не менее 3 баллов из пяти категорий
	не менее 4 баллов из пяти категорий
	не менее 5 баллов из пяти категорий
179	Какое количество баллов по критериям CASPAR дает псориаз, присутствующий в момент обследования?
	1 балл
	2 балла
	3 балла
	4 балла
180	Какой рентгенологический признак входит в критерии CASPAR?
	Множественные краевые эрозии суставных поверхностей
	Околосуставной остеопороз костей кистей и стоп
	Симметричное сужение межфаланговых суставных щелей
	Субхондральный склероз дистальных межфаланговых суставов
	Внесуставная костная пролиферация на рентгенограммах кистей или стоп
181	Максимальная рекомендуемая недельная доза метотрексата при псориатическом артрите составляет
	10–15 мг в неделю
	15–20 мг в неделю
	20–25 мг в неделю
	25–30 мг в неделю
182	Поддерживающая доза апремиласта у пациента с псориатическим артритом после завершения титрования составляет

	20 мг один раз в сутки
	20 мг два раза в сутки
	30 мг один раз в сутки
	30 мг два раза в сутки
183	Какой режим применения уадацитиниба используется при псориатическом артрите у взрослых?
	5 мг два раза в сутки
	10 мг один раз в сутки
	10 мг два раза в сутки
	15 мг один раз в сутки
	30 мг один раз в сутки
184	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для псориатического артрита?
	Синовиоцитов
	Макрофагов
	Лимфоцитов
	Нейтрофилов
185	Какой рентгенологический признак особенно характерен для мутилирующей формы псориатического артрита?
	Околосуставной остеопороз
	Изолированное равномерное сужение суставной щели
	Субхондральный склероз без эрозий
	Выраженный остеолит с резорбцией фаланг
	Единичная киста без эрозий
186	К наследственным (семейным) формам остеоартрита у женщин относится
	гонартроз
	коксартроз
	артроз I плюснефалангового сустава
	спондилоартроз
	узелковая форма
187	Узелки Бушара – это костные разрастания, локализующиеся в области
	пястнофаланговых суставов
	дистальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов стопы
	плюснефаланговых суставов
188	Узелки Гебердена – это костные разрастания, локализующиеся в области
	пястнофаланговых суставов
	дистальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов стопы
	плюснефаланговых суставов
189	Характерным признаком остеоартрита является
	образования анкилозов суставов
	снижение минеральной плотности кости
	васкулита
	развитие реактивного синовита

190	При первичном остеоартрите редко вовлекаются в патологический процесс
	коленные суставы
	тазобедренные суставы
	височно-нижнечелюстные суставы
	межпозвонковые суставы
	дистальные межфаланговые суставы
191	2 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawrence при остеоартрите характеризуется
	небольшим сужением суставной щели, единичные остеофиты
	околосуставным остеопорозом
	умеренным сужением суставной щели, множественными остеофитами
	только сужением суставной щели
	значительным сужением суставной щели, склерозом субхондральной кости, грубыми остеофитами
192	3 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawrence при остеоартрите характеризуется
	небольшим сужением суставной щели, единичными остеофитами
	околосуставным остеопорозом
	умеренным сужением суставной щели, множественными остеофитами
	только сужением суставной щели
	значительным сужением суставной щели, склерозом субхондральной кости, грубыми остеофитами
193	4 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawrence при остеоартрите характеризуется
	небольшим сужением суставной щели, единичными остеофитами
	околосуставным остеопорозом
	умеренным сужением суставной щели, множественными остеофитами
	только сужением суставной щели
	значительным сужением суставной щели, склерозом субхондральной кости, грубыми остеофитами
194	Какое медикаментозное средство рекомендуется как один из вариантов первой линии при остеоартрите коленного сустава у пациента с коморбидностью?
	Топический нестероидный противовоспалительный препарат
	Метотрексат
	Сульфасалазин
	Длительная системная терапия глюкокортикоидами
	Опиоидный анальгетик длительного действия
195	Показанием к внутрисуставному введению глюкокортикоидов при остеоартрите является
	выраженный болевой синдром
	повышение СОЭ или СРБ
	реактивный синовит
	поражение крупных суставов
196	К симптом-модифицирующим препаратам быстрого действия при остеоартрите относится
	метотрексат
	глюкозамина сульфат
	диклофенак
	сульфасалазин

	диацереин
197	Основу немедикаментозного лечения остеоартрита составляют
	регулярные физические упражнения, обучение пациента и снижение массы тела при ее избытке
	длительная иммобилизация сустава
	полный отказ от физической активности
	постоянное ношение жесткого ортеза всем пациентам
	только физиотерапевтические процедуры без упражнений
198	Для остеоартрита справедливо утверждение
	заболевание обычно начинается постепенно
	наиболее часто поражаются не нагрузочные суставы
	клинически проявляется в молодом и подростковом возрасте
	сопровождается умеренным повышением температуры тела
	сопровождается существенным повышением с-реактивного белка и СОЭ
199	К особенностям клинической картины остеоартрита относят
	субфебрильное повышение температуры тела
	скованность движений в суставах в утренние часы в течение 2 часов
	крепитацию при движении в пораженных суставах
	ночную боль в суставах
200	При какой локализации остеоартрита кисти в наибольшей степени страдает функция кисти?
	Дистальные межфаланговые суставы
	I запястно-пястный (трапециометакарпальный) сустав
	Проксимальные межфаланговые суставы
	Лучезапястные суставы
201	Селективным ингибитором ЦОГ-2 является
	ацеклофенак
	эторикоксиб
	кетопрофен
	ибупрофен
	диклофенак
202	В отношении внутрисуставного введения глюкокортикоидов при остеоартрите справедливо утверждение
	может применяться для кратковременного уменьшения боли при обострении с синовитом после оценки противопоказаний
	должно выполняться планово каждые 2 недели независимо от симптомов
	обязательно проводится курсом из пяти инъекций
	является базисной терапией, замедляющей структурное прогрессирование
	предпочтительно при отсутствии боли и признаков воспаления
203	Постоянный характер боли при остеоартрите обычно обусловлен
	трением суставных поверхностей
	реактивным синовитом
	венозным стазом в субхондральной кости
	повышением внутрикостного давления
204	«Стартовая» боль при остеоартрите обычно обусловлена
	трением суставных поверхностей

	реактивным синовитом
	венозным стазом в субхондральной кости
	повышением внутрикостного давления
205	Постоянный характер боли в сочетании с ночной болью при остеоартрите требует исключения
	реактивного синовита
	асептического некроза
	кисты Бейкера
	наличия крупных остеофитов
206	Самой частой причиной остеоартрита голеностопного и подтаранного суставов является
	первичный остеоартроз
	травма
	ревматоидный артрит
	гемохроматоз
	плоскостопие
207	Клиническим признаком, характерным для остеоартрита височно-нижнечелюстного сустава, является
	утренняя скованность более 30 минут
	ограничения в открывании рта нет
	жевательные мышцы при пальпации безболезненные
	девиация нижней челюсти
208	Артропатия Жакку — это
	эрозивная артропатия
	деформирующая преимущественно неэрозивная артропатия мелких суставов кистей с возможностью пассивной коррекции деформаций
	поражение преимущественно мелких суставов верхних конечностей
	преимущественное поражение мелких суставов нижних конечностей
	поражение преимущественно крупных суставов
209	Ранним клиническим признаком остеоартрита является
	боль в суставах при физической нагрузке и исчезающая в покое
	усиление боли в суставе к концу дня
	уменьшение болевого синдрома в суставах после физических нагрузок
	уменьшение объема движений в суставах
	утренняя скованность более 30 минут
210	Наиболее информативным диагностическим методом при остеоартрите является
	клинический анализ крови
	определение С-реактивного белка
	исследование синовиальной жидкости
	рентгенография суставов
	УЗИ суставов
211	Какие изменения синовиальной жидкости не характерны для высокой активности воспаления в суставе?
	Высокие показатели цитоза
	Большое число нейтрофилов
	Синовиальная жидкость очень вязкая
	Низкая вязкость синовиальной жидкости
	Большое количество жидкости

212	При невоспалительных заболеваниях суставов число лейкоцитов в синовиальной жидкости обычно составляет
	<2000 клеток/мкл
	20 000–50 000 клеток/мкл
	50 000–100 000 клеток/мкл
	>100 000 клеток/мкл
213	При бактериальном септическом артрите число лейкоцитов в синовиальной жидкости часто составляет
	<2000 клеток/мкл
	>50 000 клеток/мкл с преобладанием нейтрофилов
	2000–5000 клеток/мкл
	<200 клеток/мкл
214	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для ревматоидного артрита?
	Синовиоцитов
	Макрофагов
	Лимфоцитов
	Нейтрофилов
215	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для остеоартрита?
	Синовиоцитов
	Макрофагов
	Лимфоцитов
	Нейтрофилов
216	Определение в синовиальной жидкости капель жира характерно для
	ревматоидного артрита
	остеоартрита
	септического артрита
	посттравматического артрита
	туберкулезного артрита
217	Какой рентгенологический признак наиболее характерен для остеоартрита коленного сустава?
	Неравномерное сужение суставной щели в сочетании с краевыми остеофитами
	Околосуставной остеопороз без остеофитов
	Множественные краевые эрозии
	Равномерное расширение суставной щели
218	Средняя ширина суставной щели тазобедренного сустава по данным рентгенографии в норме
	1-2 мм
	6-8 мм
	4-5 мм
	8-10 мм
219	Какой физический показатель синовиальной жидкости прежде всего отражает сохранность гиалуроната и уменьшается при воспалении?
	Цвет
	Прозрачность
	Вязкость (тягучесть)

	Объём
	pH
220	«Механический» тип боли в суставах характерен для
	остеоартрита
	псориатического артрита
	системной красной волчанки
	подагры
	анкилозирующего спондилита
221	На ранних стадиях остеоартрита тазобедренного сустава боль может преимущественно локализоваться
	в подколенной области с иррадиацией в голень
	в паховой области с возможной иррадиацией в бедро или колено
	в поясничной области с иррадиацией исключительно в стопу
	в ягодичной области с иррадиацией преимущественно в голень
	в области большого вертела без иррадиации в другие области
222	Какой физикальный признак наименее характерен для обычного течения остеоартрита?
	Крепитация при активном движении в суставе
	Ограничение амплитуды движений в пораженном суставе
	Болезненность при пальпации пораженного сустава
	Костное увеличение контуров пораженного сустава
	Выраженная гиперемия и гипертермия над пораженным суставом
223	При остеоартрите тазобедренного сустава в первую очередь ограничивается
	приведение
	разгибание
	отведение
	внутренняя ротация
	сгибание
224	Для эрозивного остеоартрита межфаланговых суставов кистей характерна рентгенологическая деформация по типу
	«карандаш в стакане»
	«пробойника»
	«бамбуковой палки»
	«крыла чайки»
	«двойного контура»
225	Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в лечении пациентов с остеоартритом относят к
	паллиативной терапии
	патогенетической терапии
	симптоматическим лекарственным средствам быстрого действия
	симптоматическим лекарственным средствам медленного действия
	этиотропной терапии
226	К препаратам базисной (болезнь-модифицирующей) терапии остеоартрита относятся
	нестероидные противовоспалительные препараты
	глюкокортикоиды
	препараты, содержащие хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат
	парацетамол
	анальгетики

227	Одним из клинических диагностических критериев остеоартрита тазобедренного сустава является
	возраст 38 лет и старше
	возраст 40 лет и старше
	возраст более 45 лет
	возраст более 50 лет
	возраст более 70 лет
228	При остеоартрите коленного сустава необходимы регулярные физические упражнения, направленные на укрепление
	передней большеберцовой мышцы
	медиальной связки колена
	портняжной мышцы
	связочного аппарата коленного сустава
	четырехглавой мышцы бедра
229	Какой механизм действия характерен для глюкозамина сульфата?
	Стимуляция синтеза протеогликанов и ингибирование активности металлопротеиназ
	Повышение секреции синовиальной жидкости
	Увеличение содержания кальция в суставном хряще
	Подавление активности остеокластов
	Увеличение продукции коллагена I типа
230	Для оценки боли и функции коленного и/или тазобедренного суставов используется
	Визуально-аналоговая шкала (шкала ВАШ)
	Функциональный индекс WOMAC
	Функциональный индекс AUSCAN
	Индекс BASDAI
	Индекс ASDAS
231	Препараты гиалуроновой кислоты используются с целью
	анальгетической
	противовоспалительной
	метаболической
	улучшения вязкоэластических свойств синовиальной жидкости
	улучшения репарации хряща
232	Для какого препарата, используемого в терапии пациентов с остеоартритом, характерен феномен «пероральной толерантности»?
	Диацереина
	Неомыляемых соединений сои и авокадо
	Глюкозамина сульфата
	Парацетамола
	Неденатурированного коллагена II типа
233	Дулоксетин при остеоартрите наиболее обоснован при наличии
	выраженного экссудативного синовита пораженного сустава
	быстро прогрессирующего сужения суставной щели на рентгенограмме
	центральной сенситизации, нейропатической боли или сопутствующей депрессии
	множественных остеофитов при отсутствии хронического болевого синдрома
	изолированной кратковременной механической боли при физической нагрузке

234	Для получения структурно-модифицирующего эффекта препаратов группы симптоматических лекарственных средств замедленного действия продолжительность лечения должна составлять
	не менее 3 месяцев
	не менее 6 месяцев
	не менее 1 года
	не менее 2 лет
235	Рекомендуемая суточная терапевтическая доза глюкозамина составляет
	500 мг/сут
	750 мг/сут
	1000 мг/сут
	1200 мг/сут
	1500 мг/сут
236	Для вирусного поражения суставов характерно
	полиартикулярный характер артралгий
	выраженные миалгии в области шеи, плечевого и тазового пояса
	формирование сгибательных контрактур
	поражение кожи и внутренних органов
	выраженный эффект от ГК
237	Наиболее частыми причинами боли в спине являются
	неспецифические (механические) причины
	ревматические заболевания
	беременность
	мочекаменная болезнь
	травма
238	Причиной постуральной боли в спине является
	остеопороз
	анкилозирующий спондилит
	спондилез
	метастатическое поражение позвоночника
	нарушения осанки
239	Боль в нижней части спины расценивается как неспецифическая при отсутствии
	рентгенологических признаков дегенеративных изменений позвоночника
	грыж и протрузий межпозвонковых дисков по данным МРТ
	остеофитов и спондилоартроза по данным рентгенографии
	радикулопатии, поясничного стеноза и специфической причины боли
	болезненности паравертебральных мышц при физикальном обследовании
240	Острой неспецифической болью в нижней части спины считается боль продолжительностью
	до 1 недели
	до 2 недель
	до 4 недель
	до 8 недель
	до 12 недель
241	Какой из перечисленных признаков относится к «красным флажкам» при боли в нижней части спины?
	Уменьшение боли после непродолжительного отдыха

	Появление боли после непривычной физической нагрузки
	Болезненность паравертебральных мышц при пальпации
	Ограничение движений в поясничном отделе из-за боли
	Необъяснимая потеря массы тела в сочетании с болью в спине
242	Если острая неспецифическая боль в нижней части спины не имеет положительной динамики на фоне лечения, инструментальное обследование рекомендуется рассмотреть через
	1 неделю
	2 недели
	4 недели
	8 недели
	12 недели
243	Препаратами первой линии для уменьшения боли при острой неспецифической боли в нижней части спины являются
	системные глюкокортикоиды
	опиоидные анальгетики
	противоэпилептические препараты
	нестероидные противовоспалительные препараты
244	Кокцигодия – это
	боль в поясничном отделе позвоночника
	боль в копчике
	симптом натяжения
	боль в шейном отделе позвоночника
	боль в грудном отделе позвоночника
245	Клиническим проявлением остеопороза, возникающим из-за микротравматизации позвонков, является
	острая боль
	механическое сдавление связок и мышц
	чувство усталости в спине (межлопаточная область)
	увеличение поясничного лордоза
	пологий кифоз грудного отдела
246	Для визуализации спинного мозга наиболее информативна
	магнитно-резонансная томография
	денситометрия
	рентгенография
	компьютерная томография
	миелография
247	Воздействие на мышечный спазм, как компонент «порочного» круга боли в спине, предполагает использование
	НПВП
	миорелаксантов
	ГКС
	витаминов группы В
248	Миофасциальный болевой синдром обусловлен
	патологией костных структур позвоночника
	грыжей диска
	патологией мышечно-связочного аппарата спины

	остеопорозом
	частичным или полным разрывом капсулы сустава
249	Какое воздействие на активную миофасциальную триггерную точку обычно воспроизводит локальную и/или отражённую боль?
	Охлаждение мышцы
	Пальпация/компрессия триггерной точки
	Пассивное расслабление
	Лечебное растяжение
	Тепловая релаксация
250	В каком отделе позвоночника наиболее часто диагностируется грыжа межпозвонкового диска?
	В шейном отделе
	В верхне-грудном отделе
	В поясничном отделе
	В крестцовом отделе
251	Как называются хронические дегенеративно-дистрофические процессы, локализующиеся в местах прикрепления сухожилий или связок к костным образованиям?
	Бурситы
	Энтезопатии
	Тендиниты
	Тендовагиниты
	Периартриты
252	Положительный тест «падающей руки» (Drop Arm test) наиболее характерен для
	тендинопатии сухожилия длинной головки двуглавой мышцы
	артроза акромиально-ключичного сустава
	изолированного повреждения сухожилия подлопаточной мышцы
	адгезивного капсулита плечевого сустава
	значимого разрыва сухожилия надостной мышцы
253	Возникновение боли при выполнении пробы болезненной дуги Дауборна при отведении плеча от 60° до 120° наиболее характерно для поражения
	акромиально-ключичного сустава
	сухожилия длинной головки двуглавой мышцы
	сухожилия подлопаточной мышцы
	сухожилия надостной мышцы и/или субакромиальной сумки
	грудино-ключичного сустава
254	Возникновение боли при проведении теста Нира наиболее характерно для
	нестабильности плечевого сустава
	поражения акромиально-ключичного сустава
	тендинопатии дистального сухожилия двуглавой мышцы
	адгезивного капсулита плечевого сустава
	импинджмент-синдрома плечевого сустава
255	Боль в области плечевого сустава, возникающая при отведении руки, обусловлена поражением
	сухожилия надостной мышцы и субакромиальной сумки
	капсулы плечевого сустава
	сухожилия двуглавой мышцы плеча
	ключично-акромиального сустава

256	Основа диагностики поражения околоуставных мягких тканей ревматической природы является
	ультразвуковая диагностика
	рентгенологическое исследование
	данные объективного исследования больного
	магнитно-резонансная томография
257	У пациента 42 лет, жалующегося на боль и дискомфорт при движении пальцами, при осмотре тыла кисти в проекции сухожильных влагалищ отмечается плотное образование величиной с фасоль. Какова наиболее вероятная причина данного образования?
	Ганглион
	Ревматоидный узелок
	Опухоль костной ткани
	Тофус
258	Какой подход в большей степени соответствует современным принципам лечения фибромиалгии?
	Обучение пациента, регулярная аэробная и силовая физическая активность; лекарственная терапия подбирается индивидуально
	Длительная терапия системными глюкокортикоидами; регулярная аэробная и силовая физическая активность
	Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов как базисная терапия
	Назначение базисных противоревматических препаратов в сочетании с локальной инъекционной терапией глюкокортикоидами
	Постельный режим до полного исчезновения боли
259	Пациент жалуется на боль в пятке, по задней поверхности голени, отечность в области голеностопного сустава, боль при сгибании стопы. Какая наиболее вероятная причина этого состояния?
	Тендинит пяточного сухожилия
	Артрит голеностопного сустава
	Подагрический артрит
260	Причиной трохантерита может быть
	остеонекроз головки бедренной кости
	коксартроз
	микрористаллические артриты
	динамическая и статическая перегрузка мышц, прикрепляющихся к большому вертелу
261	Наиболее частой причиной талалгий является
	ахиллоденит
	подпяточный бурсит
	киста Бейкера
	подошвенный фасциит
262	Причиной тендинита области анзериновой сумки чаще всего служит
	подагра
	ревматоидный артрит
	плоскостопие
	остеоартрит
263	При тендините грушевидной мышцы возможно сдавление

	верхней ягодичной артерии и ягодичного нерва
	нижней ягодичной артерии и седалищного нерва
	ветвей спинномозговых корешков S _I -S _{II}
264	Пациент жалуется на боль в ягодице, усиливающуюся при ходьбе, боль иррадирует по задней поверхности ноги. Какая патология наиболее вероятна?
	Патология тазобедренного сустава
	Синдром грушевидной мышцы
	Опухоль поясничного отдела позвоночника
265	Причиной такого состояния как «пружинящий палец» является
	разрыв сухожилий сгибателей пальцев кисти
	сдавление сухожильных влагалищ извне
	рубцовое сужение фиброзных колец сухожильных влагалищ пальцев кисти
266	Ограничение разгибания I-V пальцев, требующее дополнительных усилий и вызывающее боль, а также часто сопровождающееся характерным звуком (щелчком) может быть симптомом
	контрактуры Дюпюитрена
	стенозирующего тендинита сгибателей пальцев
	синдромом де Кервена
267	Стенозирующий теносиновит длинной мышцы, отводящей большой палец, и короткого разгибателя большого пальца кисти называется
	болезнь Кенига
	синдром запястного канала
	контрактура Дюпюитрена
	болезнь де Кервена
268	Наиболее частой причиной латерального эпикондилита является
	ревматоидный артрит
	травма области локтевого сустава
	длительная травматизация при монотонной деятельности
269	При синдроме «замороженного плеча» наблюдается поражение
	сухожилия двуглавой мышцы плеча
	капсулы плечевого сустава
	сухожилия надостной мышцы и субакромиальной сумки
270	Что из перечисленного относится к наиболее частой ревматической патологии околосуставных мягких тканей?
	Тендинит вращающей манжеты плеча
	Латеральный эпикондилит
	Бурсит гусиной лапки
	Синдром карпального канала
	Ахиллодения
271	Развитие артрита сопровождается выраженной гиперемией над суставом при
	септическом артрите
	реактивном артрите
	остеоартрозе
	острой ревматической лихорадке

272	Иммунологическим маркером смешанного заболевания соединительной ткани является обнаружение антител
	к ядерному рибонуклеопротеиду
	к О-антигену
	антимитохондриальных
	к двуспиральной ДНК
273	Фактором, оказывающим влияние на развитие болезни Бехчета, является
	носительство маркера HLA B51
	женский пол
	европеоидная раса
	вирусная инфекция (вирус гепатита В)
274	У пациентки 32 лет появились болезненные симметричные эритематозные узлы на передней поверхности голеней и артрит голеностопных суставов. При рентгенографии органов грудной клетки выявлена двусторонняя лимфаденопатия корней лёгких. Какое заболевание наиболее вероятно?
	Системная красная волчанка
	Узелковый полиартериит
	Болезнь Бехчета
	Саркоидоз (синдром Лёфгрена)
	Гранулематоз с полиангиитом
275	К клиническим признакам SAPHO-синдрома относят
	ревматоидные узелки
	язвы половых органов
	пустулёз ладоней
	ангулярный стоматит
	эозинофильный эзофагит
276	В отличие от ревматического кардита, для инфекционного эндокардита характерно
	увеличение СОЭ
	поражение суставов
	наличие систолического сердечного шума на верхушке
	стойкость лихорадочного синдрома
277	Врожденная дисплазия соединительной ткани характеризуется
	миопатией
	фибромиалгией
	гипермобильностью суставов
	артритами
278	Лучше визуализировать внутрикостные, внутрисуставные и периартикулярные изменения суставов и позвоночника позволяет
	магнитно-резонансная томография
	рентгенография
	компьютерная томография
	сцинтиграфия
279	Пенистые макрофаги, содержащие ШИК-положительное вещество содержатся в синовиальном биоптате при болезни
	Уиппла
	Шегрена
	Рейно

	Лайма
280	К лекарственным средствам, которые могут применяться у пациентов с фибромиалгией, относятся
	дулоксетин
	системные глюкокортикоиды
	бензодиазепины
	длительно назначаемые сильные опиоиды
281	При выявлении кисты Бейкера требуется
	как правило, хирургическое лечение
	пункция кисты с введением дипроспана
	ношение эластического бинта
	лечение синовита коленного сустава
282	У пациента, страдающего ревматоидным артритом, появились значительные затруднения при сгибании и особенно разгибании пальцев, сопровождающиеся очень болезненными щелчками. Какова вероятная причина этого состояния?
	Гигрома
	Болезнь де Кервена
	Нодулярный синовит сгибателей пальцев
	Синдром запястного канала
283	Какое утверждение в отношении медиального эпикондилита верно?
	Усиление боли в тот момент, когда пациент сгибает лучезапястный сустав при оказании сопротивления этому движению
	Патологию называют «локоть теннисиста»
	Причиной является энтезит мест прикрепления сухожилий разгибателя кисти и пальцев
284	Какой метод лечения фибромиалгии получил наиболее сильную положительную рекомендацию Европейского альянса ассоциаций ревматологов (EULAR)?
	Длительная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами
	Регулярное применение системных глюкокортикоидов
	Длительная терапия опиоидными анальгетиками
	Периодическое применение миорелаксантов центрального действия
	Регулярные физические упражнения
285	Типичной локализацией асептического остеонекроза является
	головка бедренной кости
	плечевая кость
	подвздошная кость
	поясничный отдел позвоночника
286	Характерным признаком остеопороза является
	компрессионный перелом позвонков
	потеря болевой чувствительности
	рецидивирующий гонартрит коленных суставов
	вторичная подагра
287	Наиболее частой причиной малотравматичных (низкоэнергетических) переломов является
	остеопения
	опухоли кости
	болезнь Педжета
	остеопороз

	сахарный диабет
288	Алгоритм (шкала) FRAX позволяет прогнозировать
	10-летнюю вероятность основных патологических переломов
	10-летний риск развития остеопороза
	эффективность антиостеопоротической терапии
	риск смерти от остеопоротических переломов
289	Укажите значения Т-критерия по данным измерения минеральной плотности костной ткани методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA), соответствующие остеопорозу у женщин в постменопаузе и мужчин старше 50 лет
	< -1,5 SD
	> -1,5 SD
	≤ -2,5 SD
	> -2,5 SD
	> -1 SD
290	Характерные рентгенографические изменения позвоночника при остеопорозе включают
	наличие синдесмофитов
	спондилолистез
	наличие грыж межпозвонкового диска
	уплотнение тела позвонка
	клиновидную деформацию тела позвонка
291	К нетипичным для остеопороза переломам относят
	вертебральные переломы
	переломы дистального отдела предплечья
	перелом шейки бедренной кости
	переломы пальцев кистей или стоп
	межвертельный перелом бедра
292	Какое нарушение костной ткани лежит в основе остеомалиции у взрослых?
	Нарушение минерализации вновь образованного остеоида костной ткани
	Снижение образования остеоида при сохраненной минерализации костного матрикса
	Нарушение микроархитектоники кости при нормальном процессе минерализации
	Усиление резорбции зрелой кости при сохраненном формировании остеоида
293	Наличие псевдопереломов характерно для
	остеомалиции
	костных метастазов
	остеопороза
	болезни Педжета
	миеломной болезни
294	«Штампованные» литические очаги поражения костной ткани характерны для
	остеомалиции
	костных метастазов
	первичного гиперпаратиреоза
	болезни Педжета
	миеломной болезни
295	Субпериостальная резорбция фаланг кисти и длинных трубчатых костей характерна для
	остеомалиции
	костных метастазов

	гиперпаратиреоидной остеодистрофии
	болезни Педжета
	остеопороза
296	Какое ревматическое заболевание непосредственно учитывается в алгоритме FRAX как самостоятельный клинический фактор риска переломов?
	Системная красная волчанка
	Ревматоидный артрит
	Анкилозирующий спондилит
	Системная склеродермия
	Псориатический артрит
297	К антиостеопоротическим препаратам с анаболическим эффектом (усиливают костеобразование) относят
	бисфосфонаты
	терипаратид
	селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов
	альфакальцидол
	деносумаб
298	Каков механизм действия бисфосфонатов?
	Усиливают костеобразование
	Ингибируют костную резорбцию
	Стимулируют костеобразование и подавляют костную резорбцию
	Угнетают костную резорбцию и костеобразование
	Стимулируют костную резорбцию
299	Ромосозумаб оказывает антиостеопоротическое действие посредством
	связывания склеростина, стимуляции костеобразования и снижения костной резорбции
	блокирования RANKL без влияния на костеобразование
	активации рецепторов витамина D
	ингибирования циклооксигеназы-2
	стимуляции секреции паратиреоидного гормона
300	Каков основной механизм антиостеопоротического действия деносумаба?
	Связывание RANKL с подавлением образования и активности остеокластов
	Ингибирование фarnезилпирофосфатсинтазы в зрелых остеокластах
	Связывание склеростина с последующей активацией Wnt-сигналинга
	Интермиттирующая активация рецепторов паратиреоидного гормона остеобластов
	Селективная модуляция эстрогеновых рецепторов в костной ткани
301	Деносумаб – это антитело к
	рецептору активатора ядерного фактора каппа бета (RANK)
	лиганду RANK (RANKL)
	остеопротегерину
	фактору некроза опухоли-альфа
	интерлейкину-1
302	Схема назначения деносумаба
	20 мкг подкожно ежемесячно
	150 мг внутривенно 1 раз в 3 месяца
	60 мг подкожно 1 раз в 6 месяцев
	70 мг внутрь 1 раз в неделю
	5 мг внутривенно 1 раз в год

303	Схема назначения терипаратида
	20 мкг подкожно 1 раз в сутки
	150 мг внутривенно 1 раз в 3 месяца
	60 мг подкожно 1 раз в 6 месяцев
	70 мг внутрь 1 раз в неделю
	5 мг внутривенно 1 раз в год
304	Схема назначения алендроната
	20 мкг подкожно ежемесячно
	150 мг внутрь 1 раз в месяц
	60 мг подкожно 1 раз в 6 месяцев
	70 мг внутрь 1 раз в неделю
	5 мг внутривенно 1 раз в год
305	Какая тактика рекомендуется после завершения курса деносумаба для предупреждения быстрой потери костной массы?
	Продолжить только терапию кальцием и витамином D
	Перейти непосредственно на монотерапию терипаратидом
	Перейти на ромосозумаб без дополнительной антирезорбтивной терапии
	Назначить последовательную терапию пероральным или внутривенным бисфосфонатом
	Прекратить специфическую терапию до следующей оценки минеральной плотности кости
306	Для расчета 10-летнего абсолютного риска основных остеопоротических переломов в модели FRAX используется минеральная плотность костной ткани
	шейки бедренной кости
	межвертельной области
	всего проксимального отдела бедра
	наименьшее значение, определенное по данным DXA
	поясничного отдела позвоночника
307	Для исключения болезни Педжета важным лабораторным исследованием является
	определение витамина Д в крови
	определение тестостерона
	определение щелочной фосфатазы в сыворотке крови
	исследование ТТГ
	определение остеокальцина в крови
308	Основным методом, который позволяет на ранних стадиях установить диагноз остеонекроза головки бедренной кости в клинической практике, является
	рентгенография тазобедренных суставов
	компьютерная томография тазобедренных суставов
	магнитно-резонансная томография тазобедренных суставов
	ультразвуковое исследование тазобедренных суставов
	позитронно-эмиссионная томография
309	Тактика лечения остеонекроза головки бедренной кости определяется прежде всего
	стадией заболевания, размером и локализацией очага некроза
	сроками эндопротезирования
	монотерапией кальцием
	обязательным применением ацетилсалициловой кислоты
	только физиотерапией независимо от стадии

310	Какое сочетание факторов наиболее полно объясняет повышенный риск остеопороза при системной красной волчанке?
	Хроническое воспаление, лечение гидроксихлорохином и увеличение массы тела
	Снижение физической активности, терапия белимумабом и гиперпаратиреоз
	Хроническое воспаление, применение глюкокортикоидов и дефицит витамина D
	Иммунокомплексное воспаление, терапия азатиоприном и гиперкальциемия
311	Какой фактор, характерный для ведения пациентов с системной красной волчанкой, может дополнительно способствовать дефициту витамина D?
	Длительное применение гидроксихлорохина в стандартной терапевтической дозе
	Ограничение инсоляции и фотопротекция вследствие фоточувствительности
	Наличие антифосфолипидных антител без тромботических осложнений
	Стойкое снижение компонентов комплемента при отсутствии активности нефрита
312	Какой механизм в наибольшей степени способствует системной потере костной массы при активном ревматоидном артрите?
	Угнетение дифференцировки остеокластов под влиянием фактора некроза опухоли
	Усиление RANKL-зависимого остеокластогенеза под влиянием хронического воспаления
	Усиление синтеза остеопротегерина под влиянием провоспалительных цитокинов
	Снижение продукции склеростина с преобладанием процессов костеобразования
	Активация Wnt-сигнального пути с усилением дифференцировки остеобластов
313	Какой участок скелета наиболее целесообразно использовать для стандартной оценки МПК у пациента с анкилозирующим спондилитом и выраженными синдесмофитами поясничного отдела?
	Переднезаднюю проекцию поясничного отдела позвоночника
	Грудной отдел позвоночника в переднезадней проекции
	Проксимальный отдел бедренной кости
	Дистальный отдел лучевой кости доминирующей руки
314	Какое влияние глюкокортикоидов на костную ткань наиболее характерно при их длительном системном применении?
	Преимущественная стимуляция остеокластов при сохранении функции остеобластов
	Подавление дифференцировки и функции остеобластов со снижением костеобразования
	Преимущественное подавление остеокластов при сохранении костеобразования
	Стимуляция дифференцировки остеобластов с последующим усилением минерализации
	Усиление функции остеоцитов с одновременным снижением процессов ремоделирования
315	В какой период после начала длительной системной терапии глюкокортикоидами потеря костной массы особенно интенсивна?
	В течение первых 3–6 месяцев лечения
	В течение 6–12 месяцев лечения
	В течение второго года лечения
	После прекращения терапии глюкокортикоидами
316	При продолжающейся длительной терапии глюкокортикоидами повторную оценку минеральной плотности кости с оценкой состояния позвонков рекомендуется проводить
	каждые 6-12 месяцев
	каждые 1-2 года
	каждые 4-5 лет
	каждые 10 лет
	только при появлении клинических признаков перелома

317	К какой категории риска относится пациент ≥ 40 лет с остеопоротическим переломом в анамнезе при оценке риска ГК-индуцированного остеопороза по рекомендациям Американской коллегии ревматологов (ACR)?
	К низкому риску при нормальной минеральной плотности кости
	К умеренному риску независимо от минеральной плотности кости
	К высокому риску при Т-критерии менее -2,5SD
	К очень высокому риску независимо от значения Т-критерия
	Категория определяется исключительно расчетным показателем FRAX
318	Какой из симптомов поражения кожи при системной склеродермии является наиболее ранним?
	Отек пальцев кистей
	Уплотнение кожи
	Симптом киста
	Дигитальные рубчики
	Кальцификаты
319	Какое поражение пищевода при системной склеродермии увеличивает риск развития аденокарциномы?
	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
	Эрозивный эзофагит
	Кандидоз пищевода
	Гастроэзофагеальный рефлюкс
	Пищевод Барретта
320	Препаратами первой линии при развитии острой склеродермической нефропатии являются
	ингибиторы АПФ
	диуретики
	циклофосфамид
	глюкокортикоиды
	дезагреганты
321	Какой капилляроскопический признак характерен для «склеродермического паттерна»?
	Гигантские капилляры
	Равномерное сужение всех капилляров без других изменений
	Стойкое увеличение плотности капилляров
	Изолированный венозный застой
	Полное отсутствие микрогеморрагий на всех стадиях
322	Для определения кожного счета по Роднану у пациентов с системной склеродермией проводится пальпаторная оценка плотности кожи в следующих областях
	лица и симметричных отделах кистей (5 областей)
	лица и симметричных отделах конечностей (14 областей)
	лица, груди, живота и симметричных отделах конечностей (17 областей)
	лица, груди, живота и симметричных отделах конечностей (19 областей)
	лица, груди, живота, спины и симметричных отделах конечностей (18 областей)
323	Наличие антител к РНК-полимеразе III относится к критериям диагноза
	анкилозирующий спондилит
	системная красная волчанка
	дерматомиозит
	системная склеродермия
324	Для лимитированной формы склеродермии характерно обнаружение антител

	антицентромерных
	антимитохондриальных
	антинейтрофильных
	к двухспиральной ДНК
	к фосфолипидам
325	Что понимают под системной склеродермией без склеродермы?
	Наличие кожного склероза при отсутствии висцерального поражения
	Наличие склеродактилии при отсутствии специфических аутоантител
	Сочетание феномена Рейно с изолированным околоногтевым капилляритом
	Характерное висцеральное поражение ССД при отсутствии кожного склероза
326	Какой признак самостоятельно достаточен для классификации системной склеродермии по критериям ACR/EULAR 2013?
	Утолщение кожи обеих кистей проксимальнее пястно-фаланговых суставов
	Интерстициальное заболевание легких в сочетании с телеангиэктазиями
	Феномен Рейно в сочетании со специфическими аутоантителами
	Дигитальные рубчики в сочетании с патологической капилляроскопией
327	Наличие каких аутоантител наиболее тесно связано с повышенным риском интерстициального заболевания легких при системной склеродермии?
	Антител к центромерным белкам
	Антител к РНК-полимеразе III
	Антител к U1-рибонуклеопротеину
	Антител к топоизомеразе I
328	Какие аутоантитела наиболее ассоциированы с развитием склеродермического почечного криза?
	Антицентромерные антитела
	Антител к РНК-полимеразе III
	Антител к U1-рибонуклеопротеину
	Антител к топоизомеразе I
	Антитела к PM/Scl
329	Какой подход к первичному скринингу интерстициального заболевания легких рекомендуется при установленной системной склеродермии?
	Функциональное исследование легких с выполнением КТ только при снижении ФЖЕЛ
	Рентгенография грудной клетки и DLCO с выполнением КТ при отклонениях
	КТ высокого разрешения только при наличии одышки или персистирующего кашля
	Функциональное исследование легких и эхокардиография без обязательной КТ
	КТ высокого разрешения и функциональное исследование легких при установлении диагноза
330	Какой рентгенологический паттерн интерстициальной пневмонии наиболее часто наблюдается при ССД-ассоциированном интерстициальном заболевании легких?
	Неспецифическая интерстициальная пневмония
	Обычная интерстициальная пневмония
	Организующаяся пневмония
	Лимфоидная интерстициальная пневмония
331	Какой основной эффект нинтеданиба продемонстрирован при ССД-ассоциированном интерстициальном заболевании легких?
	Увеличение ФЖЕЛ выше исходных значений в большинстве случаев
	Повышение DLCO с восстановлением нормального газообмена

	Уменьшение распространенности фиброза по данным КТ
	Замедление темпа снижения форсированной жизненной емкости легких
	Снижение давления в легочной артерии независимо от наличия ЛАГ
332	Наиболее вероятным диагнозом у пациента 45 лет с синдромом Рейно, нарушением глотания, легочной гипертензией, уплотнением кожи в области кистей является
	системная склеродермия
	дерматомиозит
	антисинтетазный синдром
	системная красная волчанка
	узелковый полиартериит
333	Какой препарат наиболее обоснован в качестве базовой иммуносупрессивной терапии ССД-ИЗЛ?
	Азатиоприн
	Метотрексат
	Ритуксимаб
	Микофенолата мофетил
	Циклофосфамид
334	Какой фенотип системной склеродермии особенно ассоциирован с риском развития легочной артериальной гипертензии?
	Короткий анамнез феномена Рейно, anti-Scl-70 и диффузное поражение кожи
	Ранняя диффузная форма, высокий СРБ и быстрое прогрессирование кожного счета
	Ранняя лимитированная форма, anti-PM/Scl и выраженное поражение мышц
	Диффузная форма, антитела к РНК-полимеразе III и быстрое развитие контрактур
	Длительный феномен Рейно, телеангиэктазии и антицентромерные антитела
335	Какой метод является «золотым стандартом» верификации легочной артериальной гипертензии при системной склеродермии?
	Катетеризация правых отделов сердца
	Трансторакальная эхокардиография
	Компьютерная ангиография легочных артерий
	Кардиореспираторное нагрузочное тестирование
	Магнитно-резонансная томография сердца
336	Как часто рекомендуется выполнять ЭКГ всем пациентам с системной склеродермией для выявления нарушений ритма и проводимости?
	Не реже одного раза в три месяца
	Не реже одного раза в шесть месяцев
	Не реже одного раза в год
	Не реже одного раза в два года
	Только при появлении жалоб на сердцебиение или перебои в работе сердца
337	Какая группа препаратов рекомендуется в качестве первой линии терапии феномена Рейно при системной склеродермии?
	Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа
	Блокаторы кальциевых каналов
	Блокаторы рецепторов ангиотензина II
	Аналоги простаглицлина
	Антагонисты эндотелиновых рецепторов
338	Какая группа препаратов рекомендуется в качестве второй линии при феномене Рейно при неэффективности или непереносимости блокаторов кальциевых каналов?

	Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа
	Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	Блокаторы рецепторов ангиотензина II
	Аналоги простациклина
	Антагонисты эндотелиновых рецепторов
339	У пациентки с системной склеродермией диагностирован синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Какой подход к антибактериальной терапии наиболее соответствует современным рекомендациям?
	Длительная непрерывная терапия рифаксимином без смены препарата
	Интермиттирующие курсы пероральных антибиотиков с возможной ротацией препаратов
	Постоянная профилактическая терапия ципрофлоксацином
	Назначение антибактериальной терапии только при развитии системных признаков инфекции
	Применение пробиотиков вместо антибактериальной терапии
340	Какое поражение желудка при системной склеродермии описывается как «арбузный желудок»?
	Эрозивно-язвенное поражение антрального отдела желудка
	Атрофический процесс в слизистой оболочке тела желудка
	Сосудистая эктазия антрального отдела желудка
	Гипертрофия складок слизистой оболочки желудка
341	При каком из перечисленных иммуновоспалительных ревматических заболеваний легочная артериальная гипертензия входит в классификационные критерии?
	Системная склеродермия
	Ревматоидный артрит
	Рецидивирующий полихондрит
	Системная красная волчанка
	IgG4-ассоциированное заболевание
342	Наиболее характерным проявлением поражения сердца у больных системной склеродермией является
	гипертрофическая кардиомиопатия
	нарушение ритма и проводимости
	амилоидная кардиомиопатия
	перикардит
	митральный и аортальный стеноз
343	Плотность капилляров ногтевого ложа, равная 10-12 на миллиметр, является
	нормальной
	повышенной
	экстремально высокой
	сниженной
344	Антитела к топоизомеразе I наиболее часто выявляются при
	диффузной форме системной склеродермии
	ограниченной склеродермии
	лимитированной форме системной склеродермии
	смешанном заболевании соединительной ткани
345	Какому иммунологическому механизму принадлежит важная роль в патогенезе СКВ?
	Повышенной продукции интерферонов I типа и активации интерфероновых сигнальных путей

	Снижению продукции интерферонов I типа плазмацитоидными дендритными клетками
	Подавлению экспрессии Toll-подобных рецепторов TLR7 и TLR9
	Избирательному подавлению В-клеточного иммунного ответа интерлейкином-17
	Снижению продукции стимулятора В-лимфоцитов с восстановлением аутоотолерантности
346	Какой внешний фактор может провоцировать возникновение или обострение СКВ?
	Длительное воздействие низких температур
	Значительное увеличение потребления натрия
	Контакт с бытовыми аллергенами
	Интенсивная аэробная нагрузка
	Ультрафиолетовое облучение
347	Для ювенильного варианта системной красной волчанки по сравнению с заболеванием, начавшимся во взрослом возрасте, характерно
	более редкое развитие полиорганного поражения
	преобладание изолированного суставного синдрома
	более тяжелое течение с частым поражением почек, ЦНС и системы крови
	более редкое развитие иммунологических нарушений
	преимущественное течение с изолированным поражением кожи
348	Какой признак наиболее характерен для высокой активности СКВ?
	Нефрит с нефротическим синдромом или тяжелое поражение центральной нервной системы
	Артралгии без объективного воспаления суставов
	Ограниченное поражение кожи без висцеральных проявлений
	Стойкая склеродактилия с синдромом Рейно
	Изолированное повышение титра антинуклеарного фактора
349	Наиболее частым морфологическим вариантом при быстро прогрессирующем волчаночном нефрите является
	I класс
	II класс
	III класс
	IV класс
	V класс
350	Какое из перечисленных изменений у пациента с системной красной волчанкой является наиболее обоснованным показанием к проведению биопсии почки?
	Впервые выявленная протеинурия более 0,5 г/г по отношению белок/креатинин мочи без другой установленной причины
	Изолированное повышение титра антител к двуспиральной ДНК при нормальных показателях в общем анализе мочи
	Микрогематурия при подтвержденной мочевого инфекции и нормальной функции почек
	Снижение C3 и C4 при нормальной функции почек и отсутствии протеинурии
351	Для волчаночного нефрита V класса характерны следующие изменения при биопсии почки
	склероз более 90% клубочков
	глобальная эндокапиллярная пролиферация с инфильтрацией нейтрофилами клубочков
	минимальные плотные отложения в мезангии
	диффузное утолщение базальной мембраны капилляров клубочков
	отсутствие депозитов в мезангии при иммунофлуоресцентной микроскопии
352	В клинической картине мембранозного волчаночного нефрита на первый план выходит
	быстро прогрессирующая почечная недостаточность

	выраженная эритроцитурия, цилиндрuria
	нефротический синдром
	нефритический синдром
353	Какой морфологический признак характерен для VI класса волчаночного нефрита?
	Выраженный склероз подавляющего большинства клубочков без значимой остаточной активности
	Изолированные мезангиальные иммунные депозиты без пролиферации
	Диффузная эндокапиллярная пролиферация с активными полулуниями
	Чисто мембранозное поражение без склероза
	Отсутствие гломерулярных изменений
354	Какое утверждение о тубулоинтерстициальных изменениях при волчаночном нефрите является наиболее корректным?
	Обычно они сопутствуют гломерулярному поражению и редко встречаются изолированно
	Они являются типичным осложнением преднизолона
	Они возникают только после циклофосфамида
	Они всегда встречаются изолированно
	Они исключают диагноз волчаночного нефрита
355	Волчаночному нефриту с нефротическим синдромом при биопсии почки наиболее часто соответствует
	I морфологический класс
	II морфологический класс
	III и IV морфологический класс
	V морфологический класс (мембранозный волчаночный нефрит)
356	При мезангиопролиферативном волчаночном нефрите и протеинурии менее 0,5 г/сутки показано назначение
	пульс-терапии глюкокортикоидами и циклофосфамидом
	ритуксимаба
	ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ангиотензина II
	пульс-терапии глюкокортикоидами
357	В качестве поддерживающей терапии волчаночного нефрита III и IV классов необходимо назначить
	только глюкокортикоиды в эквивалентной дозе менее 10 мг/сут
	только микофенолата мофетил или азатиоприн
	гидроксихлорохин в сочетании с глюкокортикоидами
	микофенолата мофетил (предпочтительно) или азатиоприн с минимально необходимой дозой глюкокортикоидов
358	Место циклофосфамида при III или IV классе волчаночного нефрита
	применяется для поддерживающей терапии нефрита
	применяется для индукции ремиссии
	не применяется при данных морфологических вариантах волчаночного нефрита
	применяется только при неэффективности глюкокортикоидов
359	При V классе волчаночного нефрита с персистирующей протеинурией нефротического уровня в качестве индукционной терапии показано назначение
	пульс терапии глюкокортикоидами
	ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ангиотензина II

	глюкокортикоид в сочетании с микофенолатом и ингибитором кальциневрина при чистом V классе с выраженной протеинурией
	циклофосфамида внутривенно
360	При VI классе волчаночного нефрита показано назначение
	пульс терапии глюкокортикоидами
	глюкокортикоидов и цитостатиков при наличии внепочечных проявлений системной красной волчанки
	комбинированной пульс-терапии глюкокортикоидами и цитостатиками
	цитостатиков
361	В какой ситуации при волчаночном нефрите следует рассмотреть повторную биопсию почки?
	При подозрении на рецидив или недостаточный ответ на терапию, если результат может изменить лечебную тактику
	Рутинно ежемесячно у каждого пациента
	Только после полной отмены иммуносупрессии
	Только при нормальном анализе мочи
	Повторная биопсия противопоказана во всех случаях
362	Женщинам детородного возраста, страдающим системной красной волчанкой с волчаночным нефритом, следует
	никогда не планировать беременность
	отложить наступление беременности до достижения полной ремиссии
	планировать беременность после достижения устойчивой ремиссии/низкой активности волчаночного нефрита и сохранения её не менее 6 месяцев
	планировать беременность независимо от тяжести волчаночного нефрита
363	Какой препарат применяется как базисный компонент терапии СКВ при отсутствии противопоказаний?
	Метотрексат
	Азатиоприн
	Микофенолата мофетил
	Гидроксихлорохин
	Циклофосфамид
364	При нетяжелом течении СКВ с резистентным кожным и суставно-мышечным синдромом без волчаночного нефрита показано назначение
	циклофосфамида
	ритуксимаба
	микофенолата мофетила
	метотрексата
	внутривенного иммуноглобулина
365	Наиболее характерное сочетание проявлений при поперечном миелите у пациента с системной красной волчанкой
	изолированная проксимальная мышечная слабость и миалгии
	нижний парапарез, расстройства чувствительности и нарушение функции тазовых органов
	изолированный парез лицевого нерва и нарушение вкуса
	атаксия и выраженный интенционный тремор
366	Какое поражение сердца является специфичным проявлением СКВ?
	Гипертрофическая кардиомиопатия
	Эозинофильный эндомикардиальный фиброз

	Небактериальный тромбэндокардит Либмана-Сакса
	Инфекционный эндокардит
367	Наиболее часто развитие лимфопролиферативных опухолей наблюдают при
	синдроме Шегрена
	ревматоидном артрите
	системной красной волчанке
	системной склеродермии
368	К лабораторным показателям, подтверждающим диагноз «системная красная волчанка», относят
	антитела к двуспиральной ДНК
	ревматоидный фактор
	антитела к Scl-70
	антиген HLA-B27
369	Для системной красной волчанки в клиническом анализе крови характерны изменения
	тромбоцитопения
	лимфоцитоз
	гиперхромная анемия
	лейкоцитоз
370	К характерным признакам синдрома Шегрена относят
	сухость слизистых оболочек
	преимущественное поражение суставов с быстрым развитием деформаций
	снижение слуха
	перикардит
371	Выберите признак, характерный для системной красной волчанки и редко встречающийся при синдроме лекарственной волчанки
	лихорадка
	нефрит
	перикардит
	плеврит
	фотосенсибилизация
372	Выберите признак, входящий в шкалу определения активности системной красной волчанки SLEDAI-2K
	АНФ в титре выше 1/160
	АНФ гомогенного типа свечения
	анемия (гемоглобин ниже 90 г/л)
	лейкопения ниже 4 тыс., исключая лекарственный генез отклонения
	тромбоцитопения ниже 100 тыс., исключая лекарственные причины
373	Какой иммунологический показатель наиболее информативен для динамической оценки активности волчаночного нефрита?
	Уровень антител к двуспиральной ДНК
	Титр антител к Sm-антигену
	Уровень антител к Ro/SSA
	Титр антител к U1-RNP
	Уровень антител к кардиолипину
374	Буллезное поражение кожи у больных системной красной волчанкой является показанием к

	пульс-терапии метилпреднизолоном
	назначению дапсона (при отсутствии противопоказаний)
	проведению синхронной интенсивной терапии
	назначению метотрексата
	снижению дозы глюкокортикоидов
375	Каков основной механизм действия белимумаба?
	Связывание растворимого фактора активации В-лимфоцитов BAFF (BLyS) и подавление его биологической активности
	Блокада рецептора интерферона I типа IFNAR1
	Блокада рецептора интерлейкина-6
	Деплеция CD20-позитивных В-лимфоцитов
	Ингибирование костимуляции Т-лимфоцитов путем связывания CD80/CD86
376	Наиболее частым проявлением поражения периферической нервной системы при системной красной волчанке является
	двигательная и чувствительная нейропатия
	плекситы
	мононевриты
	нейросенсорная тугоухость
	миастения
377	В основе патогенеза антифосфолипидного синдрома лежит
	атеросклероз
	нарушения микроциркуляции
	невоспалительная тромботическая васкулопатия
	отложение циркулирующих иммунных комплексов в стенке сосуда
378	У пациента с катастрофическим антифосфолипидным синдромом развивается быстро нарастающая дыхательная недостаточность с тяжёлой гипоксемией и двусторонними лёгочными инфильтратами, которые не объясняются кардиогенным отёком лёгких. Какое осложнение наиболее вероятно?
	Изолированный сухой плеврит
	Организирующаяся пневмония
	Бронхообструктивный синдром
	Острый респираторный дистресс-синдром
	Идиопатический лёгочный фиброз
379	На что указывает наличие повышенного титра антикардиолипидных антител у больных системной красной волчанкой?
	На длительность заболевания
	На наличие васкулита
	На наличие полиартрита
	На риск развития вторичного антифосфолипидного синдрома
	На наличие серозита
380	Какое гематологическое нарушение может наблюдаться при антифосфолипидном синдроме?
	Нейтрофильный лейкоцитоз
	Стойкий тромбоцитоз
	Абсолютный эритроцитоз
	Тромбоцитопения
	Выраженная эозинофилия

381	Низкий риск наличия различных антифосфолипидных антител для последующих тромбозов определяется, если в крови есть
	позитивность по волчаночному антикоагулянту
	позитивность трех типов кардиолипидных антител
	изолированные аКЛ или анти-β2-ГП-I в низком-среднем титре, особенно при транзиторной позитивности
	изолированная постоянная позитивность по антителам к кардиолипинам в средних уровнях
	изолированная постоянная позитивность по аКЛ в высоких уровнях
382	У пациента с достоверным антифосфолипидным синдромом произошел первый неспровоцированный венозный тромбоз. Предпочтительной стратегией вторичной профилактики является
	длительная терапия антагонистом витамина К с целевым МНО 2,0–3,0
	монотерапия ацетилсалициловой кислотой в дозе 75–100 мг/сутки
	назначение прямого перорального антикоагулянта независимо от профиля антифосфолипидных антител
	прекращение анти тромботической терапии через 6 месяцев при отсутствии жалоб
383	Как долго обычно продолжают профилактическую дозу гепарина после родов у женщины с акушерским антифосфолипидным синдромом без тромбоза в анамнезе?
	24 месяца
	6 недель
	Пожизненно
	12 месяцев
384	Выберите целевое значение МНО при назначении варфарина пациенткам с антифосфолипидным синдромом и венозными тромбозами в послеродовом периоде
	2,5–3,5
	2,0–3,0
	1,5–3,5
	>3,0
	1,0–2,0
385	С точки зрения патофизиологии, катастрофический антифосфолипидный синдром – это
	тромботическая микроангиопатия, характеризующаяся диффузной тромботической микроваскулопатией
	тромботическая макроангиопатия, характеризующаяся диффузной тромботической микроваскулопатией
	нетромботическая микроангиопатия, характеризующаяся диффузной нетромботической микроваскулопатией
	нетромботическая макроангиопатия, характеризующаяся диффузной нетромботической микроваскулопатией
386	Какое сочетание наиболее точно характеризует антифосфолипидный синдром?
	Наличие антифосфолипидных антител в сочетании с системным васкулитом
	Наличие антифосфолипидных антител в сочетании с тромбоцитопенией
	Персистирующие антифосфолипидные антитела в сочетании с клиническими проявлениями тромбоза и/или акушерской патологией
	Персистирующие антифосфолипидные антитела в сочетании с артритом и серозитом
	Наличие волчаночного антикоагулянта в сочетании с гемолитической анемией
387	Какой вариант потери беременности соответствует клиническому критерию антифосфолипидного синдрома?

	Внутриутробная гибель морфологически нормального плода после 6 недель гестации
	Внутриутробная гибель морфологически нормального плода после 8 недель гестации
	Внутриутробная гибель морфологически нормального плода после 10 недель гестации
	Внутриутробная гибель морфологически нормального плода после 20 недель гестации
	Внутриутробная гибель морфологически нормального плода после 24 недель гестации
388	Через сколько недель необходимо повторно определить антифосфолипидные антитела для подтверждения их персистирующей позитивности?
	4 недели
	6 недель
	8 недель
	12 недель
	24 недели
389	С тромбозом каких сосудов связано развитие синдрома Бадда–Киари при антифосфолипидном синдроме?
	Почечных вен
	Воротной вены
	Нижней поллой вены
	Печеночных вен
	Верхней брыжеечной вены
390	Наиболее характерное кожное проявление антифосфолипидного синдрома
	узловатая эритема
	кольцевидная эритема
	пальпируемая пурпура
	сетчатое ливедо
	дискоидная эритема
391	К лабораторным маркерам антифосфолипидного синдрома относится
	антитела к Ro/SSA
	антитела к Sm-антигену
	антитела к двуспиральной ДНК
	антитела к β 2-гликопротеину I
	антитела к U1-RNP
392	Какое кожное проявление наиболее специфично для дерматомиозита?
	Сетчатое ливедо
	Узловатая эритема
	Папулы Готтрона
	Кольцевидная эритема
	Пальпируемая пурпура
393	Какие антитела наиболее характерны для антисинтетазного синдрома?
	anti-SRP
	anti-MDA5
	anti-TIF1 γ
	anti-HMGCR
	anti-Jo-1
394	Какие антитела ассоциированы с клинически амиопатическим дерматомиозитом и быстро прогрессирующим интерстициальным заболеванием лёгких?
	anti-MDA5
	anti-Jo-1

	anti-TIF1 γ
	anti-NXP2
	anti-SRP
395	Какие антитела при дерматомиозите у взрослых наиболее тесно ассоциированы с повышенным риском злокачественного новообразования?
	anti-TIF1 γ
	anti-Mi-2
	anti-Jo-1
	anti-SRP
	anti-PM/Scl
396	Какой морфологический признак наиболее характерен для дерматомиозита?
	Эндомизимальная инфильтрация CD8+ Т-лимфоцитами
	Множественные окаймлённые вакуоли
	Диффузный некроз без воспалительных изменений
	Перифасцикулярная атрофия мышечных волокон
	Отложение амилоида между мышечными волокнами
397	Какое распределение мышечной слабости наиболее характерно для миозита с включениями?
	Симметричная слабость мышц плечевого пояса
	Преимущественная слабость разгибателей предплечья
	Слабость четырёхглавой мышцы бедра и глубоких сгибателей пальцев кистей
	Изолированная слабость мышц тазового пояса
	Преимущественная слабость разгибателей пальцев кистей
398	К характерным кожным проявлениям антисинтетазного синдрома относятся
	дигитальные язвы
	папулы Готтрона
	периунгальные телеангиэктазии
	«руки механика»
	кальциноз кожи
399	Наиболее клинически значимым внескелетным проявлением антисинтетазного синдрома является
	аутоиммунный гепатит
	гломерулонефрит
	миокардит
	интерстициальное заболевание лёгких
	экссудативный перикардит
400	Для игольчатой электромиографии при активной воспалительной миопатии наиболее характерны
	потенциалы двигательных единиц большой амплитуды и увеличенной длительности
	снижение скорости проведения импульса преимущественно по чувствительным волокнам
	стойкий декремент амплитуды М-ответа при ритмической стимуляции нерва
	короткие низкоамплитудные потенциалы двигательных единиц и патологическая спонтанная активность
	выраженное снижение рекрутирования при сохранной морфологии потенциалов двигательных единиц
401	Наличие антител anti-PM/Scl наиболее характерно для
	клинически амиопатического дерматомиозита

	иммунно-опосредованной некротизирующей миопатии
	миозита с включениями
	перекрёстного синдрома миозита и системного склероза
	опухоль-ассоциированного дерматомиозита
402	При активной идиопатической воспалительной миопатии с выраженной дисфагией в качестве дополнительной терапии может применяться
	колхицин
	внутривенный иммуноглобулин
	гидроксихлорохин
	секукинумаб
	апремиласт
403	Осложнением ювенильного дерматомиозита, встречающимся значительно чаще, чем при дерматомиозите взрослых, является
	диффузный альвеолярный геморрагический синдром
	легочная артериальная гипертензия
	эрозивный полиартрит
	кальциноз мягких тканей
	мембранозный гломерулонефрит
404	Наиболее характерным морфологическим признаком миозита с включениями являются
	перифасцикулярная атрофия
	периваскулярные иммунные комплексы
	диффузный некроз мышечных волокон
	окаймлённые вакуоли в мышечных волокнах
	эозинофильные гранулёмы эндомизия
405	Какой характер мышечной слабости наиболее типичен для дерматомиозита?
	Симметричная преимущественно проксимальная мышечная слабость
	Изолированная слабость мимических мышц
	Преимущественно дистальная асимметричная слабость кистей с дебюта
	Только слабость глазодвигательных мышц
	Изолированная слабость одной конечности
406	Какой признак наиболее характерен для миозита с включениями?
	Дебют преимущественно у лиц старше 50 лет с возможной асимметричной слабостью квадрицепсов и сгибателей пальцев
	Обязательный дебют в детском возрасте
	Только симметричная проксимальная слабость без поражения дистальных мышц
	Быстрый полный ответ на глюкокортикоиды у большинства пациентов
	Обязательное наличие гелиотропной сыпи
407	Какой подход является основой начальной системной терапии активного дерматомиозита с выраженной мышечной слабостью?
	Глюкокортикоиды с ранним рассмотрением стероид-сберегающей иммуносупрессивной терапии
	Монотерапия нестероидными противовоспалительными препаратами
	Только антибактериальная терапия
	Только аминохинолиновый препарат независимо от мышечного поражения
	Отказ от иммуносупрессивной терапии
408	Диагностика рецидивирующего полихондрита основывается преимущественно на
	выявлении специфических антител к коллагену II типа

	определении характерного HLA-генотипа
	морфологическом исследовании хряща во всех случаях заболевания
	обязательном выявлении воспалительных изменений хрящей методом ПЭТ/КТ
	совокупности характерных клинических проявлений и исключении заболеваний со сходной симптоматикой
409	Какой лабораторный признак у пациента старше 50 лет с рецидивирующим хондритом должен дополнительно повышать подозрение на синдром VEXAS?
	Стойкая лимфоцитопения
	Положительный антинуклеарный фактор
	Выраженная гипокомплементемия
	Макроцитарная анемия
	Высокий титр ревматоидного фактора
410	Поражение суставов при рецидивирующем полихондрите наиболее часто представлено
	симметричным эрозивным полиартритом мелких суставов кистей
	серонегативным неэрозивным артритом периферических суставов
	аксиальным спондилоартритом с двусторонним сакроилиитом
	мигрирующим артритом с преимущественным поражением дистальных межфаланговых суставов
	моноартритом крупного сустава с быстрым формированием анкилоза
411	Поражение сердечно-сосудистой системы при рецидивирующем полихондрите может проявляться
	преимущественно инфекционным эндокардитом
	изолированным миокардитом без поражения клапанов
	аортитом и формированием аортальной недостаточности
	преимущественно стенозом митрального клапана
	изолированной легочной артериальной гипертензией
412	Повышение концентрации IgG4 в сыворотке крови при подозрении на IgG4-связанное заболевание
	позволяет подтвердить заболевание независимо от результатов визуализации и морфологического исследования тканей
	позволяет исключить другие системные заболевания при превышении верхней границы нормы вдвое
	имеет диагностическое значение преимущественно при изолированном поражении поджелудочной и слюнных желез
	поддерживает диагноз, но является неспецифичным, а нормальный показатель не исключает заболевание
	используется преимущественно для мониторинга лечения и не имеет значения при первичной диагностике заболевания
413	Основой первой линии индукционной терапии активного IgG4-связанного заболевания остаются
	синтетические базисные противовоспалительные препараты
	ингибиторы фактора некроза опухоли
	внутривенные препараты иммуноглобулина
	системные глюкокортикоиды
	алкилирующие цитостатические препараты
414	Для первичной морфологической верификации IgG4-связанного заболевания наименее предпочтительна биопсия
	поджелудочной железы

	малой слюнной железы
	поражённой почки
	забрюшинного образования
	лимфатического узла
415	К первичному васкулиту относится
	васкулит при лекарственной болезни
	васкулит при инфекции
	васкулит при болезни Крона
	неспецифический аортоартериит
	васкулит при саркоидозе
416	К вторичному васкулиту относится
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	васкулит при системной красной волчанке
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
417	При каком системном васкулите обострение заболевания наиболее часто ассоциируется с бактериальной инфекцией?
	Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Узелковый полиартериит
	Гранулематоз с полиангиитом
	Микроскопический полиангиит
	Болезнь Кавасаки
418	В соответствии с номенклатурой системных васкулитов (Чапел-Хилл, 2012 г.), к васкулиту с преимущественным поражением сосудов среднего калибра относится
	неспецифический аортоартериит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
419	К васкулитам, ассоциированным с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами, относят
	артериит Такаясу
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	облитерирующий тромбангиит
	болезнь Кавасаки
420	Какой из перечисленных признаков имеет наибольший диагностический вес в классификационных критериях гигантоклеточного артериита ACR/EULAR 2022?
	Впервые возникшая височная головная боль
	Болезненность кожи головы при дотрагивании
	СОЭ ≥ 50 мм/ч или СРБ ≥ 10 мг/л
	Положительная биопсия височной артерии или симптом «ореола» при ультразвуковом исследовании
421	К васкулитам с известной причиной относят
	васкулит, ассоциированный с антителами к базальной мембране клубочков

	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	васкулит, ассоциированный с опухолями
	болезнь Kawasaki
422	При каком васкулите наиболее вероятна связь с вирусом гепатита В?
	Заболевание, ассоциированное с антителами к базальной мембране клубочков
	Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Узелковый полиартериит
	Артериит Такаясу
	Болезнь Kawasaki
423	При каком васкулите наиболее вероятна связь с вирусом гепатита С?
	Криоглобулинемический васкулит
	Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Узелковый полиартериит
	Васкулит, ассоциированный с опухолями
	Болезнь Kawasaki
424	При каком васкулите характерным клиническим проявлением являются интенсивная боль в икроножных мышцах, иногда вплоть до обездвиживания?
	Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Узелковый полиартериит
	Синдром Когана
	Микроскопический полиангиит
	Гранулематоз с полиангиитом
425	Какой суставной синдром наиболее типичен для узелкового полиартериита?
	Стойкий эрозивный полиартрит мелких суставов кистей
	Деформирующий артрит с анкилозами
	Транзиторные артралгии или неструктивный артрит, чаще суставов нижних конечностей
	Симметричный артрит дистальных межфаланговых суставов
426	Наиболее часто кожным проявлением при узелковом полиартериите является
	подкожные узелки
	некроз кожи и ишемическая гангрена мягких тканей
	сетчатое ливедо
	буллезные высыпания
427	Для артериальной гипертензии при узелковом полиартериите характерно
	невысокие цифры артериального давления
	благоприятное течение
	отсутствие поражения органов-мишеней
	стабильно высокие цифры артериального давления с возможным злокачественным течением гипертензии
	легко поддается лекарственной терапии
428	Поражение почек при классическом узелковом полиартериите наиболее характерно проявляется
	быстро прогрессирующим некротизирующим гломерулонефритом
	нефротическим синдромом с массивной протеинурией
	артериальной гипертензией вследствие ишемии почек
	рецидивирующей макрогематурией вследствие капиллярита
	тубулоинтерстициальным нефритом с почечной недостаточностью

429	Наиболее характерным ангиографическим признаком узелкового полиартериита является наличие
	равномерного утолщения стенки аорты
	микроаневризм и стенозов висцеральных артерий
	протяжённых стенозов подключичных артерий
	двусторонних окклюзий височных артерий
	диффузного капиллярного лёгочного кровотечения
430	Наиболее характерным вариантом поражения периферической нервной системы при узелковом полиартериите является
	симметричная дистальная сенсорная полинейропатия
	хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия
	множественный мононеврит ишемического происхождения
	изолированная сенсорная радикулопатия поясничного отдела
	двусторонняя компрессионная нейропатия срединного нерва
431	Наиболее характерная морфологическая картина узелкового полиартериита представлена
	эозинофильной инфильтрацией мелких сосудов
	некротизирующим артериитом с фибриноидным некрозом
	гранулематозным воспалением стенки артериол
	иммунокомплексным капилляритом почечных клубочков
	гигантоклеточным воспалением стенки аорты
432	Индукционная терапия узелкового полиартериита, не ассоциированного с вирусом гепатита В, высокой активности обычно включает
	глюкокортикоиды в сочетании с метотрексатом
	глюкокортикоиды в сочетании с азатиоприном
	микофенолат в сочетании с азатиоприном
	ритуксимаб в сочетании с метотрексатом
	глюкокортикоиды в сочетании с циклофосфамидом
433	При подозрении на узелковый полиартериит и невозможности получить информативный биоптат предпочтительно выполнить
	капилляроскопию ногтевого ложа
	ультразвуковое исследование височных артерий
	ангиографическое исследование висцеральных артерий
	магнитно-резонансную томографию крестцовых сочленений
	бронхоскопию с бронхоальвеолярным лаважем
434	Инфекционным заболеванием, классически ассоциированным с развитием узелкового полиартериита, является
	хронический вирусный гепатит С
	инфекция вирусом Эпштейна–Барр
	инфекция вирусом простого герпеса
	цитомегаловирусная инфекция
	хронический вирусный гепатит В
435	Что является первым признаком гранулематоза с полиангиитом у большинства больных?
	Кожные изменения
	Поражение верхних дыхательных путей
	Поражение легких
	Поражение суставов
	Поражение почек

436	Поражение почек при гранулематозе с полиангиитом наиболее часто может проявляться
	быстро прогрессирующим гломерулонефритом
	макрогематурией
	артериальной гипертензией
	острым нефритическим синдромом
	нефротическим синдромом
437	Гранулематоз с полиангиитом морфологически характеризуется сочетанием
	иммунокомплексного васкулита и амилоидоза
	эозинофильного инфильтрата и фиброза
	артериита крупных сосудов и гигантских клеток
	некротизирующего васкулита и гранулематозного воспаления
	тромботической микроангиопатии и капиллярита
438	Наиболее характерным серологическим маркером гранулематоза с полиангиитом является
	MPO-ANCA с перинуклеарным свечением
	PR3-ANCA с цитоплазматическим свечением
	антитела к базальной мембране клубочков
	антинуклеарные антитела высокого титра
	антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
439	Наиболее характерным поражением верхних дыхательных путей при гранулематозе с полиангиитом является
	аллергический ринит с полипозом носа
	изолированный катаральный фарингит
	неосложнённый вазомоторный ринит
	рецидивирующий вирусный ларингит
	хронический деструктивный риносинусит
440	Наиболее характерным морфологическим вариантом поражения почек при ГПА является
	мембранозная нефропатия с иммунными депозитами
	IgA-нефропатия с мезангиальной пролиферацией
	малоиммунный некротизирующий гломерулонефрит
	амилоидоз с нефротическим синдромом
441	Индукционная терапия органоугрожающего гранулематоза с полиангиитом включает
	метотрексат в сочетании с сульфасалазином
	азатиоприн в сочетании с микофенолатом
	тоцилизумаб в сочетании с метотрексатом
	глюкокортикоиды с ритуксимабом или циклофосфамидом
	меполизумаб в сочетании с азатиоприном
442	Применение плазмообмена при гранулематозе с полиангиитом или микроскопическом полиангиите в современных рекомендациях может рассматриваться прежде всего при
	быстро прогрессирующем тяжёлом гломерулонефрите
	неосложнённом кожном васкулите
	стабильной периферической нейропатии
	изолированном воспалительном артрите
443	К характерным локальным осложнениям гранулематоза с полиангиитом относится
	двусторонний стеноз почечных артерий
	аневризма брюшной аорты
	дилатация лёгочной артерии

	тромбоз воротной вены
	стеноз подскладочного отдела гортани
444	Укажите основной фактор риска гигантоклеточного артериита
	инфекционные агенты
	возраст
	лекарственные взаимодействия
	вирусный гепатит В
	мужской пол
445	Наиболее опасным ранним осложнением краниального варианта гигантоклеточного артериита является
	Потеря зрения
	Ишемия глазодвигательной мускулатуры
	Дефект зрачка
	Тризм жевательной мускулатуры
	Транзиторные ишемические атаки
446	К наиболее специфичным ишемическим симптомам краниального варианта гигантоклеточного артериита относится
	головокружение при вставании
	головная боль напряжения
	перемежающаяся хромота нижней челюсти
	парестезия затылочной области
	боль в височно-нижнечелюстном суставе
447	Наиболее характерным ультразвуковым признаком активного гигантоклеточного артериита является
	феномен спонтанного контрастирования
	симптом двойного просвета
	гипоэхогенный симптом «ореола»
	кальцинированная атеросклеротическая бляшка
	выраженная венозная коллатеральная сеть
448	При гигантоклеточном артериите с угрожающей потерей зрения предпочтительно рассмотреть
	внутривенную пульс-терапию глюкокортикоидами
	монотерапию метотрексатом внутрь
	низкие дозы перорального преднизолона
	монотерапию нестероидными противовоспалительными средствами
	немедленную терапию только антикоагулянтами
449	К основным глюкокортикоид-сберегающим препаратам при гигантоклеточном артериите относится
	анакинра
	этанерцепт
	ритуксимаб
	меполизумаб
	тоцилизумаб
450	Артериит Такаясу представляет собой васкулит с преимущественным поражением
	мелких артериол внутренних органов
	средних висцеральных мышечных артерий
	аорты и её крупных ветвей

	капилляров лёгких и почек
451	Разница систолического артериального давления между руками, учитываемая в критериях артериита Такаясу (ACR/EULAR, 2022 г.), составляет не менее
	10 мм рт. ст.
	15 мм рт. ст.
	20 мм рт. ст.
	25 мм рт. ст.
	30 мм рт. ст.
452	Наиболее типичным структурным изменением артерий при артериите Такаясу является
	формирование множественных микроаневризм артериол
	диффузное расширение мелких почечных сосудов
	стеноз или окклюзия крупных артериальных ветвей
	поражение исключительно внутримозговых капилляров
453	Плановое сосудистое вмешательство при артериите Такаясу по возможности следует выполнять
	при максимальной лабораторной активности
	до начала противовоспалительной терапии
	только после полной отмены иммунодепрессантов
	в период достижения ремиссии заболевания
454	При каком системном васкулите не характерно развитие гломерулонефрита?
	Микроскопический полиангиит
	Узелковый полиартериит
	Криоглобулинемический васкулит
	Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Гранулематоз с полиангиитом
455	Какой лабораторный признак типичен для активной ревматической полимиалгии?
	Повышение СОЭ и/или С-реактивного белка
	Высокий титр ревматоидного фактора
	Выраженная гипокомплементемия
	Антитела к двуспиральной ДНК
	Стойкая эозинофилия
456	Для какого системного васкулита классически не характерно поражение лёгких?
	Микроскопический полиангиит
	Узелковый полиартериит
	Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Гранулематоз с полиангиитом
	ANCA-ассоциированный васкулит с альвеолярным кровотечением
457	Для какого васкулита характерно наличие бронхиальной астмы?
	Микроскопический полиангиит
	Артериит Такаясу
	Криоглобулинемический васкулит
	Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Гранулематоз с полиангиитом
458	При каком васкулите определяются преимущественно перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела?
	Микроскопический полиангиит

	Артериит Такаясу
	Криоглобулинемический васкулит
	Узелковый полиартериит
	Гранулематоз с полиангиитом
459	Какое утверждение о поражении верхних дыхательных путей при микроскопическом полиангиите является правильным?
	Выраженное гранулематозное деструктивное поражение ЛОР-органов не является типичным признаком
	Седловидная деформация носа является ведущим признаком
	Гранулёмы при биопсии являются обязательным критерием
	Хронический деструктивный синусит типичнее, чем при гранулематозе с полиангиитом
	Подскладочный стеноз гортани является характерным проявлением
460	Какое изменение лёгких учитывается в классификационных критериях (ACR/EULAR, 2022 г.) для микроскопического полиангиита?
	Узлы или объёмные образования в лёгких с формированием полостей распада
	Фиброз лёгких или интерстициальное заболевание лёгких
	Изолированный плевральный выпот
	Эозинофильные инфильтраты лёгких
	Тромбоэмболия лёгочной артерии
461	При каком васкулите в коже и слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта обнаруживают признаки капиллярита с отложением IgA?
	Геморрагический васкулит
	Гигантоклеточный артериит
	Гранулематоз с полиангиитом
	Эссенциальный криоглобулинемический васкулит
	Узелковый полиартериит
462	Какой генно-инженерный биологический препарат используется для лечения васкулитов, ассоциированных с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами?
	Голimumаб
	Этанерцепт
	Ритуксимаб
	Адалимумаб
463	Для какого из перечисленных системных васкулитов поражение аорты и ее крупных ветвей является основным анатомическим субстратом заболевания?
	Артериита Такаясу
	IgA-васкулита
	Микроскопического полиангиита
	Эозинофильного гранулематоза с полиангиитом
	Криоглобулинемического васкулита
464	Характерным проявлением поражения сердечно-сосудистой системы при гигантоклеточном артериите является
	вовлечение аорты
	коронариит
	аортальная регургитация
	нарушения ритма и проводимости сердца
	хроническая сердечная недостаточность

465	Специфическое поражение клапанов сердца обычно связано ассоциацией системных васкулитов с
	инфекционным эндокардитом
	ревматической болезнью сердца
	антифосфолипидным синдромом
	пролапсом митрального клапана
	врожденными пороками сердца
466	Для какого из перечисленных системных васкулитов характерно развитие гломерулонефрита?
	Узелковый полиартериит
	Гигантоклеточный артериит
	Болезнь Кавасаки
	Микроскопический полиангиит
	Артериит Такаясу
467	Для какого заболевания характерно обнаружение антител к базальной мембране клубочков?
	Гранулематоз с полиангиитом
	Синдром Гудпасчера
	IgA-васкулит
	Микроскопический полиангиит
	Криоглобулинемический васкулит
468	При каком васкулите отмечается снижение концентрации компонентов комплемента?
	Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Гранулематоз с полиангиитом
	Узелковый полиартериит
	Микроскопический полиангиит
	Криоглобулинемический васкулит
469	К обязательным исходным условиям применения классификационных критериев EULAR/ACR для ревматической полимиалгии относятся
	возраст ≥ 40 лет и моноартрит
	возраст ≥ 45 лет и миалгия
	возраст ≥ 50 лет и двусторонняя боль в плечах
	возраст ≥ 60 лет и полиартрит
	возраст ≥ 65 лет и боль в пояснице
470	Лабораторным признаком, поддерживающим классификацию ревматической полимиалгии, является
	высокий титр ревматоидного фактора
	наличие антител к цитруллинированным белкам
	наличие антител к протеиназе-3
	отсутствие РФ и АЦЦП
	стойкая гипокомплементемия
471	Наиболее характерной ультразвуковой находкой при ревматической полимиалгии является
	кальцифицирующий энтезит большого вертела
	энтезит ахиллова сухожилия
	эрозивный синовит пястно-фаланговых суставов
	тофусное поражение сухожилий плеча
	субдельтовидный бурсит и теносиновит бицепса

472	Наиболее часто при острой ревматической лихорадке поражается
	аортальный клапан
	клапан легочной артерии
	митральный клапан
	трикуспидальный клапан
	полулунный клапан
473	Клиническими проявлениями кардита при острой ревматической лихорадке являются
	одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца, повышенная утомляемость
	диффузный цианоз, одышка при физической нагрузке, сердцебиение
	перебои в работе сердца, глухие сердечные тоны, иктеричность склер и видимых слизистых
	акроцианоз, одышка при физической нагрузке, систолический шум на верхушке, изжога
	повышенная утомляемость, бледность кожных покровов и видимых слизистых, обмороки
474	Характерной особенностью артрита при острой ревматической лихорадке является
	боль в крупных суставах, усиливающаяся в ночное время
	выраженный экссудативный компонент воспаления
	полная обратимость процесса
	быстрое формирование эрозивных изменений в суставах кистей и стоп
475	Подкожные ревматические узелки локализуются
	на мочках ушей
	в местах прикрепления сухожилий
	на веках
	на коже ладоней и стоп
476	Какие структуры головного мозга поражаются при ревматической лихорадке?
	Височная доля, извилина Гешля, полосатое тело
	Полосатое тело, субталамические ядра, мозжечок
	Гипоталамус, зрительный бугор, мозжечок
	Продолговатый мозг, лимбическая система
	Зона Брока, полосатое тело, черная субстанция
477	Развитие острой ревматической лихорадки наиболее тесно связано с предшествующей инфекцией, вызванной
	<i>Streptococcus pyogenes</i>
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
	<i>Enterococcus faecalis</i>
	<i>Staphylococcus aureus</i>
	<i>Streptococcus agalactiae</i>
478	Ведущим механизмом развития тканевого повреждения при острой ревматической лихорадке считается
	прямая инвазия стрептококка в миокард
	перекрёстная иммунная реактивность вследствие молекулярной мимикрии
	персистенция стрептококка внутри клеток эндокарда
	образование циркулирующего бактериального экзотоксина
479	Кожным проявлением, относящимся к большим критериям острой ревматической лихорадки, является
	кольцевидная эритема
	узловатая эритема нижних конечностей

	пальпируемая геморрагическая пурпура
	сетчатое ливедо нижних конечностей
480	Основой первичной профилактики острой ревматической лихорадки является
	длительный приём противовоспалительных препаратов
	своевременная антибактериальная терапия стрептококкового фарингита
	плановое назначение антибиотика всем школьникам
	профилактическое введение иммуноглобулина после ангины
481	Болезнь Лайма вызывают
	бактерии
	простейшие
	грибы
	вирусы
482	Пути передачи возбудителя при болезни Лайма
	алиментарный
	трансмиссивный
	контактно-бытовой
	половой
483	Патогномоничным кожным проявлением ранней локализованной болезни Лайма является
	узловатая эритема
	кольцевидная гранулёма
	многоформная эритема
	мигрирующая эритема
	уртикарная сыпь
484	Какой алгоритм лабораторного обследования является наиболее обоснованным при подозрении на болезнь Лайма при отсутствии типичной мигрирующей эритемы?
	Определение только IgM к <i>Borrelia burgdorferi</i> методом ИФА независимо от длительности заболевания
	Проведение иммуноблота как единственного исследования без предварительного серологического теста
	Одновременное определение антител в сыворотке крови и ПЦР крови с установлением диагноза при положительном результате любого из исследований
	Определение ДНК <i>Borrelia burgdorferi</i> в крови методом ПЦР в качестве первичного метода диагностики
	Двухэтапное серологическое исследование: первичный иммуноферментный/иммунохемилюминесцентный тест с последующим подтверждением положительного или сомнительного результата вторым серологическим тестом
485	Поражение суставов при болезни Лайма наиболее характерно представлено
	симметричным полиартритом мелких суставов
	мигрирующим полиартритом мелких суставов
	моно- или олигоартритом крупных суставов
	эрозивным полиартритом суставов кистей
	аксиальным спондилоартритом с сакроилиитом
486	Синдром Баннварта при Лайм-боррелиозе наиболее характерно включает
	энцефалит, миелит и мозжечковую атаксию
	миозит, артрит и периферическую нейропатию
	менингоэнцефалит, миокардит и артрит
	полинейропатию, миелопатию и тремор

	менингит, радикулоневрит и краниальную нейропатию
487	Какая злокачественная опухоль из перечисленных чаще всего метастазирует в кости?
	Рак молочной железы
	Рак толстого кишечника
	Рак шейки матки и яичников
	Злокачественные опухоли мягких тканей
488	Укажите наиболее частую локализацию метастазов при саркомах костей
	головной мозг
	печень
	регионарные лимфатические узлы
	кости
	легкие
489	Какие методы диагностики необходимы для выявления метастатического поражения при саркомах костей?
	Рентгенография
	Рентгенография и ультразвуковое исследование
	Сцинтиграфия и ультразвуковое исследование
	КТ органов грудной клетки и оценка костных метастазов с помощью ПЭТ/КТ или остеосцинтиграфии (в зависимости от клинической ситуации)
	Ангиография и позитронно-эмиссионная томография
490	К рентгенологическим признакам костных сарком относятся
	остеолиз, остеосклероз
	периостальные реакции, остеосклероз
	остеолиз, периостальные реакции, очаги просветления
	остеолиз, периостальные реакции, остеосклероз
	остеолиз, остеосклероз, уплотнение мягких тканей
491	Чем отличаются очаги остеолита при костных саркомах от очагов остеолита при остеомиелите?
	Слиянием участков просветления
	Наличием периостальных реакций
	Четкими ровными границами очага
	Отсутствием секвестров
492	В каком возрасте наиболее часто развивается хондросаркома?
	У взрослых
	У детей
	У подростков
	В любом возрасте
	У пожилых
493	Для поражения суставов при болезни Бехчета наиболее характерно развитие
	симметричного эрозивного полиартрита мелких суставов
	рецидивирующего неэрозивного моно- или олигоартрита
	мигрирующего полиартрита преимущественно мелких суставов
	стойкого моноартрита с быстрым формированием анкилоза
494	Положительный тест патергии при болезни Бехчета характеризуется развитием
	геморрагической пурпуры после сдавления кожи
	уртикарного элемента после внутрикожного введения аллергена

	некротической язвы после внутрикожного введения раствора
	узловой эритемы после подкожного введения антигена
	папулы или пустулы после стерильной травмы кожи
495	В основе развития венозного тромбоза при болезни Бехчета преимущественно лежит
	воспалительное поражение сосудистой стенки вследствие васкулита
	повышенная агрегация тромбоцитов при системном воспалении
	наследственная недостаточность естественных антикоагулянтов
	образование антифосфолипидных антител в высоком титре
	врождённое повышение концентрации факторов свертывания крови
496	Основу терапии острого тромбоза глубоких вен при болезни Бехчета составляет
	назначение
	антикоагулянтов без противовоспалительной терапии
	антиагрегантов в сочетании с вазодилататорами
	тромболитической терапии в сочетании с антиагрегантами
	глюкокортикоидов в сочетании с иммуносупрессивной терапией
497	Для впервые возникшего острого подагрического артрита характерны
	развитие преимущественно в ночные и утренние часы
	выраженный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом до 15-20% в клиническом анализе крови
	интенсивная боль при активных и пассивных движениях в пораженном суставе
	наличие кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости при поляризационной микроскопии
	симптом «пробойника» (округлый, четко очерченный дефект костной ткани в эпифизе, выявляемый рентгенологически)
498	Какие из перечисленных состояний ассоциированы с развитием болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция?
	Гемохроматоз
	Болезнь Крона
	Гипертиреоз
	Гипофосфатазия
	Гиперпаратиреоз
	Дефицит витамина В ₁₂
499	К типичным изменениям суставов у больных ревматоидным артритом относятся
	ульнарная девиация кистей
	деформация фаланг в виде «шеи лебедя»
	деформация фаланг в виде «бутоньерки»
	«сосискообразная» деформация фаланг
	молоткообразная деформация фаланг стоп
500	К внесуставным проявлениям ревматоидного артрита можно отнести
	поражение глаз
	развитие пневмонита
	формирование уратной нефропатии
	нейропатию
	развитие амилоидоза
501	Какие признаки относятся к факторам неблагоприятного прогноза ревматоидного артрита?
	Раннее появление эрозивных изменений суставов
	Высокий титр ревматоидного фактора

	Высокий титр антител к АЦЦП
	Стойкая ремиссия на терапии метотрексатом
	Низкая активность при нормальных острофазовых показателях
502	Какие показатели входят в расчет индекса DAS28?
	Число болезненных суставов из 28
	Число припухших суставов из 28
	Скорость оседания эритроцитов
	Общая оценка состояния пациентом
	индекс функциональных нарушений HAQ
503	Какие иммунологические исследования рекомендуются пациенту с недифференцированным артритом и подозрением на ревматоидный артрит?
	Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду
	Определение ревматоидного фактора
	Определение антинуклеарного фактора на клетках HEp-2
	Определение антител к двуспиральной ДНК
	Определение антинейтрофильных цитоплазматических антител
504	Какие состояния повышают риск нежелательных реакций, прежде всего гепатотоксичности, при лечении метотрексатом?
	Отсутствие регулярного приема фолиевой кислоты
	Нормальная масса тела без дислипидемии
	Избыточное употребление алкогольных напитков
	Регулярная умеренная физическая активность
505	Какие положения соответствуют применению глюкокортикоидов при ревматоидном артрите?
	Назначаются совместно с базисным противовоспалительным препаратом
	Рекомендуются как основная длительная монотерапия заболевания при низкой или умеренной активности
	Могут использоваться как временная bridge-терапия
	Должны отменяться по возможности в течение 3–4 месяцев
506	Какие факторы необходимо учитывать как повышающие риск осложнений при назначении таргетных синтетических БПВП?
	Возраст пациента старше 65 лет
	Курение в настоящем или прошлом
	Наличие кардиоваскулярных факторов риска
	Наличие факторов риска венозных тромбозов
	Молодой возраст без сопутствующих заболеваний
507	Какие утверждения о симптоматической терапии ревматоидного артрита являются правильными?
	НПВП способны заменить базисную терапию при низкой или умеренной активности
	Назначение селективных НПВП избегают при очень высоком сердечно-сосудистом риске
	Сочетание нескольких НПВП повышает риск нежелательных реакций
	НПВП уменьшают боль, но не тормозят суставную деструкцию
508	Какие положения соответствуют современной стратегии treat-to-target при ревматоидном артрите?
	Длительная терапия НПВП может заменить применение БПВП при низкой активности заболевания

	Целью лечения является стойкая ремиссия или, если она недостижима, низкая активность заболевания
	При активном заболевании оценку активности следует проводить примерно каждые 1–3 месяца
	При отсутствии улучшения в течение 3 месяцев или недостижении цели к 6 месяцам терапию следует скорректировать
	Коррекцию терапии следует проводить только после появления новых костных эрозий
509	Какие утверждения о применении системных глюкокортикоидов при ревматоидном артрите являются правильными?
	Короткий курс глюкокортикоидов может рассматриваться при начале или изменении терапии стандартными синтетическими БПВП
	Глюкокортикоиды являются предпочтительной длительной монотерапией ревматоидного артрита
	Дозу глюкокортикоидов следует снижать с целью их отмены настолько быстро, насколько это клинически возможно
	Применение глюкокортикоидов позволяет отложить начало БПВП на несколько месяцев
510	Какие лабораторные изменения могут заставить предположить развитие вторичного гемофагоцитарного синдрома у ребенка с ЮИА?
	Повышение уровня ферритина в сыворотке крови
	Повышение уровня триглицеридов в сыворотке крови
	Повышение активности печеночных трансаминаз
	Снижение концентрации натрия в сыворотке крови
	Изолированное повышение концентрации С3-компонента комплемента
511	Какие заболевания необходимо исключить до начала выраженной иммуносупрессивной терапии у ребенка с подозрением на ЮИА?
	Инфекционные заболевания
	Неосложненная функциональная диспепсия
	Онкологические заболевания
	Онкогематологические заболевания
	Сезонный аллергический ринит
512	При недостаточной эффективности первого ингибитора ФНО- α при лечении ревматоидного артрита целесообразно
	сменить препарат на другой ингибитор ФНО- α
	увеличить дозы препарата
	дополнительно назначить препараты из группы БПВП
	отменить терапию ГИБП
	назначить ГИБП с другим механизмом действия (абатацепт, ритуксимаб, тоцилизумаб)
513	К основным клиническим проявлениям болезни Стилла относятся
	лихорадка $\geq 39^\circ\text{C}$
	геморрагическая сыпь
	спленомегалия
	головная боль
	боль в горле
	макуло-папулезная сыпь
514	К основным лабораторным проявлениям болезни Стилла относятся
	лейкопения
	лейкоцитоз
	гиперферритинемия

	увеличение лактатдегидрогеназы
	тромбоцитопения
515	Какие положения соответствуют современным рекомендациям по лечению болезни Стилла?
	Целью лечения является достижение клинически неактивного заболевания с последующим достижением ремиссии
	Ингибиторы IL-1 или IL-6 рекомендуется применять на ранних этапах заболевания для достижения контроля активности
	Ингибиторы ФНО-α имеют преимущество перед ингибиторами IL-1 и IL-6 при системных проявлениях болезни
	Метотрексат должен обязательно предшествовать назначению любого ГИБП
	Системные глюкокортикоиды при необходимости следует использовать ограниченное время с последующим быстрым снижением дозы
516	В случае необходимости назначения терапии ГИБП пациентам с болезнью Стилла предпочтение отдается
	канакинумабу
	тоцилизумабу
	этанерцепту
	секукинумабу
	белимумабу
517	Для синдрома Фелти характерно
	развитие спленомегалии
	наличие нейтропении
	наличие лейкоцитоза
	повышенный риск развития инфекций
	повышенный риск формирования хронических язв голени
518	К классификационным критериям болезни Стилла взрослых (Fautrel В. и соавт., 2002 г.) относятся
	гликозилированный ферритин $\leq 20\%$
	транзиторная эритема
	лейкопения
	лихорадка с пиком $\geq 39^{\circ}\text{C}$
	фарингит
519	Верными являются следующие утверждения относительно реактивных артритов
	одним из триггерных микробов является <i>Shigella flexneri</i>
	заболевание входит в группу спондилоартритов
	при стандартном бактериологическом исследовании синовиальная жидкость, как правило, стерильна
	чаще болеют женщины
	часто поражаются голеностопные суставы
520	Триггерными инфекционными факторами реактивных артритов следует считать
	<i>Chlamydia trachomatis</i>
	<i>Salmonella enteritidis</i>
	<i>Campylobacter jejuni</i>
	<i>Mycoplasma hominis</i>
	<i>Yersinia enterocolitica</i>

521	Поражение кожи и слизистых оболочек при реактивных артритах может быть представлено
	кератодермией
	язвами слизистой ротовой полости
	онихолизисом
	анулярной эритемой
	ладонно-подошвенным гиперкератозом
522	Факторами неблагоприятного прогноза реактивного артрита являются
	артрит тазобедренных суставов
	низкая эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов
	начало болезни до 16 лет
	женский пол
	носительство HLA-B27
523	Для воспалительной боли в спине характерны следующие признаки
	возраст начала боли менее 40 лет
	улучшение в покое
	улучшение после физических упражнений
	постепенное начало
	ночная боль
524	Для остеоартрита тазобедренного сустава характерны
	иррадиация боли в ягодицы, бедро, коленный сустав
	атрофия четырехглавой мышцы бедра
	укорочение конечности с компенсаторным сколиозом, гиперлордозом
	«утиная» походка при двустороннем поражении
	симптом «блокады» сустава
525	Немедикаментозное лечение остеоартрита включает
	снижение веса
	ортопедическую коррекцию
	ограничение соли и жидкости
	лечебную физкультуру
	обучение больных
526	Для остеосаркомы характерны
	высокая распространенность среди мужчин
	локализация в проксимальной части плечевой кости
	локализация в дистальной части бедренной кости
	боль в области пораженной конечности
	травма костей в анамнезе
527	Какие признаки более характерны для псориатического артрита и помогают отличить его от ревматоидного артрита?
	Дактилит
	Артрит дистальных межфаланговых суставов кистей
	Псориатическая ониходистрофия
	Сочетание костных эрозий с периартикулярной костной пролиферацией
	Симметричный полиартрит пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов без других проявлений
	Ревматоидные узелки

528	Наиболее частыми проявлениями поражения опорно-двигательного аппарата при системной красной волчанке являются
	артралгии
	моноартрит
	олиго- или полиартрит
	формированием анкилозов суставов
	неэрозивный артрит
529	Причинами возникновения боли в спине при остеопорозе являются
	микроповреждения позвонков
	компрессионный перелом тел позвонков
	механическое сдавление связок и мышц при вертеброгенном коллапсе
	наличие грыж Шморля
	патологический грудной кифоз, сопровождающийся давлением на ребра, гребни подвздошных костей, межпозвонковые суставы
530	Характеристиками боли в спине, позволяющими заподозрить метастатическое поражение позвоночника, являются
	прогрессирующий характер боли
	ночная боль, нарушающая сон
	уменьшение боли после физической активности
	максимальная выраженность боли утром с уменьшением после разминки
	уменьшение боли после продолжительного отдыха
531	К факторам, способствующим формированию миофасциальных триггерных точек, относят
	острое растяжение мышцы
	повторную микротравматизацию мышцы
	длительную статическую поструральную нагрузку
	спондилоартроз
	компрессию спинномозгового корешка
532	Для медикаментозной терапии скелетно-мышечной неспецифической боли в нижней части спины могут применяться
	нестероидные противовоспалительные препараты
	антидепрессанты при хроническом болевом синдроме
	системные глюкокортикоиды
	спазмолитические средства
	миорелаксанты центрального действия
533	К мышцам, образующим вращательную манжету плечевого сустава, относятся
	надостная мышца
	подостная мышца
	малая круглая мышца
	длинная головка двуглавой мышцы плеча
	подлопаточная мышца
534	В соответствии с номенклатурой системных васкулитов (Chapel Hill Consensus Conference, 2012 г.) к васкулитам с преимущественным поражением сосудов мелкого калибра относятся
	неспецифический аортоартериит
	криоглобулинемический васкулит
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит

535	В соответствии с номенклатурой системных васкулитов (Chapel Hill Consensus Conference, 2012 г.) к иммунокомплексным васкулитам с поражением мелких сосудов относятся
	гигантоклеточный артериит
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	IgA-васкулит
	криоглобулинемический васкулит
536	К характерным клиническим проявлениям гигантоклеточного артериита относятся
	впервые возникшая головная боль
	сыпь на коже голеней
	внезапное нарушение или потеря зрения
	боль и утомляемость жевательных мышц при жевании
	кровохарканье
537	К классификационным критериям узелкового полиартериита (ACR, 1990 г.) относятся
	сетчатое ливедо
	мононевропатия или полинейропатия
	боль в яичках или их болезненность при пальпации
	бронхиальная астма
	язвенное поражение слизистой оболочки полости рта
538	К классическим клиническим проявлениям IgA-васкулита относятся
	приступы бронхиальной астмы
	боль в животе
	гематурия и/или протеинурия
	артралгия или артрит
	пальпируемая пурпура
539	Для каких васкулитов мелких сосудов характерно экстраваскулярное гранулематозное воспаление
	гранулематоз с полиангиитом
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	IgA-васкулит
	криоглобулинемический васкулит
540	В отношении волчаночного нефрита верны следующие утверждения
	может развиваться уже в дебюте или в первые годы системной красной волчанки
	часто ассоциируется с высокой иммунологической активностью заболевания
	оказывает существенное влияние на отдаленный прогноз заболевания
	развивается у всех пациентов с системной красной волчанкой
	тяжесть клинических проявлений всегда соответствует выраженности морфологических изменений в почках
541	Для волчаночного нефрита верны следующие утверждения
	активация В-клеток и продукция аутоантител участвуют в патогенезе заболевания
	ведущим механизмом поражения почек является ишемия вследствие васкулита почечных артерий
	наиболее характерны иммуновоспалительные изменения почечных клубочков
	важнейшим механизмом повреждения почек является иммунокомплексное воспаление
	поражение почек преимущественно обусловлено тромботической микроангиопатией

542	Для IV класса волчаночного нефрита характерны
	выраженная протеинурия
	гематурия и цилиндрурия
	снижение функции почек
	артериальная гипертензия
	стойко нормальный мочевой осадок
	изолированная минимальная протеинурия
543	К препаратам, противопоказанным при беременности у пациенток с волчаночным нефритом, относятся
	микофенолата мофетил
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	блокаторы рецепторов ангиотензина II
	гидроксихлорохин
	азатиоприн
544	К факторам, предрасполагающим к развитию системной красной волчанки, относятся
	ультрафиолетовое облучение
	инфекция вирусом Эпштейна–Барр
	носительство HLA-DR3
	мужской пол
	гормональные факторы, связанные с воздействием эстрогенов
545	Для кожных проявлений системной красной волчанки характерны
	эритематозные высыпания в скуловой области
	локализованная или диффузная алопеция
	дискоидные высыпания
	фоточувствительность
	склеродактилия
	папулы Готтрона
546	Артрит при системной красной волчанке характеризуется
	симметричным поражением мелких суставов кистей
	преимущественно незрозивным характером
	возможностью формирования вправимых подвывихов суставов
	прогрессирующей деструкцией суставных поверхностей в большинстве случаев
	формированием анкилозов как типичным исходом артрита
547	В терапии суставного синдрома при системной красной волчанке могут применяться
	гидроксихлорохин
	нестероидные противовоспалительные препараты
	глюкокортикоиды
	метотрексат
	циклофосфамид
548	Укажите препараты, которые могут индуцировать развитие лекарственной красной волчанки
	амоксциллин
	метронидазол
	ципрофлоксацин
	прокаинамид
	гидралазин

549	Возможными проявлениями поражения желудочно-кишечного тракта при системной красной волчанке являются
	мезентериальный васкулит
	кишечная псевдообструкция
	волчаночный перитонит с асцитом
	ахалазия кардии
	дивертикулез толстой кишки
550	Для миозита с включениями характерны
	преимущественное развитие заболевания у лиц старше 50 лет с преобладанием мужчин
	асимметричная слабость четырехглавых мышц бедра и глубоких сгибателей пальцев кистей
	нормальный или умеренно повышенный уровень креатинфосфокиназы в сыворотке крови
	наличие при биопсии мышцы эндомиоциального воспаления, «окаймленных» вакуолей и внутриклеточных белковых включений
	быстрое прогрессирование мышечной слабости с утратой самостоятельной ходьбы в течение 2–3 лет
551	К характерным кожным проявлениям дерматомиозита относятся
	папулы и симптом Готтрона
	гелиотропная периорбитальная сыпь
	симптом «шали»
	«рука механика»
	скуловая эритема по типу «бабочки»
552	К характерным признакам антисинтетазного синдрома относятся
	антитела к аминоксил-тРНК-синтетазам
	интерстициальное заболевание лёгких
	неэрозивный артрит
	феномен Рейно
	гелиотропная сыпь
553	Поражение дыхательной системы при дерматомиозите/полимиозите может включать
	интерстициальное заболевание лёгких
	слабость дыхательной мускулатуры с развитием гиповентиляции
	аспирационную пневмонию вследствие дисфагии
	дыхательную недостаточность
	генерализованную бронхиальную обструкцию
554	Укажите типичные остеопоротические переломы
	компрессионный перелом тела позвонка
	перелом костей черепа
	перелом дистального отдела лучевой кости
	перелом фаланги кисти
	диафизарный перелом бедренной кости
	перелом проксимального отдела бедренной кости
555	К немодифицируемым факторам риска остеопороза относятся
	предшествующий низкоэнергетический перелом
	женский пол
	пожилой возраст
	перелом проксимального отдела бедренной кости у одного из родителей
	низкая масса тела
	курение

556	Для оценки 10-летнего риска остеопоротических переломов с помощью алгоритма FRAX в клинической практике рассматриваются
	женщины в пременопаузе
	женщины в постменопаузе
	мужчины моложе 50 лет
	мужчины в возрасте 50 лет и старше
	дети и подростки
557	К факторам, способствующим развитию вторичного остеопороза при воспалительных ревматических заболеваниях, относятся
	инволютивные изменения костной ткани, связанные со старением
	дефицит эстрогенов в постменопаузе
	длительная терапия системными глюкокортикоидами
	хроническое системное воспаление
	первичный гиперпаратиреоз
558	К препаратам с антирезорбтивным действием относятся
	бисфосфонаты
	деносумаб
	терипаратид
	альфакальцитрол
	кальцитриол
559	В отношении кисты Бейкера верны следующие утверждения
	разрыв кисты Бейкера наиболее характерен для длительно существующих кист
	может развиваться при дегенеративных и воспалительных заболеваниях коленного сустава
	может уменьшаться или исчезать при уменьшении активности основного заболевания коленного сустава
	разрыв кисты может сопровождаться болью и отеком голени, имитируя тромбоз глубоких вен
	ультразвуковое исследование является информативным методом диагностики кисты Бейкера
	наличие кисты Бейкера является показанием к хирургическому лечению независимо от клинических проявлений
560	В отношении адгезивного капсулита верны следующие утверждения
	является первичным локальным поражением мышц вращательной манжеты плеча
	в основе заболевания лежат воспалительные изменения с последующим фиброзом и контрактурой капсулы плечевого сустава
	характеризуется болью в области плечевого сустава и прогрессирующим ограничением движений
	характерно ограничение как активных, так и пассивных движений, особенно наружной ротации
	по мере прогрессирования заболевания интенсивность боли может уменьшаться при сохранении выраженного ограничения движений
	изолированное ограничение активных движений при сохраненном объеме пассивных движений
561	К факторам, ассоциированным с повышенным риском прогрессирования интерстициального заболевания легких при системной склеродермии, относятся
	лимитированная форма системной склеродермии
	снижение форсированной жизненной емкости легких
	снижение диффузионной способности легких

	выраженное поражение кожи
	изолированный феномен Рейно
562	Какие из перечисленных признаков входят в классификационные критерии системной склеродермии (ACR/EULAR, 2013 г.)?
	Телеангиэктазии
	Дигитальные рубчики
	Легочная артериальная гипертензия
	Интерстициальное заболевание легких
	Артериальная гипертензия с острым повреждением почек
	Антинуклеарный фактор
563	К факторам, ассоциированным с повышенным риском развития склеродермического почечного криза, относятся
	диффузная кожная форма системной склеродермии
	быстрое прогрессирование кожного фиброза
	длительное течение лимитированной кожной формы системной склеродермии
	применение высоких доз глюкокортикоидов
	антицентромерные антитела
	антитела к РНК-полимеразе III
564	Для типичной сыпи при юношеском артрите с системным началом характерны
	кратковременный характер
	усиление на высоте лихорадки
	отсутствие зуда
	исчезновение без остаточных изменений
	стойкое сохранение после нормализации температуры
	выраженный кожный зуд
565	Для активного юношеского артрита с системным началом без гемофагоцитарного синдрома характерны следующие изменения общего анализа крови
	лейкоцитоз с нейтрофилезом
	тромбоцитоз
	гипохромная анемия
	лейкопения
	тромбоцитопения
566	К генно-инженерным биологическим препаратам, направленным на блокаду ИЛ-1 или ИЛ-6 и применяемым при юношеском артрите с системным началом, относятся
	тоцилизумаб
	канакинумаб
	анакинра
	адалимумаб
	абатацепт
	ритуксимаб
567	Для хронической стадии неспецифического аортоартериита у детей характерны
	асимметрия пульса на конечностях
	патологические сосудистые шумы
	перемежающаяся хромота
	артериальная гипертензия
	пальпируемая пурпура
	рецидивирующие язвы полости рта

568	К характерным проявлениям поражения различных сосудистых бассейнов при неспецифическом аортоартериите у детей относятся
	реноваскулярная артериальная гипертензия
	цереброваскулярные нарушения
	абдоминальная ишемия
	легочная гипертензия
	быстро прогрессирующий гломерулонефрит
	мононеврит с множественным поражением нервов
569	К характерным рентгенологическим изменениям при псориатическом артрите относятся
	сочетание эрозий и костной пролиферации
	деформация по типу «карандаш в стакане»
	выраженный периартикулярный остеопороз
	хондрокальциноз
	анкилоз суставов
	остеолиз дистальных фаланг
570	У пациентки 52 лет ревматоидный артрит длительностью 8 месяцев. В течение 3 месяцев она получает метотрексат 25 мг/нед подкожно в сочетании с фолиевой кислотой. Приверженность лечению высокая. DAS28-СРБ снизился с 5,7 до 5,3. Выявлены высокопозитивные АЦЦП и единичные эрозии суставов кистей. Какова наиболее обоснованная дальнейшая тактика?
	Продолжить терапию метотрексатом без изменений еще в течение 6 месяцев
	Заменить метотрексат на длительную терапию глюкокортикоидами
	Добавить второй НПВП
	Добавить генно-инженерный биологический препарат к терапии метотрексатом
	Отменить метотрексат и назначить гидроксихлорохин в монотерапии
571	Пациент 48 лет с серопозитивным ревматоидным артритом получает метотрексат и ингибитор ФНО-α. В течение последних 12 месяцев сохраняется клиническая ремиссия. Пациент просит полностью отменить противоревматическую терапию. Какая тактика наиболее обоснованна?
	Одномоментно отменить метотрексат и ингибитор ФНО-α
	Отменить всю противоревматическую терапию и оставить только НПВП по требованию
	Заменить метотрексат и ингибитор ФНО-α низкими дозами системных глюкокортикоидов
	Рассмотреть постепенное снижение интенсивности противоревматической терапии при сохранении тщательного контроля активности заболевания
	Продолжать исходную терапию без возможности её уменьшения независимо от длительности ремиссии
572	Пациент 57 лет с рецидивирующей подагрой в течение 6 месяцев получает аллопуринол 300 мг/сут, переносимость хорошая. Приступы стали реже, однако уровень мочевой кислоты составляет 430 мкмоль/л. Функция почек сохранена. Какова наиболее обоснованная дальнейшая тактика?
	Продолжить аллопуринол 300 мг/сут независимо от уровня мочевой кислоты
	Отменить уратснижающую терапию, поскольку приступы стали реже
	Титровать дозу уратснижающей терапии до достижения целевого уровня мочевой кислоты
	Заменить аллопуринол на длительный прием колхицина
	Назначать аллопуринол только во время подагрических атак
573	У пациента 39 лет с псориатическим артритом выявлены синовиты 8 периферических суставов, дактилит II пальца стопы, повышение СРБ. Имеется клинически значимый псориаз кожи. Ранее БПВП не получал. Аксиального поражения нет. Какой препарат наиболее обоснован в качестве начальной болезнь-модифицирующей терапии?

	Метотрексат
	Лефлуномид
	Сульфасалазин
	Секукинумаб
	Апремиласт
574	У пациента с псориатическим артритом сохраняется активное аксиальное поражение, несмотря на адекватную терапию НПВП. Одновременно диагностирована активная болезнь Крона. Какой из перечисленных препаратов наиболее предпочтителен с учётом обоих заболеваний?
	Этанерцепт
	Адалimumаб
	Секукинумаб
	Устекинумаб
575	У пациента 31 года с активным аксиальным спондилоартритом имеются показания к назначению таргетной терапии. За последние два года он перенёс три эпизода острого переднего увеита. Какой из перечисленных препаратов наиболее предпочтителен с учётом рецидивирующего увеита?
	Этанерцепт
	Адалimumаб
	Секукинумаб
	Иксекизумаб
	Упацитиниб
576	У пациента с аксиальным спондилоартритом сохраняются выраженные боли и высокая субъективная активность заболевания после последовательной терапии ингибитором ФНО- α и ингибитором IL-17. СРБ в пределах нормы, при МРТ признаков активного воспаления не выявлено. Пациент также отмечает распространённую мышечно-скелетную боль, утомляемость и нарушения сна. Какая дальнейшая тактика наиболее обоснована?
	Назначить упацитиниб, расценивая сохраняющиеся симптомы как недостаточный ответ на предшествующую таргетную терапию
	Перейти на другой ингибитор ФНО- α
	Перейти на другой ингибитор IL-17
	Провести повторную оценку причин сохраняющихся симптомов, включая наличие невоспалительной боли и сопутствующих состояний, до очередной смены таргетной терапии
577	Пациентка 62 лет с остеоартритом коленных суставов жалуется на боль при ходьбе. ИМТ 34 кг/м ² , физическая активность минимальная. Признаков выраженного синовита нет. Какой подход должен составлять основу долгосрочного лечения?
	Постоянный прием системных глюкокортикоидов
	Ограничение физической активности для разгрузки суставов
	Немедленное назначение опиоидных анальгетиков
	Индивидуальная программа физических упражнений, обучение пациента и снижение массы тела
	Повторные внутрисуставные инъекции депо-глюкокортикоидов независимо от выраженности симптомов
578	У пациентки 42 лет впервые диагностирована системная склеродермия. Одышки и кашля нет, сатурация кислорода нормальная. Какой подход к выявлению интерстициального заболевания лёгких наиболее обоснован?
	Проводить КТ только при появлении одышки
	Ограничиться рентгенографией органов грудной клетки
	Выполнять только эхокардиографию

	Провести функциональное исследование лёгких и КТ высокого разрешения уже при установлении диагноза
	Обследование лёгких не требуется при отсутствии симптомов
579	У пациентки с диффузной системной склеродермией внезапно появились головная боль и повышение АД до 190/110 мм рт. ст. За неделю креатинин увеличился с 74 до 180 мкмоль/л, выявлены тромбоцитопения и признаки микроангиопатической гемолитической анемии. Какое лечение следует начать?
	Пульс-терапию метилпреднизолоном
	Циклофосфамид
	Блокатор рецепторов ангиотензина II вместо других препаратов
	Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента
	Только петлевой диуретик
580	Пациентка с ССД-ассоциированным интерстициальным заболеванием лёгких получает микофенолата мофетил. Несмотря на терапию, в течение года отмечено дальнейшее снижение ФЖЕЛ и увеличение объёма фибротических изменений по данным КТ. Какой препарат может быть добавлен с целью замедления дальнейшего снижения ФЖЕЛ?
	Гидроксихлорохин
	Колхицин
	Бозентан
	Нинтеданиб
	Апремиласт

Перечень практических заданий (2 этап)

- Оценка анамнеза и жалоб пациента с ревматическим заболеванием и (или) подозрением на ревматическое заболевание:
 - характеристика суставного синдрома;
 - выявление признаков воспалительной боли в спине;
 - выявление энтезита и дактилита;
 - оценка мышечных симптомов;
 - выявление синдрома Рейно;
 - выявление кожных, сосудистых и других внесуставных проявлений;
 - оценка семейного, инфекционного, лекарственного и эпидемиологического анамнеза;
 - выявление факторов риска развития и прогрессирования ревматических заболеваний.
- Оценка общего состояния и физического развития пациентов различного возраста с ревматическими заболеваниями:
 - оценка антропометрических показателей и физического развития;
 - оценка общего состояния и степени его тяжести;
 - оценка функциональных ограничений и способности к самообслуживанию;
 - выявление нарушений физического развития, обусловленных хроническим заболеванием и проводимой терапией.
- Оценка проведённого клинического обследования пациента с ревматическим заболеванием:
 - осмотра, пальпации и оценки объёма движений в суставах;
 - определения числа болезненных и припухших суставов;
 - выявления деформаций и функциональных нарушений суставов;
 - выявления энтезита и дактилита;
 - оценки подвижности позвоночника и крестцово-подвздошных суставов;
 - оценки экскурсии грудной клетки;

- оценки мышечной силы;
- выявления изменений кожи, слизистых оболочек и придатков кожи;
- выявления синдрома Рейно, дигитальной ишемии и других сосудистых проявлений;
- выявления признаков поражения внутренних органов при системных ревматических заболеваниях.

4. Расчёт и интерпретация показателей активности, тяжести и функционального состояния при ревматических заболеваниях:

- суставного статуса с определением числа болезненных и припухших суставов;
- DAS28, SDAI, CDAI при ревматоидном артрите;
- BASDAI, ASDAS, BASFI, BASMI при аксиальном спондилоартрите;
- DAPSA при псориатическом артрите;
- индексов активности системной красной волчанки;
- индексов активности системных васкулитов;
- индексов активности ювенильного идиопатического артрита;
- оценки функционального состояния пациента с использованием валидированных опросников и шкал.

5. Оценка результатов лабораторных методов обследования пациентов с ревматическими заболеваниями:

- клинического анализа крови;
- общего анализа мочи;
- исследования суточной протеинурии и количественной оценки протеинурии;
- биохимического анализа крови, включая показатели функции почек и печени, С-реактивный белок, мочевую кислоту, креатинкиназу и другие показатели мышечного повреждения;
- скорости оседания эритроцитов;
- ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду;
- антинуклеарных антител;
- антител к двуспиральной ДНК;
- антител к экстрагируемым ядерным антигенам;
- компонентов системы комплемента;
- антинейтрофильных цитоплазматических антител;
- антифосфолипидных антител;
- HLA-B27;
- лабораторных показателей, используемых для диагностики и оценки активности системных и аутовоспалительных заболеваний;
- результатов скрининговых исследований на туберкулёз, вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию и другие инфекции перед назначением иммуносупрессивной терапии.

6. Оценка результатов исследования синовиальной жидкости:

- макроскопических характеристик синовиальной жидкости;
- количества и состава клеточных элементов;
- признаков невоспалительного, воспалительного и септического характера синовиальной жидкости;
- результатов микробиологического исследования и окраски по Граму;
- результатов исследования в поляризационном микроскопе с выявлением кристаллов моноурата натрия и пирофосфата кальция;
- проведение дифференциальной диагностики артритов различного генеза по результатам исследования синовиальной жидкости.

7. Оценка результатов инструментальных методов исследования при ревматических заболеваниях:

- рентгенографии суставов и позвоночника;
- ультразвукового исследования суставов и околоуставных мягких тканей;
- магнитно-резонансной томографии суставов, позвоночника и крестцово-подвздошных суставов;
- компьютерной томографии суставов и позвоночника;
- компьютерной томографии органов грудной клетки при системных ревматических заболеваниях;
- капилляроскопии ногтевого ложа;
- двухэнергетической рентгеновской денситометрии;
- оценки риска остеопоротических переломов с использованием FRAX;
- эхокардиографии при системных ревматических заболеваниях;
- исследования функции внешнего дыхания и диффузионной способности лёгких;
- морфологического исследования тканей и органов при ревматических заболеваниях.

8. Демонстрация техники диагностической и лечебной пункции сустава на симуляторе:

- определение показаний и противопоказаний к артроцентезу;
- выбор доступа к суставу;
- подготовка пациента и необходимого инструментария;
- соблюдение правил асептики и антисептики;
- выполнение пункции сустава;
- определение объёма необходимых исследований полученной синовиальной жидкости;
- определение показаний и противопоказаний к внутрисуставному введению лекарственных препаратов;
- профилактика, выявление и тактика при возможных осложнениях процедуры.

9. Формулировка клинического диагноза ревматического заболевания в соответствии с современной классификацией и действующей Международной классификацией болезней:

- определение нозологической формы;
- оценка активности и стадии заболевания;
- характеристика поражения органов и систем;
- оценка функционального состояния;
- указание осложнений заболевания;
- учёт коморбидной патологии, влияющей на тактику ведения пациента.

10. Составление и обоснование плана ведения пациента с ревматическим заболеванием:

- определение целей лечения;
- назначение медикаментозной и немедикаментозной терапии;
- определение показаний к базисной противовоспалительной, генно-инженерной биологической и таргетной терапии;
- оценка показаний и противопоказаний к назначаемой терапии;
- определение необходимых обследований перед началом иммуносупрессивной терапии;
- составление плана мониторинга эффективности и безопасности лечения;
- определение показаний к вакцинопрофилактике;
- определение показаний и противопоказаний к медицинской реабилитации;
- составление плана динамического и диспансерного наблюдения;

– определение признаков временной и стойкой нетрудоспособности и показаний для направления на медико-социальную экспертизу.

11. Определение тактики врача-ревматолога при неотложных и потенциально жизнеугрожающих состояниях в ревматологии:

- септическом артрите;
- синдроме активации макрофагов;
- катастрофическом антифосфолипидном синдроме;
- склеродермическом почечном кризе;
- быстро прогрессирующем гломерулонефрите при системных заболеваниях соединительной ткани и системных васкулитах;
- диффузном альвеолярном кровотечении;
- угрожающем потерей зрения гигантоклеточном артериите;
- тяжёлом органном поражении при системной красной волчанке;
- тяжёлом системном васкулите с поражением жизненно важных органов;
- острых тяжёлых нежелательных реакциях, связанных с проведением противоревматической терапии.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Ревматология как клиническая дисциплина: предмет, задачи, современная классификация ревматических заболеваний.
2. Суставной синдром: основные клинические характеристики, методы обследования пациента и алгоритм синдромной диагностики.
3. Моноартрит: основные причины, диагностический алгоритм и принципы дифференциальной диагностики.
4. Олигоартрит: основные причины, диагностический алгоритм и принципы дифференциальной диагностики.
5. Полиартрит: основные причины, клинические варианты и принципы дифференциальной диагностики.
6. Воспалительное и невоспалительное поражение суставов: клинические особенности и принципы дифференциальной диагностики.
7. Боль в нижней части спины: основные клинические синдромы, диагностический алгоритм и принципы дифференциальной диагностики.
8. Воспалительная боль в спине: клинические признаки и дифференциальная диагностика.
9. Синдром Рейно: классификация, патогенез, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
10. Проксимальная мышечная слабость: основные причины и алгоритм дифференциальной диагностики.
11. Лихорадка при ревматических заболеваниях: основные причины и дифференциальная диагностика с инфекционными, онкологическими и другими заболеваниями.
12. Иммунологическая диагностика в ревматологии: современные возможности, показания к исследованию, диагностическая чувствительность и специфичность основных лабораторных маркеров.
13. Исследование синовиальной жидкости: показания, основные характеристики и дифференциально-диагностические признаки при артритах различного генеза.

14. Инструментальные методы диагностики ревматических заболеваний: возможности и диагностическая значимость рентгенографии, ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии.
15. Морфологические методы диагностики ревматических заболеваний: показания к применению, диагностические возможности и характерные морфологические изменения.
16. Клиническое исследование позвоночника: оценка подвижности позвоночника и крестцово-подвздошных суставов, интерпретация результатов.
17. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей: классификация, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
18. Заболевания околосуставных мягких тканей плечевого сустава: клинические варианты, диагностика и принципы лечения.
19. Медицинская реабилитация пациентов с ревматическими заболеваниями: основные принципы, методы и критерии эффективности.
20. Диспансерное наблюдение и медицинская экспертиза пациентов с ревматическими заболеваниями: основные принципы и задачи.
21. Ревматоидный артрит: эпидемиология, этиология, патогенез и факторы риска развития заболевания.
22. Ревматоидный артрит: классификация, клинические проявления и основные варианты течения.
23. Ревматоидный артрит: характеристика суставного синдрома, поражение околосуставных структур и формирование деформаций суставов.
24. Ревматоидный артрит: внесуставные проявления, их диагностика и прогностическое значение.
25. Ревматоидный артрит: классификационные критерии и алгоритм ранней диагностики.
26. Ревматоидный артрит: лабораторная и инструментальная диагностика, оценка структурного повреждения суставов.
27. Ревматоидный артрит: оценка активности заболевания, функционального состояния и факторов неблагоприятного прогноза.
28. Ревматоидный артрит: дифференциальная диагностика с другими воспалительными и невоспалительными заболеваниями суставов.
29. Ревматоидный артрит: современные принципы лечения, стратегия Treat-to-Target и критерии достижения терапевтической цели.
30. Ревматоидный артрит: оценка эффективности и безопасности лечения, профилактика осложнений и динамическое наблюдение.
31. Спондилоартриты: этиология, патогенез, классификация и общие клинические проявления.
32. Аксиальный спондилоартрит: клинические проявления, классификационные критерии и диагностический алгоритм.
33. Анкилозирующий спондилит: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
34. Аксиальный спондилоартрит: оценка активности заболевания, функционального состояния и дифференцированный подход к терапии.
35. Аксиальный спондилоартрит: методы визуализации крестцово-подвздошных суставов и позвоночника, интерпретация результатов.
36. Аксиальный спондилоартрит: периферический артрит, энтезит и дактилит, их клиническое и диагностическое значение.
37. Аксиальный спондилоартрит: внескелетные проявления, их диагностика и влияние на лечебную тактику.

38. Спондилоартриты, ассоциированные с воспалительными заболеваниями кишечника: клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
39. Псориатический артрит: патогенез, клинические проявления и основные клинические домены заболевания.
40. Псориатический артрит: периферическое и аксиальное поражение, энтезит и дактилит, их диагностическое значение.
41. Псориатический артрит: классификационные критерии, диагностика и дифференциальная диагностика.
42. Псориатический артрит: оценка активности заболевания и современные принципы дифференцированной терапии.
43. Реактивный артрит: этиология, патогенез и клинические проявления.
44. Реактивный артрит: диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
45. Септический артрит: этиология, факторы риска, клинические проявления, диагностика и принципы неотложного лечения.
46. Гонококковый артрит: факторы риска, клинические проявления диссеминированной гонококковой инфекции, диагностика и принципы лечения.
47. Острая ревматическая лихорадка: этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение и вторичная профилактика.
48. Микрористаллические артриты: классификация, патогенез, основные клинические формы и общие принципы диагностики.
49. Подагра: этиология, факторы риска, клинические проявления и диагностика.
50. Подагра: принципы лечения острого артрита, уратснижающей терапии и профилактики обострений.
51. Артрит, ассоциированный с депонированием кристаллов пирофосфата кальция: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
52. Остеоартрит: факторы риска, патогенез, классификация и клинические проявления.
53. Остеоартрит: диагностика, дифференциальная диагностика и современные принципы комплексного лечения.
54. Остеопороз: классификация, факторы риска, диагностика и оценка риска остеопоротических переломов.
55. Остеопороз: дифференциальная диагностика первичных и вторичных форм, принципы профилактики и лечения.
56. Дегенеративные заболевания позвоночника: факторы риска, клинические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика.
57. Фибромиалгия: патогенез, клинические проявления, диагностические критерии, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
58. Асептический некроз головки бедренной кости: этиология, факторы риска, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
59. Системная красная волчанка: эпидемиология, этиология, патогенез и клинический полиморфизм заболевания.
60. Системная красная волчанка: классификационные критерии и алгоритм диагностики.
61. Системная красная волчанка: поражение кожи, слизистых оболочек и опорно-двигательного аппарата.
62. Системная красная волчанка: поражение почек, диагностика и показания к морфологическому исследованию.
63. Волчаночный нефрит: морфологическая классификация, оценка активности и хронического повреждения, принципы лечения и мониторинга.

64. Системная красная волчанка: поражение центральной и периферической нервной системы, диагностика и дифференциальная диагностика.
65. Системная красная волчанка: сердечно-сосудистые и легочные проявления, диагностика и принципы лечения.
66. Системная красная волчанка: гематологические проявления, диагностика и дифференциальная диагностика.
67. Системная красная волчанка: иммунологическая диагностика и клиническое значение основных аутоантител и компонентов комплемента.
68. Системная красная волчанка: оценка активности заболевания и необратимого органного повреждения.
69. Системная красная волчанка: дифференциальная диагностика с другими системными заболеваниями соединительной ткани, инфекционными и онкологическими заболеваниями.
70. Системная красная волчанка: современные принципы лечения с учетом активности и характера органного поражения.
71. Антифосфолипидный синдром: клинические проявления, классификационные критерии, лабораторная диагностика и дифференциальная диагностика.
72. Антифосфолипидный синдром: принципы лечения и профилактики тромботических и акушерских осложнений. Катастрофический антифосфолипидный синдром.
73. Системная склеродермия: этиология, патогенез, классификация и основные клинические формы.
74. Системная склеродермия: ранние клинические проявления, классификационные критерии и диагностический алгоритм.
75. Системная склеродермия: поражение кожи и опорно-двигательного аппарата, клиническая оценка и диагностическое значение.
76. Системная склеродермия: синдром Рейно, дигитальная васкулопатия и другие сосудистые проявления, диагностика и принципы лечения.
77. Системная склеродермия: интерстициальное заболевание легких, скрининг, диагностика, оценка прогноза и принципы лечения.
78. Системная склеродермия: легочная гипертензия, скрининг, диагностика и принципы лечения.
79. Системная склеродермия: поражение сердца, клинические проявления, диагностика и принципы ведения.
80. Системная склеродермия: поражение почек и склеродермический почечный криз, факторы риска, диагностика и принципы лечения.
81. Системная склеродермия: поражение желудочно-кишечного тракта, диагностика и принципы лечения.
82. Системная склеродермия: дифференциальная диагностика со склеродермоподобными заболеваниями и состояниями.
83. Системная склеродермия: современные принципы орган-ориентированной терапии, оценка прогноза и динамическое наблюдение.
84. Идиопатические воспалительные миопатии: классификация, патогенез и основные клинические варианты.
85. Дерматомиозит: клинические проявления, диагностика и классификационные критерии.
86. Идиопатические воспалительные миопатии: дифференциальная диагностика с неврологическими, эндокринными, метаболическими и лекарственно-индуцированными миопатиями.
87. Идиопатические воспалительные миопатии: интерстициальное заболевание легких, миозит-специфические антитела и их прогностическое значение.

88. Идиопатические воспалительные миопатии: современные принципы лечения, оценка эффективности терапии и динамическое наблюдение.
89. Болезнь Шегрена: этиология, патогенез, клинические проявления и диагностика.
90. Болезнь Шегрена: системные проявления, дифференциальная диагностика, факторы неблагоприятного прогноза и принципы лечения.
91. Перекрестные синдромы системных заболеваний соединительной ткани: основные клинические варианты, диагностические подходы и принципы лечения.
92. Диффузный эозинофильный фасциит: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
93. Рецидивирующий полихондрит: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
94. Панникулиты: классификация, клинические проявления, диагностический алгоритм и дифференциальная диагностика в практике врача-ревматолога.
95. Системные васкулиты: современная классификация, основные патогенетические механизмы и общие принципы диагностики и лечения.
96. Гигантоклеточный артериит: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
97. Ревматическая полимиалгия: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
98. Артериит Такаясу: патогенез, клинические проявления, диагностика, оценка активности и принципы лечения.
99. Узелковый полиартериит: этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
100. АНЦА-ассоциированные системные васкулиты: классификация, патогенез, диагностические принципы и клиническое значение АНЦА.
101. Гранулематоз с полиангиитом: патогенез, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
102. Микроскопический полиангиит: патогенез, клинические проявления, морфологическая картина, диагностика и принципы лечения.
103. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
104. IgA-васкулит: клинические проявления, диагностика, оценка поражения почек и принципы лечения.
105. Криоглобулинемический васкулит: классификация, этиология, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
106. Болезнь Бехчета: этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
107. АНЦА-ассоциированные системные васкулиты: оценка тяжести заболевания, принципы индукционной и поддерживающей терапии, оценка эффективности и безопасности лечения.
108. Ювенильный идиопатический артрит: классификация, клинические варианты, диагностика и общие принципы лечения.
109. Олигоартикулярный ювенильный идиопатический артрит: клинические проявления, диагностика, риск развития увеита и принципы динамического наблюдения.
110. Полиартикулярный ювенильный идиопатический артрит: клинические проявления, диагностика, оценка активности и принципы лечения.
111. Системный ювенильный идиопатический артрит: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.

112. Синдром активации макрофагов: клинические и лабораторные проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы неотложного лечения.
113. Энтезит-ассоциированный артрит: клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
114. Ювенильный псориатический артрит: клинические проявления, диагностика и принципы лечения.
115. Ювенильный дерматомиозит: клинические проявления, диагностика, оценка активности и принципы лечения.
116. Системная красная волчанка у детей и подростков: особенности клинических проявлений, диагностики, течения и лечения.
117. Периодическая болезнь: этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, осложнения и принципы лечения.
118. Вакцинация пациентов с ревматическими заболеваниями на фоне иммуносупрессивной терапии.
119. Беременность при ревматических заболеваниях: планирование, оценка материнских и фетальных рисков, принципы ведения.
120. Применение противоревматических препаратов при беременности и грудном вскармливании.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Пациент А., 25 лет, обратился в приёмное отделение с жалобами на лихорадку непостоянного типа с ознобом, потливостью, боль в животе приступообразного характера, неустойчивый стул.

Из анамнеза заболевания: с 10 лет периодически (1 раз в 3-4 месяца) отмечает повышение температуры тела до 38,5-40,0 °С без катаральных проявлений с самостоятельным разрешением в течение 3-4 дней и периодами относительного благополучия. Не лечился. Последние 3 года приступы лихорадки участились до 4 раз в месяц, сопровождались сильной болью в животе и жидким стулом до 7-10 раз за сутки. С острой болью в животе неоднократно госпитализирован по СМП с подозрением на острый аппендицит, однако диагноз не подтверждался. Со слов пациента, подобные пароксизмы лихорадки с болью в животе наблюдались у брата и дяди. Настоящее ухудшение в день поступления, когда вновь появилась разлитая боль в животе, повышение температуры до 39,6 °С, осмотрен хирургом (острая хирургическая патология исключена), инфекционистом (данных за острую инфекционную патологию нет). Госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «Лихорадка неясной этиологии».

Анамнез жизни: в Россию приехал из Йемена 8 месяцев назад, студент, проживает в общежитии.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Кожный покров чистый, сыпи нет. Температура тела 37,7 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В ротоглотке слизистая розового цвета, миндалины не выступают за небные дужки, налетов нет. Над легкими справа в нижних отделах дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен. ЧСС 76 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот резко болезненный при пальпации, напряжён. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Однократно был кашицеобразный стул. Печень у края правой реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Клинический анализ крови: лейкоциты – $15,8 \times 10^9/\text{л}$; нейтрофилы: палочкоядерные – 5%, сегментоядерные – 60%; эозинофилы – 3%, моноциты – 10%, лимфоциты – 22%. Отмечаются вакуолизация цитоплазмы нейтрофилов (+), токсигенная зернистость. СОЭ – 38 мм/ч; эритроциты – $4,95 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин – 131 г/л; тромбоциты – $394 \times 10^9/\text{л}$.

Общий анализ мочи: следы белка, эпителий плоский 2-3 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости – патологии нет.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без дополнительных очаговых теней. Корни структурны. Тень сердца не расширена. Небольшой правосторонний плевральный выпот.

УЗИ брюшной полости: признаки хронического холецистита.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №2

Пациентка Б., 35 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 37,7 °С преимущественно во второй половине дня, острую боль в области левого уха, снижение слуха слева, двоение в глазах, гнойные выделения из носа, боль и припухлость правого коленного сустава, геморрагические высыпания на коже обеих стоп, общую слабость.

Анамнез заболевания: указанные жалобы беспокоят в течение нескольких месяцев. Самостоятельно принимала нимесулид с незначительным эффектом в виде снижения температуры тела. В связи с сохраняющимся субфебрилитетом и появлением геморрагических высыпаний на коже обеих стоп обратилась к терапевту в поликлинику по месту жительства.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – 37,5 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. На коже обеих стоп имеются геморрагические высыпания (см. рисунок 1). Правый коленный сустав припухший, болезненный при пальпации; определяется выпот в полость сустава. ЧДД – 19 в минуту. В лёгких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 96 уд/мин, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края правой рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 101 г/л, лейкоциты – $12,6 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $396 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 38 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,012; белок – 0,4 г/л; изменённые эритроциты – 10 в поле зрения; лейкоциты – 2–3 в поле зрения; цилиндры не обнаружены.

Аудиометрия: двусторонняя сенсоневральная тугоухость.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: см. рисунок 2.



Рис. 1. Высыпания на коже стоп пациентки Б., 35 лет



Рис. 2. Рентгенография легких в прямой проекции пациентки Б., 35 лет.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №3

Пациентка П., 72 года, предъявляет жалобы на упорную головную боль в лобной области, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ в течение более 2 месяцев, снижение массы тела на 5 кг за указанный период, общую слабость, боль в мышцах, коленных и голеностопных суставах.

Анамнез заболевания: впервые отметила появление головной боли около полугода назад. Боль сразу приобрела стойкий, интенсивный характер с локализацией в лобной области. За медицинской помощью не обращалась, связывала появление боли с повышением артериального давления. Около 2 месяцев назад в связи с ухудшением общего самочувствия отметила повышение температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$. В последующем субфебрильная температура сохранялась до момента обращения. В это же время ухудшился аппетит. Масса тела снизилась на 5 кг. Появилась боль в коленных и голеностопных суставах, а также в области плечевого и тазового пояса, в том числе в ночное время. Появилась утренняя скованность продолжительностью до 1 часа.

Анамнез жизни: страдает артериальной гипертензией в течение 10 лет. Принимает лозартан 50 мг/сут и метопролола сукцинат 50 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – 37,3 °С. Кожный покров обычной окраски и влажности. Отмечается болезненность кожи волосистой части головы при прикосновении. Височные артерии уплотнены, болезненны при пальпации, их пульсация ослаблена. Периферических отёков нет. Область коленных и голеностопных суставов визуально не изменена, отмечается болезненность при их пальпации. Выявляется болезненность мышц плечевого и тазового пояса. Встаёт со стула с помощью рук. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС – 80 уд/мин, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $398 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,4 \times 10^9/л$, СОЭ – 48 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция кислая, прозрачность полная; лейкоциты – 4–5 в поле зрения; эритроциты и белок отсутствуют.



Рис. 1. Внешний вид пациентки П., 72 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №4

Пациент П., 18 лет, предъявляет жалобы на зудящие высыпания на голених, бёдрах, туловище и верхних конечностях, боль в коленных и голеностопных суставах.

Анамнез заболевания: 2 недели назад появилась боль в горле. Через неделю присоединилась мигрирующая боль в коленных и голеностопных суставах. Спустя 3–4 дня появилась симметричная геморрагическая сыпь в области голених и стоп, сопровождающаяся зудом, с постепенным распространением на бёдра. Отмечает усиление сыпи после длительной ходьбы.

При осмотре: состояние удовлетворительное. При осмотре полости рта миндалины увеличены, рыхлые; отмечается гиперемия задней стенки глотки. На кожном покрове стоп, голених и бёдер, а также верхних конечностей и туловища определяется геморрагическая сыпь по типу пальпируемой пурпуры, преимущественно выраженная на нижних конечностях. Отёков нет. Коленные и голеностопные суставы внешне не изменены, движения в полном объёме, безболезненные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 80 уд/мин. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 305×10^9 /л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 34 мм/ч.

Общий анализ мочи: реакция кислая, прозрачность полная; лейкоциты – 4-5 в поле зрения, эритроциты – 5-7 в поле зрения, белок – 0,12 г/л.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 1500/мл, эритроциты – 9200/мл, гиалиновые цилиндры – 100/мл.

Биохимический анализ крови: СРБ – 24 мг/л, креатинин – 82 мкмоль/л, мочевины – 7,8 ммоль/л, АЛТ – 40 Ед/л, АСТ – 34 Ед/л, глюкоза – 4,4 ммоль/л.

Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор – 56 МЕ/мл, АСЛ-О – 280 Ед/мл.

Коагулограмма: АЧТВ – 35 с, МНО – 1,1.



Рис. 1. Внешний вид пациента П., 18 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №5

Пациент Л., 32 года, обратился в клинику с жалобами на сердцебиение, сохраняющуюся слабость в левых конечностях.

Анамнез заболевания: с 15-летнего возраста отмечает эпизоды побеления и посинения пальцев кистей и стоп при воздействии холода, а также периодическое появление сетчатого рисунка кожи на конечностях и туловище. Два года назад перенёс тромбоз глубоких вен левой нижней конечности, в связи с чем принимал ривароксабан в течение 1 года. Шесть месяцев назад перенёс транзиторную ишемическую атаку, 3 месяца назад — острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии. После перенесённого ОНМК сохраняются моторная афазия и слабость в левых конечностях.

В течение последних 2 лет отмечает повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст. Регулярную антигипертензивную терапию не получает. Принимает ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Моторная афазия. На кожном покрове туловища, ягодиц, верхних и нижних конечностей определяется стойкий сетчатый рисунок синюшно-багрового цвета с крупными неправильными разорванными кольцами — крупнопетлистое сетчатое ливедо (*livedo racemosa*). Отмечается акроцианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС — 96 уд/мин. АД — 160/95 мм рт. ст. Печень и селезёнка не увеличены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Суставы визуально не изменены, движения в полном объёме, безболезненные.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 122 г/л, лейкоциты — $9,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты — $89 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 46 мм/ч.

Антитела к двуспиральной ДНК — отрицательные. Волчаночный антикоагулянт — положительный, 2,4 усл. ед. (референсный интервал 0,8–1,2 усл. ед.).

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1,010; белок — 0,43 г/л; лейкоциты — 5-7 в поле зрения; эритроциты — 0-2 в поле зрения.



Рис. 1. Внешний вид пациента Л. 32 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №6

Пациентка Ю., 55 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в плечевых и лучезапястных суставах, отёк кистей, зябкость, онемение и изменение окраски кончиков пальцев кистей и стоп, затруднение глотания твёрдой пищи, сухость во рту, одышку при умеренной физической нагрузке.

Анамнез заболевания: считает себя заболевшей около 15 лет назад, когда впервые отметила эпизоды изменения окраски пальцев кистей при воздействии холода. Наблюдалась у ревматолога с диагнозом «синдром Рейно». Периодически, преимущественно в холодное время года, отмечала появление длительно не заживающих дигитальных язв на кончиках пальцев кистей. Госпитализирована для дообследования.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Масса тела – 73 кг, рост – 168 см. Кожный покров бледный, сухой. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Отмечается симметричное уплотнение кожи пальцев кистей. В области II-IV пястно-фаланговых суставов определяются плотные подкожные узелковые образования. На кончиках пальцев кистей имеются дигитальные рубчики. Красная кайма губ истончена, ротовая апертура уменьшена. На лице и ладонях определяются единичные телеангиэктазии. Отмечается болезненность при пальпации лучезапястных и пястно-фаланговых суставов. Пастозность стоп. В лёгких дыхание жёсткое; в нижних отделах с обеих сторон выслушивается крепитация. ЧДД – 18 в минуту. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, на верхушке выслушивается систолический шум. АД – 140/90 мм рт. ст. ЧСС – 84 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул регулярный, оформленный.

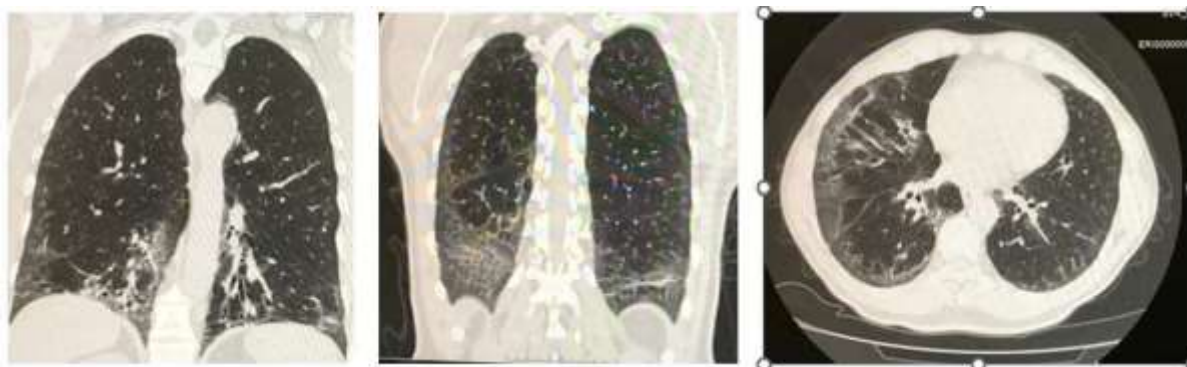
Клинический анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; эритроциты – $4,15 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $8,4 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 52%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 42%, моноциты – 2%; тромбоциты – $232 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: мочевины – 7,8 ммоль/л; креатинин – 110 мкмоль/л; триглицериды – 1,78 ммоль/л; общий холестерин – 4,8 ммоль/л; СРБ – 10,6 мг/л.

Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор – 210 МЕ/мл; АНФ на HEp2 – 1:5120; антитела к двуспиральной ДНК не обнаружены; антитела к топоизомеразе I (Scl-70) не обнаружены; антицентромерные антитела – положительные.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. Электрическая ось сердца расположена нормально. ЧСС – 68 уд/мин.

На приём пациентка принесла диск с записью КТ органов грудной клетки (см. рисунок 1).



Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №7

Пациент Ж., 47 лет, поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющую боль в плюснефаланговых суставах обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающуюся к утру и при движении, ограничение объёма движений, периодическую отёчность голеней и стоп, повышение АД до 160/110 мм рт. ст., ноющую боль в правой поясничной области.

Работает в офисе, ведёт малоподвижный образ жизни. Диету не соблюдает. Наследственный анамнез: мать пациента, 70 лет, страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2-го типа; отец умер в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда.

Анамнез заболевания: заболевание дебютировало 5 лет назад, когда впервые в ночное время появились гиперемия и отёк в области I плюснефалангового сустава левой стопы, сопровождавшиеся интенсивной болью, температура тела повысилась до 38,2 °С. Болевой синдром не купировался приёмом парацетамола. За медицинской помощью пациент не обращался, самостоятельно принимал нимесулид с положительным эффектом. В течение 2-3 суток отмечался полный регресс припухлости и боли в суставе.

Второй приступ заболевания возник примерно через 1 год с вовлечением правого голеностопного сустава. При обследовании выявлены повышение СОЭ до 52 мм/ч, гиперфибриногенемия – 6,88 г/л, гиперурикемия – мочевая кислота 546 мкмоль/л, гиперхолестеринемия – общий холестерин 7,2 ммоль/л; липидные фракции не исследовались. Глюкоза крови натощак – 6,0 ммоль/л. На рентгенограмме правого голеностопного сустава патологических изменений не выявлено. Был назначен индометацин в дозе 150 мг/сут, на фоне приёма которого болевой синдром регрессировал.

В дальнейшем пациент отметил увеличение частоты приступов артрита до 3-4 раз в год. В течение последних 3 лет отмечает эпизоды повышения АД и почечной колики на фоне мочекаменной болезни.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,7 °С. Рост – 172 см, масса тела – 94 кг, окружность талии – 107 см. Кожный покров бледный, сухой. Отмечается деформация голеностопных суставов, более выраженная справа, и I плюснефаланговых суставов обеих стоп. Кожный покров над суставами не изменён, локальной гипертермии нет. Движения в суставах болезненны, ограничены. На обеих кистях определяются округлые малоболезненные образования размером до 1 см в диаметре; на внутренней поверхности правой стопы – округлые образования размером до 3 см в диаметре (рисунки 1 и 2). Определяется продольно-поперечное плоскостопие. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС – 88 уд/мин. АД – 160/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края правой рёберной дуги. Периферических отёков нет.



Рис. 1. Кисть пациента Ж., 47 лет



Рис. 2. Стопа пациента Ж., 47 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №8

Пациент А., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на боль и скованность в шейном и поясничном отделах позвоночника, уменьшающиеся после физической активности.

Анамнез заболевания: впервые боль в нижней части спины появилась 8 лет назад. Обследовался у невролога. При МРТ поясничного отдела позвоночника были выявлены небольшие костные разрастания по задней поверхности тел L2-L5 позвонков, артроз фасеточных суставов. На протяжении нескольких лет наблюдался с диагнозом «Пояснично-крестцовый остеохондроз». Периодически принимал НПВП, миорелаксанты и витамины группы В с положительным эффектом. В возрасте 25 лет перенёс иридоциклит. В последние месяцы отметил увеличение продолжительности утренней скованности и усиление боли в поясничном и грудном отделах позвоночника.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожный покров физиологической окраски. Видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Периферических отёков нет. Экссудативных изменений в суставах не выявлено. Отмечаются сглаженность поясничного лордоза и напряжение паравертебральных мышц. Выявляется болезненность при пальпации остистых отростков и по паравертебральным линиям в грудном и

поясничном отделе позвоночника. Симптом Кушелевского положительный. Симптом Томайера – 23 см. Модифицированная проба Шобера – увеличение расстояния на 2 см. Экскурсия грудной клетки – 2 см. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. АД – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 68 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 132 г/л; эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; гематокрит – 45%; лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 1%; сегментоядерные нейтрофилы – 60%; лимфоциты – 29%; моноциты – 8%; эозинофилы – 2%; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 77 г/л; альбумин – 52,1 г/л; КФК – 24 Ед/л; ЛДГ – 101 Ед/л; общий билирубин – 6,4 мкмоль/л; АЛТ – 17 Ед/л; АСТ – 32 Ед/л; ЩФ – 41 Ед/л; креатинин – 69 мкмоль/л; мочевины – 5,8 ммоль/л; мочевая кислота – 281 мкмоль/л; общий холестерин – 4,6 ммоль/л; СРБ – 15,3 мг/л.

Пациент принёс результаты рентгенографии крестцово-подвздошных суставов (рисунок 1), МРТ крестцово-подвздошных суставов (рисунки 2), а также МРТ поясничного и грудного отделов позвоночника (рисунок 3).



Рис. 1. Рентгенография крестцово-подвздошных суставов пациента А., 35 лет

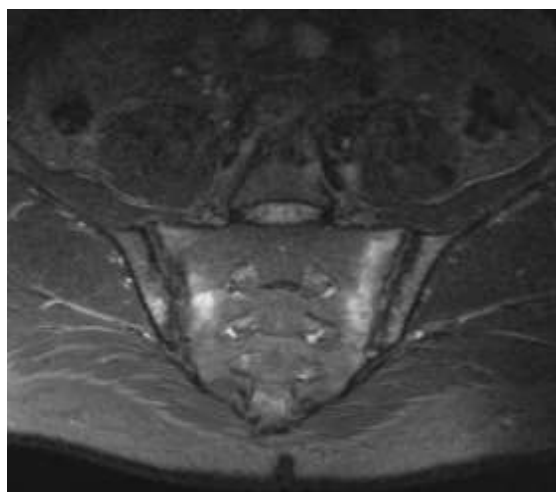


Рис. 2. МРТ крестцово-подвздошных сочленений пациента А., 35 лет, STIR-режим



Рис. 3. МРТ поясничного и грудного отделов позвоночника пациента А., 35 лет, STIR-режим

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №9

Пациентка Ш., 33 лет, обратилась в клинику с жалобами на выраженную боль и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов, боль в области височно-нижнечелюстных суставов при жевании, утреннюю скованность, сохраняющуюся до 14-15 часов, снижение массы тела на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость.

Анамнез заболевания: около 7 месяцев назад впервые возникла боль в суставах кистей и лучезапястных суставах, позднее – в коленных суставах. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала диклофенак или нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приёма указанных препаратов появилась боль в эпигастральной области и изжога.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела – 37,6 °С. Кожный покров бледный. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Изменения суставов кистей представлены на рисунке 1. В области левого локтевого сустава определяются два плотных подкожных узелковых образования размером 0,5 × 0,5 см. Коленные суставы деформированы за счёт экссудативных изменений. Отмечается локальное повышение температуры кожного покрова над коленными суставами. Симптом баллотирования надколенника положительный с обеих сторон. В лёгких дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС – 80 уд/мин. АД – 134/82 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной и пилорoduodenальной областях. Печень и селезёнка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 86,4 г/л; лейкоциты – $9,1 \times 10^9$ /л; тромбоциты – 217×10^9 /л; СОЭ (по Вестергрену) – 76 мм/ч.

Электрофорез белков сыворотки крови: альбумин – 43,7%; α_1 -глобулины – 4,9%; α_2 -глобулины – 12,8%; β -глобулины – 12,4%; γ -глобулины – 26,2%.

СРБ – 54,7 мг/л. Ревматоидный фактор – 22,1 Ед/л (референсный интервал 0–40 Ед/л). Сывороточное железо – 6,2 мкмоль/л.

Рентгенография кистей: околоуставной остеопороз, единичные кистовидные просветления в эпифизах II-III пястных костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV пястно-фаланговых суставов слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа.

ЭГДС: выраженная гиперемия слизистой оболочки антрального отдела желудка, три эрозии; складки слизистой оболочки утолщены.



Рис. 1. Внешний вид кистей пациентки Ш., 33 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №10

Пациентка Т., 65 лет, предъявляет жалобы на постоянную ноющую боль в мелких суставах кистей, усиливающуюся после физической нагрузки и к концу дня, ограничение движений пальцев кистей, утреннюю скованность продолжительностью 20–30 минут, боль в коленных суставах.

Анамнез заболевания: указанные жалобы беспокоят около года. Периодически применяет местные формы НПВП с кратковременным положительным эффектом. Со слов пациентки, у матери и бабушки имелись аналогичные «узелки» на пальцах кистей.

Анамнез жизни: работает в архиве. Из хронических заболеваний: артериальная гипертензия 2 степени, II стадии, риск 3; ожирение II степени; нарушение толерантности к глюкозе. Регулярно принимает периндоприл 5 мг утром и амлодипин 5 мг вечером.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров чистый, сухой. Отёков нет. В области II–V дистальных и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей определяются узелковые образования. Пальпация II и IV дистальных межфаланговых суставов правой кисти и III дистального межфалангового сустава левой кисти болезненна. Экссудативных изменений в суставах не выявлено. Отмечается вальгусная деформация I пальцев обеих стоп (hallux valgus). Определяется варусная деформация обоих коленных суставов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 74 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л; лейкоциты – $6,2 \times 10^9$ /л; СОЭ – 20 мм/ч.

Иммунологическое исследование крови: ревматоидный фактор – 20 МЕ/мл; С-реактивный белок – 8 мг/л.

Инструментальные исследования: рентгенограмма обеих кистей представлена на рисунке 1.



Рис. 1. Рентгенограмма кистей пациентки Т., 65 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №11

Пациентка В., 75 лет, предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, мелких суставах кистей и коленных суставах, особенно выраженную при первых движениях после периода покоя, утреннюю скованность продолжительностью около 30 минут.

Анамнез заболевания: боль в суставах беспокоит более 10 лет. Периодически принимала диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время стала отмечать затруднения при одевании, принятии душа, подъёме и спуске по лестнице из-за боли в суставах.

Хронические заболевания: около 10 лет отмечает повышение АД до 180/110 мм рт. ст. Пять лет назад перенесла инфаркт миокарда, выполнено стентирование огибающей ветви левой коронарной артерии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров нормальной окраски и влажности. Отмечается варикозное расширение вен нижних конечностей, пастозность голеней. Масса тела – 96 кг, рост – 162 см. В области II-V дистальных межфаланговых и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей определяются узелковые образования. Коленные суставы деформированы за счёт умеренных экссудативных изменений. При движениях в коленных суставах определяется крепитация. Объём движений сохранён, пальпация и движения умеренно болезненны. Отмечается болезненность при пальпации паравертебральных точек в поясничном отделе позвоночника. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 86 уд/мин. АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

В анализах крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $7,7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 15 мм/ч. СРБ – 10 мг/л; ревматоидный фактор – отрицательный.

Инструментальные исследования: рентгенограммы коленных суставов, грудного и поясничного отделов позвоночника представлены на рисунках 1 и 2.



Рис. 1. Рентгенограмма коленных суставов в прямой проекции пациентки В., 75 лет



Рис. 2. Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника в боковой проекции пациентки В., 75 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №12

Пациент Г., 35 лет, поступил с жалобами на интенсивную боль в левом коленном и левом голеностопном суставах, слабость, потливость, повышение температуры тела до 39 °С, резь и покраснение глаз, слезотечение.

Анамнез заболевания: около месяца назад появились боль и резь при мочеиспускании, температура тела повысилась до 39 °С. Лечился у уролога, принимал доксициклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней с положительным эффектом. Примерно в это же время появились резь и покраснение глаз. Около недели назад возникла боль в левом голеностопном суставе, затем присоединились боль и припухлость левого коленного сустава, возобновилась лихорадка. Принимал НПВП с незначительным эффектом.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела – 37,5 °С. Кожный покров бледный, чистый. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Отмечается гиперемия конъюнктивы обоих глаз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Левый коленный и левый голеностопный суставы припухшие, кожный покров над ними гиперемирован, отмечается локальное повышение температуры; пальпация и движения болезненны. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, лейкоциты – $11,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 37 мм/ч.

Бактериологический анализ крови: роста микроорганизмов не получено.

Общий анализ мочи: эритроциты – 5-7 в поле зрения, лейкоциты – 25-30 в поле зрения, белок отсутствует.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №13

Пациент Ф., 65 лет, доставлен в клинику по экстренным показаниям в тяжелом состоянии с выраженной тотальной мышечной слабостью до степени обездвиженности, болью в мышцах плечевого и тазового пояса, нарушением глотания.

Анамнез заболевания: заболел остро за 2 месяца до госпитализации, когда появились лихорадка до 38,5°С, общая слабость, поражение кожи в виде эритемы с локализацией на шее, груди, животе. В дальнейшем продолжала нарастать мышечная слабость преимущественно в проксимальных, а затем и в дистальных отделах конечностей, сгибателях мышц шеи, нарушился акт глотания, появилась гнусавость голоса.

В анамнезе жизни – оба родителя умерли в возрасте до 50 лет от онкологических заболеваний.

При осмотре состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 78 кг. Положение пассивное. Самостоятельно не передвигается, себя не обслуживает. Кожа сухая, на эритематозном фоне явления чешуйчатого дерматита; эритематозные пятна до 10 мм в диаметре в области ушных раковин и на груди. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум во всех точках аускультации. АД 95/60 мм рт. ст. ЧСС 88 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 91 г/л, тромбоциты – 94×10^9 /л, другие показатели без отклонений от нормы, СОЭ – 26 мм/час.

Биохимический анализ крови: КФК 4660 – ЕД/л, ЛДГ – 7880 ЕД/л, АЛТ – 678 ЕД/л, АСТ – 2236 ЕД/л, общий белок – 48,4 г/л.

Общий анализ мочи: протеинурия до 0,5 г/л, миоглобинурия (+).

Рентгенография органов грудной клетки: без признаков очаговых инфильтративных изменений.

Эхокардиография: диффузный гипокинез стенок левого желудочка, фракция выброса - 46% по Simpson, диастолическая дисфункция II типа.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.

2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №14

Пациентка В., 68 лет, поступила с жалобами на боль в икроножных мышцах, затрудняющую передвижение, мышцах плечевого пояса, тазобедренных и коленных суставах, повышенную сонливость в дневное время, отёчность лица, постоянное ощущение зябкости кистей, сухость и появление трещин на кончиках пальцев кистей, шелушение кожи на стопах, невнятность речи, снижение памяти.

Анамнез заболевания: ухудшение самочувствия стала отмечать около 3 лет назад, преимущественно в осенне-весенний период, когда появились немотивированная общая слабость, недомогание, диспепсические проявления в виде тяжести в эпигастральной области, вздутия живота и отрыжки. Амбулаторно выполнены ультразвуковое исследование щитовидной железы и дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий – патологических изменений не выявлено. В общеклинических лабораторных анализах крови отмечалось снижение уровня лейкоцитов до $2,6 \times 10^9/\text{л}$. Выявлена дислипидемия, по поводу которой был назначен аторвастатин 20 мг/сут. Также отмечалось повышение уровня креатинина до 146-162 мкмоль/л. В течение последних нескольких лет отмечает повышение АД до 150-160/90 мм рт. ст., нерегулярно принимает эналаприл 5-10 мг/сут.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров лица с желтоватым оттенком, отмечается умеренный периорбитальный отёк. Кожный покров кистей сухой, холодный, с цианотичным оттенком; определяется гиперкератоз ладонной поверхности, множественные трещины на кончиках пальцев кистей. На обеих голених отмечаются участки гиперемии и плотного отёка, не оставляющего ямки при надавливании (см. рисунок 1). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Речь замедленная, слегка невнятная. На вопросы отвечает с задержкой. АД – 145/65 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, умеренно вздут, безболезненный при пальпации. Нижний край печени у края правой рёберной дуги.

Клинический анализ крови: лейкоциты – $3,6 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 127 г/л, эритроциты – $4,25 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты – $156 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 7,6 ммоль/л, триглицериды – 1,02 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 5,38 ммоль/л, ХС-ЛПОНП – 0,46 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,76 ммоль/л; креатинин – 123 мкмоль/л, АЛТ – 78 Ед/л, АСТ – 101 Ед/л, КФК – 2036 Ед/л, ЛДГ – 1281 Ед/л.

Общий анализ мочи: без патологических изменений, белок отсутствует.

Анализ мочи по Зимницкому: относительная плотность мочи – 1,008-1,010; дневной диурез – 1000 мл, ночной диурез – 1200 мл.



Рис. 1. Внешний вид пациентки В., 68 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №15

Пациент С., 70 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженную двустороннюю постоянную боль в мышцах верхних и нижних конечностей, коленных, плечевых суставах и мелких суставах кистей, повышение температуры тела до 37,8 °С, скованность «во всём теле» продолжительностью 3-4 часа по утрам.

Анамнез заболевания: заболел остро за 3 недели до госпитализации, когда впервые появилась интенсивная боль в мышцах и суставах, температура тела повысилась до 38,3 °С. Начало заболевания связывает с переохлаждением. Лечился амбулаторно НПВП с временным положительным эффектом. Через 2 недели после физической нагрузки состояние ухудшилось: усилилась боль в области коленных и плечевых суставов, мышцах плечевого и тазового пояса, сохранялась лихорадка, появилась выраженная утренняя скованность.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Положение в постели активное. Температура тела – 36,8 °С. Кожный покров физиологической окраски, чистый. Видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Левая височная артерия уплотнена, пульсация её ослаблена. При пальпации отмечается болезненность мышц плечевого и тазового пояса, а также в области больших вертелов с обеих сторон. Встаёт со стула с помощью рук. Активное отведение в плечевых суставах ограничено до 80°. Коленные суставы деформированы за счёт пролиферативных изменений, объём активных и пассивных движений сохранён. Симптомы поперечного сжатия кистей и стоп отрицательные с обеих сторон. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не пальпируется. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 76 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края правой рёберной дуги, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отёков нет. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, эритроциты – $3,99 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,0 \times 10^9$ /л (палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 72%, эозинофилы – 1%, базофилы – 0%, лимфоциты – 22%, моноциты – 3%), СОЭ – 50 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,6 ммоль/л, общий билирубин – 15,2 мкмоль/л, АЛТ – 45 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л, СРБ – 80 мг/л. Ревматоидный фактор – 8 МЕ/мл.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №16

Пациент Д., 25 лет, направлен на консультацию в ревматологический центр с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника, скованность в позвоночнике преимущественно в первой половине дня, уменьшающуюся при движении.

Продолжительность утренней скованности – 65 минут. Интенсивность боли в позвоночнике в течение суток по ВАШ – 67 мм, интенсивность ночной боли по ВАШ – 65 мм.

Анамнез заболевания: около 2 лет периодически беспокоит боль в поясничном отделе позвоночника, сопровождающаяся ограничением объема движений. Самостоятельно принимал мелоксикам 15 мг 1 раза в сутки с положительным эффектом. Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 3 недель, когда усилилась боль в поясничном отделе позвоночника, уменьшился эффект от приёма НПВП, в связи с чем направлен на консультацию к ревматологу.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски и влажности, чистый. Видимые слизистые оболочки обычной окраски. Отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отмечается болезненность при пальпации паравerteбральных точек в поясничном отделе позвоночника. Проба Шобера – +2 см. Расстояние «козелок–стена» – 11 см. Экскурсия грудной клетки – 2 см. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 64 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Язык влажный, чистый. Нижний край печени у края правой рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, моноциты – 10%; СОЭ – 44 мм/ч; СРБ – 35 мг/л; ревматоидный фактор – отрицательный. HLA-B27 – положительный.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №17

Пациентка Ж., 28 лет, 8-е сутки послеродового периода. Предъявляет жалобы на боль в височной области, эпизоды повышения АД до 180/100 мм рт. ст., ухудшение зрения, боль за грудиной и в поясничной области.

Анамнез заболевания: в анамнезе две беременности. Первая беременность в возрасте 23 лет завершилась самопроизвольным выкидышем на сроке 14 недель. Во время второй беременности на сроках 5, 9 и 15 недель госпитализировалась в связи с угрозой её прерывания. При лабораторных исследованиях неоднократно выявлялся волчаночный антикоагулянт, отмечались признаки гиперкоагуляции. Получала надропарин кальция 0,6 мл подкожно, прогестерон, препараты магния и ацетилсалициловую кислоту 150 мг/сут. На сроке 33–34 недель по данным УЗИ выявлены фетоплацентарная недостаточность, задержка роста плода на 2 недели, преждевременное созревание плаценты. На сроке 36 недель выполнено кесарево сечение; родился мальчик массой 2430 г, длиной тела 48 см. При гистологическом исследовании плаценты выявлены множественные тромбозы. На 5–6-е сутки после родов на фоне продолжающейся терапии надропаринном кальция 0,6 мл/сут появились эпизоды повышения АД, боль в височной области и ухудшение зрения. На 8-е сутки послеродового периода присоединилась боль в поясничной области и за грудиной, усилилась «пелена» перед глазами.

Анамнез жизни: хронические заболевания отрицает. В возрасте 17 лет перенесла тромбоз глубоких вен левой голени, через 2 года – рецидив тромбоза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски и влажности. На коже верхних и нижних конечностей определяется сетчатое ливедо. Видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД – 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 64 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание без особенностей.

В анализах крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 130×10^9 /л, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, моноциты – 10%, СОЭ – 15 мм/ч; СРБ – 6 мг/л.

Результаты исследования антифосфолипидных антител представлены в таблице 1.

Показатель	Результат	Референсные значения	Единица измерения
Антитела к кардиолипину, IgG	45	<10	Ед/мл
Антитела к кардиолипину, IgM	60	<10	Ед/мл
Антитела к β_2 -гликопротеину I, суммарные	25	<20	Ед/мл
Волчаночный антикоагулянт	1,8	<1,2	ratio

Консультация офтальмолога: выявлен двусторонний отёк дисков зрительных нервов.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №18

Пациентка Н., 57 лет, обратилась для планового осмотра. Предъявляет жалобы на боль в мелких суставах кистей и стоп.

Анамнез заболевания: 8 лет назад установлен диагноз: «Системная красная волчанка, хроническое течение, с поражением кожного покрова (дискоидные высыпания), почек (гломерулонефрит), иммунологическими нарушениями (АНФ+, антитела к двуспиральной ДНК+, снижение уровня С3-компонента комплемента)». Биопсия почки не проводилась. В дебюте

заболевания получала циклофосфамид, суммарная доза — 3 г, метилпреднизолон 36 мг/сут с последующим снижением дозы до 8 мг/сут, гидроксихлорохин 200 мг/сут. У ревматолога наблюдается нерегулярно. Два месяца назад в клиническом анализе крови отмечено снижение уровня гемоглобина до 85 г/л. Пациентка получала препараты железа без выраженного эффекта: уровень гемоглобина повысился до 90 г/л, эритроциты – $2,57 \times 10^{12}/л$. Обратилась к ревматологу в связи с усилением боли в суставах.

При осмотре: состояние удовлетворительное. На коже спины, груди и лица определяются папуло-сквамозные высыпания, сопровождающиеся зудом (см. рисунок 1). Пальпируются надключичные и подмышечные лимфатические узлы мягко-эластической консистенции размером до 1 см. В лёгких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, на верхушке выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС – 89 уд/мин. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул со склонностью к запорам. Отмечает учащённое мочеиспускание в ночные часы.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $3,1 \times 10^9/л$, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$; эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, моноциты – 10%; СОЭ (по Вестергрену) – 34 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин – 108 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: белок – 0,5 г/л, эритроциты – 2-4 в поле зрения, лейкоциты – 14-16 в поле зрения, бактерии и слизь обнаружены.



Рис. 1 Высыпания на коже спины пациентки Н., 57 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №19

Девочка Д., 12 лет, госпитализирована в соматическое отделение детской больницы с жалобами на повышение температуры тела до $38,7^{\circ}\text{C}$, боль в коленных, голеностопных и локтевых суставах, непроизвольные движения рук и лица, повышенную плаксивость, выраженную слабость, утомляемость.

Анамнез заболевания: за 2 недели до госпитализации отмечала интенсивную боль в горле, лечилась местными средствами.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, влажный. Видимые слизистые оболочки бледные. Грудная клетка симметричная. ЧДД – 16 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии, верхняя – III межреберье. При аускультации сердца тоны приглушены, ритм правильный, на верхушке выслушивается дующий систолический шум. ЧСС – 98 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — $9 \times 8 \times 7$ см. Селезёнка не увеличена. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 127 г/л, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л; эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 67%, лимфоциты – 21%, моноциты – 5%; СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,011, реакция кислая; белок, глюкоза и эритроциты отсутствуют; лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Иммунологический анализ крови: СРБ – 41 мг/л, АСЛ-О — 720 Ед/л (референсное значение — до 250 Ед/л), титр антигалактуридазы — 332 Ед/л (референсное значение — до 300 Ед/л).

Консультация невролога: пациентка эмоционально лабильна. Определяются гиперкинезы рук, туловища и мимической мускулатуры. Выполнение координационных проб затруднено.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №20

Пациентка В., 28 лет, поступила в стационар с жалобами на боль в мелких суставах кистей, высыпания на коже лица, отёки голеней, повышение температуры тела до 38 °С.

Анамнез заболевания: заболела 9 лет назад, когда без видимых причин появилась боль в мелких суставах кистей, высыпания на коже лица, через некоторое время присоединились отёки. Длительно сохранялась лихорадка до 37,6-38,3 °С. Практически постоянно получала преднизолон (максимальная доза – 40 мг/сут, поддерживающая – 10–15 мг/сут). В течение последних 8 месяцев принимала преднизолон 15 мг/сут. На этом фоне отметила увеличение массы тела на 17 кг, выявлены гипергликемия до 8,2 ммоль/л и повышение АД до 180/110 мм рт. ст. При попытках снижения дозы преднизолона ниже 15 мг/сут отмечались выраженная слабость, усиление изменений кожного покрова, нарастание отёков и повышение температуры тела. Госпитализирована для определения дальнейшей тактики лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Отмечается ожирение с преимущественным отложением жировой ткани в области туловища, над VII шейным позвонком и в надключичных областях. Кожный покров лица ярко гиперемирован. На коже спины и плеч определяются акнеформные высыпания, на животе – широкие стрии. Отёки голеней и стоп. Выявляется болезненность при пальпации остистых отростков Th11-Th12 и L1-L2. АД – 175/105 мм рт. ст.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 11×10^9 /л, лейкоцитарная формула без патологических изменений, СОЭ – 37 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 35 г/л, глюкоза – 7,2 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л.

Иммунологический анализ крови: АНФ – 1:160, антитела к двуспиральной ДНК – 1,8 при референсном значении до 1,2, уровни C3- и C4-компонентов комплемента снижены.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,018; белок – 0,7 г/л; эритроциты – 8-10 в поле зрения; лейкоциты – 4–6 в поле зрения; гиалиновые цилиндры – 1–2 в поле зрения.

Исследование кала на скрытую кровь: положительный результат в двух повторных исследованиях.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №21

Пациент Г., 53 лет, около 10 лет страдает ревматоидным артритом, постоянно принимает метотрексат 20 мг 1 раз в неделю, метилпреднизолон 8 мг/сут. Обратился к врачу в связи с появлением боли в поясничном отделе позвоночника. Выполнена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA), результаты представлены на рисунке 1. Низкоэнергетические переломы в анамнезе отрицает. Переломов проксимального отдела бедренной кости у родителей не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски, чистый. Видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Отёков нет. Отмечается ульнарная девиация пальцев обеих кистей. Отмечается усиление грудного кифоза.

Число болезненных суставов – 4, число припухших суставов – 2, оценка активности заболевания пациентом по ВАШ – 50 мм.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,0 \times 10^9/л$, тромбоциты – $328 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/ч. Ревматоидный фактор — 156 МЕ/мл.

Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA): результаты представлены на рисунке 1.

Рентгенография суставов кистей: см. рисунок 2.

ROI	BMD(г/см²)	Данные денситометрии		T-score	Z-score
		BMC(г)	Площадь(см²)		
Шейка бедра	0.742	4.43	5.97	-1.9 (73%)	-1.1 (82%)
Большой вертел	0.717	9.64	13.45	-1.0 (84%)	-0.7 (88%)
Межвертельное пр-во	1.130	23.61	20.89	-0.9 (86%)	-0.7 (89%)
Все бедро	0.935	37.68	40.31	-1.1 (84%)	-0.7 (88%)
Угол	0.443	0.47	1.06	NC	NC

Рисунок 1. Результаты DXA пациента Г., 53 лет



Рисунок 2. Рентгенограмма кистей пациента Г., 53 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №22

Пациент З., 36 лет, обратился к ревматологу с жалобами на интенсивную боль в правом плечевом суставе, усиливающуюся при движении, особенно при подъёме руки вверх, одевании и причёсывании. Боль также беспокоит в ночное время, особенно при положении лёжа на правом боку.

Анамнез заболевания: боль в области правого плечевого сустава впервые появилась 2 месяца назад после игры в хоккей и падения на правый бок. Сразу после травмы обратился в травмпункт, где была выполнена рентгенография правого плечевого сустава; костно-травматических изменений не выявлено. В последующем интенсивность боли постепенно уменьшилась. Около 2 недель назад без повторной травмы боль вновь усилилась, стала беспокоить в ночное время и значительно ограничивать повседневную активность. Принимал ибупрофен с временным положительным эффектом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски, чистый. Видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Отёков нет. Контуры правого плечевого сустава не изменены. При пальпации определяется болезненность в передненаружной области правого плечевого сустава. Активное отведение правой верхней конечности болезненно и ограничено; максимальная интенсивность боли отмечается при отведении в диапазоне 60-120°. Симптом болезненной средней дуги Дауборна положительный справа. Тесты Нира и Хокинса-Кеннеди положительные справа. Объём пассивных движений в правом плечевом суставе практически сохранён. Со стороны внутренних органов клинически значимых изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,0 \times 10^9/л$, тромбоциты – $228 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч.

Ревматоидный фактор – 5 МЕ/мл.

Рентгенограмма правого плечевого сустава представлена на рисунке 1.



Рентгенограмма правого плечевого сустава пациента З., 36 лет

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №23

Пациентка О., 56 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на тупую боль и выраженное ограничение движений в правом плечевом суставе: не может поднять руку выше уровня плеча, расчесать волосы, самостоятельно застегнуть одежду на спине или достать предмет с верхней полки.

Анамнез заболевания: около 2 лет назад после физической нагрузки при работе на даче появилась резкая боль в области правого плечевого сустава, сопровождавшаяся ограничением движений в нём. Принимала кетопрофен и другие НПВП с положительным эффектом. Однократно проводилось локальное введение бетаметазона в область правого плечевого сустава. В дальнейшем боль приобрела постоянный характер, постепенно на первый план вышли прогрессирующая скованность и выраженное ограничение движений. В настоящее время испытывает значительные трудности в повседневной жизни: не может самостоятельно расчесать волосы, застегнуть одежду на спине, завести правую руку за спину и достать предмет с верхней полки.

Хронические заболевания: артериальная гипертензия с максимальным повышением АД до 170/100 мм рт. ст., сахарный диабет 2 типа.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски, чистый. Видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Отёков нет. Внешних изменений в области правого плечевого сустава не определяется. Отмечается умеренная гипотрофия мышц плечевого пояса справа. Активные и пассивные движения в правом плечевом суставе значительно ограничены во всех плоскостях, наиболее выражено ограничение наружной ротации и отведения. При попытке отведения правой верхней конечности отмечаются ранний компенсаторный подъём правой лопатки. Заведение правой руки за спину резко ограничено. При пальпации определяется умеренная болезненность в передней и латеральной области правого плечевого сустава. Движения в левом плечевом и других суставах в полном объёме, безболезненные.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,0 \times 10^9/л$, тромбоциты – $180 \times 10^9/л$, СОЭ – 12 мм/ч.

Рентгенограмма правого плечевого сустава: костно-травматических и выраженных дегенеративных изменений не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №24

Пациентка М., 30 лет, обратилась к ревматологу с жалобами на распространённую боль в мышцах и суставах, преимущественно в области плечевого пояса, шеи, спины, предплечий и бёдер, ощущение скованности по утрам, выраженную слабость, быструю утомляемость, нарушение сна.

Анамнез заболевания: около 3 лет назад впервые появилась распространённая боль в мышцах и суставах. В последующем симптомы приобрели практически постоянный характер. Неоднократно обследовалась по месту жительства; данных за воспалительное ревматическое, онкологическое

заболевание и органическую патологию желудочно-кишечного тракта не получено. Принимала НПВП с незначительным и кратковременным эффектом. В связи с сохраняющимися жалобами направлена на консультацию к ревматологу.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Тревожна, эмоционально лабильна. ИМТ – 20 кг/м². Кожный покров физиологической окраски, чистый. Видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Экссудативных и пролиферативных изменений суставов не выявлено. Объём активных и пассивных движений в суставах полный, движения безболезненные. При пальпации определяется распространённая болезненность мягких тканей в области шеи, плечевого пояса, верхней и нижней части спины, предплечий, ягодичной области и бёдер. Мышечная сила сохранена, объективных признаков мышечной слабости не выявлено. Со стороны внутренних органов клинически значимых изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 180×10^9 /л, СОЭ – 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: СРБ – 2,1 мг/л, КФК – 86 Ед/л, АЛТ – 18 Ед/л, АСТ – 20 Ед/л, креатинин – 72 мкмоль/л, ТТГ – 2,1 мМЕ/л.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №25

Пациентка В., 14 лет, направлена к врачу-ревматологу для обследования в связи с периодически возникающей болью в суставах нижних конечностей. На момент осмотра жалоб не предъявляет.

Анамнез: росла и развивалась соответственно возрасту. Хронические заболевания: хронический тонзиллит с детского возраста, миопия обоих глаз до –3,0 дптр. В течение последних 2 месяцев после интенсивных спортивных тренировок периодически отмечает боль в коленных и голеностопных суставах. Кандидат в мастера спорта по художественной гимнастике.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров нормальной окраски, отмечается его повышенная растяжимость в области предплечий, кистей и шеи. Масса тела – 49 кг, рост – 161 см, ИМТ – 18,9 кг/м². Грудная клетка килевидной формы. При обследовании опорно-двигательного аппарата: пассивное разгибание V пальцев кистей в пястно-фаланговых суставах превышает 90° с обеих сторон; при пассивном приведении большие пальцы обеих кистей касаются ладонной поверхности предплечья; определяется переразгибание в локтевых суставах более 10° с обеих сторон и переразгибание в коленных суставах более 10° с обеих сторон. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 17 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены. При аускультации сердца I тон на верхушке ослаблен, выслушивается голосистолический шум на верхушке сердца, периодически определяются экстрасистолы. ЧСС – 90 уд/мин. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края правой рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание без особенностей.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 100 уд/мин, единичные желудочковые экстрасистолы.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: синусовый ритм с тенденцией к синусовой тахикардии; средняя ЧСС днём – 96 уд/мин, ночью – 88 уд/мин. Зарегистрировано 26 желудочковых и 102 наджелудочковые экстрасистолы за сутки.

Эхокардиография: диаметр аорты – 30 мм. Определяются миксоматозные изменения створок митрального клапана, максимальная толщина створок – 6 мм, пролабирование створок митрального клапана до 4 мм. Длина передней створки – 25 мм, задней – 15 мм. Митральная регургитация I степени. ФВ ЛЖ – 60%. СДЛА – 20 мм рт. ст. Толщина задней стенки ЛЖ – 0,9 см, межжелудочковой перегородки – 0,9 см.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №26

Пациент К., 42 лет, госпитализирован в ревматологическое отделение с жалобами на боль и припухлость суставов кистей и стоп, боль в правом коленном суставе, утреннюю скованность продолжительностью до 90 минут, болезненность в области пяток при первых шагах после сна, периодически возникающую диффузную боль в ягодичных областях, а также прогрессирующее изменение ногтевых пластин. Отмечает затруднения при застёгивании пуговиц, ходьбе по лестнице и длительном пребывании на ногах. За последние 6 месяцев дважды возникал равномерный отёк II пальца правой стопы.

Анамнез заболевания: кожные высыпания впервые появились в 25 лет на волосистой части головы и разгибательных поверхностях локтей. Дерматологом установлен диагноз псориаза. Нерегулярно применял местные глюкокортикоиды и аналоги витамина D. Около 2 лет назад впервые появились боль и припухлость правого коленного сустава, которые связывал с физической нагрузкой. Через 6 месяцев присоединились припухлость дистальных межфаланговых суставов кистей, боль в плюснефаланговых суставах и области пяток. В течение последних 8 месяцев заболевание протекает непрерывно. Принимал ибупрофен и нимесулид с временным положительным эффектом. Амбулаторно был назначен метотрексат 10 мг 1 раз в неделю внутрь, однако через месяц пациент самостоятельно прекратил приём препарата из-за тошноты. Боль в животе, хроническую диарею, увеит и инфекции мочеполовых путей отрицает.

Анамнез жизни: работает менеджером в офисе. За последние 5 лет масса тела увеличилась на 12 кг. Курит 10-15 сигарет в день. Хронические заболевания: артериальная гипертензия, дислипидемия. Периндоприл принимает нерегулярно. У отца – болезнь Крона.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,8 °С. Рост – 178 см, масса тела – 99 кг, ИМТ – 31,2 кг/м². На волосистой части головы, за ушными раковинами и на разгибательных поверхностях локтей определяются эритематозно-сквамозные бляшки; площадь поражения кожного покрова – около 4%. На ногтевых пластинах кистей определяются точечные вдавления, онихолизис и подногтевой гиперкератоз. Выявляется припухлость II и III дистальных межфаланговых суставов правой кисти, II проксимального межфалангового сустава левой кисти, правого лучезапястного и правого коленного суставов. Определяются диффузная припухлость и болезненность II пальца правой стопы. При пальпации отмечается болезненность в местах прикрепления ахилловых сухожилий и подошвенного апоневроза с обеих сторон. Симптомы Кушелевского I и II положительные справа. Число болезненных суставов – 9, число припухших суставов – 6. По системам и органам без особенностей. ЧСС – 86 уд/мин. АД – 146/92 мм рт. ст.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, лейкоциты – $8,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 410×10^9 /л, СОЭ – 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: СРБ – 32 мг/л, мочевая кислота – 438 мкмоль/л, АСТ – 28 Ед/л, АЛТ – 42 Ед/л, ГГТ – 56 Ед/л, креатинин – 86 мкмоль/л, глюкоза натощак – 6,1 ммоль/л.

Иммунологический анализ крови: РФ – 8 МЕ/мл, АЦЦП – 14 Ед/мл.

Общий анализ мочи – без патологических изменений.

УЗИ кистей и стоп: признаки синовита нескольких межфаланговых суставов, теносиновита сгибателей II пальца правой стопы, энтезита ахилловых сухожилий.

Рентгенография костей таза: уставные щели крестцово-подвздошных сочленений неравномерно сужены, более выраженные изменения определяются справа; отмечается умеренный субхондральный склероз. Убедительных эрозивных изменений и анкилозирования не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №27

Пациентка Л., 51 года, поступила с жалобами на постоянную сухость во рту, необходимость запивать сухую пищу водой, затруднение при длительном разговоре, ощущение «песка» и жжения в глазах, светобоязнь, периодически возникающее увеличение околоушных слюнных желёз, утомляемость, боль в суставах кистей и стоп, онемение и жгучую боль в стопах, усиливающуюся в ночное время, периодическое появление геморрагических высыпаний на голенях после длительной ходьбы.

Сухость глаз беспокоит около 5 лет, сухость во рту – около 3 лет. Длительное время связывала эти симптомы с работой за компьютером и менопаузой. В течение последнего года трижды возникало двустороннее увеличение околоушных слюнных желёз, в одном случае сопровождавшееся субфебрильной температурой тела. Неоднократно обращалась к стоматологу по поводу множественного пришеечного кариеса и кандидоза полости рта. В течение последних 6 месяцев усилились слабость, боль в суставах кистей и стоп, появились онемение и жгучая боль в стопах, преимущественно в ночное время. В течение последнего года отмечает периодическое появление геморрагических высыпаний на голенях после длительной ходьбы. При боли в суставах принимала НПВП с временным положительным эффектом. Антидепрессанты и препараты с антихолинергическим действием не принимает.

Анамнез жизни: хронические заболевания – аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз; принимает левотироксин. Не курит. У матери – ревматоидный артрит.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Конъюнктива обоих глаз умеренно гиперемирована. Слизистая оболочка полости рта сухая, тусклая, количество слюны в подъязычной области уменьшено. Язык складчатый. Определяются ангулярный хейлит и множественные пломбы. Околоушные слюнные железы умеренно увеличены, плотноватые, безболезненные. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,2 см, безболезненные, подвижные. На коже голеней определяются единичные геморрагические элементы, не исчезающие при надавливании. Проксимальные межфаланговые суставы кистей болезненны при пальпации, припухлость и деформации суставов отсутствуют. В области стоп снижена болевая и температурная чувствительность по типу «носков», ахилловы рефлексы снижены, мышечная сила сохранена. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем клинически значимых изменений не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Периферических отёков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, лейкоциты – $3,4 \times 10^9$ /л, лимфоциты – $0,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 205×10^9 /л, СОЭ – 58 мм/ч.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок – 5 мг/л, общий белок – 88 г/л, альбумин – 38 г/л, выраженная поликлональная гипергаммаглобулинемия, креатинин – 72 мкмоль/л, мочевина – 5,1 ммоль/л, калий – 3,4 ммоль/л, бикарбонат – 20 ммоль/л, АЛТ – 22 Ед/л, АСТ – 19 Ед/л.

Иммунологическое обследование: антинуклеарный фактор на клеточной линии HEp-2 – 1:1280, крапчатый тип свечения; anti-SSA/Ro – положительные, anti-SSB/La – положительные; ревматоидный фактор – 126 МЕ/мл.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,015, pH – 6,5, белок – следы, эритроциты отсутствуют, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, цилиндры не выявлены.

Электронейромиография: признаки сенсорной аксональной полинейропатии нижних конечностей.

КТ органов грудной клетки высокого разрешения: единичные тонкостенные кисты в лёгочной ткани и участки мозаичной плотности; выраженных фиброзных изменений не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №28

Пациент К., 20 лет, направлен к врачу-ревматологу с жалобами на боль в пятках, усиливающуюся при ходьбе и иногда вынуждающую ходить «на цыпочках», боль в правом коленном суставе, боль и припухлость голеностопных суставов, утреннюю скованность более 1 часа. Также беспокоит периодическая боль в нижних отделах живота, вздутие живота, эпизоды учащённого жидкого стула до 4–5 раз в сутки.

Около 10 лет назад, в детском возрасте, наблюдался у ревматолога по поводу минимального экссудативного артрита левого коленного сустава. Ригидности позвоночника и энтезопатий на тот момент не выявлялось, обследование на артритогенные инфекции было отрицательным. Состояние было расценено как реактивный артрит, также диагностирована болезнь Осгуда–Шляттера слева. Получал мелоксикам с положительным эффектом, в последующие годы к ревматологу не обращался.

Настоящее ухудшение отмечает около 2,5 лет, после перенесённой внебольничной пневмонии, когда появилась боль в коленных и голеностопных суставах. В течение последних 6 месяцев суставной синдром нарастал, присоединилась выраженная боль в пятках, стало трудно длительно ходить и вставать на стопы. По месту жительства осмотрен ортопедом, рекомендован приём НПВП без стойкого эффекта, затем назначен сульфасалазин. На фоне терапии появились боль в животе и жидкий стул. При дополнительном обследовании выявлено повышение фекального кальпротектина до 188 мкг/г, при колоноскопии – эрозивный илеит, гистологическая картина соответствовала болезни Крона подвздошной кишки. Консультирован гастроэнтерологом, наблюдается с диагнозом: болезнь Крона, терминальный илеит, хроническое течение, лёгкая степень активности. После замены сульфасалазина на месалазин стул частично нормализовался, однако боль в коленном суставе и пятках сохраняется, приём НПВП даёт неполный временный эффект.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост – 184 см, масса тела – 80 кг, ИМТ – 23,6 кг/м². Температура тела – 36,7 °С. Кожный покров обычной окраски, сыпи нет. Слизистая оболочка полости рта чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отёков нет. Позвоночник без деформаций, болезненности паравертебральных точек и остистых отростков нет, объём движений в позвоночнике визуально не ограничен. Определяются деформация правого коленного и обоих голеностопных суставов, болезненность

при движениях в правом коленном суставе, болезненность в области ахилловых сухожилий и пяточных бугров с обеих сторон. Отмечается болезненность в области верхнего и нижнего полюсов надколенника справа. Стопы плосковальгусные. Дактилита на момент осмотра нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 18 в минуту, SpO₂ – 98% на атмосферном воздухе. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 70 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: без значимых отклонений.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок – 19,4 мг/л; в остальном – без значимых отклонений.

Иммунологическое обследование: ревматоидный фактор – отрицательный, HLA-B27 – положительный.

Фекальный кальпротектин – 934,01 мкг/г.

Рентгенография голеностопных суставов: околосуставной остеопороз, неоднородность костной структуры эпифизов, мелкие кистовидные просветления.

УЗИ коленных суставов: жидкостный компонент в проекции правого коленного сустава.

УЗИ голеностопных суставов: с обеих сторон определяется небольшое количество однородного жидкостного компонента, синовиальные оболочки несколько утолщены.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №29

Пациент Д., 46 лет, поступил в тяжелом состоянии с жалобами на стойкую заложенность носа, образование кровянистых корок и гнойные выделения из носа, боль в проекции околоносовых пазух, снижение слуха справа, кашель с прожилками крови, нарастающую одышку, боли в голеностопных суставах, высыпания на голенях, уменьшение количества мочи, слабость и снижение массы тела на 7 кг за 3 месяца.

Анамнез заболевания: заболевание началось 4 месяца назад с рецидивирующего «синусита». Проведено три курса антибактериальной терапии без существенного эффекта. Затем развился правосторонний средний отит со снижением слуха. Через 6 недель появились мигрирующие артралгии, кожная пурпура и сухой кашель. За 2 недели до госпитализации отметил появление кровохарканья и потемнение мочи. В последние 3 дня до госпитализации усилилась одышка и снизился диурез. Принимал ибупрофен, амоксициллин/клавуланат, затем левофлоксацин per os.

При осмотре: состояние тяжелое. Температура тела 37,9 °С, ЧДД 25/мин, SpO₂ 92% без кислородной поддержки. Седловидная деформация носа, на слизистой оболочке носа язвенно-некротические изменения, кровянистые корки. Правосторонняя тугоухость. На обеих голенях пальпируемая пурпура, отдельные элементы с участками некроза. Голеностопные суставы болезненны при пальпации, без выраженного выпота. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. АД 156/94 мм рт. ст., ЧСС 104/мин. Периферических отеков нет.

В анализах крови: гемоглобин – 89 г/л, лейкоциты – $14,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 486×10^9 /л, СОЭ – 82 мм/ч; СРБ – 154 мг/л, креатинин – 278 мкмоль/л, мочевины – 16,1 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л.

Общий анализ мочи: белок – 1,9 г/л, эритроциты – 80-100 в поле зрения, эритроцитарные цилиндры.

Суточная протеинурия – 1,7 г/сут.

КТ органов грудной клетки: двусторонние участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» и консолидации, преимущественно в нижних отделах, а также множественные узловые образования, отдельные из которых с полостями распада.

ЭхоКГ: значимых изменений не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №30

Пациент К., 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на мышечную слабость и боль в ногах, особенно икроножных мышцах, боль в коленных, голеностопных суставах, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,2 °С, снижение массы тела на 7 кг за 3 месяца. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3 месяцев, поводом к врачу стало присоединение онемения тыла стоп, что значительно ограничивало передвижения. В течение последнего месяца также стал отмечать повышение АД до 160–180/100–110 мм рт. ст., в связи с чем назначен лизиноприл 20 мг в сутки и амлодипин 10 мг в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров чистый, бледно-розовый, в области предплечий и голеней – сетчатое ливедо. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Пальпация икроножных мышц болезненная. Припухлость и боль при сгибании правого коленного сустава, боль при сгибании и припухлость правого голеностопного сустава. ЧСС – 78 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД – 150/100 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный, 1 раз в сутки.

Пациент осмотрен неврологом: в сознании, ориентирован, адекватен, глазные щели симметричны, нистагма нет. Нарушение тыльной флексии стопы слева (парез стопы до 1–2 баллов), снижение ахиллова рефлекса слева, невриты правого и левого малоберцовых нервов: нарушение чувствительности по периферическому типу в зоне иннервации малоберцового нерва с двух сторон.

Обследование: общий анализ крови: эритроциты – $4,12 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 151 г/л, лейкоциты – $5,8 \times 10^9/л$, СОЭ – 29 мм/ч.

Анализ мочи общий: белок – 1,56 г/л, эритроциты – 5-10 в поле зрения, лейкоциты – 5-7 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: билирубин – 14,9 мкмоль/л, мочевины – 9,4 ммоль/л, креатинин – 139 ммоль/л, ревматоидный фактор – отрицательный, С-реактивный белок – 41 мг/л.

HBsAg – положительно, HCV – отрицательно.

ФГДС: язва луковицы 12-перстной кишки.

Ангиография (почечных, висцеральных артерий, возможно, артерий нижних конечностей): выявлены множественные билатеральные, четко очерченные мешотчатые и веретенообразные микроаневризмы размером от 1 до 5 мм, локализующиеся в зонах бифуркаций и дистальных ветвях почечных артерий, а также в ветвях чревного ствола и брыжеечных артерий. Также определяются участки четкообразной сегментарной вазоконстрикции (стенозов) чередующиеся с постстенотическими дилатациями («бусы»). Просветы крупных артериальных стволов (аорта,

почечные стволы, чревный ствол) не изменены. Признаков артериовенозных шунтов, дефектов наполнения или тромбоза магистральных сосудов нет.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №31

Пациентка А., 32 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на ежедневное повышение температуры тела до 39,2-39,7 °С, сопровождающееся ознобом и выраженной потливостью, боль и припухлость лучезапястных, коленных и голеностопных суставов, боль в горле, выраженную слабость, снижение аппетита, а также появление пятнистой сыпи на туловище и конечностях во время повышения температуры тела.

Анамнез заболевания: считает себя больной около 5 недель, когда впервые появились боль в горле и повышение температуры тела до 39,0 °С. Получала амоксициллин/клавулановую кислоту, затем левофлоксацин без стойкого положительного эффекта. В дальнейшем присоединилась боль в крупных суставах, а через 2 недели – припухлость лучезапястных, коленных и голеностопных суставов. Во время вечерних подъёмов температуры тела на кожном покрове туловища, плеч и бёдер появлялась розовая пятнистая сыпь без зуда, исчезающая после нормализации температуры.

Работает инженером. Не курит, алкоголь употребляет редко. Хронические заболевания отрицает. Постоянную лекарственную терапию не получает. За пределы страны в течение последнего года не выезжала. Контакт с пациентами, больными туберкулёзом, отрицает. Наследственность по аутоиммунным заболеваниям не отягощена.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Утренняя температура тела – 37,1 °С; в вечернее время зарегистрировано повышение температуры тела до 39,4 °С. Кожный покров сухой, чистый; на момент утреннего осмотра высыпаний нет. Зев умеренно гиперемирован, налётов на миндалинах нет. Шейные и подмышечные лимфатические узлы увеличены до 1,5 см, мягкоэластической консистенции, подвижные, умеренно болезненные. Лучезапястные, коленные и голеностопные суставы припухшие, болезненные при пальпации и движениях, объём движений умеренно ограничен вследствие боли. Число болезненных суставов – 8, число припухших суставов – 6. ЧДД – 18 в минуту, SpO₂ – 98%. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 108 уд/мин. АД – 125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края правой рёберной дуги на 2 см, селезёнка – на 1 см, безболезненные при пальпации.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $19,8 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 86%, лимфоциты – 8%, тромбоциты – 526×10^9 /л, СОЭ – 74 мм/ч.

Общий анализ мочи – без патологических изменений.

Биохимический анализ крови: СРБ – 186 мг/л, ферритин – 3850 мкг/л, гликозилированная фракция ферритина – 14%, АСТ – 86 Ед/л, АЛТ – 104 Ед/л, щелочная фосфатаза – 168 Ед/л, ГГТ – 92 Ед/л, ЛДГ – 486 Ед/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, триглицериды – 2,1 ммоль/л, фибриноген – 5,8 г/л.

Иммунологическое исследование: РФ – отрицательный, АЦЦП – отрицательные, АНФ – отрицательный, антитела к двуспиральной ДНК – отрицательные, АНЦА – отрицательные. Уровни С3- и С4-компонентов комплемента – в пределах референсных значений.

Эхокардиография: небольшое количество жидкости в полости перикарда слоем до 6 мм, без признаков гемодинамической значимости; сократительная функция миокарда сохранена.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не выявлены.

УЗИ органов брюшной полости: умеренная гепатоспленомегалия, единичные увеличенные внутрибрюшные лимфатические узлы размером до 1,3 см.

УЗИ суставов: синовит лучезапястных, коленных и голеностопных суставов с усилением кровотока при энергетическом доплеровском картировании; эрозивные изменения отсутствуют.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №32

Пациентка С., 9 лет, госпитализирована в детский стационар с жалобами на припухлость и ограничение движений в коленных, голеностопных, лучезапястных и мелких суставах кистей, утреннюю скованность продолжительностью около 1,5 часа, хромоту преимущественно в утренние часы, быструю утомляемость и снижение физической активности.

Анамнез заболевания: со слов матери, первые симптомы появились около 8 месяцев назад, когда после перенесённой респираторной инфекции возникли припухлость и ограничение движений в правом коленном суставе. Повышения температуры тела не отмечалось. Через 3-4 недели появились припухлость и ограничение движений в левом коленном и обоих голеностопных суставах. В дальнейшем мать заметила припухлость отдельных проксимальных межфаланговых и лучезапястных суставов. Девочка наблюдалась у педиатра с диагнозом «реактивный артрит». Получала ибупрофен с временным уменьшением выраженности боли, однако припухлость суставов и утренняя скованность сохранялись. Проведённый курс антибактериальной терапии азитромицином не повлиял на течение заболевания. Боль в спине и области пяток отрицает.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, первых срочных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Профилактические прививки выполнены в соответствии с национальным календарём. Туберкулёз, вирусные гепатиты и хронические инфекции в анамнезе отрицаются. У бабушки по материнской линии – ревматоидный артрит, у отца – псориаз волосистой части головы.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,7 °С. Рост – 134 см, масса тела – 29 кг, ИМТ – 16,1 кг/м². Кожный покров чистый. Изменений ногтевых пластин не выявлено. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Определяется припухлость обоих коленных и голеностопных суставов, правого лучезапястного сустава, II и III проксимальных межфаланговых суставов правой кисти и II проксимального межфалангового сустава левой кисти. Всего выявлено 8 суставов с признаками активного артрита. Имеется сгибательная контрактура правого коленного сустава до 10°. Походка шадящая, с уменьшением опоры на правую нижнюю конечность. Правая нижняя конечность длиннее левой на 0,5 см. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы клинически значимых изменений не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 112 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты – 438×10^9 /л, СОЭ – 38 мм/ч.

Общий анализ мочи – без патологических изменений.

Биохимический анализ крови: СРБ – 24 мг/л, общий белок – 72 г/л, альбумин – 39 г/л, АСТ – 22 Ед/л, АЛТ – 18 Ед/л, креатинин – 48 мкмоль/л, общий кальций – 2,34 ммоль/л.

Иммунологическое исследование: АНФ на клеточной линии НЕР-2 – 1:640, гомогенный тип свечения; РФ – отрицательный; АЦЦП – отрицательные; HLA-B27 – отрицательный.

УЗИ суставов: двусторонний синовит коленных и голеностопных суставов, синовит правого лучезапястного и отдельных проксимальных межфаланговых суставов кистей с усилением синовиального кровотока при энергетическом доплеровском картировании.

Рентгенография кистей и коленных суставов: мягкотканная припухлость, умеренный околосуставной остеопороз; сужение суставных щелей и эрозивные изменения не выявлены.

Консультация офтальмолога: при биомикроскопии с использованием щелевой лампы в передней камере правого глаза выявлены воспалительные клетки 1+ и преципитаты на эндотелии роговицы. Острота зрения сохранена. В левом глазу признаки воспаления отсутствуют.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №33

Пациентка М., 46 лет, обратилась к врачу-ревматологу с жалобами на припухлость суставов кистей и стоп, боль в суставах кистей, лучезапястных и плюснефаланговых суставах с усилением в утренние часы и во вторую половину ночи, утреннюю скованность продолжительностью до 2 часов, затруднение при сжатии кистей, снижение силы кистей, общую слабость, повышенную утомляемость.

Указанные жалобы беспокоят около 1 года 8 месяцев. Заболевание началось постепенно с боли и припухлости II–III пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Через несколько месяцев появилась боль в лучезапястных. Самостоятельно принимала ибупрофен и нимесулид с частичным кратковременным эффектом. К врачу длительно не обращалась, связывала симптомы с нагрузкой на работе. В последние 3 месяца отмечает нарастание боли и припухлости суставов, увеличение продолжительности утренней скованности, затруднение при выполнении бытовых действий: застёгивании пуговиц, открывании бутылок, удержании мелких предметов.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имела.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2°C. Рост 166 см, масса тела 62 кг, ИМТ 22,5 кг/м². Кожный покров обычной окраски и влажности, высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отёков нет. Припухлость и болезненность II–V пястно-фаланговых, II–IV проксимальных межфаланговых и лучезапястных суставов обеих кистей, болезненность и припухлость II–IV плюснефаланговых суставов обеих стоп. Деформаций суставов нет. Объём движений в лучезапястных суставах умеренно ограничен из-за боли. Симптом поперечного сжатия кистей и стоп положительный с обеих сторон. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 118 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 64%, лимфоциты – 27%, моноциты – 7%, эозинофилы – 2%, тромбоциты – $410 \times 10^9/л$, СОЭ – 58 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин – 72 мкмоль/л, СКФ – 96 мл/мин/1,73 м², общий билирубин – 12 мкмоль/л, АЛТ – 24 Ед/л, АСТ – 21 Ед/л, общий белок – 72 г/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, С-реактивный белок – 46 мг/л.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

Рентгенография кистей и дистальных отделов стоп: определяется околосуставной остеопороз в области пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и плюснефаланговых суставов, умеренное сужение суставных щелей отдельных пястно-фаланговых и плюснефаланговых суставов, единичные краевые эрозии в области II–III пястно-фаланговых суставов правой кисти и V плюснефалангового сустава левой стопы. Подвывихов, анкилозов и грубых деформаций суставов не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №34

Пациентка О., 52 лет, обратилась к врачу-ревматологу с жалобами на боль и припухлость суставов кистей, уплотнение кожного покрова пальцев кистей, появление плотных белесоватых подкожных образований в области пальцев, эпизоды побеления и последующего посинения пальцев кистей при воздействии холода, одышку при умеренной физической нагрузке, периодическое затруднение при проглатывании твёрдой пищи, общую слабость.

Анамнез заболевания: считает себя больной около 1 года, когда постепенно появились боль и припухлость мелких суставов кистей, утренняя скованность продолжительностью до 30-40 минут. Самостоятельно принимала НПВП с частичным кратковременным эффектом. В последующие месяцы стала отмечать эпизоды побеления, а затем посинения пальцев кистей при воздействии холода, сопровождавшиеся онемением и парестезиями. Постепенно появилось ощущение отёчности, а затем уплотнения кожного покрова пальцев кистей. Позднее в области кончиков пальцев и дистальных межфаланговых суставов появились плотные белесоватые подкожные образования, некоторые из которых периодически воспалялись и изъязвлялись с выделением белесоватого содержимого. В течение последних нескольких месяцев периодически возникает затруднение при проглатывании твёрдой пищи. В последний месяц присоединилась одышка при умеренной физической нагрузке.

Анамнез жизни: менопауза с 47 лет. Хронические заболевания не отмечает. Аллергологический анамнез без особенностей.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,8 °С. Рост – 164 см, масса тела – 58 кг, ИМТ – 21,6 кг/м². Кожный покров физиологической окраски. Определяется умеренное уплотнение кожного покрова пальцев обеих кистей, кожная складка формируется с трудом. Дистальные отделы пальцев прохладные на ощупь. В области кончиков пальцев и дистальных межфаланговых суставов определяются плотные подкожные белесоватые образования, местами с поверхностными изъязвлениями. На отдельных дистальных фалангах имеются точечные втянутые рубчики. Периферических отёков нет. II–III пястно-фаланговые и II–III проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей болезненны при пальпации, определяется их умеренная припухлость. Объём движений в суставах кистей умеренно ограничен вследствие боли и уплотнения кожного покрова. В лёгких перкуторно определяется ясный лёгочный звук, дыхание несколько ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, определяется акцент II тона над лёгочной артерией. ЧСС – 82 уд/мин. АД – 134/78 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень располагается у края правой рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клинический анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 124 г/л, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 61%, лимфоциты – 30%, моноциты – 7%, эозинофилы – 2%, тромбоциты – $298 \times 10^9/л$, СОЭ – 32 мм/ч.

Биохимический анализ крови: СРБ – 14 мг/л, креатинин, АСТ и АЛТ – в пределах референсных значений.

Общий анализ мочи – без патологических изменений.

Иммунологическое исследование: АНФ на клеточной линии НЕР-2 – 1:1280, центральный тип свечения; РФ – 68 МЕ/мл; АЦЦП – отрицательные.

Рентгенография кистей: суставные щели преимущественно сохранены, эрозивные изменения суставных поверхностей не выявлены. В мягких тканях в проекции дистальных фаланг и дистальных межфаланговых суставов определяются множественные мелкие участки кальцификации.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №35

Пациент Н., 34 лет, госпитализирован для уточнения диагноза с жалобами на постоянную боль в верхней половине живота и поясничной области с обеих сторон, усиление боли в ночное время, снижение массы тела на 15 кг за последние 2 месяца, периодическое повышение температуры тела до $37,5^{\circ}C$ преимущественно в вечернее время, снижение аппетита, горечь во рту, тошноту, вздутие живота, кашицеобразный стул до 2 раз в сутки с примесью слизи, уменьшение количества выделяемой мочи.

Заболел около 2 месяцев назад, когда после подъёма тяжести впервые появилась тянущая боль в верхней половине живота и поясничной области. По месту жительства был госпитализирован в хирургическое отделение с предварительным диагнозом «острый панкреатит», получал спазмолитическую и антибактериальную терапию с минимальным положительным эффектом. По данным УЗИ органов брюшной полости были выявлены диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы, при ЭГДС – поверхностный эзофагит, гастроэзофагеальный рефлюкс. После выписки продолжал наблюдаться у гастроэнтеролога, принимал спазмолитики, антациды и ферментные препараты, однако боль в животе и поясничной области сохранялась. Самостоятельно принимал НПВП с частичным кратковременным эффектом. В дальнейшем выполнены рентгенография и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, выявлены дегенеративно-дистрофические изменения и протрузии дисков; нейрохирургом оперативное лечение не рекомендовано. В течение последующих недель появились субфебрильная температура, нарастали слабость, диспепсические жалобы, снизилась масса тела.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела $37,4^{\circ}C$. Рост 183 см, масса тела 95 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 82 в минуту. АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной, гипогастриальной областях и в левых отделах мезогастрии. Слева в мезогастрии пальпируется образование эластичной консистенции. Симптом раздражения брюшины нет. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области слабopоложительный с обеих сторон. Диурез снижен до 700 мл/сут при объёме выпитой жидкости около 1,2 л.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3,83 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 97 г/л, гематокрит – 27,6%, MCV – 71,9 фл, MCH – 25,2 пг, MCHC – 350 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9/л$, тромбоциты – $338 \times 10^9/л$, СОЭ – 70 мм/ч.

Биохимический анализ крови: сывороточное железо – 5,1 мкмоль/л, мочевины – 23,8 ммоль/л, креатинин – 1363 мкмоль/л, калий – 6,19 ммоль/л, общий билирубин – 16,6 мкмоль/л, прямой билирубин – 2,3 мкмоль/л, АЛТ – 17 Ед/л, АСТ – 16 Ед/л, амилаза – 54 Ед/л, щелочная фосфатаза – 90 Ед/л.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1,006, реакция слабнокислая, белок – 0,036 г/л, лейкоциты – 5–6 в поле зрения, эпителиальные клетки – единичные. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 30 500 в 1 мл. Суточная протеинурия – 0,154 г/сут.

УЗИ органов брюшной полости и почек: диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы, размеры органов в пределах нормы. Обе почки расположены типично, размеры не изменены, определяется расширение чашечно-лоханочной системы с обеих сторон: справа лоханка 30 x 28 мм, чашечки до 16 мм; слева лоханка 28 x 26 мм, чашечки до 15 мм. Конкременты не визуализируются. Вдоль брюшного отдела аорты определяется линейное неоднородное образование шириной до 16-17 мм, распространяющееся на область подвздошных сосудов.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №36

Девочка 5 лет 10 месяцев поступила в детское ревматологическое отделение с жалобами на припухлость суставов кистей, лучезапястных, коленных и голеностопных суставов, боль в указанных суставах, утреннюю скованность до 1,5-2 часов, нарушение походки, хромоту, невозможность долго ходить и подниматься по лестнице, боль при жевании твёрдой пищи, периодическое «щёлканье» в области височно-нижнечелюстных суставов, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодическое повышение температуры тела до 37,3-37,5°C.

Болеет около 4 месяцев. Заболевание началось постепенно: сначала мать заметила припухлость правого коленного сустава и утреннюю хромоту. Через 3-4 недели появилась припухлость левого коленного сустава, затем боль и ограничение движений в голеностопных и лучезапястных суставах. Через 2 месяца от дебюта появились припухлость II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей и боль при сжатии кистей. По месту жительства состояние было расценено как реактивный артрит после ОРВИ. Получала ибупрофен курсами, на фоне лечения отмечалось частичное уменьшение боли, однако сохранялись припухлость суставов и утренняя скованность. Антибактериальная терапия амоксициллином/клавулановой кислотой в течение 7 дней эффекта в отношении суставного синдрома не дала. За последние 3 недели появилась боль при жевании, мать отмечает, что ребёнок стал хуже открывать рот. В связи с анемией, повышением СОЭ и длительным артритом ребёнок направлен в специализированный стационар для уточнения диагноза.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, масса при рождении 3200 г, оценка по Апгар 8/9 баллов. Развитие по возрасту. Прививки по национальному календарю, БЦЖ в роддоме, рубчик есть. Перенесённые заболевания: частые ОРВИ, ветряная оспа в 4 года.

Аллергологический анамнез не отягощён.

У бабушки по материнской линии – ревматоидный артрит с дебютом после 50 лет.

При осмотре состояние средней степени тяжести за счёт суставного синдрома. Сознание ясное. Температура тела 36,9°C. Рост 114 см, масса тела 20 кг. Физическое развитие среднее, пропорциональное. Кожный покров обычной окраски, чистый. Ногтевые пластины без точечных вдавлений, онихолизиса и подногтевого гиперкератоза. Слизистые чистые, афт нет. Периферические лимфатические узлы: единичные шейные до 0,7 см, мягкоэластические, безболезненные, подвижные; генерализованной лимфаденопатии нет. Определяются припухлость, болезненность и ограничение движений в обоих лучезапястных суставах, II–III проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, II–III пястно-фаланговых суставах обеих кистей, обоих коленных и голеностопных суставах. Симптом «баллотирования надколенника» положительный с двух сторон. Болезненность при пальпации правого локтевого сустава, ограничение разгибания, умеренная сгибательная контрактура до 10°. Болезненность при пальпации левого ВНЧС. Умеренно выражена атрофия мышц бёдер. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, шумов нет, ЧСС 104 в минуту, АД 94/58 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $3,85 \times 10^{12}/л$, MCV – 76 фл, лейкоциты – $9,8 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 29%, моноциты – 7%, эозинофилы – 2%, тромбоциты – $612 \times 10^9/л$, СОЭ – 62 мм/ч, бласты в периферической крови не обнаружены.

Биохимический анализ крови: С-реактивный белок – 42 мг/л, общий белок – 68 г/л, альбумин – 36 г/л, креатинин – 39 мкмоль/л, АЛТ – 18 Ед/л, АСТ – 24 Ед/л, ЛДГ – 226 Ед/л, КФК – 72 Ед/л.

Иммунологическое обследование: ревматоидный фактор – отрицательный; антитела к циклическому цитруллинированному пептиду – отрицательные; антинуклеарный фактор – 1:320, гомогенный тип свечения; антитела к двуспиральной ДНК, Sm, RNP, Ro/SSA, La/SSB – отрицательные.

Рентгенография кистей и лучезапястных суставов: мягкотканная припухлость в области лучезапястных суставов, умеренный периартикулярный остеопороз, суставные щели лучезапястных суставов несколько сужены, костных эрозий не выявлено, зоны роста открыты.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №37

Пациентка К., 34 лет, обратилась с жалобами на болезненные язвы в полости рта, язвы в области гениталий, покраснение и боль в глазах, снижение остроты зрения, умеренно болезненные узловые образования в области голеней с изменением окраски кожи, периодическую боль в правом голеностопном и лучезапястных суставах, слабость, периодическое повышение температуры тела.

Из анамнеза известно, что впервые язвы в полости рта, язвы в области гениталий появились 9 месяцев после перенесённой острой респираторной инфекции, сопровождалась повышением температуры тела до 38,5°C в течение 2 суток. Состояние было расценено как герпетическая инфекция, получала ацикловир; регресс язвенных дефектов произошёл в течение 3 недель. Через 5 месяцев вновь появились язвенные дефекты на слизистой оболочке полости рта и в области гениталий, затуманенное зрение, светобоязнь, боль сначала в правом, затем в левом глазу, слезотечение. В этот же период пациентка отметила появление болезненных узловатых образований багрово-фиолетового цвета в области голеней. Офтальмологом был установлен передний увеит. После внутримышечного введения комплексной соли бетаметазона язвы и узловые элементы на

коже регрессировали; также проводилась местная глюкокортикоидная терапия увеита с положительным эффектом. Настоящее обострение возникло через 4 месяца после предыдущего и проявилось повторным появлением язв в полости рта и области гениталий, болью и покраснением глаз, снижением остроты зрения, болезненными узлами на голенях и суставными жалобами.

Аллергологический анамнез не отягощён. Вредные привычки отрицает.

Отец пациентки – азербайджанец, со слов пациентки, страдал заболеванием глаз, сопровождавшимся снижением зрения, а также рецидивирующими язвами в полости рта.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2°C. В области переднебоковых поверхностей голеней определяются умеренно болезненные узлы диаметром до 3 см с изменением окраски кожи по типу «цветения синяков». На слизистой оболочке щёк выявляются болезненные афты. В области правого голеностопного сустава отмечаются умеренная припухлость. Коленные, голеностопные и лучезапястные суставы болезненны при пальпации. В лёгких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

В анализах: повышение уровня СРБ – 56,5 мг/л, СОЭ по Вестергрену – 59 мм/ч, лейкоцитоз – $15,7 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитоз – $538 \times 10^9/\text{л}$, в остальном показатели крови и мочи – без особенностей.

Осмотрена гинекологом: выявлено язвенное поражение малых половых губ, влагиалища. Рубцовая деформация шейки матки.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №38

Девочка Л., 13 лет, поступила в детское ревматологическое отделение с жалобами на ежедневное повышение температуры тела до 39,5-40,0°C преимущественно в вечерние часы, кратковременно возникающую бледно-розовую сыпь на туловище и проксимальных отделах конечностей, усиливающуюся на высоте лихорадки и исчезающую после снижения температуры, боль и припухлость коленных, лучезапястных и голеностопных суставов, утреннюю скованность до 2 часов, выраженную слабость, утомляемость, снижение аппетита, похудание на 4 кг за последние 2 месяца.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад впервые появилась высокая лихорадка до 39,0°C без катаральных симптомов, кашля, диареи и дизурии. Температура повышалась преимущественно во второй половине дня и вечером, сопровождалась ознобом и выраженной слабостью, снижалась после приёма жаропонижающих препаратов. Получала амоксициллин/клавулановую кислоту, затем цефтриаксон без значимого эффекта. Через 2 недели от начала заболевания мать стала замечать бледно-розовую пятнистую сыпь на туловище и бёдрах, которая появлялась на высоте лихорадки и исчезала самостоятельно через несколько часов. Позднее присоединилась боль в коленных суставах, затем появились припухлость, локальная гипертермия и ограничение движений в коленных, лучезапястных и голеностопных суставах. Неоднократно обследовалась в инфекционном стационаре; посевы крови были отрицательными, антибактериальная терапия стойкого эффекта не дала. В течение последнего месяца сохраняется ежедневная лихорадка с одним-двумя пиками в сутки, прогрессирует суставной синдром, снизилась масса тела.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, физиологические. Развитие по возрасту. Вакцинация проведена не полностью.

Перенесённые заболевания: ОРВИ. Эпидемиологический анамнез без особенностей, за границу не выезжала.

Аллергологический анамнез не отягощён.

У матери – аутоиммунный тиреоидит.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,2°C. Кожный покров бледный. На коже живота, груди и проксимальных отделов бёдер определяются единичные бледно-розовые пятнисто-папулёзные элементы, исчезающие при надавливании. Периферические лимфатические узлы: шейные, подмышечные, паховые увеличены до 1,5-2 см, мягкоэластические, безболезненные, подвижные, не спаяны с окружающими тканями. Деформация коленных, голеностопных и лучезапястных суставов, болезненность при их пальпации и движении, ограничение объема движений в них. В лёгких дыхание ослаблено в нижних отделах справа, хрипы не выслушиваются. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается шум трения перикарда. ЧСС 118 в минуту. АД 105/65 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка — на 2 см.

В анализах крови: гемоглобин – 88 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $28 \times 10^9/л$, нейтрофилы – 87%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, лимфоциты – 8%, моноциты – 5%, тромбоциты – $780 \times 10^9/л$, СОЭ (по Вестергрену) – 78 мм/ч; С-реактивный белок – 196 мг/л, ферритин – 6850 нг/мл, АСТ – 86 Ед/л, АЛТ – 72 Ед/л, ЛДГ – 740 Ед/л.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №39

Девочка 6 лет госпитализирована с жалобами на эритематозные высыпания на лице, в области локтевых и коленных суставов, боль в коленных и локтевых суставах, припухлость правого лучезапястного и правого локтевого суставов, быструю утомляемость, снижение физической активности.

Из анамнеза известно, что впервые эритематозные высыпания на коже лица и боль в локтевых и коленных суставах появились после нанесения профессионального грима на лицо. После назначения цетиризина в течение 3 дней отмечалось уменьшение высыпаний и суставного синдрома. Через неделю, после повторного нанесения грима в области губ, вновь появились эритематозные высыпания на щеках, сопровождавшиеся умеренным зудом, а также боль в тех же суставах. Однократно отмечалось повышение температуры тела до 37,4°C. При обследовании по месту жительства выявлено повышение уровня трансаминаз, что было расценено инфекционистом как токсический гепатит. Дерматологом был установлен диагноз «аллергический дерматит, токсикодермия?». Участковым врачом ребёнок направлен в стационар с диагнозом «аллергический дерматит».

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей без особенностей, первых срочных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Профилактические прививки проведены согласно национальному календарю. ОРВИ болеет 2–3 раза в год, обычно в лёгкой форме. Операций и гемотрансфузий не было. Контакт с инфекционными больными не выявлен. Аллергологический анамнез: отмечались реакции на цитрусовые и тополиный пух.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Самочувствие нарушено за счёт вялости, периодической боли в суставах и быстрой утомляемости. Кожный покров бледно-розовой

окраски, умеренной влажности. На коже щёк определяется эритема по типу «бабочки». В области локтевых и коленных суставов отмечаются эритематозные высыпания с лиловым оттенком. Движения в этих суставах ограничены, выраженной болезненности при пальпации нет. Правый локтевой сустав увеличен в объёме. Видимые слизистые оболочки полости рта чистые, миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. На момент поступления выраженной мышечной слабости и боли в мышцах не отмечалось. Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. В лёгких дыхание проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1,5 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул оформленный, регулярный. Мочеиспускание не нарушено. Неврологический статус без особенностей.

Клинический анализ крови: эритроциты – $4,53 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 123 г/л, гематокрит – 36%, тромбоциты – $217 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови: КФК – 492 Ед/л, КФК-МВ – 76 Ед/л, АЛТ – 119 Ед/л, АСТ – 236 Ед/л; остальные биохимические показатели — без существенных отклонений.

Иммунологическое обследование: ANA-профиль – отрицательный.

Общий анализ мочи: без патологических изменений.

УЗИ коленных суставов: признаки синовита левого коленного сустава и артропатии правого коленного сустава. УЗИ локтевых суставов: без патологических изменений.

Рентгенография органов грудной клетки: патологических изменений не выявлено.

В стационаре ребёнку проводилась терапия по поводу предполагаемого аллергического дерматита, реактивного артрита и токсического поражения печени: гипоаллергенная диета, антигистаминные препараты, преднизолон в дозе 0,7 мг/кг/сут. На фоне лечения через 18 дней появилась прогрессирующая мышечная слабость: девочке стало трудно подниматься по лестнице, быстро вставать со стула, выполнять привычную физическую нагрузку. За время наблюдения масса тела снизилась на 2 кг. В динамике отмечено повышение лейкоцитов до $10,7 \times 10^9/л$, СОЭ до 25 мм/ч, сохранялось повышение мышечных ферментов и трансаминаз.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №40

Пациентка, 27 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на невозможность самостоятельного передвижения, снижение слуха, выраженное ограничение физической активности.

Из анамнеза заболевания известно, что первый перелом левой плечевой кости произошёл в возрасте 4 месяцев при пеленании. В течение первого года жизни переломы возникали приблизительно каждые 3 месяца. В раннем детстве состояние расценивалось как проявление рахита, проводилась терапия витамином D без существенного эффекта. После 2 лет частота переломов уменьшилась, однако они продолжали возникать на протяжении всей жизни. Всего перенесла около 30 переломов различной локализации, в том числе множественные компрессионные переломы тел позвонков. Неоднократно выполнялись оперативные вмешательства на костях нижних конечностей. Снижение слуха впервые отметила в возрасте 20 лет, впоследствии дважды перенесла стапедопластику. Часто обращается к стоматологу в связи с повышенной ломкостью зубов.

Анамнез жизни: наследственность отягощена — у бабушки по линии отца в детском возрасте отмечались множественные переломы. Хронические заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Родилась от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на ранних сроках, роды своевременные, масса тела при рождении 2800 г. Родители здоровы, рост отца — 162 см.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост — 125 см, масса тела — 47 кг. Передвигается на кресле-каталке. Отмечаются выраженные деформации верхних и нижних конечностей, ограничение движений в крупных суставах, снижение мышечной силы до 3 баллов с обеих сторон. Кожный покров обычной окраски; отёков нет. ЧДД — 16 в минуту, SpO₂ — 98%. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД — 110/80 мм рт. ст., ЧСС — 70 в минуту, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

В клиническом анализе крови существенных отклонений не выявлено.

Кальций общий — 2,43 ммоль/л, фосфор — 0,90 ммоль/л, щелочная фосфатаза — 46 Ед/л, 25(ОН)D — 32,7 нг/мл.

Рентгенография грудного отдела позвоночника: признаки остеопороза, дегенеративно-дистрофические изменения грудного отдела позвоночника, левосторонний сколиоз 4 ст.

Рентгенография костей предплечья: консолидирующийся перелом верхней трети диафиза левой локтевой кости с умеренным смещением отломков. Дугообразная деформация и нарушение оси костей предплечья.

Рентгенография костей предплечья: дугообразная деформация и нарушение оси костей предплечья.

Денситометрия (DXA) поясничного отдела позвоночника: Z-критерий -3,3 SD.

КТ верхних конечностей: картина комбинированной многоплоскостной деформации в/к. Ложный сустав верхней трети диафиза левой локтевой кости. Частично консолидированный перелом средней трети диафиза правой лучевой кости.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №41

Пациент 16 лет обратился с жалобами на повторяющиеся приступы повышения температуры тела до 38,0–39,5 °С, сопровождающиеся интенсивной болью в животе, преимущественно в правых отделах, и выраженной общей слабостью.

Из анамнеза известно, что около 3 лет назад без видимой причины впервые возникли выраженная боль в животе и повышение температуры тела до 39,5 °С, сохранявшиеся в течение 2–3 дней. Самостоятельно принимал ибупрофен с незначительным эффектом. Нарушений стула не отмечал. При обследовании, включавшем рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, патологических изменений не выявлено. В течение последующего года аналогичные эпизоды повторялись с частотой 1 раз в 1–2 месяца. В дальнейшем во время некоторых приступов стали возникать боль и припухлость голеностопных суставов, самостоятельно исчезающие после нормализации температуры тела. В течение последнего года частота приступов увеличилась до 2 раз в месяц. Между приступами самочувствие существенно не страдает.

Во время очередного приступа в клиническом анализе крови: лейкоциты — $11,5 \times 10^9$ /л, гемоглобин — 112 г/л; СОЭ — 52 мм/ч, СРБ — 165 мг/л. Посевы крови отрицательные. В общем

анализе мочи выявлена протеинурия – 0,2 г/л. При последующем обследовании суточная экскреция белка составила – 1,2 г/сут, рСКФ – 70 мл/мин/1,73 м².

При эхокардиографии клинически значимых изменений не выявлено.

При осмотре вне приступа: состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы обычной окраски, высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Голеностопные и другие периферические суставы внешне не изменены, движения в полном объёме. ЧДД – 16 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Отёков нет.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №42

Девочка, 7 лет, госпитализирована с жалобами на повторяющиеся приступы повышения температуры тела до 39,0-39,5 °С, сопровождающиеся интенсивной болью в животе, мышечной болью, кожными высыпаниями, покраснением глаз и отёком век.

Из анамнеза известно, что с первого года жизни периодически без видимой причины отмечались эпизоды повышения температуры тела продолжительностью до 5 дней. С 4 лет приступы приобрели регулярный характер, возникают каждые 3-4 недели и продолжаются 7-10 дней. Температура постепенно повышается от субфебрильной до 39,0-39,5 °С. Во время приступов периодически возникают интенсивная боль в животе, миалгии, эритематозные высыпания, конъюнктивит и отёк век. Приём ибупрофена временно уменьшает выраженность лихорадки и боли. Между приступами самочувствие значительно улучшается. Во время эпизодов неоднократно выявлялись лейкоцитоз до $12-13 \times 10^9/\text{л}$, повышение СОЭ до 43-51 мм/ч и СРБ до 54 мг/л, анемия. Неоднократно проводилась антибактериальная терапия без эффекта.

Во время одного из приступов в связи с выраженной болью в животе была госпитализирована в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. При лапароскопии показаний к аппендэктомии не выявлено. В связи с сохранявшимися лихорадкой и абдоминальной болью переведена для дальнейшего обследования.

Анамнез жизни: родилась от первой нормально протекавшей беременности, роды путём планового кесарева сечения. У матери с детского возраста отмечаются повторные приступы лихорадки продолжительностью 5-7 дней, сопровождающиеся выраженной болью в животе; антибактериальная терапия во время подобных эпизодов была неэффективна. У бабушки по материнской линии с подросткового возраста периодически возникают продолжительные эпизоды лихорадки, сопровождающиеся кожными высыпаниями и болью в суставах.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 38,9 °С. На коже области декольте и спины определяются эритематозные высыпания. Отмечаются гиперемия конъюнктив и отёк век. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту, SpO₂ – 98%. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 104 в минуту. Живот болезненный при поверхностной пальпации во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Нижний край печени выступает на 2 см из-под края правой рёберной дуги, мягкоэластической консистенции, чувствительный при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Периферические суставы внешне не изменены.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 98 г/л, лейкоциты – $19,4 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы – 68%, тромбоциты – $450 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 30 мм/ч.

В б/х анализе крови: СРБ – 178 мг/л, общий белок – 67 г/л, альбумин – 38 г/л, АЛТ – 23 Ед/л, АСТ – 18 Ед/л, креатинин – 90 мкмоль/л.

Прокальцитонин – 0,09 нг/мл.

В общем анализе мочи протеинурии и значимых изменений мочевого осадка не выявлено.

Трёхкратные посевы крови на аэробную и анаэробную флору отрицательные.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №43

Пациент Ф., 45 лет, обратился с жалобами на отёчность, уплотнение и изменение окраски кожи голеней и предплечий, болезненность и чувство стягивания в конечностях, ограничение движений в голеностопных и лучезапястных суставах, периодическое повышение температуры тела до 37,2–37,4 °С, утомляемость.

Из анамнеза известно, что около 6 месяцев назад появились боль и чувство натяжения в голенях, отёчность и участки гиперпигментации кожи. В последующем отмечалось постепенное нарастание уплотнения кожи голеней, появились аналогичные изменения предплечий и периодический субфебрилитет. В клиническом анализе крови была выявлена эозинофилия, расценённая как проявление аллергической реакции на поливитаминные препараты. Поливитаминны были отменены, назначены антигистаминные препараты без эффекта. В связи с прогрессированием симптомов направлен к ревматологу.

Анамнез жизни: работает грузчиком на складе, работа связана с регулярной интенсивной физической нагрузкой. Перенёс аппендэктомию, около 10 лет назад – пневмонию. Семейный анамнез не отягощён.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 °С. На голенях и предплечьях симметрично определяется плотный отёк без образования ямки при надавливании, выраженное уплотнение кожи и подкожных тканей. На голенях имеются участки гиперпигментации, кожа местами приобретает вид «апельсиновой корки», не собирается в складку; вдоль поверхностных вен определяются продольные западения кожи. Отмечается ограничение движений в голеностопных и в меньшей степени лучезапястных суставах. Кожа лица, кистей и стоп не изменена, склеродактилии и телеангиоэктазий нет. Феномен Рейно отрицает. Мышечная сила сохранена. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и органов брюшной полости клинически значимых изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 22% ($1,58 \times 10^9$ /л), тромбоциты – 200×10^9 /л, СОЭ – 45 мм/ч.

Б/х анализ крови: СРБ – 59,6 мг/л, креатинин – 68 мкмоль/л, КФК – 150 Ед/л. При электрофорезе белков сыворотки крови γ -глобулины – 24,9%, патологических градиентов не выявлено.

Ревматоидный фактор и антинуклеарные антитела не выявлены.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.

2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №44

Пациентка У., 29 лет, госпитализирована с жалобами на общую слабость, быструю утомляемость, снижение массы тела на 7 кг за последние 6 месяцев, периодическое повышение температуры тела до 37,7-38,0 °С, ночную потливость, головную боль, головокружение, эпизоды потемнения в глазах, онемение и похолодание кистей, более выраженные слева, быструю утомляемость в левой руки при физической нагрузке, периодическую боль в икроножных мышцах при ходьбе более 300–400 м, повышение АД до 170/95 мм рт. ст.

Из анамнеза известно, что считает себя больной около 10 месяцев, когда постепенно появились слабость, снижение работоспособности, субфебрилитет, ночная потливость и боль в мышцах плечевого пояса. Через 3-4 месяца присоединились головная боль, головокружение и эпизоды потемнения в глазах. В течение последних 3 месяцев стала отмечать боль, слабость и быструю утомляемость левой руки при нагрузке, похолодание и онемение левой кисти. При самостоятельном измерении АД обратила внимание на значительную разницу показателей на руках. За последний месяц появилась болезненность в левой половине шеи. При обращении к терапевту выявлены ослабление пульса на левой лучевой артерии и сосудистый шум в надключичной области.

Анамнез жизни: ранее считала себя здоровой. Туберкулёз, вирусные гепатиты и ВИЧ-инфекцию отрицает. Операций и серьёзных травм не было. Не курит. Семейный анамнез по системным ревматическим заболеваниям не отягощён.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела – 37,6 °С. Пульсация левой лучевой и плечевой артерий значительно ослаблена, справа сохранена. Пальпация левой общей сонной артерии болезненна. АД на правой руке – 172/94 мм рт. ст., на левой – 112/68 мм рт. ст., на правой ноге – 166/88 мм рт. ст., на левой – 158/84 мм рт. ст. ЧСС – 88 в минуту, ритм правильный. Выслушивается систолический шум над подключичными артериями, более выраженный слева, и левой общей сонной артерией; сосудистый шум определяется также в эпигастральной области. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы – 74%, тромбоциты – $512 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 76 мм/ч.

Б/х анализ крови: СРБ – 68 мг/л, креатинин – 82 мкмоль/л, рСКФ – 92 мл/мин/1,73 м².

Общий анализ мочи без клинически значимых изменений.

ЭхоКГ: ФВ ЛЖ – 62%, умеренная концентрическая гипертрофия левого желудочка, аортальная регургитация I степени.

При УЗДГ брахиоцефальных артерий выявлено концентрическое утолщение стенок общих сонных артерий, стеноз левой общей сонной артерии до 65%, левой подключичной артерии до 85%, правой подключичной артерии до 45%; кровоток по левой позвоночной артерии снижен. При УЗДГ почечных артерий выявлены стеноз правой почечной артерии до 75% и левой до 55–60%.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №45

Пациентка Я., 58 лет, госпитализирована с жалобами на повышение температуры тела до 38,2 °С, выраженную слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с прожилками крови в мокроте, боли в мелких суставах кистей, миалгии, высыпания на коже голеней, отёки нижних конечностей, уменьшение количества мочи и изменение её цвета.

Из анамнеза известно, что считает себя больной около 3 месяцев, когда постепенно появились слабость, утомляемость, субфебрилитет и миалгии. В последующем присоединились мигрирующие артралгии суставов кистей, лучезапястных и голеностопных суставов. Около месяца назад появились сухой кашель и одышка. Антибактериальная терапия эффекта не дала. В течение последних 3-4 недель состояние прогрессивно ухудшалось: появились кровохарканье, отёки голеней, повышение АД до 160–165/90–95 мм рт. ст. За две недели до госпитализации отметила уменьшение количества мочи и её тёмно-бурую окраску. В последние дни появились мелкоточечные высыпания на голенях и тыле стоп, не исчезающие при надавливании.

Анамнез жизни: хронические заболевания отрицает.

Постоянно лекарственные препараты не принимает.

Аллергологический анамнез неотягощён.

При осмотре: состояние тяжёлое. Температура тела 37,9 °С. Кожа и видимые слизистые бледные. На голенях и тыле стоп определяется множественная пальпируемая пурпура. Имеются симметричные отёки нижних конечностей до средней трети голеней. Отмечается болезненность мелких суставов кистей, лучезапястных и голеностопных суставов без выраженных экссудативных изменений. ЧДД – 24 в минуту, SpO₂ – 91% при дыхании атмосферным воздухом. В нижних отделах лёгких с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 96 в минуту. АД – 165/95 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В анализа крови: гемоглобин – 86 г/л, лейкоциты – $12,4 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы – 82%, эозинофилы – 1%, тромбоциты – $480 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 72 мм/ч; креатинин – 342 мкмоль/л, мочевины – 22 ммоль/л, рСКФ по СКD-EPI – 13 мл/мин/1,73 м², калий – 5,4 ммоль/л, альбумин – 31 г/л, СРБ – 118 мг/л.

Общий анализ мочи: белок – 1,1 г/л, эритроциты – 80-100 в поле зрения, преимущественно изменённые, определяются эритроцитарные цилиндры.

Суточная протеинурия – 1,9 г/сут.

При КТ органов грудной клетки выявлены двусторонние распространённые участки по типу «матового стекла» и альвеолярной консолидации. Узловых образований и полостей распада не выявлено.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте диагноз и приведите его обоснование. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения. Назначьте лечение.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о

выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссии.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырехбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует

недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-7448-8.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970474488.html
2.	Тактика врача-ревматолога : практическое руководство / под ред. В. И. Мазурова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 320 с. (Серия "Тактика врача") - ISBN 978-5-9704-6824-1	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468241.html
3.	Справочник врача-ревматолога / Д. Е. Каратеев, Е. Л. Лучихина. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 384 с. — ISBN 978-5-9704-8907-9	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970489079.html
4.	Клиническая лабораторная диагностика : национальное руководство / под ред. В. В. Долгова, М. А. Годкова, Т. В. Вавиловой. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 672 с. — ISBN 978-5-9704-8930-7	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970489307.html
5.	Интерпретация лабораторных исследований при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях / Е. Л. Насонов, А. А. Баранов, М. А. Годков [и др.]. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 176 с. — ISBN 978-5-9704-8667-2	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970486672.html
6.	Инновационная терапия заболеваний суставов и позвоночника : руководство для врачей / Н. В. Чичасова, А. А. Годзенко, Т. В. Коротаева [и др.] ; под ред. А. М. Лилы. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 248 с. — ISBN 978-5-9704-9184-3	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970491843.html
7.	Боль в спине как междисциплинарная проблема : руководство для врачей / под ред. Д. Е. Каратеева. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 168 с. — ISBN 978-5-9704-8402-9	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970484029.html
8.	Анкилозирующий спондилит / Эрдес Ш. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-5732-0	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457320.html

9.	Костно-минеральные нарушения в терапевтической практике: руководство для врачей / Б. А. Ребров, Е. Б. Комарова, И. И. Благинина [и др.] ; под ред. Б. А. Реброва. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 272 с. — ISBN 978-5-9704-9062-4	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970490624.html
10.	Подагра [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н. А. Шостак, Т. К. Логинова, А. В. Аксенова ; [сост. : Н. А. Шостак, Т. К. Логинова, А. В. Аксенова и др.] ; под ред. Н. А. Шостак ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Каф. факультет. терапии им. акад. А. И. Нестерова лечеб. фак. – Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. – 103 с. : ил. – Библиогр. : С. 102-103.	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191188.pdf&show=dcatalogues/1/4865/191188.pdf&view=true
11.	Ревматоидный артрит: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Ин-т клин. медицины, Каф. факультет. терапии им. акад. А. И. Нестерова; сост. : Т. К. Логинова, А. А. Клименко, А. А. Мурадянц и др. – Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2024. – 47 с. : ил.	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192544.pdf&show=dcatalogues/1/5912/192544.pdf&view=true
12.	Ревматическая лихорадка: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Лечеб. фак., Каф. факультет. терапии им. акад. А. И. Нестерова ; сост. : Н. Ю. Карпова, А. А. Клименко, Н. С. Чипигина и др. ; под ред. Н. А. Шостак. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2024. – 67 с. : ил.	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192539.pdf&show=dcatalogues/1/5911/192539.pdf&view=true
13.	Инъекции в костно-мышечную систему под ультразвуковым контролем. Руководство по основам, техникам и инъекционным препаратам / под ред. Б. Коджаоглу, Л. Лавер, Л. де Джироламо, Р. Компаньони ; пер. с англ. под ред. О. А. Каплунова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 272 с. — ISBN 978-5-9704-9558-2	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970495582.html
14.	Ревмоортопедия : руководство для врачей / под ред. В. П. Павлова, А. В. Лычагина, И. В. Меньшиковой. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 344 с. — ISBN 978-5-9704-8860-7	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970488607.html
15.	Общая иммунология с основами клеточной, молекулярной и клинической иммунологии : учебное пособие / А. В. Москалев, Б. Ю. Гумилевский. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 536 с. — ISBN 978-5-9704-9439-4	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970494394.html
16.	Наука об иммунитете - современные тренды / Р. М. Хаитов, Г. А. Игнатьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-7278-1	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472781.html
17.	Ревматические заболевания и поражения глаз : руководство для врачей / А. А. Годзенко, И. Ю. Разумова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-7056-5	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470565.html

18.	Ревматология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Алекберова З. С. и др.] ; под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 720 с. : ил.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416501.html
19.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. Проф. Образования] : в 2 т. Т. 1 / [Р. А. Абдулхаков и др.] ; под ред. В. С. Моисеева и др. – 3-е изд., испр. И доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 960 с.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html
20.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш проф. образования] : в 2 т. Т. 2 / [Р. А. Абдулхаков и др.] ; под ред. В. С. Моисеева и др. – 3-е изд., испр. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.html
21.	Остеопороз: подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] : учебное пособие / Демидова Татьяна Юльевна, Е. Ю. Грицкевич, Ю. С. Кишкович ; Т. Ю. Демидова, Е. Ю. Грицкевич, Ю. С. Кишович ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. эндокринологии лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2020. - 29 с. : ил. - Библиогр. : С. 29.	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190913.pdf&show=dcatalogues/1/4573/190913.pdf&view=true
22.	Детская кардиология и ревматология [Текст] : практ. рук. / [Е. А. Колупаева, Н. В. Микульчик, Е. К. Хрусталева и др.] ; под общ. ред. Л. М. Беляевой. - М. : МИА, 2011.	2
23.	Травматология и ортопедия [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / под ред. Н. В. Корнилова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 656 с.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453896.html
24.	Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов [Текст] : руководство : атлас : более 1000 рентгенограмм / Ф. А. Бургенер, М. Кормано, Т. Пудас ; пер. с англ. 6 под ред. С. К. Тернового, А. И. Шехтера. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Пер. изд.: Bone and joint disorders differential diagnosis in conventional radiology / F. A. Burgener et al. - 2nd rev. ed. - Stuttgart ; New York : Thieme.	8
25.	Лучевая диагностика [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Г. Е. Труфанов и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 484 с. : ил.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462102.html
26.	Сустав [Текст] : морфология, клиника, диагностика, лечение / В. Н. Павлова, Г. Г. Павлов, Н. А. Шостак, Л. И. Слущкий. - М. : МИА, 2011.	1
27.	Руководство по ишемической кардиологии [Текст] / Абельдяев Д.В. и др. ; под ред. Н. А. Шостак. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 438 с.	1
28.	Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс] : [учеб. для мед. вузов] / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2020. – 848 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453278.html