

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ»**

1	Воспалительные артриты
1	Пик заболеваемости подагрой у мужчин приходится на возрастную группу
	10-15 лет
	20-30 лет
	30-40 лет
	40-50 лет
	старше 60 лет
2	В общей популяции подагра выявляется приблизительно в
	0,1-0,5%
	10-15%
	5-7%
	1-3%
	15-20%
3	Центральное звено патогенеза подагры – нарушение обмена
	триптофана
	фенилаланина
	метионина
	пурина
	аргинина
4	При подагре наблюдается внутрисуставное отложение кристаллов
	оксалата кальция
	холестерина
	пирофосфата кальция
	моноурата натрия
	основного фосфата кальция
5	Наиболее часто в дебюте подагрического артрита отмечается поражение
	локтевого сустава
	голеностопного сустава

	коленного сустава
	межфаланговых суставов
	I плюснефалангового сустава
6	Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови, позволяющий установить диагноз подагры при отсутствии клинических признаков заболевания
	более 360 мкмоль/л независимо от пола
	более 360 мкмоль/л для женщин и более 420 мкмоль/л для мужчин
	более 420 мкмоль/л независимо от пола
	изолированное повышение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови не является достаточным критерием
	более 600 мкмоль/л независимо от пола
7	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
8	Специфическим рентгенологическим признаком поражения суставов при подагре является
	симптом «пробойника»
	краевые костные эрозии
	нормальная ширина суставной щели
	отсутствие околосуставного остеопороза
	сужение суставной щели
9	Выявление «двойного контура» при УЗИ суставов является признаком
	остеоартрита с депонированием кристаллов пирофосфата кальция
	хронического артрита с кристаллами пирофосфата кальция
	гемартроза
	остеомиелита
	подагры

10	В качестве препарата первой линии уратснижающей терапии у пациентов с нормальной функцией почек рекомендовано назначение
	аллопуринола
	фебуксостата
	пеглотиказы
	пробенецида
	бензбромарона
11	В случае развития нежелательных реакций, связанных с применением аллопуринола, показано назначение
	такролимуса
	пеглотиказы
	рофлумиласта
	фебуксостата
	колхицина
12	Наиболее частыми побочными эффектами колхицина являются
	диарея, тошнота, рвота
	кожная сыпь, алопеция
	лейкопения, анемия
	лекарственный гепатит, желтуха
	гипокоагуляция, геморрагический синдром
13	Для купирования острого подагрического артрита у пациентов, получающих ингибиторы СУР3А4 (циклоспорин, такролимус, кларитромицин, кетоконазол, ингибиторы ВИЧ-протеаз и др.), следует избегать назначения
	нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)
	системного назначения глюкокортикостероидов
	интраартикулярного введения глюкокортикостероидов
	колхицина
	ингибиторов ИЛ-1
14	Назначение колхицина для купирования острого подагрического артрита наиболее оправдано
	в первый часы с момента развития атаки

	при сохранении симптомов артрита более 36 часов
	при полиартикулярном характера обострения
	у пациентов, получающих ингибиторы СУРЗА4
	у пациентов со снижением клиренса креатинина менее 30 мл/мин
15	При наличии противопоказаний к применению колхицина, нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикоидов (перорально или интраартикулярно) для купирования острого подагрического артрита показано назначение
	пеглотиказы
	пробенецида
	фебуксостата
	канакинумаба
	бензбромарона
16	Канакинумаб – это
	рекомбинантное гуманизованное моноклональное антитело к человеческому рецептору ИЛ-6
	рекомбинантная уриказа с присоединённой цепью полиэтиленгликоля
	урикозурический препарат (подавляет реабсорбцию мочевой кислоты в почечных канальцах)
	селективный ингибитор ксантиноксидазы
	человеческое моноклональное антитело IgG1/каппа изотипа к ИЛ-1β
17	Профилактику развития острой подагрической атаки колхицином у больного, получающего уратснижающую терапию, целесообразно проводить в течение
	10-14 дней
	4-6 недель
	3-6 месяцев
	не менее 1 год
18	Рекомендуемая доза преднизолона для купирования острого подагрического артрита составляет
	70-80 мг/сутки в течение 5 дней
	10-15 мг/сутки в течение 5 дней

	10-15 мг/сутки в течение 14 дней
	30-35 мг/сутки в течение 5 дней
	40-50 мг/сутки в течение 1-2 дней
19	Целевое значение сывороточного уровня мочевой кислоты у больного 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)
20	Целевое значение сывороточного уровня мочевой кислоты у больного тяжелой 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)
21	Для лечения артериальной гипертензии у больного, страдающего подагрой, целесообразно назначать
	гидрохлортиазид
	дилтиазем
	верошпирон
	лозартан
	бисопролол
22	Стартовая доза аллопуринола у больного подагрой составляет
	100 мг/сутки
	300 мг/сутки
	600 мг/сутки
	800 мг/сутки
23	Пеглотиказа – это
	рекомбинантное гуманизованное моноклональное антитело к человеческому рецептору ИЛ-6
	рекомбинантная уриказа с присоединённой цепью полиэтиленгликоля
	урикозурический препарат (подавляет реабсорбцию мочевой кислоты в почечных канальцах)

	селективный ингибитор ксантиноксидазы
	человеческое моноклональное антитело IgG1/каппа изотипа к ИЛ-1β
24	Стартовая доза фебуксостата в соответствии с рекомендациями Европейской антиревматической лиги (EULAR) составляет
	40 мг 1 раз в сутки
	80 мг 1 раз в сутки
	120 мг 1 раз в сутки
	80 мг 2 раза/сутки
	60 мг 2 раза/сутки
25	Системное назначение глюкокортикоидов при подагрической атаке оправдано
	в качестве базисной противовоспалительной терапии на длительный срок
	только при нормальном уровне клиренса креатинина
	при полиартикулярном характере поражения
	при наличии лабораторных признаков высокой активности воспаления (СОЭ, лейкоцитоз, С-реактивный белок)
26	Назначение какого препарата из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) наиболее оправдано в качестве первой линии для купирования острого подагрического артрита?
	эторикоксиб
	ни один из препаратов группы НПВП не выделяется в качестве наилучшего для терапии первой линии
	диклофенак
	нимесулид
	целикоксиб
27	Наибольшее содержание пуринов определяется в
	субпродуктах
	сардинах
	улитках
	помидорах
	шоколаде

28	Основным критерием метаболического синдрома является
	объем талии более 80 см для женщин и 94 см для мужчин
	объем талии более 94 см для женщин и 102 см для мужчин
	повышение уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л
	нарушение толерантности к глюкозе
	повышение АД свыше 140/90 мм рт. ст.
29	Канакинумаб для купирования острого подагрического артрита назначается
	150 мг подкожно однократно
	150 мг/сутки подкожно в течение всего периода артрита (до купирования симптомов)
	150 мг внутримышечно однократно
	150 мг подкожно 2 раза/сутки в течение всего периода артрита (до купирования симптомов)
	150 мг внутримышечно в течение всего периода артрита (до купирования симптомов)
30	Фебуксостат – это
	неселективный ингибитор ксантиноксидазы
	селективный ингибитор ксантиноксидазы
	рекомбинантная уриказа с присоединённой цепью полиэтиленгликоля
	урикозурический препарат (подавляет реабсорбцию мочевой кислоты в почечных канальцах)
31	Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция может протекать «под маской»
	системной склеродермии
	анкилозирующего спондилита
	системной красной волчанки
	ревматоидного артрита
	реактивного артрита
32	Развитие ревматоидного артрита ассоциируется с антигенами главного комплекса гистосовместимости
	HLA G1
	HLA DR4

	HLA B27
	HLA-Cw7
33	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
34	Механизм деструкции суставов при ревматоидном артрите связан с
	дегенеративными изменениями хряща
	образованием паннуса
	активным синовитом
	антифосфолипидным синдромом
	отложением кристаллов мочевой кислоты
35	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
36	Поздняя стадия ревматоидного артрита устанавливается при длительности болезни
	более двух лет
	более одного года
	не менее пяти лет
	более шести месяцев
	не менее десяти лет
37	Для оценки активности ревматоидного артрита целесообразно использовать индекс
	SELENA-SLEDAI

	DAS 28
	PASI
	BASDAI
	HAQ
38	Что из перечисленного входит в диагностические критерии ревматоидного артрита (ACR)?
	антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
	артрит крупных суставов
	обнаружение «костного отека» при МРТ
	утренняя скованность >1 часа
	антитела к н-ДНК
39	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
	антитела к ДНК
40	Какой из нижеперечисленных признаков не относится к клиническим проявлениям болезни Стилла у взрослых?
	боль в горле
	лихорадка
	поражение почек
	кожная сыпь
	лимфоаденопатия
41	Что такое ревматоидный фактор?
	антитела к Fc-фрагменту IgM
	антитела к Fc-фрагменту IgG
	антитела к гиалуронидазе
	иммунный комплекс IgG + АСЛ-О
	субтип антинуклеарных антител
42	Низкая активность ревматоидного артрита устанавливается при значениях индекса DAS28
	> 1,2
	< 3,2

	< 2,3
	< 4,2
	< 5,1
43	Умеренная активность ревматоидного артрита устанавливается при значениях индекса DAS28
	> 1,2 и < 3,2
	> 3,2 и < 6,1
	> 2,3 и < 5,1
	> 3,2 и < 5,1
	> 5,1
44	Высокая активность ревматоидного артрита устанавливается при значениях индекса DAS28
	> 2,3
	> 3,2
	> 4,2
	> 7,1
	> 5,1
45	Рентгенологическая стадия I ревматоидного артрита характеризуется
	сужением суставной щели
	наличием множественных эрозий
	наличием субхондрального склероза
	развитием околоуставного остеопороза
	наличием остеофитов
46	Рентгенологическая стадия II ревматоидного артрита характеризуется
	появлением остеофитов
	сужением суставной щели и наличием единичных эрозий
	сужением суставной щели и наличием множественных эрозий
	наличием анкилоза
	наличием субхондрального склероза
47	Для рентгенологической стадии III ревматоидного артрита характерно
	сужение суставной щели, единичные эрозии
	сужение суставной щели, множественные эрозии
	сужение суставной щели, субхондральный склероз

	анкилоз
	остеофитоз
48	Системными проявлениями ревматоидного артрита, входящими в диагностические критерии Американской коллегии ревматологов (ACR), являются
	узелки Ослера
	ревматические узелки
	ревматоидные узелки
	ревматоидный васкулит в сочетании с полнейропатией
	узелки Бушара
49	В соответствии с классификационными критериями ревматоидного артрита ACR/EULAR диагноз может быть установлен при общем счете
	более трех баллов
	менее шести баллов
	более пяти баллов
	более десяти баллов
	не менее шести баллов
50	Вторичный амилоидоз может быть осложнением
	болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция
	подагры
	ревматоидного артрита
	системной красной волчанки
	системной склеродермии
51	Количество баллов, согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR, соответствующее длительности наличия синовита более 6 недель, равно
	0 баллов
	1 балл
	2 балла
	3 балла
	4 балла
52	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
53	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
54	Наиболее частыми причинами смерти при ревматоидном артрите являются
	опухоли костной системы
	кардиоваскулярные заболевания
	цереброваскулярные заболевания
	респираторные заболевания
	хроническая почечная недостаточность
55	Для болезни Стилла у взрослых характерно
	наличие лейкопении
	развитие фарингита
	определение положительного антинуклеарного фактора
	развитие заболевания в возрасте старше 65 лет
	наличие геморрагической сыпи
56	При наличии у пациента с ревматоидным артритом острого гломерулонефрита с быстро прогрессирующей почечной недостаточностью показано назначение
	метотрексата
	циклоспорина А
	циклофосфида
	азатиоприна
	такролимуса

57	Наиболее тяжелым побочным эффектом аминохинолиновых препаратов является
	кожная сыпь
	диарея
	миопатия
	ретинопатия
	боль в животе
58	К ингибиторам ко-стимуляции Т-лимфоцитов относится
	абатацепт
	ритуксимаб
	этанерцепт
	цертолизумаб пэгол
	голимумаб
59	Беременной женщине, страдающей ревматоидным артритом и нуждающейся в назначении ГИБП наиболее предпочтительным препаратом является
	адалимумаб
	голимумаб
	инфлиусимаб
	этанерцепт
	цертолизумаб пэгол
60	Для увеличения эффективности терапии ингибиторами ФНО-альфа больным ревматоидным артритом показано назначение
	нестероидных противовоспалительных препаратов
	комбинации нескольких ингибиторов ФНО-альфа
	гидроксихлорохина
	метотрексата
	тофацитиниба
61	Для заместительной терапии при острой надпочечниковой недостаточности используют
	дексаметазон
	гидрокортизон
	триамциалон
	бетаметазон
	метилпреднизолон

62	Рентгеновская остеоденситометрия показана для диагностики остеопороза у больных ревматоидным артритом, принимающим глюкокортикоиды в течение
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев
63	Симптом, характерный для надпочечниковой недостаточности
	гипотония
	bronхообструктивный синдром
	судороги
	появление участков депигментации
	возбуждение
64	Низкая относительно безопасная доза преднизолона составляет
	< 7,5 мг
	< 10 мг
	< 15 мг
	< 20 мг
65	К относительным противопоказаниям для назначения глюкокортикоидов относятся
	язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
	выраженный остеопороз
	артериальная гипотензия
	тяжёлая сердечная недостаточность
	сахарный диабет
66	К нежелательным кожным реакциям применения глюкокортикоидов относятся
	угревая сыпь
	стрии
	истончение кожи
	утолщение кожи и подкожной клетчатки при в/м введении
	кровозлияния

67	К нежелательным реакциям применения глюкокортикоидов со стороны органа зрения относятся
	глаукома
	задняя субкапсулярная катаракта
	конъюнктивит
	экзофтальм
	центральная серозная хориоретинопатия
68	К нежелательным реакциям применения глюкокортикоидов относятся
	гипогликемия
	гиперлипидемия
	замедление заживления ран
	задержка натрия и воды
	синдром Кушинга
69	Для синдрома Фелти характерно развитие
	лейкоцитоза
	спленомегалии
	гепатомегалии
	почечной недостаточности
	полинейропатии
70	Выберите максимально полный и верный перечень методов контроля нежелательных реакций терапии глюкокортикоидами
	динамика массы тела, измерение АД, глюкоза крови и мочи, офтальмологическое обследование
	измерение артериального давления, контроль уровня печеночных ферментов
	динамика массы тела, офтальмологическое исследование, электролиты плазмы крови
	флюорография органов грудной клетки, контроль за состоянием костно-мышечной системы, контроль за развитием инфекционных осложнений
	контроль за состоянием ЖКТ, глюкоза крови и мочи
71	Какой препарат является глюкокортикоидом короткого действия?
	бетаметазон
	преднизолон
	триамцинолон

	гидрокортизон
	дексаметазон
72	Какой препарат препятствует прогрессированию ревматоидного артрита?
	ацеклофенак
	лефлюномид
	метилпреднизолон
	нимесулид
	бетаметазон
73	Какой препарат является глюкокортикоидом длительного действия?
	бетаметазон
	преднизолон
	метилпреднизолон
	гидрокортизон
	кортизон
74	Наиболее сильным ulcerогенным эффектом при длительном применении обладает
	кортизон
	преднизолон
	гидрокортизон
	бетаметазон
	триамцинолон
75	Задержка натрия и воды наиболее выражена при длительном применении высоких доз
	бетаметазона
	преднизолона
	гидрокортизона
	дексаметазона
	триамцинолона
76	Суставы-исключения в дебюте ревматоидного артрита
	проксимальные межфаланговые суставы кистей
	суставы 1 и 5 пальцев кистей
	коленные
	височно-нижнечелюстные
	лечезапястные

77	Продолжительность утренней скованности, которая является одним из критериев ревматоидного артрита, должна быть не менее
	10 минут
	20 минут
	30 минут
	1 часа
	2-х часов
78	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
79	Для ранней стадии ревматоидного артрита характерна длительность болезни
	до 3 месяцев
	до 6 месяцев
	до 12 месяцев
	до 1 года
	до 2 лет
80	Наиболее распространенным и важным признаком синдрома Фелти является
	высокий титр ревматоидного фактора
	высокий уровень С-реактивного белка
	гепатомегалия
	нейтропения
	нейтрофилез
81	Тофацитиниб нежелательно назначать пациентам
	до 65 лет
	курильщикам
	имеющим артериальную гипертензию
	имеющим в анамнезе инфаркт миокарда
	имеющим желчно-каменную болезнь

82	Применение глюкокортикоидов может приводить к следующим сдвигам в общем анализе крови
	лимфопения
	лимфоцитоз
	агранулоцитоз
	моноцитоз
	гранулоцитоз
83	Назовите глюкокортикоид для интраартикулярного введения с наибольшей длительностью эффекта
	преднизолон ацетат
	гидрокортизон ацетат
	бетамезон ацетат
	триамцинолон гексацетонид
	триамцинолон ацетонид
84	Перед назначением генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите необходимо
	выполнить эзофагогастродуоденоскопию
	выполнить анализ кала на скрытую кровь, колоноскопию
	выполнить диаскин-тест и рентгенографию органов грудной клетки
	выполнить ПЦР крови на вирусы герпетической группы
	выполнить компьютерную томографию органов грудной клетки
85	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

86	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
	кальция карбонат и витамин Д
	калия и магния аспаргинат
87	В какой дозе вводят метилпреднизолон при пульс-терапии?
	0,1-0,2 г
	0,5-1 г
	2-4 г
	40-60 мг
	5-6 мг
88	Регулярное мониторингирование активности заболевания у больных ревматоидным артритом включает
	общую оценку состояния здоровья пациентом и врачом
	определение уровня СОЭ
	оценку числа припухших и болезненных суставов
	определение рентгенологической стадии заболевания
	определение уровня С-реактивного белка
89	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 месяц
90	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)
91	При какой дозе метотрексата подкожная форма препарата превосходит пероральную
	более 5 мг/нед.
	более 10 мг/нед.
	более 15 мг/нед.
	более 20 мг/нед.
	более 25 мг/нед.
92	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
93	В качестве базисной терапии у беременной женщины с ревматоидным артритом низкой активности возможно назначение
	метотрексата
	лефлюномида
	гидроксихлорохина
	циклоспорина
	тофацитиниба

94	В фармакотерапии ревматоидного артрита используются
	синтетические базисные противовоспалительные препараты
	глюкозамина сульфат и хондроитина сульфат
	глюкокортикоиды
	генно-инженерные биологические препараты
	нестероидные противовоспалительные препараты
95	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 вне зависимости от активности ревматоидного артрита
	в назначении только пульс-терапии глюкокортикоидами
96	Базисный противовоспалительный препарат (БПВП) первой линии, с которого рекомендовано начинать лечение ревматоидного артрита
	лефлуномид
	азатиоприн
	метотрексат
	плаквенил
	сульфасалазин
97	Повторное введение глюкокортикоидов внутрисуставно при ревматоидном артрите возможно не ранее чем через
	1 месяц
	3 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев
	24 месяца

98	Какова начальная доза и каков путь введения метотрексата при ревматоидном артрите при отсутствии факторов нежелательного прогноза?
	внутри или парентерально 10-15 мг в неделю
	парентерально 5-7,5 мг в неделю
	внутри 5 мг ежедневно
	внутри 20 мг в неделю
	внутри или парентерально 10-20 мг в месяц
99	Тактика назначения сульфасалазина при ревматоидном артрите
	1 г/сут. (1 таб. 2 раза в день во время или после еды)
	2 г/сут., далее каждую неделю уменьшение дозы до поддерживающей 0,5 г/сут. (1 таб.)
	0,5 г/сут., далее каждые две недели наращивание дозы по 0,5 г до 2 г/сут.
	0,5 г/сут., далее каждую неделю наращивание дозы по 0,5 г до 3 г/сут.
	2 г/сут., далее каждые две недели уменьшение дозы до поддерживающей 0,5 г/сут. (1 таб.)
100	Какой препарат необходимо добавлять к терапии метотрексатом?
	витамин В12
	железо
	фолиевая кислота
	витамин В1
	витамин К
101	Какие лабораторные параметры необходимо мониторировать при назначении метотрексата больным ревматоидным артритом?
	АСТ/АЛТ, креатинин, мочевины, сывороточное железо
	клинический анализ крови, АЛТ/АСТ, креатинин, общий анализ мочи
	креатинин, мочевины, мочевая кислота, АЛТ, АСТ
	общий анализ мочи, креатинин, ЛДГ
	АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ
102	Когда необходимо прервать лечение метотрексатом?

	клинически выраженное поражение печени
	повышение концентрации АЛТ/АСТ > 3 верхней границы нормы
	повышение концентрации АЛТ/АСТ > 5 верхней границы нормы
	повышение концентрации АЛТ/АСТ > 2 верхней границы нормы
	повышение концентрации креатинина > 3 верхней границы нормы
103	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является ингибитором ФНО-альфа?
	тоцилизумаб
	абатацепт
	ритуксимаб
	адалимумаб
	тофацитиниб
104	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является ингибитором интерлейкина-6?
	тоцилизумаб
	абатацепт
	ритуксимаб
	адалимумаб
	тофацитиниб
105	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является моноклональными антителами к рецепторам CD20 В-лимфоцитов?
	тоцилизумаб
	абатацепт
	ритуксимаб
	адалимумаб
	тофацитиниб
106	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является ингибитором ФНО-альфа?
	анакира
	этанерцепт

	тофацитиниб
	ритуксимаб
	тоцилизумаб
107	В каком из представленных случаев тактика назначения генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите является наиболее оптимальной?
	РА высокой степени активности длительностью менее 3-х месяцев при отсутствии факторов неблагоприятного прогноза
	назначение ГИБП в качестве монотерапии при РА высокой активности длительностью менее 3-х месяцев
	назначение ГИБП в сочетании с БПВП при РА низкой активности длительностью более 3-х месяцев
	РА низкой степени активности длительностью более 3-х месяцев при отсутствии факторов неблагоприятного прогноза.
	длительно сохраняющаяся (≥ 3 -х месяцев) высокая активность РА на фоне терапии стандартными базовыми противовоспалительными препаратами
108	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
109	Препаратами первого выбора из группы генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите в большинстве случаев являются
	ингибиторы ФНО-альфа
	ингибиторы интерлейкина-1
	моноклональные антитела к рецепторам Т-лимфоцитов
	моноклональные антитела к рецепторам В-лимфоцитов

	ингибиторы интерферона I типа
110	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, ритмуksимаб, тоцилизумаб)
111	Наименее целесообразно назначение ритуксимаба в случае
	серопозитивного ревматоидного артрита
	наличие у больного ревматоидным артритом внесуставных проявлений
	серонегативного ревматоидного артрита
	серопозитивности по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду
	противопоказаний для назначения ингибиторов ФНО- α
112	Для контроля состояния желудочно-кишечного тракта при длительном назначении нестероидных противовоспалительных препаратов необходимо
	проведение эзофагогастродуоденоскопии 1 раз в год
	соблюдение щадящей диеты
	рентгенография желудка с барием
	проведение эзофагогастродуоденоскопии 1 раз в 2 года
	проведение теста на <i>H. pylori</i> 1 раз в год
113	В случае наличия у пациента с ревматоидным артритом, имеющим показания для назначения ГИБП и являющимся носителем хронической HBV-инфекции следует
	отказаться от применения любых ГИБП
	повести курс профилактической противовирусной терапии, затем назначить ГИБП
	назначить терапию ГИБП

	назначить терапию метотрексатом
	назначить комбинированную терапию синтетическими базисными противовоспалительными препаратами
114	Риск активации вируса опоясывающего герпеса при лечении ревматоидного артрита максимален при применении
	тофацитиниба
	метотрексата
	гидроксихлорохина
	адалimumба
	лефлюномида
115	К основным клиническим проявлениям болезни Стилла взрослых относятся
	лихорадка более 39С
	геморрагическая сыпь
	спленомегалия
	головная боль
	боль в горле
	макуло-папулезная сыпь
116	К основным лабораторным проявлениям болезни Стилла взрослых относятся
	лейкопения
	лейкоцитоз
	гиперферритинемия
	увеличение лактатдегидрогеназы
	тромбоцитопения
117	Для лечения болезни Стилла взрослых применяются
	нестероидные противовоспалительные препараты
	сульфасалазин
	метотрексат
	глюкокортикоиды
	гидроксихлорохин
118	В случае необходимости назначения терапии ГИБП больным болезнью Стилла взрослых предпочтение отдается
	канакинумабу
	тоцилизумабу

	этанерцепту
	секукинумабу
	белимумабу
119	Оптимальной группой препаратов для пациентов с амилоидозом, развившимся на фоне ревматоидного артрита являются
	ингибиторы интерлейкина 1
	ингибиторы Jak-киназ
	ингибиторы ФНО-альфа
	базисные противовоспалительные препараты
	ингибиторы интерлейкина 6
120	Синдром Фелти ассоциирован с
	системной красной волчанкой
	системной склеродермией
	ревматоидным артритом
	подагрой
	псориатическим артритом
121	В дебюте ревматоидного артрита наиболее часто поражаются
	пястно-фаланговые суставы
	лучезапястные суставы
	коленные суставы
	локтевые суставы
	фасеточные суставы шейного отдела позвоночника
122	При вторичном амилоидозе, связанном с ревматоидным артритом, характерно поражение
	сердца
	печени
	селезенки
	синовиальной оболочки суставов
	почек
123	Рентгенологическим симптомом, не характерным для ревматоидного артрита является наличие
	костных эрозий
	сужения суставных щелей
	субхондральный склероз

	костный анкилоз
	околосуставной остеопороз
124	Наиболее частой причиной реактивного артрита является
	бета-гемолитический стрептококк группы А
	золотистый стафилококк
	иерсиния
	хламидия
	микобактерия туберкулеза
125	Для ревматоидного артрита наиболее характерно поражение какого отдела позвоночника
	шейного
	грудного
	поясничного
	крестцового
	крестцово-подвздошного
126	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»
127	К базисным противовоспалительным препаратам (БПВП) для лечения ревматоидного артрита относится
	метилпреднизолон
	мелоксикам
	лефлуномид
	фебуксостат
	канакинумаб
128	Высокой активности ревматоидного артрита соответствует индекс CDAI
	более 22
	2,8-10
	44835
	не более 2,8

129	Морфологическим признаком при биопсии синовиальной оболочки, определяющим правомочность диагноза ревматоидный артрит, является
	пролиферация синовиоцитов, фибробластов
	лимфоцитарная, плазмноклеточная, макрофагальная инфильтрация
	отложение фибрина
	фибриноидный некроз
130	При наличии противопоказаний к назначению метотрексата как препарата «первой линии» в терапии ревматоидного артрита, согласно последним рекомендациям EULAR является
	преднизолон
	лефлуномид
	циклофосфамид
	канакинумаб
	инфликсимаб
131	В качестве базисной противовоспалительной терапии (БПВП) у больного ревматоидным артритом при наличии латентной туберкулезной инфекции возможно назначение
	метотрексата
	лефлуномида
	глюкокортикостероидов
	сульфасалазина
132	В качестве базисной противовоспалительной терапии (БПВП) у больного ревматоидным артритом при наличии острого вирусного гепатита В возможно назначение
	гидроксихлорохина
	метотрексата
	лефлуномида
	сульфасалазина
133	Для профилактики гематологических осложнений, ассоциированных с применением метотрексата у больных ревматоидным артритом, показано назначение

	цианокобаламина
	фолиевой кислоты
	витамина D
	никотиновой кислоты
	ингибиторов протонной помпы
134	Диагноз ювенильного ревматоидного артрита правомочен, если
	возраст пациента в момент обращения не достиг 20 лет
	заболевания суставов началось до 16-летнего возраста
	заболевания суставов началось до 14-летнего возраста
	возраст пациента в момент обращения не достиг 10 лет
135	Частым вариантом поражения нервов при ревматоидном артрите является
	церебральный васкулит
	множественные мононевриты
	нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу
	нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу
	дистальная сенсомоторная полинейропатия
136	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>
137	К типичным рентгенологическим изменениям при реактивном артрите относят
	периартикулярный остеопороз
	анкилозирование позвонков
	штампованные дефекты головок плюсневых костей
	односторонний сакроилиит
	остеолиз дистальных фаланг пальцев

138	Продолжительность острого течения реактивного артрита ограничивается
	1 месяцем
	3 месяцами
	6 месяцами
	9 месяцами
	12 месяцами
139	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
140	Внесуставным проявлением постэнтероколитического реактивного артрита является
	дистальная сенсомоторная полинейропатия
	отит
	инфаркт миокарда
	экссудативный плеврит
	эписклерит
141	Клинический признак, наиболее характерный для пациентов с реактивным артритом
	асимметричный артрит суставов нижних конечностей
	артрит плечевых суставов
	симметричный синовит пястно-фаланговых суставов
	двусторонний сакроилиит
	артрит тазобедренных суставов
142	При реактивном артрите какие суставы наиболее часто вовлекаются в процесс
	крестцово-подвздошные
	коленные
	плюснефаланговые
	тазобедренные
	пястно-фаланговые

143	Метод диагностики хламидийной инфекции, который дает наибольший процент ложноотрицательных результатов при реактивном артрите
	ПЦР на определение ДНК хламидий
	реакция транскрипционной амплификации NASBA на определение РНК хламидий
	определение антигенов хламидий в биологическом материале методом прямой иммунофлуоресценции
	культуральный метод
	определение антител к хламидиям в сыворотке крови методом непрямой иммунофлуоресценции
144	Метод диагностики хламидийной инфекции способный обнаруживать жизнеспособные микроорганизмы
	ПЦР на определение ДНК хламидий
	реакция транскрипционной амплификации NASBA на определение РНК хламидий
	определение антигенов хламидий в биологическом материале методом прямой иммунофлуоресценции
	определение антител к хламидиям в сыворотке крови методом непрямой иммунофлуоресценции
145	Наиболее частым рентгенологическим признаком хронического реактивного артрита является наличие
	эрозий суставных поверхностей
	одностороннего сакроилиита
	параспинальных оссификатов
	синдесмофитов
	костного анкилоза
146	К наиболее эффективным средствам для санации очага инфекции при реактивном артрите относят
	тетрациклин
	пенициллины
	диклофенак
	преднизолон
	сульфаниламиды
147	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
1	Анкилозирующий спондилит
148	В дебюте анкилозирующего спондилита чаще всего присутствует
	периферический артрит
	псориаз
	болезнь Крона
	воспалительная боль в спине
	энтезит
149	Определение активности анкилозирующего спондилита рекомендуется осуществлять на основании
	уровня СОЭ
	уровня С-реактивного белка
	индекса LEI
	индекса BASMI
	индексов BASDAI и ASDAS
150	Высокой активности анкилозирующего спондилита соответствует индекс BASDAI
	более 2
	от 2 до 4
	более 3
	более 4
	менее 2
151	В соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями 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
152	Какой из перечисленных результатов измерений не соответствует норме?
	боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника 12 см
	расстояние от козелка до стены 12 см
	модифицированный тест Шобера 2 см
	максимальное расстояние между лодыжками 110 см
	ротация в шейном отделе позвоночника 75 градусов
153	Достоверным признаком сакроилиита по данным МРТ является наличие
	не менее 2 участков субхондрального отека костного мозга
	капсулит
	энтезит
	синовит
	тендинит
154	В лечении анкилозирующего спондилита используются
	антималарийные препараты
	блокаторы фактора некроза опухоли альфа
	трансплантация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток
	анти-В-клеточной терапии
155	Значительным улучшением течения анкилозирующего спондилита считается уменьшение индекса ASDAS более чем на
	2
	0,2
	1,1
	0,5
	0,6
156	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
157	Анкилозирующий спондилит характеризуется
	отсутствием поражения почек
	частым развитием апикального легочного фиброза
	развитием острого переднего увеита у 25% больных
	возможным развитием пролапса митрального клапана
	отсутствием сакроилиита по данным рентгенографии крестцово-подвздошных сочленений
158	Дозировка адалимумаба при лечении анкилозирующего спондилита составляет
	40 мг 1 раз в 2 недели
	40 мг 1 раз в 8 недели
	80 мг 1 раз в неделю
	1 г 1 раз в месяц
	160 мг каждые 12 недель
159	Наличие при рентгенографии синдесмофитов, квадратизации тел позвонков и сакроилиита характерно для
	болезни Форестье
	ревматоидного артрита
	реактивного артрита
	остеоартрита позвоночника
	анкилозирующего спондилита
160	Роль какого цитокина наиболее важна в индукции воспаления при анкилозирующем спондилите?
	ИЛ-6
	ИЛ-1
	ФНО- α
	ИЛ-2
161	Рекомендуемой дозой цертолизумаба пэгола после индукционной дозы у больных анкилозирующим спондилитом является

	100 мг 1 раз в 2 недели
	400 мг 1 раз в 4 недели
	400 мг 1 раз в 6 недель
	200 мг 1 раз в неделю
	200 мг 1 раз в 2 недели
162	Своевременное проведение какого исследования позволяет наиболее значительно ускорить постановку диагноза анкилозирующего спондилита?
	рентгенография крестцово-подвздошных сочленений
	компьютерная томография крестцово-подвздошных сочленений
	магниторезонансная томография крестцово-подвздошных сочленений
	сцинтиграфия скелета
	определение HLA-B27
163	Частота определения HLA-B27 у больных анкилозирующим спондилитом составляет
	0,3
	0,5
	0,7
	0,9
	1
164	Характерной особенностью течения анкилозирующего спондилита в детском возрасте является
	быстрое развитие аортита
	высокая частота периферического артрита и энтезитов
	частое развитие амилоидоза
	отсутствие HLA-B27
165	Ранним рентгенологическим признаком анкилозирующего спондилита является
	передний спондилит
	спондилодисцит
	синдесмофиты
	спондилофиты
	анкилоз дугоотростчатых суставов

166	Какие тесты являются обязательными при обследовании пациента с анкилозирующим спондилитом?
	тест Томайера
	модифицированный тест Шобера
	тест бокового сгибания позвоночника
	определение экскурсии грудной клетки
167	Препаратами первой линии для лечения анкилозирующего спондилита являются
	нестероидные противовоспалительные препараты
	анальгетики
	системные глюкокортикостероиды
	генно-инженерные биологические препараты
	базисные средства
168	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
169	Через какой промежуток времени можно судить о неэффективности сульфасалазина у больного анкилозирующим спондилитом с периферическим артритом?
	через 2 недели
	через 4 недели
	через 2 месяца
	через 3 месяца
	через 4 месяца
170	Остеоартрит – это
	заболевание, обусловленное дегенерацией хряща
	гетерогенная группа заболеваний с поражением всех структур сустава
	заболевание с поражением хряща и субхондральной кости
	заболевание, обусловленное старением

	заболевание, характеризующееся ремоделированием костной ткани
171	При остеоартрите тазобедренного сустава в первую очередь происходит ограничение
	отведения
	приведения
	разгибания
	ротации
172	К наследственным (семейным) формам остеоартрита у женщин относятся
	гонартроз
	коксартроз
	артроз I плюснефалангового сустава
	спондилоартроз
	узелковая форма
173	Киста Бейкера – это
	кистовидное просветление костной ткани на рентгенограммах
	скопление воспалительной жидкости в полости сустава
	скопление жидкости в препателлярной бурсе
	скопление жидкости в заднем завороте коленного сустава
	скопление жидкости в заднем завороте плечевого сустава
174	Узелки Бушара – это костные разрастания, локализирующиеся в области
	пястнофаланговых суставов
	дистальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов стопы
	плюснефаланговых суставов
175	Узелки Гебердена – это костные разрастания, локализирующиеся в области
	пястнофаланговых суставов
	дистальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов стопы

	плюснефаланговых суставов
176	Ведущим патогенетическим механизмом прогрессирования остеоартрита является
	ремоделирование костной ткани
	атрофия прилежащих к пораженному суставу мышечных групп
	отложение кристаллов пирофосфата кальция
	дегенерация суставного хряща
	отложение кристаллов моноурата натрия
177	Характерным признаком остеоартрита является
	образования анкилозов суставов
	снижение минеральной плотности кости
	васкулита
	развитие реактивного синовита
178	При первичном остеоартрите какие суставы редко вовлекаются в патологический процесс
	коленные
	тазобедренные
	височно-нижнечелюстные
	межпозвоночные
	дистальные межфаланговые суставы
179	2 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawtence 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
180	3 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawtence 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
181	4 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawtence 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
182	К базисным препаратам в терапии остеоартрита относят
	метотрексат
	глюкозамина сульфат
	диклофенак
	сульфасалазин
	мелоксикам
183	Показанием к внутрисуставному введению глюкокортикоидов при остеоартрите является
	выраженный болевой синдром
	повышение СОЭ или СРБ
	реактивный синовит
	поражение крупных суставов
184	К симптом-модифицирующим препаратам быстрого действия при остеоартрите относится
	метотрексат
	глюкозамина сульфат
	диклофенак
	сульфасалазин
	диацереин
185	Длительность курса приема «хондропротекторов» должна составлять не менее
	2 недель
	1 месяца
	2 месяцев

	3 месяцев
	4-6 месяцев
186	Для остеоартрита справедливо утверждение
	начало заболевания имеет постепенное начало
	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
187	К особенностям клинической картины остеоартрита относят
	субфебрильное повышение температуры тела
	скованность движений в суставах в утренние часы в течение 2 часов
	крепитацию
	ночные боли в суставах
188	При какой локализации остеоартрита кисти в наибольшей степени страдает функция кисти?
	дистальные межфаланговые суставы
	первый пястно-фаланговый сустав
	проксимальные межфаланговые суставы
	лучезапястные суставы
	плечевые суставы
189	Патогномоничным признаком остеоартрита считается боль в суставах
	при нагрузке
	усиливающаяся во второй половине ночи
	сохраняющаяся в покое
	проходящая после физической нагрузки
	сохраняющаяся более часа в утренние часы
190	Селективным ингибитором ЦОГ-2 является
	ацеклофенак
	нимесулид
	кетопрофен
	ибупрофен
	диклофенак

191	В отношении глюкокортикоидов (ГК) при остеоартрите справедливо
	наиболее эффективным и безопасным препаратом для внутрисуставного введения является триамцинолон
	наиболее эффективным и безопасным препаратом для внутрисуставного введения является бетаметазон
	максимальный интервал между внутрисуставными введениями составляет 2 недели
	оценить эффект от внутрисуставного введения кортикостероидов можно только после проведения курса из пяти инъекций
	не рекомендуется повторное внутрисуставное введение кортикостероидов в один и тот же сустав в течение года
192	Постоянный характер боли при остеоартрите обычно обусловлен
	трением суставных поверхностей
	реактивным синовитом
	венозным стазом в субхондральной кости
	повышением внутрикостного давления
193	Стартовая боль при остеоартрите обычно обусловлены
	трением суставных поверхностей
	реактивным синовитом
	венозным стазом в субхондральной кости
	повышением внутрикостного давления
194	Постоянный характер боли в сочетании с ночной болью при остеоартрите требует исключения
	реактивного синовита
	асептического некроза
	кисты Бейкера
	наличия крупных остеофитов
195	Самой частой причиной остеоартрита голеностопного и подтаранного суставов является
	первичный остеоартроз
	травма

	ревматоидный артрит
	гемохроматоз
	плоскостопие
196	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
197	Артропатия Жакку – это
	эрозивная артропатия
	медленно прогрессирующая артропатия
	поражение преимущественно мелких суставов верхних конечностей
	преимущественное поражение мелких суставов нижних конечностей
	поражение преимущественно крупных суставов
198	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
199	Какой метод исследования необходимо назначить пациенту с подозрением на остеоартрит в первую очередь?
	определение ревматоидного фактора
	КТ сустава
	артроскопия
	рентгенография суставов
	МРТ сустава

200	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
201	Общее количество клеток в 1 мл синовиальной жидкости в норме оценивается как
	200-300
	300-1500
	2000-3000
	150000-200000
202	При невоспалительных заболеваниях суставов цитоз клеток в 1 мл синовиальной жидкости составляет
	200-300
	50000
	2000-3000
	150000-200000
203	При инфекционных артритах цитоз клеток в 1 мл синовиальной жидкости составляет
	300
	2000-3000
	150000-200000
	300-1500
204	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для ревматоидного артрита?
	синовиоцитов
	макрофагов
	лимфоцитов
	нейтрофилов
205	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для остеоартрита?
	синовиоцитов
	макрофагов
	лимфоцитов
	нейтрофилов

206	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для псориатического артрита?
	синовиоцитов
	макрофагов
	лимфоцитов
	нейтрофилов
207	Определение в синовиальной жидкости капель жира характерно для
	ревматоидного артрита
	остеоартрита
	септического артрита
	посттравматического артрита
	туберкулезного артрита
208	Средняя ширина суставной щели коленного сустава по данным рентгенографии в норме
	3-4 мм
	6-8 мм
	1-2 мм
	2,5-4,5 мм
209	Средняя ширина суставной щели тазобедренного сустава по данным рентгенографии в норме
	1-2 мм
	6-8 мм
	4-5 мм
	8-10 мм
210	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
211	У больных псориазическим артритом и рентгенологическими признаками сакроилиита наиболее часто обнаруживается ген главного комплекса гистосовместимости
	HLA DR4
	HLA DR7
	HLA B13
	HLA B38
	HLA B27
212	Какому провоспалительному цитокину отводится основная роль при псориазическом артрите?
	интерферон- γ
	лимфотоксин- α
	интерлейкин-2
	фактор некроза опухоли- α
	интерлейкин-1
213	Дебют псориазического артрита наиболее редко происходит с поражением
	дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
	тазобедренных суставов
	коленных суставов
	локтевых суставов
	лучезапястных суставов
214	Клиническим проявлением хронического дактилита при псориазическом 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
215	При псориазическом артрите какая синовиальная жидкость эвакуируется из сустава

	геморрагическая синовиальная жидкость
	невоспалительная синовиальная жидкость
	септическая синовиальная жидкость
	воспалительная синовиальная жидкость
216	Развитие «мутилирующего артрита» характерно для
	подагрического артрита
	ревматоидного артрита
	системной красной волчанки
	псориазического артрита
	анкилозирующего спондилита
217	Достижение цели терапии псориазического артрита при применении метотрексата в дозе 15 мг в неделю ожидается через
	3-6 месяцев
	1-2 недели
	3-4 дня
	6-12 месяцев
	1 год
218	Генно-инженерный биологический препарат, используемый в лечении псориазического артрита
	тоцилизумаб
	ритуксимаб
	инфликсимаб
	канакинумаб
219	Наиболее частым поражением сердца при псориазическом артрите является
	инфаркт миокарда
	миокардит
	перикардит
	аортальная регургитация
	эндокардит Леффлера
220	Прогностически неблагоприятным фактором для развития эрозий суставов при псориазическом артрите является
	теносиновиты
	дактилит
	энтезит

	периферический артрит
	спондилит
221	Индексом для мониторинга эффективности терапии у больных псориатическим артритом с активным поражением позвоночника является
	DAS28
	BASDAI
	DAS4
	SF36
222	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)
223	Наиболее значимыми медиаторами воспаления при ревматоидном артрите являются
	ИЛ-1
	ИЛ-10
	ИЛ-6
	ФНО- α
	ИЛ-8
	ИЛ-17
224	К типичным изменениям суставов у больных ревматоидным артритом относятся
	ульнарная девиация кистей
	деформация фаланг в виде «шеи лебедя»
	деформация фаланг в виде «бутоньерки»
	«сосискообразная» дефигурация фаланг
	молоткообразная деформация фаланг стоп

225	К внесуставным проявлениям ревматоидного артрита можно отнести
	поражение глаз
	развитие пневмонита
	формирование уратной нефропатии
	нейропатию
	развитие амилоидоза
226	Для синдрома Фелти характерны
	наличие высокого титра ревматоидного фактора
	развитие гепатомегалия
	развитие сепсиса
	наличие сакроилиита
227	Для синдрома Фелти характерны
	развитие спленомегалии
	наличие лейкопении
	наличие лейкоцитоза
	повышенный риск развития инфекций
	повышенный риск формирования хронических язв голени
228	Ревматоидный фактор
	относится к диагностическим критериям ревматоидного артрита
	в высоком титре ассоциируются с тяжелым течением ревматоидного артрита
	всегда определяется в синовиальной жидкости при ревматоидном артрите
	может появляться до развития клинических проявлений ревматоидного артрита
229	При определении индекса активности ревматоидного артрита DAS28 оценивают на наличие припухлости и болезненности
	локтевые суставы
	плюснефаланговые суставы стоп
	лучезапястные суставы
	плечевые суставы
	пястно-фаланговые суставы
	плюсне-фаланговые суставы
	голеностопные суставы

230	С точки зрения генетической предрасположенности, серопозитивный субтип РА характеризуется носительством HLA класса II главного комплекса гистосовместимости
	DRB1
	DR4
	DQA1
	DQB1
	DPA
231	Риска развития серонегативного ревматоидного артрита ассоциируется с уровнем
	ИЛ-2P α
	ИЛ-8
	ИЛ-18
	ИЛ-1 β
	ИЛ-6
232	К процессам, имеющим решающее значение для развития иммунных (аутоиммунных) нарушений при ревматоидном артрите, относят
	поглощение макрофагом антигена
	соединение антигена в комплексе с HLA-DR4 с Т-хелперами и Т-супрессорами
	соединение обработанного макрофагом антигена с HLA-DR4
	феномен, связанный с патологией ядер
233	К факторам риска неблагоприятного прогноза при ревматоидном артрите относятся
	высокий уровень ревматоидный фактор
	увеличение концентрации АЦЦП
	увеличение СОЭ
	быстрое развитие деструкции в суставах
	полиартикулярное поражение в дебюте заболевания
234	К классификационным критериями болезни Стилла взрослых (Yamaguchi M. и соавт.) относятся
	повышение ревматоидного фактора
	лимфаденопатия
	макулопапулезная сыпь
	лейкопения

	лихорадка 39°C и выше, которая продолжается более 1 недели
235	К классификационным критериями болезни Стилла взрослых (Fautrel В. и соавт.) относятся
	гликозилированный ферритин $\leq 20\%$
	транзиторная эритема
	лейкопения
	лихорадка с пиком $\geq 39^\circ\text{C}$
	фарингит
236	Верными являются следующие утверждения относительно реактивных артритов
	одним из триггерных микробов является <i>Schigella flexneri</i>
	заболевание входит в группу спондилоартритов
	возбудитель всегда отсутствует в полости сустава
	чаще болеют мужчины
	часто поражаются голеностопные суставы
237	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>
238	Для энтерогенных реактивных артритов верны следующие утверждения
	часто наблюдаются урогенитальные симптомы
	большинству больных необходима эрадикационная терапия
	может наблюдаться диарея
	существенно реже, чем при урогенном артрите развиваются энтезопатии
	женщины болеют не реже, чем мужчины
239	Поражения глаз при реактивных артритах включают развитие
	гнойного конъюнктивита
	ирита
	эписклерита

	кератита
	увейита
240	О прогнозе реактивных артритов справедливы следующие утверждения
	наблюдается полное выздоровление у 80-90% больных
	возможность рецидивирования зависит от особенностей микроба-триггера
	прогноз зависит от экспозиции инфекции в очаге
	возможна трансформация заболевания в анкилозирующий спондилит
	наиболее часто рецидивирует постерисиниозный реактивный артрит
241	Поражение кожи и слизистых оболочек при реактивных артритах может быть представлено
	кератодермией
	язвами слизистой ротовой полости
	онихолизисом
	анулярной эритемой
	ладонно-подошвенным гиперкератозом
242	К висцеральным проявлениям реактивных артритов можно отнести
	аортит
	кардит
	нефрит
	гепатит
	полинейропатию
243	Факторами неблагоприятного прогноза реактивного артрита являются
	наличие внесуставных проявлений
	ограничение подвижности позвоночника
	энтерогенная форма болезни
	сосискообразная деформация пальцев стоп
	высокая лабораторная активность на протяжении трех месяцев
244	Факторами неблагоприятного прогноза реактивного артрита являются
	артрит тазобедренных суставов

	низкая эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов
	начало болезни до 16 лет
	женский пол
	носительство HLA-B27
245	Для базисной противовоспалительной терапии при реактивных артритах справедливы следующие утверждения
	применяется при затяжном течении артрита
	основным препаратом является сульфасалазин
	эффективна при энтезитах
	неэффективна при спондилите
	эффективна при периферическом артрите
246	К внескелетным проявлениям анкилозирующего спондилита относят
	увеит
	энтезит
	псориаз
	IgA-нефропатию
	аортит
247	Российская версия модифицированных Нью-Йоркских классификационных критериев анкилозирующего спондилита (APP) включает следующие признаки
	ограничение движений в поясничном отделе позвоночника
	уменьшение экскурсии грудной клетки
	наличие HLA-B27
	воспалительный ритм боли в спине
	визуализируемый сакроилиит по рентгенографии или МРТ
248	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

249	Для базисных противовоспалительных препаратов у больных спондилоартритами следующие утверждения являются верными
	метотрексат неэффективен при периферическом спондилоартрите
	сульфасалазин рекомендован при периферическом спондилоартрите рефрактерном к нестероидным противовоспалительным средствам
	отсутствуют данные об уменьшении прогрессирования заболевания на фоне приема базисных препаратов
	лефлуномид показан для лечения анкилозирующего спондилита
	сульфасалазин не показан для применения при анкилозирующем спондилите
250	Какой из генно-инженерных биологических препаратов используется для лечения больных анкилозирующим спондилитом?
	тоцилизумаб
	сарилумаб
	инфликсимаб
	адалимумаб
	голимумаб
	этанерцепт
	секукинумаб
251	Факторами неблагоприятного прогноза анкилозирующего спондилита являются
	неэффективность или плохая переносимость нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)
	женский пол
	развитие болезни в детском возрасте
	нарушения АВ-проводимости
252	В лечении анкилозирующего спондилита используются
	антималярийные препараты
	блокаторы фактора некроза опухоли альфа
	блокаторы интерлейкина 17
	трансплантация аутологичных гемопоэтических стволовых клеток

	анти-В-клеточной терапии
253	Об анкилозирующем спондилите справедливо, что
	мужчины болеют в 2-3 раза реже женщин
	распространенность коррелирует с носительством HLA-B27 в разных этнических группах
	диагноз обычно выставляется очень рано (в среднем через 3 месяца после начала болезни)
	распространенность от 0,1 до 1,4%
	возраст начала болезни как правило до 40 лет
254	При лечении спондилоартрита
	ГИБП назначаются при высокой активности болезни (BASDAI > 4 или ASDAS > 2,1) и при резистентности (или непереносимости) двух предшествующих НПВП, назначенных последовательно в полной терапевтической дозе с длительностью применения в целом не менее 4-х недель
	ГИБП назначаются у больных с периферическим спондилоартритом при резистентности (или непереносимости) к терапии сульфасалазином в дозе не менее 2 г в течение не менее чем 3-х месяцев и внутрисуставных инъекций ГК (не менее 2-х)
	ГИБП назначаются при наличии у пациента с достоверным диагнозом анкилозирующего спондилита рецидивирующего или резистентного к стандартной терапии увеита только при высокой активности основного заболевания
	ГИБП назначаются при наличии у пациента с достоверным диагнозом анкилозирующего спондилита быстро прогрессирующего коксита, без учета активности болезни
255	Какие утверждения о генно-инженерных биологических препаратах (ГИБП) в лечении анкилозирующего спондилита являются корректными?
	ГИБП – единственная альтернатива нестероидным препаратам в терапии аксиального спондилита
	для лечения спондилита из биологических препаратов используются только ингибиторы ФНО-α
	ГИБП более эффективны на ранней стадии болезни

	при потере эффективности одного из ингибиторов ФНО α целесообразно назначение другого ингибитора ФНО α
	во всех случаях обязательно назначение базисной противовоспалительной терапии перед назначением терапии ингибитором ФНО α
256	Какие утверждения о роли лечебной физкультуры в ведении пациентов с анкилозирующим спондилитом являются корректными?
	групповые программы лечебной физкультуры эффективнее, чем упражнения выполняемые дома самостоятельно
	занятия лечебной физкультурой при анкилозирующем спондилите жизненно необходимы для сохранения объема движений в суставах и позвоночнике
	лечебная физкультура эффективна даже на поздней стадии болезни
	эффект лечебной физкультуры является недоказанным с точки зрения доказательной медицины
	каждое утро пациент должен начинать с утренней гимнастики для восстановления движений после сна
257	Какие утверждения о роли нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в лечении анкилозирующего спондилита являются корректными?
	НПВП являются симптоматическим средством лечения
	НПВП должны назначаться больному независимо от стадии заболевания
	НПВП при постоянном приеме замедляют прогрессирование структурных изменений у пациентов
	НПВП должны назначаться пациенту сразу после установления диагноза
	при обострении целесообразно повышать дозу НПВП до максимальной, а при улучшении состояния снижать до минимально эффективной

258	Для применения глюкокортикоидов (ГК) у больных анкилозирующим спондилитом (АС) корректными являются следующие утверждения
	местная терапия ГК высокоэффективна при увеите
	системное применение таблетированных ГК неэффективно при АС
	при периферическом артрите системное применение ГК эффективно и обоснованно
	локальная терапия ГК используется при энтезитах, периферическом артрите, сакроилиите
259	Прогностическими факторами хорошего клинического ответа на терапию ингибиторами ФНО- α у больных анкилозирующим спондилитом являются
	небольшая продолжительность болезни
	отсутствие воспалительных МРТ-изменений в крестцово-подвздошных суставах и позвоночнике
	высокий уровень СОЭ и СРБ
	невыраженные функциональные изменения
	молодой возраст
260	К основным факторам риска остеоартрита относятся
	женский пол
	пожилой возраст
	дефицит кальция
	ожирение
	травма
261	К типичным рентгенологическим признакам остеоартрита относят
	сужение суставной щели
	околосуставной остеопороз
	краевые остеофиты
	субхондральный склероз
	краевые эрозии
262	К вторичным формам остеоартрита относятся
	узелковая форма
	посттравматический остеоартрит
	диабетическая остеоартропатия
	пирофосфатная артропатия
	болезнь Педжета

263	Причинами развития вторичного остеоартрита являются
	травма
	остеопороз
	асептический некроз
	микрористаллический артрит
	гемартроз
264	К основным характеристикам боли при остеоартрите относят
	стартовую боль
	ночную боли, обусловленную внутрикостной гипертензией
	боль в суставах более 30 минут в ранние утренние часы
	боль при механической нагрузке
	боль, связанные с блокадой сустава
265	Патоморфологическими признаками остеоартрита являются
	поверхностное и глубокое разволокнение суставного хряща
	формирование краевых остеофитов
	формирование субхондральных кист
	фиброз суставной капсулы
	костное анкилозирование
266	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
267	Для боли в суставах при остеоартрите характерны
	постоянные боли в дневное и ночное время независимо от нагрузки
	возникновение в первой половине ночи
	появление при физической нагрузке

	возникновение в начале движения
	уменьшение в покое
268	Для остеоартрита позвоночника характерно
	паравертебральная локализация боли
	боль максимально выражена при разгибании позвоночника
	боль отсутствует при наклоне вперед
	боль уменьшается при длительной ходьбе и сидении
	боль усиливается при ходьбе и сидении
269	Немедикаментозное лечение остеоартрита включает
	снижение веса
	ортопедическая коррекция
	ограничение соли и жидкости
	лечебная физкультура
	обучение больных
270	В лечении остеоартрита используются
	нестероидные противовоспалительные препараты
	глюкокортикоиды
	препараты, содержащие хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат
	препараты гиалуроновой кислоты
	цитостатики
271	К классификационным критериям диагноза остеоартрита коленного сустава, согласно Американской коллегии ревматологов (ACR), относят
	боль в коленном суставе
	возраст >50 лет
	сужение суставной щели на рентгенограмме
	утренняя скованность <30 мин
	крепитация при движении
272	Какие физико-химические параметры учитываются при исследовании синовиальной жидкости?
	цвет
	прозрачность
	вязкость/тягучесть

	объем
	значение pH
273	Макроскопически нормальная синовиальная жидкость – это
	бесцветная жидкость
	очень вязкая жидкость
	прозрачная жидкость
	жидкость с низкой вязкостью
	слегка желтоватая жидкость
274	Клиническими проявлениями острого дактилита при псориатическом артрите являются
	выраженная боль
	припухлость, отек всего пальца
	утолщение пальцев, которое не сопровождается ощутимой болью и покраснением
	болевое ограничение подвижности, главным образом за счет сгибания
275	При определении активности псориатического артрита учитывают следующие показатели
	количество болезненных суставов
	уровень С-реактивного белка
	утреннюю скованность
	выраженность боли в суставах
	количество припухших суставов
276	Характерными рентгенологическими изменениями при псориатическом артрите являются
	остеолиз суставных поверхностей
	двусторонний сакроилиит
	костные пролиферации
	резорбция концевых фаланг пальцев
	крупные эксцентричные эрозии
277	В качестве критериев псориатического артрита могут быть использованы
	наличие псориаза, псориаз в прошлом или семейный анамнез псориаза
	положительный результат исследования на наличие ревматоидного фактора

	типичное для псориаза поражение ногтевых пластинок
	дактилит в момент осмотра
	рентгенологическое подтверждение костной пролиферации
278	При лечении псориатического артрита используют
	нестероидные противовоспалительные препараты
	гидроксихлорохин
	глюкокортикоиды внутрисуставно
	метотрексат
	сульфасалазин
279	Укажите, какой индекс используется для мониторинга эффективности терапии у больных псориатическим артритом с активным поражением позвоночника
	DAS28
	BASDAI
	DAS4
	SF36
280	Для низкой клинической активности псориатического артрита характерно
	>5 число болезненных или припухших суставов, единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения, умеренное нарушение качества жизни, выраженная боль в позвоночнике BASDAI>4, функциональные нарушения, вовлечены >2 точек энтезов или ухудшение функции, эрозии суставов или ухудшение функции
	число болезненных или припухших суставов <5, отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения, вовлечены 1-2 точки энтезов, незначительная боль или отсутствие боли, нормальная функция суставов

	<p>≥5 число болезненных или припухших суставов, распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения, выраженное нарушение качества жизни, отсутствие ответа на стандартную терапию, вовлечены >2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию, выраженная боль в позвоночнике BASDAI>4, функциональные нарушения</p>
281	<p>Для умеренной клинической активности псориатического артрита характерно</p>
	<p>>5 число болезненных или припухших суставов, единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения, умеренное нарушение качества жизни, выраженная боль в позвоночнике BASDAI>4, функциональные нарушения, вовлечены >2 точек энтезов или ухудшение функции, эрозии суставов или ухудшение функции</p>
	<p>число болезненных или припухших суставов <5, отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения, вовлечены 1-2 точки энтезов, незначительная боль или отсутствие боли, нормальная функция суставов</p>
	<p>≥5 число болезненных или припухших суставов, распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения, выраженное нарушение качества жизни, отсутствие ответа на стандартную терапию, вовлечены >2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию, выраженная боль в позвоночнике BASDAI>4, функциональные нарушения</p>
282	<p>Для высокой клинической активности псориатического артрита характерно</p>
	<p>>5 число болезненных или припухших суставов, единичные рентгенологические деструкции, умеренные функциональные нарушения, умеренное нарушение качества жизни, выраженная боль в позвоночнике BASDAI>4, функциональные нарушения, вовлечены >2 точек энтезов или ухудшение функции, эрозии суставов или ухудшение функции</p>

	число болезненных или припухших суставов <5, отсутствуют рентгенологические деструкции и функциональные нарушения, вовлечены 1-2 точки энтезов, незначительная боль или отсутствие боли, нормальная функция суставов
	≥5 число болезненных или припухших суставов, распространенные рентгенологические деструкции и выраженные функциональные нарушения, выраженное нарушение качества жизни, отсутствие ответа на стандартную терапию, вовлечены >2 точек энтезов или ухудшение функции и отсутствие ответа на стандартную терапию, выраженная боль в позвоночнике BASDAI>4, функциональные нарушения
283	Отличительными признаками псориатического артрита от ревматоидного являются
	наличие энтезитов
	отсутствие ревматоидного фактора
	наличие дактилита
	симметричность поражения суставов кистей и стоп
	боли в нижней части спины
284	Для анкилозирующего спондилита характерно
	дебют в пожилом возрасте
	поражение кожи и внутренних органов
	утренняя скованность в мелких суставах кистей и стоп
	энтезопатии
	положительный ревматоидный фактор
285	Для микрокристаллических артритов характерно
	острый выраженный болевой синдром
	утренняя скованность
	первоначальное поражение суставов кистей
	упорный характер артрита
	серопозитивность по ревматоидному фактору
286	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
287	Для гонококкового артрита характерно
	пожилой возраст пациента
	постепенное начало
	геморрагические папуло-пустулезные высыпания
	полиартрит суставов кистей
	формирование сгибательных контрактур суставов
288	Для болезни Стилла у взрослых характерно
	лейкопения
	фарингит
	положительный антинуклеарный фактор
	возраст старше 65 лет
	геморрагическая сыпь
289	Псориатический артрит от ревматоидного отличают
	утренняя скованность
	поражения проксимальных межфаланговых суставов
	дактилит
	отсутствие ревматоидного фактора
	симметричность поражения суставов
290	Синдром Фелти ассоциирован с
	системной красной волчанкой
	системной склеродермией
	ревматоидным артритом
	подагрой
	псориатическим артритом
291	К суставам «исключения» при ревматоидном артрите относятся
	проксимальные межфаланговые суставы кисти
	пястнофаланговые суставы
	плюснефаланговые суставы
	дистальные межфаланговые суставы
	коленные суставы
292	Для анкилозирующего спондилита характерно
	полиартрит

	поражение суставов кистей
	сакроилиит
	положительный ревматоидный фактор
	симметричность поражения суставов
293	Для анкилозирующего спондилита характерны
	ассоциация с HLA-B27
	симфизит
	серопозитивность по ревматоидному фактору
	сакроилиит
	энтезопатии
294	«Механический» тип боли характерен для
	остеоартроза
	псориатического артрита
	системной красной волчанки
	подагры
	анкилозирующего спондилита
295	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 ГКС
296	К критериям диагноза системной склеродермии относятся
	проксимальная склеродермия
	склеродактилия
	дигитальные рубчики
	двусторонний базальный пневмофиброз
	отсутствие ревматоидного фактора
297	Узелки Бушара и Гебердена встречаются при
	остеоартрите
	псориатическом артрите
	подагре
	системной красной волчанке
	реактивном артрите

298	Наиболее частый возбудитель при реактивном артрите
	гонококки
	хламидии
	вирус Эпштейна-Барр
	стафилококки
	риккетсии
299	Наиболее частыми проявлениями поражения опорно-двигательного аппарата при системной красной волчанке являются
	артралгии
	моноартрит
	олиго- или полиартрит
	формированием анкилозов суставов
	неэрозивный артрит
300	Ревматоидный артрит от системной красной волчанки отличает
	стойкий эрозивный артрит
	наличие антинуклеарных антител
	наличие ревматоидного фактора
	дискоидная сыпь
	васкулит
301	Какой отдел позвоночника чаще всего поражается при ревматоидном артрите?
	грудной отдел
	поясничный отдел
	шейный отдел
	крестцовый отдел
302	К воспалительным спондилопатиям относится
	анкилозирующий спондилит
	дисплазия Scheurman
	болезнь Форестье
	спондилоартроз
1	Боль в спине
303	Наиболее частыми причинами болевого синдрома в спине являются
	неспецифические (механические) причины

	ревматические заболевания
	беременность
	мочекаменная болезнь
	травма
304	Клиническую характеристику механической боли в спине можно представить следующими признаками
	усиление боли во второй половине дня, после физической нагрузки
	уменьшение боли после отдыха
	может быть обусловлена функциональными мышечно-скелетными нарушениями
	может быть обусловлена дегенеративными изменениями в структурах позвоночного столба
	проявляется утренней скованностью
305	Клиническую характеристику воспалительной боли в спине можно описать как
	максимально выражена в первой половине дня
	усиливается после физической нагрузки
	уменьшается при физической нагрузке
	существенно облегчается от приема нестероидных противовоспалительных препаратов
	проявляется утренней скованностью
306	Причиной постуральной боли в спине является
	остеопороз
	анкилозирующий спондилит
	спондилез
	метастатическое поражение позвоночника
	нарушения осанки
307	Продолжительность болевого синдрома в спине острого течения составляет
	менее 3-х недель
	не более 12 недель
	12 недель и более
	более 6 месяцев
308	Продолжительность болевого синдрома в спине хронического течения составляет
	менее 3-х недель
	не более 12 недель

	12 недель и более
	более 6 месяцев
309	Кокцигодиния - это
	боль в поясничном отделе позвоночника
	боль в копчике
	симптом натяжения
	боль в шейном отделе позвоночника
	боль в грудном отделе позвоночника
310	Причинами возникновения боли в спине при остеопорозе являются
	микрповреждения 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
311	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
312	Укажите характерную особенность болевого синдрома в спине при метастатическом поражении позвоночника
	периодический характер боли
	не связан с физическими нагрузками
	уменьшается в положении лежа
	усиливается в дневное время
	не уменьшается в положении лежа
313	Наиболее часто метастатическое поражение позвоночника вызывает
	рак молочной железы
	рак предстательной железы

	рак легкого
	рак яичника
	рак щитовидной железы
314	Для визуализации спинного мозга наиболее информативна
	магнитно-резонансная томография
	денситометрия
	рентгенография
	компьютерная томография
	миелография
315	Воздействие на мышечный спазм, как компонент «порочного» круга боли в спине, предполагает использование
	НПВП
	миорелаксантов
	ГКС
	витаминов группы В
316	Миофасциальный болевой синдром обусловлен
	патологией костных структур позвоночника
	грыжей диска
	патологией мышечно-связочного аппарата спины
	остеопорозом
	частичным или полным разрывом капсулы сустава
317	К провоцирующим факторам развития первичного миофасциального синдрома относят
	растяжение мышцы
	повторная микротравматизация
	постуральный стресс
	спондилоартроз
	эмоциональный стресс
318	Показанием к проведению миелографии является
	диагностика анкилозирующего спондилита
	диагностика остеопороза
	метастатические поражение позвоночника
	сдавление спинного мозга

319	Уменьшение боли при миофасциальном синдроме не наступает в случае
	стимуляции триггерных точек
	пальпации “тугого” тяжа в пораженной мышце
	охлаждения пораженной мышцы
	при воздействии на триггерную точку «сухой» иглой
	при растяжении пораженной мышцы
320	К критериям миофасциального синдрома относится
	жалоба на локальную или региональную боль
	изменение кожи над пораженной мышцей
	ограничение объема движений с участием пораженной мышцы
	наличие пальпируемого в пораженной мышце (“тугой” тяж)
	наличие зоны отраженной боли, характерной для данной мышцы
321	Для купирования боли в спине могут применяться следующие группы лекарственных препаратов
	нестероидные противовоспалительные препараты
	ненаркотические анальгетики
	миорелаксанты
	глюкокортикоиды
	антидепрессанты
	спазмолитики
322	Рентгенологическими признаками 3 стадии сакроилиита по Келлгрену является
	подозрение на наличие изменений
	наличие небольших локальных областей, в которых определяются эрозии или склероз, ширина суставной щели не изменена
	наличие умеренно или значительно выраженного сакроилиита, характеризующегося эрозиями, склерозом, расширением, сужением суставной щели или частичным анкилозом сустава
	наличием полного анкилоза сустава
323	Патогенетически обоснованными препаратами первой линии в купировании болевого синдрома в спине являются

	нестероидные противовоспалительные препараты
	глюкокортикоиды
	миорелаксанты
	опиоидные анальгетики
324	Какие ситуации являются абсолютным противопоказанием для проведения мануальной терапии?
	опухоли позвоночника
	метастатические поражения позвоночника
	спондилит
	остеопороз
	грыжа МПД
325	Для купирования болевого синдрома в спине острого течения в первые 24-48 часов не используют
	нестероидные противовоспалительные препараты
	препараты капсаицина
	миорелаксанты
	симптом-модифицирующие препараты замедленного действия
	апликации гелей и мазей, содержащие нестероидные противовоспалительные препараты
326	В каком отделе позвоночника наиболее часто диагностируется грыжа межпозвонкового диска?
	шейный
	верхне-грудной
	поясничный
	крестцовый
327	К глюкокортикоидам короткого действия для локальной инъекционной терапии относятся
	гидрокортизона ацетат
	триамцинолона ацетонид
	метилпреднизолона ацетат
	бетаметазона дипропионат + бетаметазона натрия фосфат
328	Как называются хронические дегенеративно-дистрофические процессы, локализующиеся в местах прикрепления сухожилий или связок к костным образованиям?

	бурситы
	энтезопатии
	тендиниты
	тендовагиниты
	периартриты
329	В понятие вращательной манжеты плеча входят следующие анатомические структуры
	надостная мышца
	подостная мышца
	малая круглая мышца
	длинная головка двуглавой мышцы плеча
	подлопаточная мышца
1	Системные аутоиммунные ревматические заболевания. Системные васкулиты
330	К первичному васкулиту относится
	васкулит при лекарственной болезни
	васкулит при инфекции
	васкулит при болезни Крона
	неспецифический аортоартериит
	васкулит при саркоидозе
331	К вторичному васкулиту относится
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	васкулит при системной красной волчанке
	эозинофильный гранулематоз с полиангиит
	микроскопический полиангиит
332	При каком системном васкулите обострение заболевания наиболее часто ассоциируется с бактериальной инфекцией?
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	болезнь Kawasaki
333	В соответствии с номенклатурой системных васкулитов (Чапел-Хилл), к васкулиту с преимущественным поражением крупных сосудов относится

	неспецифический аортоартериит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	гигантоклеточный артериит
	микроскопический полиангиит
334	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
335	В соответствии с номенклатурой системных васкулитов (Чапел-Хилл, 2012 г.), к васкулиту с преимущественным поражением сосудов мелкого калибра относится
	неспецифический аортоартериит
	криоглобулинемический васкулит
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
336	В соответствии с номенклатурой системных васкулитов (Чапел-Хилл, 2012 г.) к иммунокомплексному васкулиту с поражением мелких сосудов относится
	гигантоклеточный артериит
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	IgA-васкулит
	криоглобулинемический васкулит
337	К смешанным васкулитам относят
	артериит Такаясу
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	синдром Когана
	микроскопический полиангиит

338	К васкулитам ассоциированным с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами относят
	артериит Такаясу
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	облитерирующий тромбангиит
	болезнь Kawasaki
339	Лабораторным критерием гиганто-клеточного артериита является
	гипокомплементемия
	высокий титра ANCA-антител
	выраженная эозинофилия
	СОЭ более 50 мм/час
340	Наиболее значимыми клиническими проявлением гигантоклеточного артериита является
	головная боль
	сыпь на коже голеней
	потеря зрения
	боль при жевании
	кровохарканье
341	К васкулиту с известной причиной относят
	заболевание, ассоциированное с антителами к базальной мембране клубочков
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	васкулит, ассоциированный с опухолями
	болезнь Kawasaki
342	При каком васкулите наиболее вероятно связь с вирусом гепатита В?
	заболевание, ассоциированное с антителами к базальной мембране клубочков
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	артериит Такаясу
	болезнь Kawasaki
343	При каком васкулите наиболее вероятно связь с вирусом гепатита С?

	криоглобулинемический васкулит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	васкулит, ассоциированный с опухолями
	болезнь Kawasaki
344	При каком васкулите характерным клиническим проявлением являются интенсивные боли в икроножных мышцах, иногда вплоть до обездвиживания?
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	синдром Когана
	микроскопический полиангиит
	гранулематоз с полиангиитом
345	Какое клиническое проявление артрита характерно для узелкового полиартрита?
	моно/олигоартрит
	недеформирующий артрит
	транзиторный артрит
	поражение преимущественно мелких суставов
	поражение преимущественно крупных суставов
346	Наиболее часто кожным проявлением при узелковом полиартериите является
	подкожные узелки
	некроз кожи и ишемическая гангрена мягких тканей
	сетчатое ливедо
	буллезные высыпания
347	Чем характеризуется поражение почек при узелковом полиартериите?
	массивной протеинурией
	макрогематурией
	артериальной гипертензией
	медленным прогрессированием процесса
	нефротическим синдромом
348	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
349	Поражение периферической нервной системы при узелковом полиартериите характеризуется
	головными болями
	множественными мононевритами
	эпилептическими приступами
	психическими расстройствами
	дистальной сенсо-моторной полинейропатией
350	Чем характеризуется поражение центральной нервной системы при узелковом полиартериите?
	множественным мононевритом
	эпилептическими приступами
	интенсивными болями и парестезиями
	ассиметричными чувствительными нарушениями в нижних конечностях
	ассиметричными двигательными нарушениями в нижних конечностях
351	Чем обусловлено поражение сердечно-сосудистой системы при узелковом полиартериите?
	атеросклерозом коронарных сосудов
	коронариитом
	нарушением проводимости сердца в связи с кардиосклерозом
	тромбозом коронарных сосудов
	спазмом коронарных сосудов
352	Какие клинические проявления поражения сердечно-сосудистой системы характерны для узелкового полиартериита?
	стенокардия
	инфаркт миокарда
	внезапная сердечная смерть
	хроническая сердечная недостаточность
	нарушение ритма и проводимости

353	Сосуды каких органов не оцениваются при диагностике узелкового полиартериита с помощью ангиографии?
	почки
	печень
	ЖКТ
	легкие
	брыжейка
354	К диагностическим критериям узелкового полиартериита относят
	потерю массы тела на 4 кг и более с момента начала заболевания
	сетчатое ливедо
	боль в яичках или их болезненность при пальпации
	язвы в полости рта; гнойные или кровянистые выделения из носа
	мононеврит, моно-/полинейропатия
355	Индукционная терапия узелкового полиартериита, не ассоциированного с вирусом гепатита В, высокой активности включает назначение
	глюкокортикоидов
	глюкокортикоидов + циклофосфамида
	плазмафереза
	генно-инженерных биологических препаратов
	внутривенных инфузий иммуноглобулина
356	Какие препараты\методы используют при лечении HBV-ассоциированного узелкового полиартериита?
	глюкокортикоиды + плазмаферез + ламивудин
	глюкокортикоиды + азатиоприн
	глюкокортикоиды + плазмаферез
	генно-инженерные биологические препараты
	внутривенные инфузии иммуноглобулина + плазмаферез
357	Какие причины смерти не характерны для узелкового полиартериита?
	хроническая болезнь почек
	церебральная патология
	тромбоэмболия легочной артерии
	сердечная недостаточность

	поражение желудочно-кишечного тракта
358	Основными клиническими проявлениями гранулематоза с полиангиитом являются
	поражение глаз
	поражение органа слуха
	поражение печени
	поражение легких
	поражение почек
359	Что является первым признаком гранулематоза с полиангиитом у большинства больных?
	кожные изменения
	поражение верхних дыхательных путей
	поражение легких
	поражение суставов
	поражение почек
360	Укажите основной фактор риска гигантоклеточного артериита
	инфекционные агенты
	возраст
	лекарственные взаимодействия
	вирусный гепатит В
	мужской пол
361	Какое основное наиболее грозное осложнение гигантоклеточного артериита?
	потеря зрения
	ишемия глазодвигательной мускулатуры
	дефект зрачка
	тризм жевательной мускулатуры
	транзиторные ишемические атаки
362	Какие препараты применяются в лечении гигантоклеточного артериита?
	метотрексат
	глюкокортикоиды
	азатиоприн
	циклофосфан
	дезагреганты

363	При каком васкулите не характерно развитие гломерулонефрита?
	микроскопический полиангиит
	узелковый полиартериит
	криоглобулинемический васкулит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	гранулематоз с полиангиитом
364	Классическими клиническими проявлениями IgA-васкулита является
	наличие приступов бронхиальной астмы
	боль в животе
	признаки гломерулонефрита
	боль в суставах
	пальпируемая пурпура
	наличие корочек в носу
365	Для IgA-васкулита характерно
	иммунокомплексный гломерулонефрит
	пневмонит
	геморрагические высыпания на коже
	боль в животе
	ассоциация с вирусным гепатитом В
366	Ультразвуковыми признаками ревматической полимиалгии является наличие
	синовита плечевых суставов
	субдельтовидного бурсита и/или тендовагинита бицепса
	признаков двустороннего коксита
	поддельтовидного бурсита
367	Лабораторными признаками ревматической полимиалгии являются
	гиперферритинемия
	высокий уровень ревматоидного фактора
	СОЭ более 40 мм/час
	отрицательный ревматоидный фактор
	лейкоцитоз
368	Диагностическими критериями ревматической полимиалгии являются

	утренняя скованность более часа
	положительный ревматоидный фактор
	симметричная боль и/или скованность в плечевых суставах
	лихорадка более 38С
	высокий уровень ферритина
369	Для какого васкулита не характерно поражение легких?
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
	криоглобулинемический васкулит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	гранулематоз с полиангиитом
370	Для какого васкулита характерно наличие бронхиальной астмы?
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
	криоглобулинемический васкулит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Гранулематоз с полиангиитом
371	Для какого васкулита характерна наиболее высокая частота выявления повышения антинейтрофильных цитоплазматических антител?
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
	гигантоклеточный артериит
	криоглобулинемический васкулит
	гранулематоз с полиангиитом
372	При каком васкулите определяются преимущественно перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела?
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
	криоглобулинемический васкулит
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом

373	При лечении системных васкулитов продолжительность поддержания ремиссии должна составлять
	1-3 месяца
	3-6 месяца
	6-12 месяцев
	2-5 лет
	более 2 лет
374	Какие изменения верхних дыхательных путей характерны для микроскопического полиангиита?
	необратимый характер атрофии слизистой оболочки носа
	деструктивные изменения слизистой носа
	деформация носа
	обратимый характер атрофии слизистой оболочки носа и некротического ринита
	при биопсии обнаружение признаков формирования гранулём
375	У больных микроскопическим полиангиитом по данным рентгенологического исследования наиболее часто выявляют
	пневмонию
	тромбоэмболию легочной артерии
	фиброзирующий альвеолит
	инфильтраты с распадом
	пневмоторакс
376	Для какого васкулита характерно формирование аневризм и стеноза артерий?
	микроскопический полиангиит
	гигантоклеточный артериит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	артериит Такаясу
	узелковый полиартериит
377	Для какого васкулита характерно формирование некротизирующих гранулём?
	геморрагический васкулит
	микроскопический полиангиит
	гранулематоз с полиангиитом
	эссенциальный криоглобулинемический васкулит

	узелковый полиартериит
378	При каком васкулите в коже и слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта обнаруживают признаки капиллярита с отложением IgA?
	геморрагический васкулит
	гигантоклеточный артериит
	гранулематоз Вегенера
	эссенциальный криоглобулинемический васкулит
	узелковый полиартериит
379	Для какого васкулита мелких сосудов характерна эозинофилия и повышение IgE в крови?
	гранулематозный полиангиит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	геморрагический васкулит
	криоглобулинемический васкулит
380	Для какого васкулита мелких сосудов характерно экстравазкулярное расположение гранулем?
	гранулематоз с полиангиитом
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	геморрагический васкулит
	криоглобулинемический васкулит
381	Для какого васкулита мелких сосудов характерно обнаружение в крови криоглобулинов?
	гранулематоз с полиангиитом
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	геморрагический васкулит
	эссенциальный криоглобулинемический васкулит
382	Какой генно-инженерный биологический препарат используется для лечения васкулитов, ассоциированных с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами?
	голимумаб
	этанерцепт
	ритуксимаб
	адалимумаб

383	Определение каких специфических аутоантител проводят для диагностики некоторых форм системных васкулитов?
	антиядерный фактор
	антитела к циклическому цитруллиннированному пептиду
	ревматоидный фактор
	волчаночный антикоагулянт
	антинейтрофильные цитоплазматические антитела
384	Поражение почек при гранулематозе с полиангиитом наиболее часто может проявляться
	быстро прогрессирующим гломерулонефритом
	макрогематурией
	артериальной гипертензией
	острым нефритическим синдромом
	нефротическим синдромом
385	Для каких васкулитов характерно поражение аорты и /или ее расслоение?
	артериит Такаясу
	болезнь Кавасаки
	гигантоклеточный артериит
	гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
386	При каком системном васкулите возможно развитие легочной гипертензии?
	гигантоклеточный артериит
	артериит Такаясу
	микроскопический полиангиит
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
387	Укажите наиболее часто встречающееся сердечно-сосудистое проявление при системных васкулитах
	нарушения ритма сердца
	легочная гипертензия
	поражение клапанов
	коронариит
	перикардит

388	Особенностью течения коронарита при гранулематозе с полиангиитом является
	острый инфаркт миокарда
	безболевого (бессимптомное) течение
	стенокардия
	внезапная сердечная смерть
	нарушение ритма и проводимости сердца
389	Эндокардит Леффлера при эозинофильном гранулематозе с полиангиитом проявляется
	фиброзом эндокарда
	поражением папиллярных мышц и хорд
	недостаточностью митрального клапана
	образованием пристеночных тромбов
	формированием стеноза митрального клапана
390	Характерным проявлением поражения сердечно-сосудистой системы при гигантоклеточном артериите является
	вовлечение аорты
	коронариит
	аортальная регургитация
	нарушения ритма и проводимости сердца
	хроническая сердечная недостаточность
391	Специфическое поражение клапанов сердца обычно связано ассоциацией системных васкулитов с
	инфекционным эндокардитом
	ревматической болезнью сердца
	антифосфолипидным синдромом
	пролапсом митрального клапана
	врожденными пороками сердца
392	Какие кожные проявления характерны для эозинофильного гранулематоза с полиангиитом?
	подкожные узелки
	узловатая эритема
	пурпура
	гангренозная пиодермия
	дигитальная гангрена пальцев рук
393	Для какого васкулита характерно развитие гломерулонефрита?

	узелковый полиартериит
	гигантоклеточный артериит
	болезнь Кавасаки
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
394	Для какого васкулита характерно обнаружение в крови антител к базальной мембране клубочков?
	эозинофильный гранулематозный полиангиит
	синдром Гудпасчера
	геморрагический васкулит
	микроскопический полиангиит
	криоглобулинемический васкулит
395	При каком васкулите отмечается снижение концентрации компонентов комплемента?
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	микроскопический полиангиит
	криоглобулинемический васкулит
1	Антифосфолипидный синдром
396	В основе патогенеза антифосфолипидного синдрома лежит
	атеросклероз
	нарушения микроциркуляции
	невоспалительная тромботическая васкулопатия
	отложение циркулирующих иммунных комплексов в стенке сосуда
397	Наиболее часто в дебюте катастрофического антифосфолипидного синдрома отмечается
	поражение сердца
	поражение легких
	тромбозы крупных артерий
	поражение центральной нервной системы
	поражение почек
	тромбозы крупных вен
	поражение органов желудочно-кишечного тракта

398	Какое основное проявление поражения легких при катастрофическом антифосфолипидном синдроме?
	кровохарканье
	одышка
	кашель сухой
	кашель влажный
	боли при дыхании
399	Наиболее редким проявлением катастрофического антифосфолипидного синдрома является
	поражение органов желудочно-кишечного тракта
	инфаркты костного мозга
	поражение надпочечников
	поражение сосудов половых органов
	поражение селезенки
400	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
401	Укажите гематологические нарушения, характерные для антифосфолипидного синдрома
	лейкоцитоз
	тромбоцитоз
	тромбоцитопения
	эритроцитоз
	лимфопения
402	Укажите кратность и время повторного выполнения анализов крови на наличие антикардиолипидных антител, необходимых для постановки достоверного антифосфолипидного синдрома, при условии наличия клинических проявлений?
	однократное обнаружение
	двукратное обнаружение с промежутком в 3 недели

	двукратное обнаружение с промежутком в 4 недели
	двукратное обнаружение с промежутком в 6 недель
	двукратное обнаружение с промежутком в 12 недель
403	Определенный антифосфолипидный синдром диагностируется при наличии
	одного клинического или одного серологического критерия
	одного клинического и одного серологического критерия
	одного клинического и двух серологических критериев
	более одного клинического и одного серологического критерия
	более одного клинического и более одного серологического критерия
404	Укажите критерий исключения диагноза антифосфолипидного синдрома
	антитела к фосфолипидам выявляются менее 6 недель и более 2-х лет нет клинических проявлений
	клинические проявления выявляются менее 12 недель и более 2-х лет не выявляются антитела к фосфолипидам
	антитела к фосфолипидам выявляются менее 12 недель и более 5 лет есть клинические проявления
	антитела к фосфолипидам выявляются менее 12 недель и более 5 лет нет клинических проявлений
	клинические проявления выявляются менее 12 недель и более 5 лет выявляется наличие антител к фосфолипидам
405	Низкий риск наличия различных антифосфолипидных антител для последующих тромбозов определяется, если в крови есть
	позитивность по волчаночному антикоагулянту
	позитивность трех типов кардиолипидных антител
	изолированное периодическое повышение каждого из антител к фосфолипидам в низких и средних уровнях
	изолированная постоянная позитивность по антителам к кардиолипидам в средних уровнях

	изолированная постоянная позитивность по аКЛ в высоких уровнях
406	Какая продолжительность назначения антитромботической терапии у больных с достоверным антифосфолипидным синдромом и тромбозами?
	24 месяца с момента тромбоза
	3-6 месяцев с момента тромбоза
	пожизненно
	12 месяцев с момента тромбоза
407	Какая продолжительность назначения антитромботической терапии у больных с одним случаем венозного тромбоза и профилем антифосфолипидов низкого уровня?
	24 месяца с момента тромбоза
	12 месяцев с момента тромбоза
	3-6 месяцев с момента тромбоза
	пожизненно
408	Какая продолжительность назначения антагонистов витамина К у женщин с антифосфолипидным синдромом в послеродовом периоде?
	в течение 24 месяцев с момента родов
	в течение 3-6 месяцев с момента родов
	пожизненно
	в течение 12 месяцев с момента родов
409	Какая продолжительность назначения низкомолекулярных гепаринов у больных катастрофическим антифосфолипидным синдромом после острой фазы?
	в течение 24 месяцев
	пожизненно
	в течение 3-6 месяцев
	В течение 1 месяца
	в течение 12 месяцев
410	Для ведения беременных женщин с антифосфолипидным синдромом показано назначение

	антагонистов витамина К
	нефракционированных или низкомолекулярных гепаринов с и без низких доз аспирина
	нефракционированных гепаринов с и без высоких доз аспирина
	антагонистов витамина К в сочетании с низкими дозами аспирина
411	Абсолютным показанием к проведению плазмафереза при антифосфолипидном синдроме является
	первичный антифосфолипидный синдром
	вторичный антифосфолипидный синдром
	транзиторное обнаружение антифосфолипидных антител в крови
	катастрофический антифосфолипидный синдром
	стойкое повышение антифосфолипидных антител в крови при отсутствии клинических проявлений антифосфолипидного синдрома
412	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
413	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

1	Поражение почек при системной красной волчанке
414	В отношении волчаночного нефрита (ВН) верны следующие утверждения
	ВН чаще развивается при хроническом течении системной красной волчанки
	ВН чаще развивается при остром и подостром течении системной красной волчанки
	ВН часто сопровождается высокой иммунологической активностью
	ВН развивается у всех больных системной красной волчанкой
	ВН не влияет на прогноз
415	Для волчаночного нефрита (ВН) верны следующие утверждения
	в основе патогенеза ВН лежит поликлональная гиперактивация В-клеток
	ведущим механизмом поражения почек при ВН является ишемическое повреждение в следствие поражения почечных артерий
	наиболее часто при ВН выявляются гломерулярные изменения при биопсии почки
	основной механизм поражения почек – иммунокомплексное воспаление
	основной механизм поражения почек при системной красной волчанке – токсическое действие лекарственных препаратов, применяемых для ее лечения
416	Показания к биопсии почки при системной красной волчанке
	белок в утренней порции мочи 0,6 г
	белок в суточной моче 1,5 г
	белок в суточной моче 0,5 г и эритроциты 10 в поле зрения, единичные зернистые цилиндры
	белок в суточной моче 0,3 г
	белок в суточной моче 0,03 г, мочевого осадок: эритроциты 10 в поле зрения, лейкоциты более 100 в поле зрения, скопления лейкоцитов
417	Биопсия почки при системной красной волчанке показана в следующих ситуациях
	наличие только белка в моче более 1 г/сутки

	изолированная эритроцитурия
	нарастание протеинурии, повышение креатинина на фоне иммуносупрессивной терапии при III классе волчаночного нефрита
	изолированная лейкоцитурия
418	Для быстро прогрессирующего гломерулонефрита характерно
	удвоение креатинина сыворотки за 3 месяца
	редко развивается нефротический синдром
	в анализе мочи - эритроцитурия
	в анализе мочи - лейкоцитурия
	тяжелая артериальная гипертензия
419	Наиболее частый морфологический вариант при быстро прогрессирующем волчаночном нефрите является
	I класс
	II класс
	III класс
	IV класс
	V класс
420	Критерием для постановки диагноза быстро прогрессирующего волчаночного нефрита является
	наличие нефротического синдрома
	олигурия
	удвоение уровня креатинина сыворотки в течение 3 месяцев
	удвоение уровня креатинина сыворотки за 1 неделю
421	Для I класса волчаночного нефрита (минимальный мезангиальный) характерны следующие изменения
	наличие артериальной гипертензии
	минимальная эритроцитурия
	эритроцитурия, цилиндрурия
	нормальный мочевого осадок
	изолированная протеинурия
	отсутствии изменений ткани почки при световой микроскопии

422	Для II класса волчаночного нефрита характерны следующие изменения
	высокие цифры артериального давления
	нефротический синдром
	быстро прогрессирующий волчаночный нефрит
	протеинурия до 0,5 г/сутки
	эритроцитурия
423	Для III класса волчаночного нефрита характерны следующие симптомы и признаки
	нормальный мочево́й осадок
	эритроцитурия
	цилиндрурия
	нефротический синдром
	артериальная гипертензия
	высокие титры антител к ДНК
424	При IV классе волчаночного нефрита часто выявляются следующие признаки
	значительное повышение уровня креатинина
	нормальные цифры артериального давления
	массивная протеинурия
	цилиндрурия
	высокая артериальная гипертензия
	минимальная протеинурия
425	При IV классе волчаночного нефрита при биопсии почек выявляются
	глобальная эндочапиллярная пролиферация с инфильтрацией нейтрофилами эндочапиллярного пространства
	мезангиальная гиперклеточность
	наличие некротических изменений и клеточных полулуний
	диффузное утолщение базальной мембраны клубочков, мезангиальная гиперклеточность
	диффузное отложение иммуноглобулина G в капиллярах клубочков, субэпителиально
426	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
427	В клинической картине мембранозного волчаночного нефрита на первый план выходит
	быстро прогрессирующая почечная недостаточность
	выраженная эритроцитурия, цилиндрурия
	нефротический синдром
	нефритический синдром
428	В отношении VI типа волчаночного нефрита верны следующие утверждения
	всегда отсутствует иммунологическая активность, характерная для системной красной волчанки
	характерно повышение уровня мочевины, креатинина
	характерна выраженная протеинурия
	характерна выраженная эритроцитурия, цилиндрурия
429	В отношении тубулоинтерстициальных изменений при волчаночном нефрите верны следующие утверждения
	ассоциируются со степенью гломерулярного поражения
	являются осложнением приема преднизолона
	редко выявляются как изолированный вариант поражения почек
	являются осложнением лечения циклофосфамидом
	выявляются только как изолированный вариант поражения почек
430	Для волчаночного нефрита с нефротическим синдромом характерно
	сочетание нефротического синдрома с артериальной гипертензией
	значительное снижение скорости клубочковой фильтрации

	высокие титры антител к двухспиральной ДНК
	сочетание протеинурии нефротического уровня со стойкой микрогематурией
	изолированная протеинурия
431	Волчаночному нефриту с нефротическим синдромом при биопсии почки наиболее часто соответствует
	I морфологический класс
	II морфологический класс
	III и IV морфологический класс
	VI морфологический класс
432	Значительная лейкоцитурия при системной красной волчанке является возможным следствием
	волчаночного нефрита
	вторичной инфекции
	тромбоза почечных вен
	интерстициального нефрита
433	Термин «активный мочевой осадок» означает
	более 5 эритроцитов в поле зрения, более 5 лейкоцитов в поле зрения
	более 5 эритроцитов в поле зрения, единичные лейкоциты
	изолированная протеинурия
	макрогематурия
	цилиндрурия
434	При серологическом исследовании крови больного активным волчаночным нефритом наиболее часто отмечается повышение следующих показателей
	высокие титры антител к двухспиральной ДНК
	нормальный уровень компонентов комплемента C3 и C4
	нормальный уровень антинуклеарного фактора
	снижение активности CH50, комплемента C3 и C4
435	С активностью волчаночного нефрита коррелируют следующие серологические показатели
	антитела к кардиолипину
	антитела к нуклеосомам
	антитела к двухспиральной ДНК

	антитела к рибонуклеопротеиду
436	При волчаночном нефрите плаквенил показан
	только при сочетании нефрита с кожно-суставным синдромом
	только при пролиферативных формах нефрита
	всем больным с системной красной волчанкой с поражением почек
	только при сочетании волчаночного нефрита с антифосфолипидным синдромом
437	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
438	При очаговом пролиферативном и диффузном пролиферативном волчаночном нефрите в качестве индукционной терапии показано назначение
	глюкокортикоидов (метилпреднизолон) внутривенно 500-750 мг 3 дня, затем 1,0-0,5 мг/кг/сутки 4 недели в сочетании с циклофосфамидом в суммарной дозе 3 г
	глюкокортикоидов 1,0-0,5 мг/кг/сутки до достижения ремиссии
	глюкокортикоидов (метилпреднизолон) внутривенно 500-750 мг 3 дня, затем 1,0-0,5 мг/кг/сутки 4 недели в сочетании с микофенолата мофетиллом (целевая доза 3 г/сутки) 6 месяцев
	циклоспорина в сочетании с низкими дозами глюкокортикоидов
439	В качестве поддерживающей терапии волчаночного нефрита III и IV классов необходимо назначить
	только глюкокортикоиды в эквивалентной дозе менее 10 мг/сутки
	только микофенолата мофетил или азатиоприн
	плаквенил в сочетании с глюкокортикоидами

	глюкокортикоиды в эквивалентной дозе менее 10 мг/сутки в сочетании с микрофенолата мофетиллом
440	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
441	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
	преднизолона внутрь 0,5 мг/кг/сут. в сочетании с микрофенолата мофетиллом или циклоспорином
	циклофосфамида внутривенно
442	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
443	Для полной ремиссии волчаночного нефрита характерно
	протеинурия менее 0,5 г/сутки
	неактивный мочевого осадок
	протеинурия менее 0,2 г/сутки
	сохранения повышенных цифр креатинина на исходных уровнях

444	Для частичной ремиссии волчаночного нефрита характерно
	протеинурия менее 0,5 г/сутки
	неактивный мочевой осадок
	протеинурия менее 0,2 г/сутки
	стабилизация ($\pm 25\%$) или снижение концентрации креатинина, но не до нормы
	сохранение активного мочевого осадка
445	В отношении показаний к повторной биопсии почки при волчаночном нефрите верны следующие утверждения
	повторная биопсия почки показана при повышении креатинина, нарастании протеинурии в течение 3 месяцев активной иммуносупрессивной терапии
	повторная биопсия почки показана для контроля эффективности проведенной цитостатической терапии
	повторная биопсия почки показана при рецидиве волчаночного нефрита
446	В случае достижения полной ремиссии при волчаночном нефрите следует
	продолжить поддерживающую терапию в течение не менее 1 года
	сразу отменить цитостатики, продолжить лечение глюкокортикоидами
	продолжить лечение глюкокортикоидами и цитостатиками не менее 1 года после достижения полной ремиссии только при наличии высоких титров антител к ДНК
	продолжить поддерживающую терапию в течение 1 месяца
	продолжить комбинированную терапию глюкокортикоидами и цитостатиками пожизненно
447	При невозможности выполнить биопсию почки при развитии волчаночного нефрита активная терапия (лечение высокими дозами глюкокортикоидов и цитостатиков)
	не проводится
	проводится при нефротическом синдроме
	проводится только в сочетании с выраженными экстраренальными симптомами

	проводится при нарушении функции почек
	при выраженной эритроцитурии
	при выраженной лейкоцитурии
448	При развитии волчаночного нефрита во время беременности противопоказаны следующие препараты
	циклофосфамид
	плаквенил
	азатиопин
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	микофенолата мофетил
449	Женщинам детородного возраста, страдающим системной красной волчанкой с волчаночным нефритом, следует
	никогда не планировать беременность
	отложить наступление беременности до достижения полной ремиссии
	отложить наступление беременности до достижения полной ремиссии и сохранении ее на протяжении не менее 1 года
	планировать беременность вне зависимости от тяжести волчаночного нефрита
450	Беременным с системной красной волчанкой и волчаночным нефритом показано назначение
	плаквенила
	микофенолата мофетила в половинной целевой дозе
	азатиоприна при обострении нефрита
	ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при протеинурии
	малых доз аспирина
451	Какие генно-инженерные биологические препараты показали свою эффективность при волчаночном нефрите?
	этанерцепт
	белimumаб
	адалimumаб
	ритуксимаб

1	Приобретенные пороки сердца (ревматические пороки сердца, острая ревматическая лихорадка)
452	Какие характерные проявления митрального стеноза, выявляются при перкуторном обследовании?
	смещение границ относительной тупости сердца вверх и вправо
	смещение границ относительной тупости сердца вверх и влево
	смещение границ относительной тупости сердца вправо и влево
	смещение границ относительной тупости сердца вверх и влево
453	Какие характерные проявления митральной недостаточности выявляются при перкуторном обследовании?
	смещение границ относительной тупости сердца вверх и вправо
	смещение границ относительной тупости сердца влево и вверх
	смещение границ относительной тупости сердца вверх
	смещение границ относительной тупости сердца вправо
454	Какие характерные проявления аортального стеноза в стадии декомпенсации выявляются при перкуторном обследовании?
	смещение границ относительной тупости сердца вверх и вправо
	смещение границ относительной тупости сердца влево и вверх
	смещение границ относительной тупости сердца влево
455	Охарактеризуйте аускультативную картину при митральном стенозе
	на верхушке: I тона - усилен, хлопающий, тон открытия митрального клапана – щелчок, диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии
	на верхушке ослабление I тона - систолический шум, раздвоение, акцент II тона на легочной артерии

	на верхушке ослабление I тона, акцент II тона на аорте, систолический шум на аорте, иррадиирующий на сосуды шеи и в межлопаточное пространство
	на верхушке ослабление I тона, диастолический убывающий шум на аорте
456	Охарактеризуйте аускультативную картину при митральной регургитации
	на верхушке усиление I тона - громкий, хлопающий, тон открытия митрального клапана – щелчок (ритм перепела), диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии
	на верхушке ослабление I тона - систолический шум, раздвоение, акцент II тона на легочной артерии
	на верхушке ослабление I тона, акцент II тона на аорте, систолический шум на аорте, иррадиирующий на сосуды шеи и в межлопаточное пространство
	на верхушке ослабление I тона, диастолический убывающий шум на аорте
457	Охарактеризуйте аускультативную картину при аортальном стенозе
	на верхушке усиление I тона - громкий, хлопающий, тон открытия митрального клапана – щелчок (ритм перепела), диастолический шум, акцент II тона на легочной артерии
	на верхушке ослабление I тона - систолический шум, раздвоение, акцент II тона на легочной артерии
	на верхушке ослабление I тона, акцент II тона на аорте, систолический шум на аорте, с проведением на сосуды шеи и в межлопаточное пространство
	на верхушке ослабление I тона, диастолический убывающий шум на аорте
458	М-протеин возбудителя острой ревматической лихорадки содержит антигенные детерминанты (эпитопы), имеющие сходство со всеми компонентами, кроме
	хряща
	миозина
	мембранных протеинов сарколем
	синовия
	клубочков почек

459	Наиболее часто при острой ревматической лихорадке поражается
	аортальный клапан
	клапан легочной артерии
	митральный клапан
	трикуспидальный клапан
	полулунный клапан
460	Срок формирования митральных пороков от начала заболевания ревматизмом составляет
	1-2 недели
	2-4 месяца
	6-12 месяцев
	3-5 лет
	10 лет
461	Клиническими проявлениями кардита 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
462	Характерной особенностью артрита при острой ревматической лихорадке является
	боль в крупных суставах в ночное время суток
	выраженный экссудативный компонент воспаления
	полная обратимость процесса
	поражение мелких суставов
	образование узелков Гебердена и Бушара
463	Кольцевидная эритема - это
	высыпания красного цвета, локализующиеся на коже лица, туловища и нижних конечностей, исчезающих при надавливании, не возвышающихся над уровнем кожи
	пузырьковые высыпания, локализующиеся по ходу межреберных нервов, болезненные

	мелкоточечные высыпания, локализующиеся на коже туловища и внутренней поверхности конечностей, не исчезающие при надавливании, не возвышающиеся над уровнем кожи
	высыпания бледно-розового цвета, локализующиеся на коже туловища и внутренней поверхности конечностей, исчезающие при надавливании, не возвышающиеся над уровнем кожи
	высыпания бледно-розового цвета, локализующиеся на коже туловища, сопровождающиеся кожным зудом, исчезающие при надавливании
464	Подкожные ревматические узелки локализуются
	на мочках ушей
	в местах прикрепления сухожилий
	на веках
	на коже ладоней и стоп
465	Какие структуры головного мозга страдают 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
1	Дифференциальный диагноз ревматической патологии с опухолевым процессом в костях и мягких тканях
466	Какая злокачественная опухоль из перечисленных чаще всего метастазируют в кости?
	рак молочной железы
	рак толстого кишечника
	рак шейки матки и яичников
	злокачественные опухоли мягких тканей
	любые опухоли
467	Укажите наиболее частую локализацию метастазов при саркомах костей
	головной мозг
	печень
	регионарные лимфатические узлы
	кости

	легкие
468	Какие методы диагностики необходимы для выявления метастатического поражения при саркомах костей?
	рентгенография
	рентгенография и ультразвуковое исследование
	сцинтиграфия и ультразвуковое исследование
	ультразвуковое исследование, сцинтиграфия, позитронно-эмиссионная томография
	ангиография и позитронно-эмиссионная томография
469	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
470	Чем отличаются очаги остеолиза при костных саркомах от очагов остеолиза при остеомиелите?
	наличием секвестров
	слиянием участков просветления
	наличием периостальных реакций
	четкими ровными границами очага
	отсутствием секвестров
471	Какое из перечисленных утверждений в отношении сарком костей является неверным?
	мужчины страдают саркомами костей чаще женщин
	женщины страдают саркомами костей чаще мужчин
	в структуре онкологической заболеваемости России саркомы костей составляют 0,33-0,48%
	у детей саркомы костей составляют до 10% всех случаев злокачественных новообразований
	саркомы чаще развиваются на втором десятилетии жизни
472	В каком возрасте наиболее часто развивается хондросаркома?
	у взрослых

	у детей
	у подростков
	в любом возрасте
	у пожилых
473	Особенностями доброкачественных опухолей костно-мышечной системы является
	благоприятный прогноз
	медленный рост опухоли
	выявление периостальной реакции в виде слоистого периостоза на рентгенограмме
	часто бессимптомное течение
	солитарный характер поражения
474	Особенностью саркомы Юинга является
	локализация в ребрах и лопатках
	женщины болеют чаще мужчин
	составляет до 40% среди всех злокачественных опухолей костной системы
	локализация позвонков поясничного и грудного отделов позвоночника
	локализация в костях таза и бедренной кости
475	Какой из перечисленных препаратов используется в химиотерапии остеосарком и саркомы Юинга?
	доксорубицин
	цисплатин
	циклофосфамид
	метотрексат
	азатиоприн
1	Системная красная волчанка и идиопатические воспалительные миопатии
476	К факторам, предрасполагающим к развитию системной красной волчанки, относятся
	ультрафиолетовое облучение
	вирусная инфекция
	носительство HLA-DR3
	мужской пол
	нарушение метаболизма эстрогенов
477	Проявлениями кожного синдрома при системной красной волчанке могут быть

	фиксированной эритемы на скулах
	фотодерматоз
	витилиго
	сетчатое ливедо
	алопеция
478	Для кожных проявлений системной красной волчанки характерны
	эритема кожи лица и груди
	локализованная или диффузная алопеция
	дискоидные очаги
	индурация кожи
	фоточувствительность
479	Излюбленная локализация высыпаний при дискоидной красной волчанке
	голени
	лицо
	спина
	грудь
	плечи
480	Артрит при системной красной волчанке характеризуется
	сходством с ревматоидным артритом (симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов)
	подвывихов суставов
	регрессированием под влиянием терапии нестероидными противовоспалительными препаратами
	развитием деструктивных изменений в суставах
	развитием асептических некрозов костей (5-10%), преимущественно головок бедренных и плечевых
481	Для патологии сердца при системной красной волчанке характерно
	появление выпота в полости перикарда (в большинстве случаев)
	развитие тампонада сердца (редко)
	развитие бородавчатого эндокардита
	развитие выраженного митрального стеноза
	увеличение смертности от инфаркта миокарда

482	Клинические проявления, входящие в диагностические критерии СКВ (Американская коллегия ревматологов)
	дискоидная сыпь
	феномен Рейно
	гепатит
	коронариит
	миозит
483	Клинические проявления, входящие в диагностические критерии СКВ (Американская коллегия ревматологов)
	эрозивный артрит
	афтозный стоматит
	индурация кожи
	симптом Готтрона
	кальциноз мягких тканей
484	Поражение красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта при системной красной волчанке может проявляться
	афтозным стоматитом
	периоральным дерматитом
	лейкоплакией дёсен
	хейлитом
	ангулярным стоматитом
485	Для плеврита при системной красной волчанке характерны следующие признаки
	чаще двухсторонний
	протекает с минимальным выпотом
	чаще протекает с массивным выпотом
	отличается доброкачественным течением
	имеет тенденцию к спаечному процессу
486	В терапии суставного синдрома при системной красной волчанке используются
	глюкокортикоиды
	циклофосфамид
	нестероидные противовоспалительные препараты
	гидроксихлорохин
	метотрексат

487	В терапии распространенных дискоидных очагов при системной красной волчанке используются
	глюкокортикоиды
	циклофосфамид
	нестероидные противовоспалительные препараты
	гидроксихлорохин
	метотрексат
488	К диагностическим критериям системной красной волчанки относятся
	увеличение скорости оседания эритроцитов
	ложноположительная реакция Вассермана
	антитела к ДНК
	антитела к кардиолипину
	антитела к Sm-антигену
489	Буллезное поражение кожи у больных системной красной волчанкой является показанием к
	пульс-терапии метилпреднизолоном
	назначению азатиоприна
	проведению синхронной интенсивной терапии
	назначению метотрексата
	снижению дозы глюкокортикоидов
490	Препаратом биологической (антицитокиновой) терапии в лечении системной красной волчанки с высокой иммунологической активностью является
	инфликсимаб
	тоцилизумаб
	адалимумаб
	белимумаб
	канакинумаб
491	Этиологические факторы развития системной красной волчанки наиболее часто включают
	вирусную инфекцию
	бактериальную инфекцию
	триггерное воздействие химических агентов (промышленных, бытовых)
	генетическую предрасположенность
	нарушение метаболизма эстрогенов

492	Наиболее часто при СКВ отмечается поражение
	кровотворной системы
	кожи
	сердечно-сосудистой системы
	слизистых оболочек
	респираторной системы
493	К поражениям кожи при системной красной волчанке относят
	фотосенсибилизацию
	дискоидные высыпания
	хейлит
	алопецию
	атрофодермию
494	Укажите препараты, которые могут индуцировать развитие лекарственной красной волчанки
	пенициллины
	сульфаниламиды
	метронидазол
	прокаинамид
	гидралазин
495	Для поражения опорно-двигательного аппарата при системной красной волчанке характерно
	синдром Титце
	артрит
	раннее развитие остеопороза
	асептический некроз костей
	миалгии
496	Возможными вариантами поражения легких при системной красной волчанке являются
	плеврит
	легочная гипертензия
	пневмонит
	bronхообструктивный синдром
	тромбоэмболия легочной артерии
497	Возможными вариантами поражения сердечно-сосудистой системы при системной красной волчанке являются
	первичная артериальная гипертензия

	перикардит
	дилатационная кардиомиопатия
	синдром Бругада
	дефект межжелудочковой перегородки
	миокардит
498	Возможными вариантами поражения ЖКТ при системной красной волчанке являются
	асцит
	прободная язва
	васкулит мезентериальных сосудов
	гастроэзофагеальный рефлюкс
	тонкокишечная непроходимость
499	Клинические факторы риска развития тромбозов при системной красной волчанке
	курение
	ранняя стадия болезни
	пожилой возраст
	молодой возраст
	активность заболевания
500	Для диагностики СКВ необходимо наличие по крайней мере
	2-х критериев из 11
	4-х критериев из 11
	3-х критериев из 11
	8-и критериев из 11
	5-и критериев из 11
501	Для синдрома Шегрена при системной красной волчанке характерно
	сухой кератоконъюнктивит
	ксеростомия
	наличие артритов и артралгий
	сухость слизистых половых органов у женщин
	гипергидроз
502	Изменение каких показателей коррелирует с обострением волчаночного нефрита
	уровень сывороточного креатинина

	уровень протеинурии
	антитела к двуспиральной ДНК
	антиядерные антитела
	концентрация С3-компонента комплемента
503	Укажите симптом, диагностируемый при волчаночном нефрите практически в 100% случаев не зависимо от типа нефрита
	микрогематурия
	протеинурия
	артериальная гипертензия
	макрогематурия
	протеинурия нефротического уровня
504	Поражение нервной системы при системной красной волчанке чаще проявляется
	координационными расстройствами
	психозами
	депрессией
	инфарктами головного мозга
	судорогами
505	Наиболее частым проявлением поражения периферической нервной системы при системной красной волчанке является
	двигательная и чувствительная нейропатия
	плекситы
	мононевриты
	нейросенсорная тугоухость
	myastenia gravis
506	При выявлении активного волчаночного нефрита дополнительно к иммуносупрессивной терапии назначаются
	антибактериальные препараты
	β -адреноблокаторы
	статины при гиперхолестеринемии
	блокаторы ангиотензиновых рецепторов
	глюкокортикоиды
507	Для индукционной терапии волчаночного нефрита III-IV класса (фокальный и диффузный) применяют
	циклофосфамид

	глюкокортикоиды
	микофенолата мофетил
	плаквенил
	азатиоприн
508	Сроки проведения индукционной терапии при волчаночном нефрите
	3 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев
	24 месяца
	пожизненно
509	Какие препараты назначаются с целью индукционной терапии волчаночного нефрита?
	метотрексат
	мофетила микофенолат
	циклоспорин
	циклофосфан
	азатиоприн
510	При подтверждении «мембранозного» класса волчаночного нефрита показано назначение следующей комбинации препаратов
	преднизолон и метотрексат
	преднизолон и циклофосфан
	преднизолон и циклоспорин
	преднизолон и мофетила микофенолат
	циклофосфан и мофетила микофенолат
511	Назначение каких препаратов показано при волчаночном нефрите в качестве поддерживающей терапии при условии, что достигнуто улучшение после проведения индукционной терапии?
	микофенолата мофетил или циклофосфан
	микофенолата мофетил или азатиоприн
	азатиоприн или циклофосфан
	метотрексат или азатиоприн
	метотрексат или микофенолата мофетил

512	Укажите препарат, тератогенный эффект которого выражен в наименьшей степени, при назначении у беременных СКВ с люпус-нефритом выраженной активности
	микофенолата мофетил
	азатиоприн
	циклофосфан
	циклоспорин
	метотрексат
513	При развитии тяжелых, жизнеугрожающих состояний при поражении ЦНС у больных системной красной волчанкой, назначают
	циклофосфан
	пульс-терапию глюкокортикоидами
	плаквенил
	плазмоферез
	внутривенное введение иммуноглобулина
514	Прогностически неблагоприятными факторами при СКВ считают
	мужской пол
	начало заболевания в возрасте старше 20 лет
	поражение почек
	сопутствующий антифосфолипидный синдром
	начало заболевания в возрасте до 20 лет
1	Дерматомиозит
515	Выберите правильное утверждение о дерматомиозите/полимиозите
	частота дерматомиозита/полимиозита в популяции составляет от 200 до 1000 на 1 млн населения в год
	дерматомиозит/полимиозит, ассоциированный с опухолями, составляет примерно 20% всех воспалительных миопатий
	частота встречаемости злокачественных новообразований у больных дерматомиозитом/полимиозитом такая же, как и в общей популяции
	соотношение мужчин и женщин среди больных идиопатическим дерматомиозитом/полимиозитом 1:1

516	К числу диагностических критериев дерматомиозита/полимиозита относятся
	феномен Рейно
	гелиотропная сыпь
	миогенные изменения при электромиографии
	симметричная проксимальная мышечная слабость
	повышение уровня альдолазы сыворотки
517	Характеристики миозита с внутриклеточными включениями
	чаще встречается у мужчин старше 50 лет
	слабость преимущественно в дистальных группах мышц, часто асимметричная
	уровень сывороточной креатинфосфокиназы в норме или незначительно повышен
	при проведении мышечной биопсии выявляются крупные внутриядерные и внутрицитоплазматические включения, «очерченные» вакуоли при световой микроскопии и микротубулярные элементы при электронной микроскопии
	быстрое прогрессирование заболевания, приводящее к инвалидизации в течение 2-3 лет
518	Электромиографическая картина при полиомиозите характеризуется
	снижением средней длительности и амплитуды потенциалов двигательных единиц
	патологической спонтанной активностью мышечных волокон
	нормальной скоростью проведения импульса остается
	полифазией потенциалов двигательных единиц
	снижением скорости проведения импульса
519	К числу специфических кожных проявлений при дерматомиозите относятся
	симптом Готтрона
	симптом «шали»
	«рука механика»
	периорбитальный гелиотропный дерматит
	васкулитная «бабочка»

520	Показаниями к назначению цитостатиков пациентам с дерматомиозитом являются
	дисфагия
	невозможность назначить глюкокортикоиды в адекватных дозах
	выраженная мышечная слабость
	при кальцинозе мягких тканей
	позднее начало терапии
521	Термин «антисинтезный синдром» включает в себя
	выявление специфических антител к аминосалицилсинтетазам транспортной РНК
	острое начало заболевания
	интерстициальное поражение легких
	отсутствие типичных кожных проявлений
	феномен Рейно
522	К методам диагностики дерматомиозита/полимиозита относятся
	электромиография
	магнитно-резонансная томография
	мышечная биопсия
	определение уровня «мышечных» ферментов сыворотки
	определение уровня тестостерона сыворотки
523	Поражение дыхательной системы при дерматомиозите/полимиозите может включать в себя
	мышечный синдром, связанный с поражением дыхательной мускулатуры
	гиповентиляционный синдром с развитием выраженной дыхательной недостаточности
	аспирационные пневмонии
	интерстициальная болезнь легких
	развитие генерализованной бронхиальной обструкции
524	Основу лечения дерматомиозита/полимиозита составляют
	глюкокортикоиды
	цитостатики

	аминохинолиновые производные
	плазмаферез
	антицитокиновые препараты
1	Болезнь Лайма
525	Болезнь Лайма вызывают
	бактерии
	простейшие
	грибы
	вирусы
526	Пути передачи возбудителя при болезни Лайма
	алиментарный
	трансмиссивный
	контактно-бытовой
	половой
527	Переносчики болезни Лайма
	иксодовые клещи
	грызуны
	вши
	блохи
528	Для подтверждения диагноза болезни Лайма используют
	серологический метод
	кожно-аллергическую пробу
	копроскопию
	реакцию нейтрализации
529	Специфическая профилактика болезни Лайма проводится с помощью
	анатоксина
	иммуноглобулина
	специфическая профилактика не разработана
	вакцины
530	Для хронического течения болезни Лайма характерно
	полирадикулоневриты
	хроническая диарея
	генерализованная лимфаденопатия

	формирование пороков сердца
531	Вовлечение суставов при болезни Лайма обусловлено
	бактериемией
	иммуноаллергией
	токсинемией
	септикопиемией
1	Остеопороз и другие метаболические остеопатии
532	Назовите наиболее частую причину малотравматичных переломов
	остеомалация
	опухоли кости
	болезнь Педжета
	остеопороз
	сахарный диабет
533	Укажите типичные остеопоротические переломы
	компрессионный перелом позвонков
	перелом фаланги кисти
	диафизарный перелом трубчатых костей
	перелом лучевой кости в дистальном отделе
	переломы костей черепа
534	К немодифицируемым факторам риска остеопороза относят
	предшествующие переломы
	низкая масса тела
	женский пол
	возраст > 65 лет
	курение
535	Оценка FRAX позволяет прогнозировать
	5-летний риск переломов
	10-летний риск переломов
	10-летний риск развития остеопороза
	эффективность антиостеопоротической терапии
	риск смерти от переломов
536	Укажите значения T-критерия по данным измерения минеральной плотности костной ткани методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, соответствующие остеопорозу

	< -1,5 SD
	> -1,5 SD
	≤ -2,5 SD
	> -2,5 SD
	> -1 SD
537	Характерные рентгенографические изменения позвоночника при остеопорозе
	синдесмофиты
	спондилолистез
	грыжа межпозвонкового диска
	уплотнение тела позвонка
	клиновидная деформация позвонка
538	Клинические симптомы остеопороза
	боль в спине
	боль в бедре
	снижение роста на 2 см в течение жизни
	переломы при минимальной травме
	увеличение поясничного лордоза
539	К нетипичным для остеопороза переломам относят
	вертебральные переломы
	переломы дистального отдела предплечья
	перелом шейки бедренной кости
	переломы пальцев кистей или стоп
	межвертельный перелом бедра
540	Для рентгенологических изменений при остеопорозе характерны
	рамочная структура позвонка
	чередование измененных с неизменными позвонками
	подчеркнутость замыкательных пластинок
	усиление вертикальной исчерченности тел позвонков
	деформации позвонков выше Th4
541	Заболевание, характеризующееся нарушением процессов минерализации
	остеомалация
	костные метастазы

	первичный гиперпаратиреоз
	болезнь Педжета
	миеломная болезнь
542	Наличие псевдопереломов характерно для
	остеомалации
	костных метастаз
	остеопороза
	болезни Педжета
	миеломной болезни
543	«Штампованные» литические очаги поражения костной ткани характерны для
	остеомалации
	костных метастаз
	первичного гиперпаратиреоза
	болезни Педжета
	миеломной болезни
544	Субпериостальная резорбция фаланг кисти и длинных трубчатых костей характерна для
	остеомалации
	костных метастаз
	гиперпаратиреоидной остеодистрофии
	болезни Педжета
	остеопороза
545	Высокий риск основных переломов устанавливается при значениях FRAX
	> 10%
	< 10%
	> 20%
	> 30%
	> 50%
546	Для какой группы лиц применима оценка FRAX?
	женщины в пременопаузе
	женщины в постменопаузе
	мужчины до 50 лет
	мужчины старше 50 лет
	дети и подростки

547	Какое ревматическое заболевание входит в оценку FRAX?
	системная красная волчанка
	ревматоидный артрит
	анкилозирующий спондилит
	системная склеродермия
	псориатический артрит
548	Развитие вторичного остеопороза при ревматических заболеваниях ассоциировано с
	инволютивными механизмами, связанными со старением
	дефицитом эстрогенов в постменопаузальный период
	экзогенным гиперкортицизмом
	хроническим иммунным воспалением
	избыточной секрецией паратиреоидного гормона
549	Клинической особенностью глюкокортикоидного остеопороза является
	высокая частота боли в спине
	возникновение переломов при более низких значениях минеральной плотности костной ткани, чем при первичном остеопорозе
	возникновение переломов при более высоких значениях минеральной плотности костной ткани, чем при первичном остеопорозе
	максимальное снижение минеральной плотности костной ткани после 12 месяцев терапии
	высокая частота атипичных переломов
550	При терапии глюкокортикоидами лечение остеопороза рекомендуется начинать при значениях T-критерия по данным двухэнергетической рентгеновской остеоденситометрии
	$\leq -1,0$ SD
	$\leq -1,5$ SD
	$\leq -2,0$ SD
	$\leq -2,5$ SD
	$\leq -3,0$ SD
551	Укажите наиболее ранние костные нарушения при ревматоидном артрите

	системный остеопороз
	образование эрозий
	периартикулярный остеопороз
	формирование подвывихов суставов
	переломы
552	К антиостеопоротическим препаратам с анаболическим эффектом (усиливают костеобразование) относят
	бисфосфонаты
	терипаратид
	селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов
	альфакальцидол
	деносумаб
553	К препаратам с антирезорбтивным эффектом относят
	бисфосфонаты
	стронция ранелат
	кальцитриол
	альфакальцидол
	деносумаб
554	К препаратам многопланового действия относят
	бисфосфонаты
	терипаратид
	селективные модуляторы эстрогенных рецепторов
	стронция ранелат
	деносумаб
555	Остеонекроз челюсти – возможное нежелательное явление при приеме
	бисфосфонатов
	заместительной гормональной терапии
	стронция ранелат
	терипаратид
	альфакальцидол
556	Каков механизм действия бисфосфонатов?
	усиливают костеобразование
	ингибируют костную резорбцию

	стимулируют костеобразование и подавляют костную резорбцию
	угнетают костную резорбцию и костеобразование
	стимулируют костную резорбцию
557	К группе бисфосфонатов относятся
	алендронат
	ибандронат
	деносумаб
	золендронат
	ризедронат
558	Каков механизм действия стронция ранелата?
	усиливает костеобразование
	ингибирует костную резорбцию
	стимулирует костеобразование и подавляет костную резорбцию
	угнетает костную резорбцию и костеобразование
	стимулирует костную резорбцию
559	Каков механизм действия терипаратида?
	усиливает костеобразование
	ингибирует костную резорбцию
	стимулирует костеобразование и подавляет костную резорбцию
	угнетает костную резорбцию и костеобразование
	стимулирует костную резорбцию
560	Деносумаб – это антитело к
	рецептору активатора ядерного фактора каппа бета (RANK)
	лиганду RANK (RANKL)
	остеопротегерину
	фактору некроза опухоли-альфа
	интерлейкину-1
561	Схема назначения Деносумаба
	20 мкг п/к ежемесячно
	150 мг в/в 1 раз в 3 месяц
	60 мг п/к 1 раз в 6 месяц
	70 мг внутрь 1 раз в неделю
	5 мг в/в 1 раз в год

562	Схема назначения Терипаратида
	20 мкг п/к ежемесячно
	150 мг в/в 1 раз в 3 месяц
	60 мг п/к 1 раз в 6 месяц
	70 мг внутрь 1 раз в неделю
	5 мг в/в 1 раз в год
563	Схема назначения Алендроната
	20 мкг п/к ежемесячно
	150 мг внутрь 1 раз в месяц
	60 мг п/к 1 раз в 6 месяц
	70 мг внутрь 1 раз в неделю
	5 мг в/в 1 раз в год
564	Схема назначения Золендроната
	20 мкг п/к ежемесячно
	150 мг в/в 1 раз в 3 месяц
	60 мг п/к 1 раз в 6 месяц
	70 мг внутрь 1 раз в неделю
	5 мг в/в 1 раз в год
565	К парентеральным бисфосфонатам относятся
	алендронат
	ризедронат
	этидронат
	ибандронат
	золедроновая кислота
566	В качестве монотерапии остеопороза эффективно использование
	алендроната
	препаратов кальция и витамина Д
	стронция ранелата
	терипаратида
	деносумаба
567	Что является активным метаболитом витамина D?
	эргокальциферол
	холекальциферол
	кальцитриол
	кальцитонин

	дигидротахистерол
568	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
569	Какое утверждение относительно состояния минеральной плотности костной ткани верно у больных остеоартритом?
	для больных остеоартритом характерны высокие значения минеральной плотности костной ткани, но не снижение риска переломов
	для больных остеоартритом характерны низкие значения минеральной плотности костной ткани
	больные остеоартритом имеют низкий риск переломов
	состояние минеральной плотности костной ткани зависит от формы остеоартроза
	снижение минеральной плотности костной ткани характерно для поздних стадий остеоартрита
570	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
571	Больным ревматическими заболеваниями, получающим глюкокортикоиды, в качестве стартовой антиостеопоротической терапии предпочтительно назначение
	бисфосфонатов перорально
	бисфосфонатов внутривенно (золендроновая кислота)

	терипаратида
	деносуаба
	стронция ранелата
572	Наиболее частыми клиническими проявлениями остеонекроза головки бедренной кости наиболее часто являются
	боль в паховой области в дневные и ночные часы
	лихорадка
	боль в паховой области при ходьбе
	судороги мышц
	утренняя скованность более часа
	боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в бедро
573	При лечении бисфосфонатами больного с остеонекрозом головки бедренной кости необходимо оценивать в динамике уровень
	фосфора
	кальция
	витамина Д
	щелочной фосфатазы
574	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
575	Основными препаратами для лечения остеонекроза головки бедренной кости являются
	глюкокортикоиды перорально
	бисфосфонаты
	внутривенный илопрост
	кальция карбонат
	ацетилсалициловая кислота
576	Основными этиологическими факторами остеонекроза головки бедренной кости являются
	прием алкоголя

	инфицирование вирусными гепатитами
	применение глюкокортикоидов
	прием цитостатиков
1	Вирусные инфекции и ревматические заболевания
577	Скрининговой диагностикой гепатита С является
	анти-HCV-IgM
	анти-HCV-IgG
	ПЦР РНК
	ПЦР ДНК
578	Ингибиторы ФНО- α при ревматоидном артрите и наличии HCV инфекции
	можно применять при отсутствии цирроза (класс А по Чайльд-Пью)
	можно применять, в том числе при циррозе (классы В и С по Чайльд-Пью)
	противопоказаны
	применяются только после проведения противовирусной терапии
	можно применять короткими курсами раз в год
579	При применении генно-инженерных биологических препаратов все HbsAg (+) лица
	должны получать противовирусную терапию
	должны ежемесячно сдавать печеночные ферменты
	не нуждаются в дополнительной терапии
	нуждаются в назначении гепатопротекторов
580	Ритуксимаб, назначенный больным с аутоимунными заболеваниями, может
	вызывать ятрогенный гепатит
	приводить к циррозу печени
	применяться без токсического воздействия на печень
581	Больным с ревматоидным артритом, получающим ГИБП и страдающим хроническим гепатитом С необходимо мониторинг
	АЛТ, АСТ 1 раз в месяц
	альфа-фетопротеина 1 раз в 6 месяцев
	кальпротектина
	уровня общего белка

	степени фиброза по результатам фиброэластометрии
582	Риск реактивации вирусного гепатита у больных с ревматическими заболеваниями, которым планируется терапия ГИБП зависит
	от выбора иммуносупрессивного препарата
	от статуса HBV инфекции
	от возраста пациента
	от длительности течения вирусного гепатита
	от наличия признаков цирроза печени
583	При терапии генно-инженерными препаратами у больных ревматоидным артритом и хроническим вирусным гепатитом С мониторируются
	уровень АЛТ, АСТ
	альфа-фетопротеин
	эластометрия печени
	уробилиноген в моче
584	Критериями обострения вирусного гепатита В у больного, страдающего ревматоидным артритом является
	повышение АЛТ более чем в 10 раз
	абсолютное увеличение ДНК HBV $6 \log 10$ копий/мл
	повторное развитие воспалительно-некротического процесса в печени
	появление уробилиногена в моче
585	Критерии обострения вирусного гепатита С
	повышение АЛТ более чем в 10 раз
	абсолютное увеличение ДНК HCV $6 \log 10$ копий/мл
	повторное развитие воспалительно-некротического процесса в печени
	появление уробилиногена в моче
586	Наиболее высокий риск реактивации HBV-инфекции наблюдается при применении
	высоких доз глюкокортикоидов в течение 12 месяцев
	ритуксимаба
	лефлюномида
	метотрексата
	эторикоксиба

1	Патология околоуставных мягких тканей
587	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
588	Основа диагностики поражения околоуставных мягких тканей ревматической природы является
	ультразвуковая диагностика
	рентгенологическое исследование
	данные объективного исследования больного
	магнитно-резонансная томография
589	У пациента 45 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
590	В отношении лечения кисты Бейкера верными являются следующие утверждения
	использование для лечения кисты физических факторов (тепло, холод, магнитное поле, лазерные лучи) нежелательно
	при лечении кисты Бейкера эффективным средством являются локально и системно применяемые нестероидные противовоспалительные препараты
	к пункции прибегают лишь при значительных размерах кисты
	эффективным средством является введение глюкокортикоидов в коленный сустав
591	Для трохантерита характерны

	возникновение выраженных болей при отведении бедра, пассивное сгибание, наружная и внутренняя ротация боли не вызывает
	часто наблюдается при спондилоартритах и остеоартрозе
	боль в области паха с иррадиацией по внутренней стороне бедра, усиливающаяся при движении
	усиление боли при интенсивной ходьбе, иногда сохраняется ночью и в покое
592	Лечении фибромиалгии применяются следующие лекарственные препараты
	прегабалин
	нестероидные противовоспалительные препараты длительно
	ингибиторы обратного захвата серотонина
	парацетамол
	метилпреднизолон
593	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
594	К основным методам лечения плантарного фасциита относятся
	глюкокортикоиды локально при серонегативных спондилоартритах
	покой в остром периоде и разгрузка стопы
	нестероидные противовоспалительные препараты для купирования боли
	физиотерапевтическое лечение
	оперативное лечение
	коррекция плоскостопия
595	Какой патологией часто сопровождается плантарный фасциит?
	остеонекроз пяточной кости
	подпяточный бурсит
	нагноение под подошвенным апоневрозом

596	К причинам, способствующим формированию «пяточной шпоры» относятся
	псориатический артрит
	остеоартроз
	пирофосфатная артропатия
	травмы ног и ношение неудобной обуви
	реактивный артрит
	синдром дисплазии соединительной ткани
597	К причинам, способствующим формированию «пяточной шпоры» относятся
	плоскостопие
	гнойные процессы в области стопы
	избыточная масса тела
	спондилоартриты
	подагра
	подъем тяжестей, длительное стояние на ногах
598	Причиной трохантерита являются
	остеонекроз головки бедренной кости
	коксартроз
	микрористаллические артриты
	динамическая и статическая перегрузка мышц, прикрепляющихся к большому вертелу
599	Самая частая причина талалгий
	ахиллоденит
	подпяточный бурсит
	киста Бейкера
	подошвенный фасциит
600	Причиной тендинита области анзериновой сумки чаще всего служит
	подагра
	ревматоидный артрит
	плоскостопие
	остеоартрит
601	Чаще болезнью Осгуда-Шлаттера страдают
	мужчины
	женщины
	оба пола одинаково

	только дети
602	В отношении кисты Бейкера верны следующие утверждения
	чаще встречается у женщин
	наблюдается как при дегенеративных заболеваниях, так и воспалительных заболеваниях суставов
	чаще разрыву подвергаются длительно существующие кисты
	киста Бейкера может исчезать
	острый артрит коленного сустава с формированием кисты Бейкера и ее разрывом может быть проявлением септического процесса в суставе
	важным диагностическим методом при подозрении на кисту Бейкера является ультразвуковое исследование
603	При тендините грушевидной мышцы возможно сдавление следующих структур
	верхней ягодичной артерии и ягодичного нерва
	нижней ягодичной артерии и седалищного нерва
	ветвей спинномозговых корешков SI-SII
604	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
605	Заподозрить трохантерит позволяют
	ультразвуковое и рентгенологическое исследование области тазобедренного сустава
	появление боли при отведении бедра, при этом ограничения внутренней ротации нет
	при пальпации определяется болезненность в области большого вертела
606	Причиной такого состояния как «пружинящий палец» является
	разрыв сухожилий сгибателей пальцев кисти
	сдавление сухожильных влагалищ извне

	рубцовое сужение фиброзных колец сухожильных влагалищ пальцев кисти
607	Основными методами лечения при тендините ротаторов плеча являются
	введение глюкокортикоидов локально
	назначение глюкокортикоидов перорально
	назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
	физиотерапевтическое лечение
	массаж и мануальная терапия
608	Тест «падения руки» позволяет заподозрить у пациента
	поражение длинной головки бицепса
	поражение дельтовидной мышцы
	повреждение мышц вращающей манжеты плеча
609	В отношении синдрома запястного канала верны следующие утверждения
	наиболее частой причиной является неспецифический тендинит сухожилий сгибателей пальцев, реже ревматоидный артрит, травма запястья, опухоли
	чаще наблюдается у мужчин
	наблюдается легкое онемение и парестезии большого, указательного и III пальцев, которые возникают в покое и ночью
	в поздних стадиях возможна атрофия мышц тенара
	без лечения наблюдается хроническое течение
610	Ограничение разгибания I-V пальцев, требующее дополнительных усилий и вызывающее боль, а также часто сопровождающаяся характерным звуком (щелчком) может быть симптомом
	контрактуры Дюпоитрена
	стенозирующего тендинита сгибателей пальцев
	синдромом де Кервена
611	Стенозирующий теносиновит длинной мышцы, отводящей большой палец, и короткого разгибателя большого пальца кисти называется
	болезнь Кенига

	синдром запястного канала
	контрактура Дюпюитрена
	болезнь де Кервена
612	Наиболее частой причиной латерального эпикондилита является
	ревматоидный артрит
	травма области локтевого сустава
	длительная травматизация при монотонной деятельности
613	При синдроме «замороженного плеча» наблюдается поражение
	сухожилия двуглавой мышцы плеча
	капсулы плечевого сустава
	сухожилия надостной мышцы, субакромиальной сумки
614	Для оценки функции вращающей манжеты плеча следует
	попросить пациента согнуть руку в локте
	попросить пациента согнуть и разогнуть кисть, преодолевая сопротивление врача
	предложить пациенту в положении стоя заложить руки за голову и за спину, поднять руку и отвести в сторону
615	Воспаление ткани сухожилия и сухожильного влагалища называется
	бурсит
	теносиновит
	энтезит
	тендинит
616	К наиболее частой ревматической патологии околосуставных мягких тканей относится
	тендинит вращающей манжеты плеча
	латеральный эпикондилит
	бурсит гусиной лапки
	синдром карпального канала
	ахиллоденция

617	Одно из наиболее важных проявлений фибромиалгии
	наличие повышения неспецифических маркеров воспаления (СОЭ, С-реактивный белок)
	наличие психических нарушений
	выявление причины этиологического фактора
618	Для лечения фибромиалгии применяются
	нестероидные противовоспалительные препараты
	базисные противовоспалительные препараты
	антидепрессанты
	глюкокортикоиды
619	В лечении ревматической патологии околосуставных мягких тканей нижних конечностей применяются
	физиотерапевтические процедуры
	локальные инъекции глюкокортикоидов
	нестероидные противовоспалительные препараты перорально
	малые дозы глюкокортикоидов внутрь
	методы разгрузки суставов
620	В отношении препателлярного бурсита верно
	развивается у людей, часто травмирующих передний отдел коленного сустава
	развивается при выраженном синовите коленного сустава
	пункция кисты, эвакуация экссудата и введение небольшой дозы бетаметазона приводят к хорошему лечебному результату
621	С каким заболеванием наиболее часто приходится дифференцировать разрыв стенки кисты Бейкера?
	абсцесс подколенной ямки
	тромбоз глубоких вен голени
	тромбоз бедренной артерии
622	При выявлении кисты Бейкера требуется
	как правило, хирургическое лечение
	пункция кисты с введением дипроспана
	ношение эластического бинта
	лечение синовита коленного сустава

623	При дифференциальной диагностике синдрома запястного канала и компрессии нервного корешка на уровне шейного отдела позвоночника следует учитывать, что
	при синдроме запястного канала не бывает парестезий
	при синдроме запястного канала определяется парестезии, боль в области I-III, а при компрессии нервного корешка на уровне шейного отдела позвоночника – онемение и парестезии во всех пальцах
	при компрессии нервного корешка на уровне шейного отдела позвоночника симптоматика развивается остро, а при синдроме запястного канала - постепенно
624	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
625	В отношении латерального эпикондилита верны следующие утверждения
	патологию называют «локоть теннисиста»
	характерно усиление болей при сгибании лучезапястного сустава при оказании сопротивления этому движению
	основным симптомом является постоянная боль в области латерального надмыщелка плеча, усиливающаяся при разгибании и ротационных движениях локтевого сустава
	встречается чаще медиального эпикондилита
626	В отношении бурсита локтевого отростка верны следующие утверждения
	причиной является травма задней поверхности локтя
	причиной является ревматоидный артрит, подагра

	ограничивает движения в локтевом суставе
	движения в суставе в полном объеме, пальпирует опухолевидное образование на задней поверхности локтевого сустава
	при пунктировании сумки необходимо исключить нагноение
627	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
628	В отношении адгезивного капсулита верны следующие утверждения
	является первичным локальным поражением мышц вращающей манжеты плеча
	в основе патогенеза – локальное воспаление с последующим фиброзом капсулы плечевого сустава
	поражение сустава характеризуется выраженной болью в области плеча
	в начале заболевания боль интенсивная, затем исчезает или уменьшается, однако движения в плече становятся резко ограничены
629	При появлении боли в момент максимального отведения руки в плечевом суставе можно предположить поражение
	ключично-акромиального сустава
	сухожилия двуглавой мышцы плеча
	сухожилия подлопаточной мышцы
	сухожилия надостной мышцы
1	Системная склеродермия
630	Какой из симптомов поражения кожи является самым ранним?
	отек пальцев кистей
	уплотнение кожи
	симптом кисета
	дигитальные рубчики
	кальцификаты

631	Причиной первичного поражения сердца при системной склеродермии является
	поражение коронарных артерий
	легочная артериальная гипертензия
	поражение интерстициальных артерий
	склеродермический почечный криз
	некроз кардиомиоцитов
632	Фактор, указывающий на быстро прогрессирующее течение интерстициального поражения легких при системной склеродермии
	диффузная форма ССД
	выраженные капилляроскопические изменения в дебюте болезни
	снижение диффузионной способности легких в ранние сроки от начала ССД
	изолированное поражение легких (склеродермия без склеродермы)
	лимитированная форма ССД
633	Какое поражение пищевода при системной склеродермии увеличивает риск развития аденокарциномы?
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
	эрозивный эзофагит
	кандидоз пищевода
	гастро-эзофагеальный рефлюкс
	пищевод Барретта
634	Препаратами первой линии при развитии острой склеродермической нефропатии являются
	ингибиторы АПФ
	диуретики
	циклофосфан
	глюкокортикоиды
	дезагреганты
635	Характерными капилляроскопическими изменениями для системной склеродермии являются
	сужение капилляров
	дилатация капилляров

	увеличение числа капилляров
	разрывы капилляров и геморрагическая инфильтрация тканей
636	Какие из нижеперечисленных признаков входят в классификационные критерии системной склеродермии?
	легочная артериальная гипертензия
	телеангиоэктазии
	дигитальные рубчики
	впервые возникшая почечная недостаточность
	интерстициальное поражение легких
637	Для определения кожного счета по Роднану 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)
638	Какое поражение опорно-двигательного аппарата встречается только при системной склеродермии?
	полиартрит и утренняя скованность
	симптом крепитации сухожилий
	воспалительная миопатия
	acroosteolysis
	сгибательные контрактуры
639	Основное место в лечении интерстициального поражения легких при системной склеродермии занимает
	циклофосфамид
	циклоспорин А
	ритуксимаб
	азатиоприн
	микофеналата мофетил