

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ»

1	Воспалительные артриты
1	Соотношение больных подагрой мужчин/женщин составляет примерно
	25:1
	1:1
	1:3
	1:7
	7:1
2	Пик заболеваемости подагрой у мужчин приходится на возрастную группу
	10-15 лет
	20-30 лет
	30-40 лет
	40-50 лет
	старше 60 лет
3	В общей популяции подагра выявляется приблизительно в
	0,1-0,5%
	10-15%
	5-7%
	1-3%
	15-20%
4	Центральное звено патогенеза подагры – нарушение обмена
	триптофана
	фенилаланина
	метионина

	пурина
	аргинина
5	При подагре наблюдается внутрисуставное отложение кристаллов
	оксалата кальция
	холестерина
	пирофосфата кальция
	моноурата натрия
	основных кристаллов кальция
6	Наиболее часто в дебюте подагрического артрита отмечается поражение
	локтевого сустава
	голеностопного сустава
	коленного сустава
	межфаланговых суставов
	I плюснефалангового сустава
7	Укажите характеристику, не соответствующую картине первой атаки острого подагрического артрита
	развитие преимущественно в ночные и утренние часы
	лейкоцитоз в клиническом анализе крови
	интенсивные боли при активных и пассивных движениях в пораженном суставе
	наличие иглообразных двоякопреломляющих кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости при поляризационной микроскопии
	симптом «пробойника» (округлый, четко очерченный дефект костной ткани в эпифизе, выявляемый рентгенологически)
8	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
	уровень мочевой кислоты в сыворотке крови не является изолированным показателем, позволяющим поставить диагноз
	более 600 мкмоль/л независимо от пола
9	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
10	Специфическим рентгенологическим признаком поражения суставов при подагре является
	симптом «пробойника»
	краевые костные эрозии
	нормальная ширина суставной щели
	отсутствие околосуставного остеопороза
	сужение суставной щели
11	Выявление «двойного контура» при УЗИ суставов является признаком
	остеоартрита с депонированием кристаллов пирофосфата кальция
	хронического артрита с кристаллами пирофосфата кальция
	гемартроза
	остеомиелита
	подагры
12	В качестве препарата первой линии гипоурикемической терапии у пациентов с нормальной функцией почек рекомендовано назначение
	аллопуринола

	фебуксостата
	пеглотиказы
	пробенецида
	бензбромарона
13	Препарат нового поколения ингибиторов ксантиноксидазы, позиционируемый как альтернатива аллопуринолу в гипоурикемической терапии
	такролимус
	пеглотиказа
	рофлумиласт
	фебуксостат
	канакинумаб
14	Наиболее частые побочные эффекты колхицина
	диарея, тошнота, рвота
	кожная сыпь, алопеция
	лейкопения, анемия
	лекарственный гепатит, желтуха
	гипокоагуляция, геморрагический синдром
15	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
16	Назначение колхицина для купирования острого подагрического артрита наиболее оправдано

	в первый 12 часов 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
17	При наличии противопоказаний к применению колхицина, нестероидных противовоспалительных препаратов, глюкокортикостероидов (перорально или интраартикулярно) для купирования острого подагрического артрита показано назначение
	пеглотиказы
	пробенецида
	фебуксостата
	канакинумаба
	бензбромарона
18	Канакинумаб – это
	рекомбинантное гуманизированное 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-1 β
19	Профилактику возникновения подагрической атаки колхицином у больного, получающего гипоурикемическую терапию, целесообразно проводить в течение
	4 недель
	8 недель
	3 месяцев
	6 месяцев
	1 год

20	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
21	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)
22	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)
23	В лечении артериальной гипертензии у больного, страдающего подагрой, целесообразно назначение
	гидрохлортиазида
	дилтиазема
	верошпирона
	лозартана

	бисопролола
24	Стартовая доза аллопуринола у больного подагрой составляет
	100 мг/сутки
	300 мг/сутки
	600 мг/сутки
	800 мг/сутки
25	Пеглотиказа – это
	рекомбинантное гуманизированное 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-1 β
26	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
27	Системное назначение кортикостероидов 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)

28	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 НПВС не выделяется в качестве наилучшего для терапии первой линии
	диклофенак
	нимесулид
	целикоксиб
29	Хондрокальциноз при рентгенографическом исследовании у лиц старше 80 лет выявляется приблизительно в
	5%
	10%
	20%
	30%
	50%
30	Наибольшее содержание пуринов определяется в
	субпродуктах
	сардинах
	улитках
	помидорах
	шоколаде
31	Основным критерием метаболического синдрома является
	объем талии более 80 см (для женщин)
	объем талии более 94 см (для женщин)
	повышение уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л
	нарушение толерантности к глюкозе

	повышение АД свыше 140/90 мм рт. ст.
32	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)
33	Фебуксостат – это
	неселективный ингибитор ксантиноксидазы
	селективный ингибитор ксантиноксидазы
	рекомбинантная уриказа с присоединённой цепью полиэтиленгликоля
	урикозурический препарат (подавляет реабсорбцию мочевой кислоты в почечных канальцах)
34	При одновременном наличии у пациента с подагрическим артритом факторов риска осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы целесообразно назначение
	напроксена
	комбинации напроксена с ингибиторами протонной помпы (ИПП) или комбинации целекоксиба с низкими дозами аспирина и ИПП
	целекоксиба
	диклофенака в комбинации с ингибиторами протонной помпы (ИПП)
	эторикоксиба
35	Частота встречаемости ревматоидного артрита в популяции составляет
	0,30%
	1%
	5%

	10%
36	Развитие ревматоидного артрита ассоциируется с антигенами гистосовместимости
	HLA G1
	HLA DR4
	HLA B27
	HLA-Cw7
37	В патогенезе ревматоидного артрита на ранней стадии имеет значение
	супрессия В-лимфоцитов
	гипергаммаглобулинемия
	активация Т-хелперов 1-го типа
	активация Т-супрессоров
	атимитохондриальные антитела
38	Наиболее значимыми медиаторами воспаления при ревматоидном артрите являются
	ИЛ-1
	ИЛ-10
	ИЛ-6
	ФНО- α
	ИЛ-8
39	Соотношение женщин и мужчин, страдающих ревматоидным артритом, составляет
	3:1
	7:1
	2:1
	1:4
	1:3

40	Механизм деструкции суставов при ревматоидном артрите связан с
	дегенеративными изменениями хряща
	образованием паннуса
	активным синовитом
	антифосфолипидным синдромом
	отложением кристаллов мочевой кислоты
41	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
42	К внесуставным проявлениям ревматоидного артрита относят
	поражение глаз
	пневмонит
	отложение уратов в мягких тканях
	нейропатия
	миокардит
43	Какое дополнительное лабораторное исследование рекомендуется проводить при серонегативном ревматоидном артрите?
	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

44	Поздняя стадия ревматоидного артрита устанавливается при длительности болезни
	более 2-х лет
	более 1 года
	более 5 лет
	более 6 месяцев
	более 15 лет
45	Активность ревматоидного артрита определяют по
	Общей оценке активности заболевания по визуально-аналоговой шкале
	DAS 28
	PASI
	BASDAI
	HAQ
46	Что из перечисленного входит в диагностические критерии ревматоидного артрита (АКР, 1987 г.)?
	антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
	артрит крупных суставов
	обнаружение «костного отека» при МРТ
	утренняя скованность >1 часа
	антитела к н-ДНК
47	Что из перечисленного входит в «новые» критерии ревматоидного артрита (ACR / EULAR 2010 г.)?
	антитела к циклическому цитруллинированному пептиду
	артрит крупных суставов
	обнаружение «костного отека» при МРТ
	утренняя скованность >1 часа
	антитела к ДНК

48	Какой из нижеперечисленных признаков не относится к клиническим проявлениям болезни Стилла у взрослых?
	боль в горле
	лихорадка
	поражение почек
	кожная сыпь
	лимфаденопатия
49	Для синдрома Фелти не характерно
	наличие высокого титра ревматоидного фактора
	развитие гепатомегалия
	развитие сепсиса
	наличие сакроилиита
50	Что такое ревматоидный фактор?
	антитела к Fc-фрагменту IgM
	антитела к Fc-фрагменту IgG
	антитела к гиалуронидазе
	иммунный комплекс
	антинуклеарные антитела
51	Что характерно для синдрома Фелти?
	спленоmegалия
	лейкопения
	лейкоцитоз
	повышенный риск инфекций
	повышенный риск хронических язв голени
52	Какое суждение относительно ревматоидного фактора является неверным?

	относится к диагностическим критериям ревматоидного артрита
	высокие титры ассоциируются с тяжелым течением ревматоидного артрита
	отсутствие ревматоидного фактора позволяет исключить диагноз ревматоидный артрит
	имеет патогенетическое значение в развитии ревматоидного васкулита
	может появляться до развития клинических проявлений ревматоидного артрита
53	Какие из нижеперечисленных суставов не учитываются при определении DAS28?
	локтевые суставы
	плюснефаланговые суставы стоп
	лучезапястные суставы
	плечевые суставы
	пястнофаланговые суставы
54	Низкая активность ревматоидного артрита устанавливается при значениях DAS28
	<1,2
	<3,2
	<2,3
	<4,2
	<5,1
55	Умеренная активность ревматоидного артрита устанавливается при значениях DAS28
	>1,2 и <3,2
	>3,2 и <6,1
	>2,3 и <5,1
	>3,2 и <5,1
	>5,1
56	Высокая активность ревматоидного артрита устанавливается при значениях DAS28
	>2,3

	>3,2
	>4,2
	>7,1
	>5,1
57	К осложнениям ревматоидного артрита не относится
	амилоидоз
	остеопороз
	асептический некроз
	туннельные синдромы
	остеолиз
58	Рентгенологическая стадия I ревматоидного артрита характеризуется
	сужением суставной щели
	наличием множественных эрозий
	наличием субхондрального склероза
	развитием околоуставного остеопороза
	наличием остеофитов
59	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
60	Для рентгенологической стадии III ревматоидного артрита характерно
	сужение суставной щели, единичные эрозии
	сужение суставной щели, множественные эрозии

	сужение суставной щели, субхондральный склероз
	анкилоз
	остеофитоз
61	Системными проявлениями ревматоидного артрита, входящими в диагностические критерии Американской коллегии ревматологов (ACR, 1987 г.), являются
	узелки Ослера
	ревматические узелки
	ревматоидные узелки
	узелки Гебердена
	узелки Бушара
62	В соответствии с диагностическими критериями ревматоидного артрита ACR/EULAR (2010 г.) диагноз может быть установлен при общем счете
	более 3-х баллов
	менее 6 баллов
	более 5 баллов
	более 10 баллов
	не менее 6 баллов
63	Осложнением ревматоидного артрита, приводящим к развитию переломов костей, является
	асептический остеонекроз
	остеомалация
	остеопороз
	остеосклероз
	остеомиелит
64	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
65	Наиболее частыми причинами смерти при ревматоидном артрите являются
	опухоли костной системы
	кардиоваскулярные заболевания
	цереброваскулярные заболевания
	респираторные заболевания
	хроническая почечная недостаточность
66	Для болезни Стилла у взрослых характерно
	наличие лейкопении
	развитие фарингита
	определение положительного антинуклеарного фактора
	развитие заболевания в возрасте старше 65 лет
	наличие геморрагической сыпи
67	Синдром Фелти ассоциирован с
	системной красной волчанкой
	системной склеродермией
	ревматоидным артритом
	подагрой
	псориатическим артритом
68	В дебюте ревматоидного артрита наиболее часто поражаются
	пястно-фаланговые суставы
	лучезапястные суставы

	коленные суставы
	локтевые суставы
	фасеточные суставы шейного отдела позвоночника
69	Для ревматоидного артрита наиболее характерно поражение следующего отдела позвоночника
	шейного
	грудного
	поясничного
	крестцового
	крестцово-подвздошного
70	Диагностическим важным 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»
71	К синтетическим болезнь-модифицирующим противовоспалительным препаратам для лечения ревматоидного артрита относится
	метилпреднизолон
	мелоксикам
	лефлуномид
	фебуксостат
	канакинумаб
72	Морфологическим признаком при биопсии синовиальной оболочки, определяющим правомочность диагноза ревматоидный артрит, является
	пролиферация синовиоцитов, фибробластов

	лимфоцитарная, плазмоклеточная, макрофагальная инфильтрация
	отложение фибрина
	фибриноидный некроз
73	К факторам риска неблагоприятного прогноза при ревматоидном артрите относятся
	высокий ревматоидный фактор
	увеличение концентрации АЦЦП
	увеличение СОЭ
	быстрое развитие деструкции в суставах
	полиартикулярное поражение в дебюте заболевания
74	Препаратом выбора первой линии в терапии ревматоидного артрита является
	метотрексат
	лефлуномид
	азатиоприн
	сульфасалазин
	гидроксихлорохин
75	В качестве болезнь-модифицирующей противовоспалительной терапии у больного ревматоидным артритом при наличии латентной туберкулезной инфекции возможно назначение
	метотрексата
	лефлуномида
	глюкокортикостероидов
	сульфасалазина
76	В качестве болезнь-модифицирующей противовоспалительной терапии у больного ревматоидным артритом при наличии острого вирусного гепатита В возможно назначение
	гидроксихлорохина
	метотрексата

	лефлуномида
	сульфасалазина
77	Для профилактики гематологических осложнений, ассоциированных с применением метотрексата у больных ревматоидным артритом, показано назначение
	цианокобаламина
	фолиевой кислоты
	витамина D
	никотиновой кислоты
	ингибиторов протонной помпы
78	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
79	Диагностическими критериями болезни Стилла у взрослых являются
	повышение ревматоидного фактора
	гепатолиенальный синдром
	макулопапулезная сыпь
	моноцитоз
	лихорадка 39 град С и выше, которая продолжается более 1 недели
80	Верными являются следующие утверждения относительно реактивных артритов
	одним из триггерных микробов является <i>Shigella flexneri</i>
	заболевание входит в группу спондилоартритов
	возбудитель всегда отсутствует в полости сустава
	чаще болеют мужчины

	часто поражаются голеностопные суставы
81	Выберите из перечисленных микроорганизмов те, которые наиболее часто являются триггерами реактивных артритов
	chlamydia trachomatis
	salmonella enteritidis
	campylobacter jejuni
	mycoplasma hominis
	yersinia enterocolitica
82	Выберите микроорганизмы, которые с наибольшей вероятностью являются триггерами реактивных артритов
	ureaplasma urealiticum
	chlamydia pneumonia
	schigella flexneri
	mycoplasma hominis
	clostridium difficile
83	Продолжительность острого течения реактивного артрита ограничивается
	1 месяцем
	3 месяцами
	6 месяцами
	9 месяцами
	12 месяцами
84	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
85	Признак не характерный для реактивного артрита
	моноартрит
	аортит
	вовлечение в процесс суставов первого пальца стопы
	энтерит
	поражение суставов верхних конечностей
86	Клинический признак наиболее часто регистрируемый у больного реактивным артритом
	асимметричный артрит
	артрит голеностопных суставов
	артрит коленных суставов
	сакроилиит
	артрит тазобедренных суставов
87	При реактивном артрите наиболее часто вовлекаются в процесс суставы
	крестцово-подвздошные
	коленные
	плюсне-фаланговые
	тазобедренные
	пястно-фаланговые
88	Диагностический признак (Берлин, 1999), наиболее редко выявляемый при реактивном артрите
	асимметричный артрит
	олигоартрит
	моноартрит

	энтерит
	уретрит
89	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
90	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
91	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
92	Наиболее частый рентгенологический признак хронического реактивного артрита
	эрозии суставных поверхностей
	односторонний сакроилиит

	параспинальные оссификаты
	синдесмофиты
	костный анкилоз
93	Для поражения кожи и слизистых оболочек при реактивных артритах не характерно
	кератодермия
	язва языка
	онихолизис
	анулярная эритема
	ладонно-подошвенный гиперкератоз
94	Поражения глаз при реактивных артритах включают развитие
	гнойного конъюнктивита
	ирита
	эписклерита
	кератита
	увеита
95	Висцеральным проявлением реактивных артритов не является
	аортит
	кардит
	нефрит
	гепатит
	миокардит
96	Справедливы следующие утверждения о прогнозе реактивных артритов
	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 посттравматический реактивный артрит
97	Факторами неблагоприятного прогноза реактивного артрита являются
	наличие внесуставных проявлений
	ограничение подвижности позвоночника
	энтерогенная форма болезни
	сосискообразная деформация пальцев стоп
	высокая лабораторная активность на протяжении 3-х месяцев
98	Факторами неблагоприятного прогноза реактивного артрита являются
	артрит тазобедренных суставов
	низкая эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов
	начало болезни до 16 лет
	женский пол
	носительство HLA-B27
99	Для синтетической болезнь-модифицирующей 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
100	Для антимикробной терапии при реактивных артритах верны следующие утверждения
	показывает сравнимую эффективность при урогенитальном и энтерогенном вариантах
	целесообразна при рецидивах болезни
	нет необходимости в лечении полового партнера, если он не является носителем HLA-B27

	длительность терапии до 6 месяцев
101	У больного реактивным артритом при остром энтероколите используются
	ципрофлоксацин
	доксикалин
	рифампицин
	левомицетин
	миноциклин
102	К внескелетным проявлениям анкилозирующего спондилита относят
	увеит
	энтезит
	псориаз
	IgA-нефропатию
	аортит
103	В дебюте анкилозирующего спондилита чаще всего присутствует
	периферический артрит
	псориаз
	болезнь Крона
	воспалительная боль в спине
	энтезит
104	Российская версия модифицированных Нью-Йоркских классификационных критериев анкилозирующего спондилита (APP,2013) включает следующие признаки
	ограничение движений в позвоночнике
	уменьшение экскурсии грудной клетки
	наличие HLA-B27
	воспалительная боль в спине

	визуализируемый сакроилиит по рентгенографии или МРТ
105	Для воспалительной боли в спине характерны следующие признаки
	возраст начала менее 40 лет
	улучшение в покое
	улучшение после физических упражнений
	постепенное начало
	ночная боль
106	Определение активности анкилозирующего спондилита рекомендуется (ASAS, 2009; APP, 2013) осуществлять на основании
	уровня СОЭ
	уровня С-реактивного белка
	индекса LEI
	индекса BASMI
	индексов BASDAI и ASDAS
107	Высокой активности анкилозирующего спондилита соответствует индекс BASDAI
	более 2
	от 2 до 4
	более 3
	более 4
	менее 2
108	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
109	Что из перечисленного является достоверным МРТ-признаком сакроилиита?
	не менее 2 участков субхондрального отека костного мозга
	капсулит
	энтезит
	синовит
	тендинит
110	Фактором неблагоприятного прогноза анкилозирующего спондилита не является
	неэффективность или плохая переносимость нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)
	женский пол
	развитие болезни в детском возрасте
	нарушения АВ-проводимости
111	Какое из утверждений об анкилозирующем спондилите не соответствует действительности?
	мужчины болеют в 2-3 раза чаще женщин
	распространенность коррелирует с носительством HLA-B27 в разных этнических группах
	диагноз обычно выставляется в среднем через 3 месяца после начала болезни
	распространенность от 0,1 до 1,4%
	возраст начала болезни как правило до 40 лет
112	Роль какого цитокина наиболее важна в индукции воспаления при анкилозирующем спондилите?
	ИЛ-6
	ИЛ-1
	ФНО- α
	ИЛ-2

113	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
114	Частота определения HLA-B27 у больных анкилозирующим спондилитом
	30%
	50%
	70%
	90%
	100%
115	Характерной особенностью течения анкилозирующего спондилита в детском возрасте является
	быстрое развитие аортита
	высокая частота периферического артрита и энтезитов
	частое развитие амилоидоза
	отсутствие HLA-B27
116	Ранним рентгенологическим признаком анкилозирующего спондилита является
	передний спондилит
	спондилодисцит
	синдесмофиты
	спондилофиты
	анкилоз дугоотростчатых суставов
117	Какой тест не является обязательным для обследования пациента с анкилозирующим

	спондилитом?
	тест Томайера
	модифицированный тест Шобера
	тест бокового сгибания позвоночника
	определение экскурсии грудной клетки
118	Следующее утверждение о роли лечебной физкультуры в ведении пациентов с анкилозирующим спондилитом является ошибочным
	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
119	Препараты первой линии для лечения анкилозирующего спондилита
	нестероидные противовоспалительные препараты
	анальгетики
	системные глюкокортикостероиды
	генно-инженерные биологические препараты
	базисные средства
120	Какое утверждение о роли нестероидных противовоспалительных препаратов в лечении анкилозирующего спондилита является ошибочным?
	нестероидные противовоспалительные препараты являются симптоматическим средством лечения
	нестероидные противовоспалительные препараты должны назначаться больному независимо от стадии заболевания
	нестероидные противовоспалительные препараты при постоянном приеме замедляют прогрессирование структурных изменений у пациентов

	нестероидные противовоспалительные препараты должны назначаться пациенту сразу после установления диагноза
	при обострении целесообразно повышать дозу нестероидных противовоспалительных препаратов до максимальной, а при улучшении состояния снижать до минимально эффективной
121	Для применения глюкокортикостероидов у больных анкилозирующим спондилитом ошибочным является следующее утверждение
	местная терапия глюкокортикостероидами высокоэффективна при увеите
	системное применение таблетированных глюкокортикостероидов неэффективно при аксиальном анкилозирующем спондилите
	при периферическом артрите системное применение глюкокортикостероидов высокоэффективно и обоснованно
	локальная терапия глюкокортикостероидами используется при энтезитах, периферическом артрите, сакроилиите
	низкие и средние дозы глюкокортикостероидов неэффективны, а высокие – приводят к нежелательным явлениям
122	Для применения болезнь-модифицирующих 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
123	Какой из генно-инженерных биологических препаратов используется для лечения больных анкилозирующим спондилитом?
	тоцилизумаб
	инфликсимаб
	адалимумаб
	голимумаб

	этанерцепт
124	Какие утверждения являются верными 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 2гр 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.
125	Какое утверждение о роли генно-инженерных биологических (ГИБП) препаратов в лечении анкилозирующего спондилита является ошибочным?
	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 ФНОα целесообразно назначение другого ингибитора ФНОα
	во всех случаях обязательно назначение базисной противовоспалительной терапии перед назначением терапии ингибитором ФНОα
126	Для применения глюкокортикостероидов у больных анкилозирующим спондилитом верны следующие утверждения
	местная терапия глюкокортикостероидами высокоэффективна при увеите
	системное применение таблетированных глюкокортикостероидов неэффективно при аксиальном анкилозирующем спондилите
	при периферическом артрите системное применение глюкокортикостероидов высокоэффективно и обоснованно
	локальная терапия глюкокортикостероидами используется при энтезитах, периферическом артрите, сакроилиите

	низкие и средние дозы глюкокортикостероидов неэффективны, а высокие – приводят к нежелательным явлениям
127	Через какой промежуток времени можно судить о неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов у больного анкилозирующим спондилитом?
	через 2 недели
	через 4 недели
	через 2 месяца
	через 3 месяца
	через 4 месяца
128	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
129	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
130	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
131	К основным факторам риска остеоартрита относятся
	женский пол
	пожилой возраст
	дефицит кальция
	ожирение
	травма
132	К вторичным формам остеоартрита относятся
	узелковая форма
	посттравматический остеоартрит
	диабетическая остеоартропатия
	пирофосфатная артропатия
	болезнь Педжета
133	Причинами развития вторичного остеоартрита являются
	травма
	остеопороз
	асептический некроз
	микрокристаллический артрит
	гемартроз
134	Отметьте основные характеристики болевого синдрома при остеоартрите
	стартовые боли
	ночные боли, обусловленные внутрикостной гипертензией
	боли в суставах в ранние утренние часы

	боли при механической нагрузке
	боли, связанные с блокадой сустава
135	К наследственным (семейным) формам остеоартрита у женщин относится
	гонартроз
	коксартроз
	артроз I плюснефалангового сустава
	спондилоартроз
	узелковая форма
136	Не является типичным рентгенологическим признакам остеоартрита
	сужение суставной щели
	околосуставной остеопороз
	краевые остеофиты
	субхондральный склероз
	центральные остеофиты
137	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
138	Патоморфологическими признаками остеоартрита являются
	поверхностное и глубокое разволокнение суставного хряща
	формирование краевых остеофитов
	формирование субхондральных кист
	фиброз суставной капсулы

	костное анкилозирование
139	Для коксартроза характерно
	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
140	Узелки Бушара – это костные разрастания, локализирующиеся в области
	пястнофаланговых суставов
	дистальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов стопы
	плюснефаланговых суставов
141	Узелки Гебердена – это костные разрастания, локализирующиеся в области
	пястнофаланговых суставов
	дистальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов кисти
	проксимальных межфаланговых суставов стопы
	плюснефаланговых суставов
142	Для боли в суставах при остеоартрите характерно
	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

143	Наиболее информативным диагностическим методом при остеоартрите является
	клинический анализ крови
	определение С-реактивного белка
	исследование синовиальной жидкости
	рентгенография суставов
	МРТ суставов
144	Для спондилоартроза 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
145	Укажите суставы, поражение которых при остеоартрите встречается крайне редко
	коленные
	тазобедренные
	височно-нижнечелюстные
	межпозвонковые
146	2 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawrence при остеоартрите характеризуется
	небольшим сужением суставной щели, единичные остеофиты
	сомнительные рентгенологические признаки
	умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты
	только сужение суставной щели
	значительное сужение суставной щели, склероз субхондральной кости, грубые остеофиты
147	3 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawrence при остеоартрите

	характеризуется
	небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты
	сомнительные рентгенологические признаки
	умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты
	только сужение суставной щели
	значительное сужение суставной щели, склероз субхондральной кости, грубые остеофиты
148	4 стадия рентгенологических изменений по Kellgren и Lawrence при остеоартрите характеризуется
	небольшим сужением суставной щели, единичные остеофиты
	сомнительные рентгенологические признаки
	умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты
	только сужение суставной щели
	значительное сужение суставной щели, склероз субхондральной кости, грубые остеофиты
149	Немедикаментозное лечение остеоартрита включает
	снижение веса
	ортопедическая коррекция
	ограничение соли и жидкости
	лечебная физкультура
	обучение больных
150	В лечении остеоартрита используются следующие препараты
	нестероидные противовоспалительные препараты
	глюкокортикоиды
	препараты, содержащие хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат
	препараты гиалуроновой кислоты
	цитостатики
151	К медленно действующим препаратам, модифицирующим симптомы болезни при

	остеоартрите относится
	метотрексат
	глюкозамина сульфат
	диклофенак
	сульфасалазин
	мелоксикам
152	Показание к внутрисуставному введению глюкокортикостероидов при остеоартрите
	выраженный болевой синдром
	повышение СОЭ или СРБ
	реактивный синовит
	поражение крупных суставов
153	К быстро действующим препаратам, модифицирующим симптомы болезни при остеоартрите относится
	метотрексат
	глюкозамина сульфат
	диклофенак
	сульфасалазин
	диацереин
154	Длительность курса приема «хондропротекторов» должна составлять не менее
	2 недель
	1 месяца
	2 месяцев
	3 месяцев
	4-6 месяцев
155	Выберите препарат, являющийся селективным ингибитором ЦОГ-2

	аэртал
	нимесулид
	кетопрофен
	ибупрофен
	диклофенак
156	Выберите правильные положения, касающиеся внутрисуставного введения кортикостероидов при остеоартрите
	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
157	Какие виды движения ограничиваются в тазобедренном суставе в первую очередь при остеоартрите?
	разгибание
	отведение
	приведение
	сгибание
	внутренняя ротация
158	Для постановки диагноза остеоартрита коленного сустава согласно Американской коллегии ревматологов не относятся следующие критерии
	боль в коленном суставе
	возраст >50 лет
	сужение суставной щели на рентгенограмме
	утренняя скованность <30 мин

	крепитация при активном движении
159	Постоянный характер боли при остеоартрите обычно обусловлен
	трением суставных поверхностей
	реактивным синовитом
	венозным стазом в субхондральной кости
	повышением внутрикостного давления
160	Стартовые боли при остеоартрите обычно обусловлены
	трением суставных поверхностей
	реактивным синовитом
	венозным стазом в субхондральной кости
	повышением внутрикостного давления
161	Постоянный характер боли в сочетании с ночными болями при остеоартрите требует исключения
	реактивного синовита
	асептического некроза
	кисты Бейкера
	наличия крупных остеофитов
162	Самой частой причиной остеоартрита голеностопного и подтаранного суставов является
	первичный остеоартроз
	травма
	ревматоидный артрит
	гемохроматоз
	плоскостопие
163	Выберите клинические признаки, характерные для остеоартрита височно-нижнечелюстного сустава

	утренняя скованность более 30 минут
	ограничения в открывании рта нет
	жевательные мышцы при пальпации безболезненные
	девиация нижней челюсти
164	Выберите характеристику, соответствующую артропатии Жакку
	эрозивная артропатия
	медленно прогрессирующая артропатия
	поражение преимущественно мелких суставов верхних конечностей
	преимущественное поражение мелких суставов нижних конечностей
	поражение преимущественно крупных суставов
165	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
166	Какой метод исследования необходимо назначить пациенту с подозрением на остеоартрит в первую очередь?
	определение ревматоидного фактора
	КТ сустава
	артроскопия
	рентгенография суставов
	МРТ сустава
167	Какие физико-химические параметры учитываются при исследовании синовиальной жидкости?
	цвет

	прозрачность
	вязкость/тягучесть
	объем
	значение pH
168	Какой физико-химический параметр отражает локомоторную функцию синовиальной жидкости?
	цвет
	прозрачность
	вязкость/тягучесть
	значение pH
169	Макроскопически нормальная синовиальная жидкость - это
	бесцветная жидкость
	очень вязкая жидкость
	прозрачная жидкость
	жидкость с низкой вязкостью
	слегка желтоватая жидкость
170	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
171	Общее количество клеток в 1 мл синовиальной жидкости в норме оценивается, как
	200-300
	300-1500

	2000-3000
	150000-200000
172	При невоспалительных заболеваниях суставов цитоз клеток в 1 мл синовиальной жидкости составляет
	200-300
	50000
	2000-3000
	150000-200000
173	При инфекционных артритах цитоз клеток в 1 мл синовиальной жидкости составляет
	300
	2000-3000
	150000-200000
	300-1500
174	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для ревматоидного артрита?
	синовиоцитов
	макрофагов
	лимфоцитов
	нейтрофилов
175	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для остеоартрита?
	синовиоцитов
	макрофагов
	лимфоцитов
	нейтрофилов
176	Преобладание каких клеток в синовиальной жидкости характерно для псориатического артрита?

	синовиоцитов
	макрофагов
	лимфоцитов
	нейтрофилов
177	Определение в синовиальной жидкости капель жира характерно для
	ревматоидного артрита
	остеоартрита
	септического артрита
	посттравматического артрита
	туберкулезного артрита
178	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
179	Средняя ширина суставной щели тазобедренного сустава по данным рентгенографии в норме
	1-2 мм
	6-8 мм
	4-5 мм
	8-10 мм
180	Выберите верное определение псориатического артрита
	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
181	Укажите какой ген главного комплекса гистосовместимости чаще обнаруживают у больных псориатическим артритом и рентгенологическими признаками сакроилиита
	HLA DR4
	HLA DR7
	HLA B13
	HLA B38
	HLA B27
182	Какому провоспалительному цитокину отводится основная роль при псориатическом артрите?
	интерферон γ
	лимфотоксин α
	интерлейкин-2
	фактор некроза опухоли- α
	интерлейкин-1
183	С какого сустава псориатический артрит дебютирует редко?
	дистальные межфаланговые суставы кистей и стоп
	тазобедренные суставы
	коленные
	локтевые
	лучезапястные
184	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
185	Клиническим проявлением хронического дактилита при псориатическом артрите является
	выраженная боль
	припухлость, отек всего пальца
	утолщение пальцев, которое не сопровождается ощутимой болью и покраснением
	болевое ограничение подвижности, главным образом, за счет сгибания
186	Клиническое проявление спондилита, не характерное для псориатического артрита
	протекает бессимптомно
	изолированное поражение позвоночника (без признаков периферического артрита)
	боль воспалительного ритма, которая может возникнуть в любом отделе позвоночника
	изменения не приводят к значительным функциональным нарушениям
	сочетание поражения позвоночника с признаками периферического артрита
187	Локализацией энтезита, не характерной для псориатического артрита, является:
	задневерхняя поверхность пяточной кости непосредственно в месте прикрепления ахиллова сухожилия
	место прикрепления подошвенного апоневроза к нижнему краю пяточного бугра
	бугристость большеберцовой кости
	бугристость локтевой кости
	место прикрепления связок мышц "вращающей манжетки" плеча
188	При определении активности псориатического артрита учитывают следующие показатели
	количество болезненных суставов
	уровень С-реактивного белка
	утреннюю скованность

	выраженность боли в суставах
	количество воспаленных суставов
189	Укажите признаки, не характерные для псориатического артрита
	асимметричный периферический артрит
	поражение дистальных межфаланговых суставов
	отсутствие ревматоидного фактора в крови
	двусторонний сакроилиит
	соотношение мужчин/женщин 1:1
190	Укажите данные рентгенологического обследования, характерные для псориатического артрита
	остеолиз суставных поверхностей
	двусторонний сакроилиит
	костные пролиферации
	резорбция концевых фаланг пальцев
	крупные эксцентричные эрозии
191	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
192	При лечении псориатического артрита используют
	нестероидные противовоспалительные препараты
	гидроксихлорохин
	глюкокортикостероиды внутрисуставно

	метотрексат
	сульфасалазин
193	Генно-инженерный биологический препарат, используемый в лечении псориатического артрита
	тоцилизумаб
	ритуксимаб
	инфликсимаб
	канакинумаб
194	Наиболее частым поражением сердца при псориатическом артрите является
	инфаркт миокарда
	миокардит
	перикардит
	аортальная регургитация
	эндокардит Леффлера
195	Укажите признак, отсутствие которого помогает в дифференциальной диагностике псориатического и ревматоидного артритов и свидетельствует в пользу последнего
	поражение мелких суставов
	подкожные узелки
	синовит
	повышение С-реактивного белка
196	Укажите признак, отсутствие которого помогает в дифференциальной диагностике ревматоидного и псориатического артритов и свидетельствует в пользу последнего
	поражение мелких суставов
	энтезит
	синовит
	повышение С-реактивного белка

197	Прогностически неблагоприятным фактором для развития эрозий суставов при псориатическом артрите является
	теносиновиты
	дактилит
	энтезит
	периферический артрит
	спондилит
198	Укажите, какой индекс используется для мониторинга эффективности терапии у больных псориатическим артритом с активным поражением позвоночника
	DAS28
	BASDAI
	DAS4
	SF36
199	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
	≥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
200	Для умеренной 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
	≥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
201	Для высокой 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
	≥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
202	Отличительными признаками псориатического артрита от ревматоидного являются
	багрово-синюшной окраски кожи над пораженными суставами
	отсутствие ревматоидного фактора
	наличие дактилита
	симметричность поражения суставов кистей и стоп
	боли в нижней части спины
203	Для анкилозирующего спондилита характерно
	дебют в пожилом возрасте
	поражение кожи и внутренних органов
	утренняя скованность
	энтезопатии
	положительный ревматоидный фактор

204	Для микрокристаллических артритов характерно
	острый выраженный болевой синдром
	утренняя скованность
	первоначальное поражение суставов кистей
	упорный характер артрита
	серопозитивность по ревматоидному фактору
205	Для остеосаркомы не характерно
	высокая распространенность среди мужчин
	локализация в проксимальной части плечевой кости
	локализация в дистальной части бедренной кости
	наличие болевого синдрома
	травмы костей в анамнезе
206	Для гонококкового артрита характерно
	пожилой возраст пациента
	постепенное начало
	геморрагические папуло-пустулезные высыпания
	полиартрит суставов кистей
	формирование сгибательных контрактур суставов
207	Для болезни Стилла у взрослых характерно
	лейкопения
	фарингит
	положительный антинуклеарный фактор
	возраст старше 65 лет
	геморрагическая сыпь

208	Псориатический артрит от ревматоидного отличают
	утренняя скованность
	поражения проксимальных межфаланговых суставов
	дактилит
	отсутствие ревматоидного фактора
	симметричность поражения суставов
209	Синдром Фелти ассоциирован с
	системной красной волчанкой
	системной склеродермией
	ревматоидным артритом
	подагрой
	псориатическим артритом
210	К суставам «исключения» при ревматоидном артрите относятся
	проксимальные межфаланговые суставы кисти
	пястнофаланговые суставы
	плюснефаланговые суставы
	дистальные межфаланговые суставы
	коленные суставы
211	Для анкилозирующего спондилита характерно
	полиартрит
	поражение суставов кистей
	сакроилиит
	положительный ревматоидный фактор
	симметричность поражения суставов
212	Для анкилозирующего спондилита не характерно

	ассоциация с HLA-B27
	симфизит
	серопозитивность по ревматоидному фактору
	сакроилиит
	энтезопатии
213	«Механический» тип боли характерен для
	остеоартроза
	псориатического артрита
	системной красной волчанки
	подагры
	анкилозирующего спондилита
214	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
215	К критериям диагноза системной склеродермии относится
	проксимальная склеродермия
	склеродактилия
	дигитальные рубчики
	двусторонний базальный пневмофиброз
	отсутствие ревматоидного фактора
216	Узелки Бушара и Гебердена встречаются при
	остеоартрите

	псориатическом артрите
	подагре
	системной красной волчанке
	реактивном артрите
217	Наиболее частый возбудитель при реактивном артрите
	гонококки
	хламидии
	вирус Эпштейна-Барр
	стафилококки
	риккетсии
218	Наиболее частыми проявлениями поражения опорно-двигательного аппарата при системной красной волчанке являются
	артралгии
	моноартрит
	олиго- или полиартрит
	формированием анкилозов суставов
	неэрозивный артрит
219	Ревматоидный артрит от системной красной волчанки отличает
	стойкий эрозивный артрит
	наличие антинуклеарных антител
	наличие ревматоидного фактора
	дискоидная сыпь
	васкулит
220	Наиболее частыми причинами болевого синдрома в спине являются
	неспецифические (механические) причины

	ревматические заболевания
	беременность
	мочекаменная болезнь
	травма
221	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
222	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
223	Причиной постуральной боли в спине является
	остеопороз
	анкилозирующий спондилит
	спондилез
	метастатическое поражение позвоночника
	нарушения осанки
224	Продолжительность болевого синдрома в спине острого течения составляет
	менее 3-х недель

	не более 12 недель
	12 недель и более
	более 6 месяцев
225	Продолжительность болевого синдрома в спине хронического течения составляет
	менее 3-х недель
	не более 12 недель
	12 недель и более
	более 6 месяцев
226	Кокцигодия - это
	боль в поясничном отделе позвоночника
	боль в копчике
	симптом натяжения
	боль в шейном отделе позвоночника
	боль в грудном отделе позвоночника
227	Причинами возникновения боли в спине при остеопорозе являются
	микроповреждения позвонков
	компрессионный перелом тел позвонков
	механическое сдавление связок и мышц при вертеброгенном коллапсе
	наличие грыж Шморля
	патологический грудной кифоз, сопровождающийся давлением на ребра, гребни подвздошных костей, межпозвонковые суставы
228	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
229	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
230	Наиболее часто метастатическое поражение позвоночника вызывает
	рак молочной железы
	рак предстательной железы
	рак легкого
	рак яичника
	рак щитовидной железы
231	Для визуализации спинного мозга наиболее информативна
	магнитно-резонансная томография
	денситометрия
	рентгенография
	компьютерная томография
	миелография
232	Какой отдел позвоночника чаще всего поражается при ревматоидном артрите?
	грудной отдел
	поясничный отдел
	шейный отдел

	крестцовый отдел
233	Воздействие на мышечный спазм, как компонент «порочного» круга боли в спине, предполагает использование
	НПВП
	миорелаксантов
	ГКС
	витаминов группы В
234	К воспалительным спондилопатиям относится
	анкилозирующий спондилит
	дисплазия Scheurman
	болезнь Форестье
	спондилоартроз
235	Миофасциальный болевой синдром обусловлен
	патологией костных структур позвоночника
	грыжей диска
	патологией мышечно-связочного аппарата спины
	остеопорозом
	частичным или полным разрывом капсулы сустава
236	К провоцирующим факторам развития первичного миофасциального синдрома относят
	растяжение мышцы
	повторная микротравматизация
	постуральный стресс
	спондилоартроз
	эмоциональный стресс
237	Показанием к проведению миелографии является

	диагностика анкилозирующего спондилита
	диагностика остеопороза
	метастатические поражение позвоночника
	сдавление спинного мозга
238	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
239	К критериям миофасциального синдрома не относится
	жалобы на локальную или региональную боль
	изменение кожи над пораженной мышцей
	ограничение объема движений с участием пораженной мышцы
	пальпируемый в пораженной мышце “тугой” тяж
	наличие зоны отраженной боли, характерной для данной мышцы
240	Для купирования болевого синдрома в спине могут применяться следующие группы лекарственных препаратов
	НПВП
	ненаркотические анальгетики
	миорелаксанты
	кортикостероиды
	антидепрессанты
	спазмолитики
241	Рентгенологическими признаками 3 стадии сакроилиита по Келлгрону 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
242	Патогенетически обоснованными препаратами первой линии в купировании болевого синдрома в спине являются
	НПВП
	ГКС
	миорелаксанты
	опиоидные анальгетики
243	Какие ситуации являются абсолютным противопоказанием для проведения мануальной терапии?
	опухоли позвоночника
	метастатические поражения позвоночника
	спондилит
	остеопороз
	грыжа МПД
244	Для купирования болевого синдрома в спине острого течения в первые 24-48 часов не используют
	НПВП
	препараты капсаицина
	миорелаксанты
	симптом-модифицирующие препараты замедленного действия
	аппликации гелей и мазей, содержащие нестероидные противовоспалительные препараты
245	В каком отделе позвоночника наиболее часто диагностируется грыжа межпозвонкового

	диска?
	шейный
	верхне-грудной
	поясничный
	крестцовый
246	К глюкокортикостероидам короткого действия для локальной инъекционной терапии относятся
	гидрокортизона ацетат
	триамцинолона ацетонид
	метилпреднизолона ацетат
	бетаметазона дипропионат + бетаметазона натрия фосфат
247	Как называются хронические дегенеративно-дистрофические процессы, локализующиеся в местах прикрепления сухожилий или связок к костным образованиям?
	бурситы
	энтезопатии
	тендиниты
	тендовагиниты
	периартриты
248	В понятие вращательной манжеты плеча не входит
	надостная мышца
	подостная мышца
	малая круглая мышца
	длинная головка двуглавой мышцы плеча
	подлопаточная мышца
1	Системные аутоиммунные ревматические заболевания (системные васкулиты, СКВ, ССД, ПМДМ). Общие вопросы
1	К первичному васкулиту относится

	васкулит при лекарственной болезни
	васкулит при инфекции
	васкулит при болезни Крона
	неспецифический аортоартериит
	васкулит при саркоидозе
2	К вторичному васкулиту относится
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	васкулит при системной красной волчанке
	эозинофильный гранулематоз с полиангиит
	микроскопический полиангиит
3	При каком системном васкулите обострение заболевания наиболее часто ассоциируется с бактериальной инфекцией?
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	болезнь Кавасаки
4	В соответствии с номенклатурой системных васкулитов (Чапел-Хилл, 2012), к васкулиту с преимущественным поражением крупных сосудов относится
	неспецифический аортоартериит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	гигантоклеточный артериит
	микроскопический полиангиит
5	В соответствии с номенклатурой системных васкулитов (Чапел-Хилл, 2012), к васкулиту с

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

9	К васкулитам ассоциированным с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами относят
	артериит Такаясу
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	облитерирующий тромбангиит
	болезнь Kawasaki
10	К васкулиту с известной причиной относят
	болезнь антигломерулярной базальной мембраны
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	васкулит, ассоциированный с опухолями
	болезнь Kawasaki
11	При каком васкулите наиболее вероятна связь с вирусом гепатита В?
	болезнь антигломерулярной базальной мембраны
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	артериит Такаясу
	болезнь Kawasaki
12	При каком васкулите наиболее вероятна связь с вирусом гепатита С?
	криоглобулинемический васкулит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	васкулит, ассоциированный с опухолями
	болезнь Kawasaki
13	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
14	Какое клиническое проявление артрита не характерно для узелкового полиартрита?
	моно/олигоартрит
	недеформирующий артрит
	транзиторный артрит
	поражение преимущественно мелких суставов
	поражение преимущественно крупных суставов
15	Наиболее часто кожным проявлением при узелковом полиартериите является
	подкожные узелки
	некроз кожи и ишемическая гангрена мягких тканей
	сетчатое ливедо
	буллезные высыпания
16	Чем характеризуется поражение почек при узелковом полиартериите?
	массивной протеинурией
	макрогематурией
	артериальной гипертензией
	медленным прогрессированием процесса
	нефротическим синдромом
17	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
18	Поражение периферической нервной системы при узелковом полиартериите характеризуется
	головными болями
	множественными мононевритами
	эпилептическими приступами
	психическими расстройствами
	дистальной сенсо-моторной полинейропатией
19	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
20	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
21	Какие клинические проявления поражения сердечно-сосудистой системы характерны для узелкового полиартериита?

	стенокардия
	инфаркт миокарда
	внезапная сердечная смерть
	хроническая сердечная недостаточность
	нарушение ритма и проводимости
22	Сосуды каких органов не оцениваются при диагностике узелкового полиартериита с помощью ангиографии?
	Почки
	печень
	ЖКТ
	легкие
	брыжейка
23	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
	моновневрит, моно-/полинейропатия
24	Индукционная терапия узелкового полиартериита, не ассоциированного с вирусом гепатита В, высокой активности включает назначение
	глюкокортикостероидов
	глюкокортикостероидов + циклофосфана
	плазмафереза
	генно-инженерных биологических препаратов
	внутривенных инфузий иммуноглобулина
25	Какие препараты\методы используют при лечении HBV-ассоциированного узелкового

	полиартериита?
	глюкокортикостероиды+плазмаферез+ламивудин
	глюкокортикостероиды + азатиоприн
	глюкокортикостероиды + плазмаферез
	генно-инженерные биологические препараты
	внутривенные инфузии иммуноглобулина + плазмаферез
26	Какие причины смерти не характерны для узелкового полиартериита?
	хроническая болезнь почек
	церебральная патология
	тромбоэмболия легочной артерии
	сердечная недостаточность
	поражение желудочно-кишечного тракта
27	Основными клиническими проявлениями гранулематоза с полиангиитом являются
	поражение глаз
	поражение органа слуха
	поражение печени
	поражение легких
	поражение почек
28	Что является первым признаком гранулематоза с полиангиитом у большинства больных?
	кожные изменения
	поражение верхних дыхательных путей
	поражение легких
	поражение суставов
	поражение почек
29	Укажите основной фактор риска гигантоклеточного артериита

	инфекционные агенты
	возраст
	лекарственные взаимодействия
	вирусный гепатит В
	мужской пол
30	Какое основное наиболее грозное осложнение гигантоклеточного артериита?
	потеря зрения
	ишемия глазодвигательной мускулатуры
	дефект зрачка
	тризм жевательной мускулатуры
	транзиторные ишемические атаки
31	Какие препараты применяются в лечении гигантоклеточного артериита?
	метотрексат
	глюкокортикостероиды
	азатиоприн
	циклофосфан
	дезагреганты
32	При каком васкулите не характерно развитие гломерулонефрита?
	микроскопический полиангиит
	узелковый полиартериит
	криоглобулинемический васкулит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	гранулематоз с полиангиитом
33	Для какого васкулита не характерно поражение легких?
	микроскопический полиангиит

	артериит Такаясу
	криоглобулинемический васкулит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	гранулематоз с полиангиитом
34	Для какого васкулита характерно наличие бронхиальной астмы?
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
	криоглобулинемический васкулит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	Гранулематоз с полиангиитом
35	Для какого васкулита характерна наиболее высокая частота выявления повышения антинейтрофильных цитоплазматических антител?
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
	криоглобулинемический васкулит
	гранулематоз с полиангиитом
36	При каком васкулите определяются преимущественно перинуклеарные антинейтрофильные цитоплазматические антитела?
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
	криоглобулинемический васкулит
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
37	При лечении системных васкулитов продолжительность поддержания ремиссии должна составлять
	1-3 месяца

	3-6 месяца
	6-12 месяцев
	2-5 лет
	более 2 лет
38	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 обнаруживают признаки формирования гранулём
39	У больных микроскопическим полиангиитом по данным рентгенологического исследования наиболее часто выявляют
	пневмонию
	тромбоэмболия легочной артерии
	фиброзирующий альвеолит
	инфильтраты с распадом
	пневмоторакс
40	Для какого васкулита характерно формирование аневризм и стеноза артерий?
	микроскопический полиангиит
	гигантоклеточный артериит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	артериит Такаясу
	узелковый полиартериит
41	Для какого васкулита характерно формирование некротизирующих гранулём?
	геморрагический васкулит

	микроскопический полиангиит
	гранулематоз с полиангиитом
	эссенциальный криоглобулинемический васкулит
	узелковый полиартериит
42	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
43	Для какого васкулита мелких сосудов характерна эозинофилия и повышение IgE в крови?
	гранулематозный полиангиит
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	геморрагический васкулит
	криоглобулинемический васкулит
44	Для какого васкулита мелких сосудов характерно экстравазкулярное расположение гранулем?
	гранулематоз с полиангиитом
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	геморрагический васкулит
	криоглобулинемический васкулит
45	Для какого васкулита мелких сосудов характерно обнаружение в крови криоглобулинов?
	гранулематоз с полиангиитом

	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	микроскопический полиангиит
	геморрагический васкулит
	эссенциальный криоглобулинемический васкулит
46	Какой генно-инженерный биологический препарат используется для лечения васкулитов, ассоциированных с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами?
	голимумаб
	этанерцепт
	ритуксимаб
	адалимумаб
47	Определение каких специфических аутоантител проводят для диагностики некоторых форм системных васкулитов?
	антинуклеарный фактор
	антитела к циклическому цитруллиннированному пептиду
	ревматоидный фактор
	волчаночный антикоагулянт
	антинейтрофильные цитоплазматические антитела
48	Поражение почек при гранулематозе с полиангиитом наиболее часто может проявляться
	быстро прогрессирующим гломерулонефритом
	Макрогематурией
	артериальной гипертензии
	остронефритическим синдромом
	нефротическим синдромом
49	Для какого васкулита НЕ характерно поражение аорты и /или ее расслоение?
	артериит Такаясу
	болезнь Кавасаки

	гигантоклеточный артериит
	гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
50	При каком системном васкулите возможно развитие легочной гипертензии?
	гигантоклеточный артериит
	артериит Такаясу
	микроскопический полиангиит
	узелковый полиартериит
	гранулематоз с полиангиитом
51	Укажите наиболее часто встречающееся сердечно-сосудистое проявление при системных васкулитах
	нарушения ритма сердца
	легочная гипертензия
	поражение клапанов
	коронариит
	перикардит
52	Особенностью течения коронарита при гранулематозе с полиангиитом является
	острый инфаркт миокарда
	безболевого (бессимптомное) течение
	стенокардия
	внезапная сердечная смерть
	нарушение ритма и проводимости сердца
53	Эндокардит Леффлера при эозинофильном гранулематозе с полиангиитом проявляется
	фиброза эндокарда
	поражения папиллярных мышц и хорд

	недостаточности митрального клапана
	образования пристеночных тромбов
	формирования стеноза митрального клапана
54	Вовлечение сердечно-сосудистой системы при гигантоклеточном артериите не проявляется
	вовлечением аорты
	коронариитом
	аортальной регургитацией
	нарушениями ритма и проводимости сердца
	хронической сердечной недостаточностью
55	Специфическое поражение клапанов обычно связано ассоциацией системных васкулитов с
	инфекционным эндокардитом
	ревматической болезнью сердца
	антифосфолипидным синдромом
	пролапсом митрального клапана
	врожденными пороками сердца
56	Какие кожные проявления характерны для эозинофильного гранулематоза с полиангиитом?
	подкожные узелки
	узловатая эритема
	пурпура
	гангренозная пиодермия
	дигитальная гангрена пальцев рук
57	Для какого васкулита характерно развитие гломерулонефрита?
	узелковый полиартериит
	гигантоклеточный артериит

	болезнь Кавасаки
	микроскопический полиангиит
	артериит Такаясу
58	Для какого васкулита характерно обнаружение в крови антител к базальной мембране клубочков?
	эозинофильный гранулематозный полиангиит
	синдром Гудпасчера
	геморрагический васкулит
	микроскопический полиангиит
	криоглобулинемический васкулит
59	При каком васкулите отмечается снижение концентрации компонентов комплемента?
	эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
	гранулематоз с полиангиитом
	узелковый полиартериит
	микроскопический полиангиит
	криоглобулинемический васкулит
60	В основе патогенеза антифосфолипидного синдрома лежит
	атеросклероз
	нарушения микроциркуляции
	невоспалительная тромботическая васкулопатия
	отложение циркулирующих иммунных комплексов в стенке сосуда
61	Наиболее часто в дебюте катастрофического антифосфолипидного синдрома отмечается
	поражение сердца поражение сердца
	поражение легких
	тромбозы крупных артерий

	поражение центральной нервной системы
	поражение почек
	тромбозы крупных вен
	поражение органов желудочно-кишечного тракта
62	Какое основное проявление поражения легких при катастрофическом антифосфолипидном синдроме?
	кровохарканье
	одышка
	кашель сухой
	кашель влажный
	боли при дыхании
63	Наиболее редким проявлением катастрофического антифосфолипидного синдрома является
	поражение органов желудочно-кишечного тракта
	инфаркты костного мозга
	поражение надпочечников
	поражение сосудов половых органов
	поражение селезенки
64	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
65	Укажите гематологические нарушения, характерные для антифосфолипидного синдрома

	лейкоцитоз
	тромбоцитоз
	тромбоцитопения
	эритроцитоз
	лимфопения
66	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
67	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
68	Укажите критерий исключения диагноза антифосфолипидного синдрома
	антитела к фосфолипидам выявляются менее 6 недель и более 2-х лет без клинических проявлений
	клинические проявления выявляются менее 12 недель и более 2-х лет без выявления антител к фосфолипидам
	антитела к фосфолипидам выявляются менее 12 недель и более 5 лет с клиническими проявлениями
	антитела к фосфолипидам выявляются менее 12 недель и более 5 лет без клинических проявлений
	клинические проявления выявляются менее 12 недель и более 5 лет с наличием антител к

	фосфолипидам
69	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
70	Какая продолжительность назначения анти тромботической терапии у больных с достоверным антифосфолипидным синдромом и тромбозами?
	24 мес с момента образования тромбоза
	не назначается
	3-6 мес с момента образования тромбоза
	пожизненно
	12 мес с момента образования тромбоза
71	Какая продолжительность назначения анти тромботической терапии у больных с одним случаем венозного тромбоза и профилем антифосфолипидов низкого уровня?
	24 мес с момента образования тромбоза
	не назначается
	3-6 мес с момента образования тромбоза
	пожизненно
	12 мес с момента образования тромбоза
72	Какая продолжительность назначения антагонистов витамина К у женщин с антифосфолипидным синдромом в послеродовом периоде?
	в течение 24 месяцев с момента родов
	не назначается

	в течение 3-6 месяцев с момента родов
	пожизненно
	в течение 12 месяцев с момента родов
73	Какая продолжительность назначения низкомолекулярных гепаринов у больных катастрофическим антифосфолипидным синдромом после острой фазы?
	в течение 24 месяцев
	пожизненно
	в течение 3-6 месяцев
	не назначается
	в течение 12 месяцев
74	Для ведения беременных женщин с антифосфолипидным синдромом показано назначение
	варфарина
	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
75	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
76	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
77	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
78	В отношении волчаночного нефрита (ВН) верны следующие утверждения
	ВН чаще развивается при хроническом течении СКВ
	ВН чаще развивается при остром и подостром течении СКВ
	ВН часто сопровождается высокой иммунологической активностью
	ВН развивается у всех больных СКВ
	ВН не влияет на прогноз
79	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 СКВ – токсическое действие лекарственных препаратов, применяемых для лечения СКВ
80	Показания к биопсии почки при СКВ
	белок в утренней порции мочи 0,6 г

	белок в суточной моче 1,5 г
	белок в суточной моче 0,6 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
81	Биопсия почки при СКВ не показана в следующих ситуациях
	наличие только белка в моче более 1 г/сут.
	изолированная эритроцитурия
	нарастание протеинурии, повышение креатинина на фоне иммуносупрессивной терапии при III классе волчаночного нефрита
	изолированная лейкоцитурия
82	Для быстро прогрессирующего гломерулонефрита характерно
	удвоение креатинина сыворотки за 3 мес.
	редко развивается нефротический синдром
	в анализе мочи - эритроцитурия
	в анализе мочи - лейкоцитурия
	тяжелая артериальная гипертензия
83	Наиболее частый морфологический вариант при быстро прогрессирующем волчаночном нефрите является
	I класс
	II класс
	III класс
	IV класс
	V класс
84	Критерием для постановки диагноза быстро прогрессирующего волчаночного нефрита является

	наличие нефротического синдрома
	олигурия
	удвоение уровня креатинина сыворотки в течение 3 мес
	удвоение уровня креатинина сыворотки за 1 нед
85	Для I класса ВН (минимальный мезангиальный) характерны следующие изменения
	наличие артериальной гипертензии
	минимальная эритроцитурия
	эритроцитурия, цилиндрuria
	нормальный мочево́й осадок
	изолированная протеинурия
	отсутствии изменений ткани почки при световой микроскопии
86	Для II класса волчаночного нефрита характерны следующие изменения
	высокие цифры артериального давления
	нефротический синдром
	быстро прогрессирующий волчаночный нефрит
	протеинурия до 0,5 г/сут.
	эритроцитурия
87	Для III класса волчаночного нефрита характерны следующие симптомы и признаки
	нормальный мочево́й осадок
	эритроцитурия
	цилиндрuria
	нефротический синдром
	артериальная гипертензия
	высокие титры антител к ДНК
88	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
89	При IV классе волчаночного нефрита при биопсии почек выявляются
	глобальная эндокапиллярная пролиферация с инфильтрацией нейтрофилами эндокапиллярного пространства
	мезангиальная гиперклеточность
	наличие некротических изменений и клеточных полулуний
	диффузное утолщение базальной мембраны клубочков, мезангиальная гиперклеточность
	диффузное отложение иммуноглобулина G в капиллярах клубочков, субэпителиально
90	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
91	В клинической картине мембранозного волчаночного нефрита на первый план выходит
	быстро прогрессирующая почечная недостаточность
	выраженная эритроцитурия, цилиндрурия
	нефротический синдром
	нефритический синдром
92	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
93	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
94	Для ВН 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
95	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
96	Значительная лейкоцитурия при СКВ является возможным следствием
	волчаночного нефрита
	вторичной инфекции

	тромбоза почечных вен
	интерстициального нефрита
97	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
98	При серологическом исследовании крови больного активным ВН наиболее часто отмечается повышение следующих показателей
	высокие титры антител к двухспиральной ДНК
	нормальный уровень компонентов комплемента С3 и С4
	нормальный уровень антинуклеарного фактора
	снижение активности СН50, комплемента С3 и С4
99	С активностью волчаночного нефрита коррелируют следующие серологические показатели
	антитела к кардиолипину
	антитела к нуклеосомам
	антитела к двухспиральной ДНК
	антитела к рибонуклеопротеиду
100	При волчаночном нефрите плаквенил показан
	только при сочетании нефрита с кожно-суставным синдромом
	только при пролиферативных формах нефрита
	всем больным с СКВ с поражением почек
	только при сочетании волчаночного нефрита с антифосфолипидным синдромом
101	При мезангиопролиферативном волчаночном нефрите и протеинурии менее 0,5 г/сут.

	показано назначение
	пульс-терапии глюкокортикоидами и циклофосфамидом
	ритуксимаба
	ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или блокаторов рецепторов ангиотензина II
	пульс-терапии глюкокортикоидами
102	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/сут. 4 недели в сочетании с циклофосфамидом в суммарной дозе 3 г
	глюкокортикоидов 1,0-0,5 мг/кг/сут. до достижения ремиссии
	глюкокортикоидов (метилпреднизолон) внутривенно 500-750 мг 3 дня, затем 1,0-0,5 мг/кг/сут. 4 недели в сочетании с микофенолата мофетилем (целевая доза 3 г/сут.) 6 мес.
	циклоспорина в сочетании с низкими дозами глюкокортикоидов
103	В качестве поддерживающей терапии волчаночного нефрита III и IV классов необходимо назначить
	только глюкокортикоиды в эквивалентной дозе менее 10 мг/сут.
	только микофенолата мофетил или азатиоприн
	плаквенил в сочетании с глюкокортикоидами
	глюкокортикоиды в эквивалентной дозе менее 10 мг/сут. в сочетании с микофенолата мофетилем
104	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
105	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 микофенолата мофетиллом или циклоспорином
	циклофосфида внутривенно
106	При VI классе волчаночного нефрита показано назначение
	пульс терапии глюкокортикоидами
	глюкокортикоидов и цитостатиков при наличии внепочечных проявлений СКВ
	комбинированной пульс-терапии глюкокортикоидами и цитостатиками
	только цитостатиков
107	Для полной ремиссии волчаночного нефрита характерно
	протеинурия менее 0,5 г/сут.
	неактивный мочевого осадок
	протеинурия менее 0,2 г/сут.
	сохранения повышенных цифр креатинина на исходных уровнях
108	Для частичной ремиссии волчаночного нефрита характерно
	протеинурия менее 0,5 г/сут.
	неактивный мочевого осадок
	протеинурия менее 0,2 г/сут.
	стабилизация ($\pm 25\%$) или снижение концентрации креатинина, но не до нормы
	сохранение активного мочевого осадка
109	В отношении показаний к повторной биопсии почки при волчаночном нефрите верны следующие утверждения
	повторная биопсия почки не показана в связи с постоянством класса нефрита в разные периоды болезни
	повторная биопсия почки показана при повышении креатинина, нарастании протеинурии)

	в течение 3 мес. активной иммуносупрессивной терапии
	повторная биопсия почки показана для контроля эффективности проведенной цитостатической терапии
	повторная биопсия почки показана при рецидиве волчаночного нефрита
110	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
111	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
112	При развитии волчаночного нефрита во время беременности противопоказаны следующие препараты
	циклофосфамид
	плаквенил
	азатиопин
	ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
	микофенолата мофетил
113	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
114	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
115	Какие генно-инженерные биологические препараты показали свою эффективность при волчаночном нефрите?
	этанерцепт
	белимумаб
	адалимумаб
	ритуксимаб
	быстрая деструкция суставных поверхностей с развитием подвывихов и вывихов
	торпидна к проводимой лечению
	положительный тест быстрого определения антигена b-гемолитического стрептококка группы А у пациента, клиническая картина которого предполагает высокую дотестовую вероятность стрептококкового тонзиллита/фарингита
	анамнестические указания на перенесенную ангину в течение 2-х предшествующих недель
116	Какие характерные проявления митрального стеноза, выявляются при перкуторном обследовании?
	увеличение размеров сердца вправо влево и вверх, талия сердца сглажена

	гипертрофия левого предсердия и левого желудочка, талия сердца сглажена
	границы сердца расширены вниз и влево, талия сердца выражена, аортальная конфигурация
	границы сердца расширены вниз и влево, «форма сапожника», талия сердца ярко выражена
117	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
	границы сердца не расширены
118	Какие характерные проявления аортального стеноза в стадии компенсации 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
	границы сердца практически не расширены
119	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
120	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
121	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, иррадиирующий на сосуды шеи и в межлопаточное пространство
	на верхушке ослабление I тона, диастолический убывающий шум на аорте
122	М-протеин возбудителя острой ревматической лихорадки содержит антигенные детерминанты (эпитопы), имеющие сходство со всеми компонентами, кроме
	хряща
	миозина
	мембранных протеинов сарколем
	синовия
	клубочков почек
123	Наиболее часто при острой ревматической лихорадке поражается
	аортальный клапан
	клапан легочной артерии
	митральный клапан
	трикуспидальный клапан
	полулунный клапан
124	Срок формирования митральных пороков от начала заболевания ревматизмом составляет
	1-2 недели
	2-4 месяца

	6-12 месяца
	3-5 лет
	10 лет
125	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
126	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
127	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
128	Подкожные ревматические узелки локализуются

	на мочках ушей
	в местах прикрепления сухожилий
	на веках
	на коже ладоней и стоп
129	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
1	Какие злокачественные опухоли из перечисленных чаще всего метастазируют в кости?
	рак молочной железы и предстательной железы
	рак толстого кишечника
	рак шейки матки и яичников
	злокачественные опухоли мягких тканей
	любые опухоли
2	Укажите наиболее частую локализацию метастазов при саркомах костей
	головной мозг
	печень
	регионарные лимфатические узлы
	кости
	легкие
3	Какие методы диагностики необходимы для выявления метастатического поражения при саркомах костей? (выберите наиболее полный ответ)

	рентгенография
	рентгенография и УЗИ
	сцинтиграфия и УЗИ
	УЗИ, сцинтиграфия, ПЭТ
	ангиография и ПЭТ
4	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
5	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
6	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

7	В каком возрасте наиболее часто развивается хондросаркома?
	у взрослых
	у детей
	у подростков
	в любом возрасте
	у пожилых
8	Особенностями доброкачественных опухолей костно-мышечной системы является все, кроме
	благоприятный прогноз
	медленный рост опухоли
	выявление периостальной реакции в виде слоистого периостоза на рентгенограмме
	часто бессимптомное течение
	солитарный характер поражения
9	Особенностью саркомы Юинга является
	наиболее часто локализуется в ребрах и лопатках
	женщины болеют чаще мужчин
	составляет до 40% среди всех злокачественных опухолей костной системы
	преимущественная локализация очагов - тела позвонков поясничного и грудного отделов позвоночника
	преимущественно локализуется в костях таза и бедренной кости
10	Какой из перечисленных препаратов не используется в химиотерапии остеосарком и саркомы Юинга?
	доксорибуцин
	цисплатин
	циклофосфамид
	метотрексат
	азатиоприн

1	Системная красная волчанка и идиопатические воспалительные миопатии
1	К факторам, предрасполагающим к развитию системной красной волчанки, относится все перечисленное, кроме
	ультрафиолетовое облучение
	вирусная инфекция
	носительство HLA-DR3
	мужской пол
	нарушение метаболизма эстрогенов
2	Проявлениями кожного синдрома при системной красной волчанке может быть все перечисленное, кроме
	фиксированной эритемы на скулах
	фотодерматоза
	витилиго
	сетчатого ливедо
	алопеции
3	Все перечисленные положения, касающиеся кожных проявлений системной красной волчанки справедливы, за исключением одного
	поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания
	алопеция может быть локализованной или диффузной
	наличие дискоидных очагов
	индурация кожи
	фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами
4	Излюбленная локализация высыпаний при дискоидной красной волчанке
	голени
	лицо
	спина

	грудь
	плечи
5	Артрит при системной красной волчанке характеризуется всем перечисленным, кроме
	сходства с ревматоидным артритом (симметричное поражение проксимальных межфаланговых суставов)
	подвывихов суставов
	регрессирования под влиянием терапии нестероидными противовоспалительными препаратами
	развития деструктивных изменений в суставах
	развития асептических некрозов костей (5-10%), преимущественно головок бедренных и плечевых
6	Для патологии сердца при системной красной волчанке характерно все перечисленное, кроме
	появляется выпот в полости перикарда (в большинстве случаев)
	развивается тампонада сердца (редко)
	развитие бородавчатого эндокардита
	развитие выраженного митрального стеноза
	увеличение смертности от инфаркта миокарда
7	Клинические проявления, входящие в диагностические критерии СКВ (Американская коллегия ревматологов, 1997)
	дискоидные сыпь
	феномен Рейно
	гепатит
	коронарииты
	миозит
8	Клинические проявления, входящие в диагностические критерии СКВ (Американская коллегия ревматологов, 1997)
	эрозивный артрит

	афтозный стоматит
	индурация кожи
	симптом Готтрона
	кальциноз мягких тканей
9	Поражение красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта при системной красной волчанке может проявляться все перечисленным, кроме
	афтозного стоматита
	периорального дерматита
	лейкоплакии дёсен
	хейлита
	ангулярного стоматита
10	Для плеврита при системной красной волчанке характерны следующие признаки, кроме
	чаще двухсторонний
	протекает с минимальным выпотом
	чаще протекает с массивным выпотом
	отличается доброкачественным течением
	имеет тенденцию к спаечному процессу
11	В терапии суставного синдрома при системной красной волчанке не используется
	глюкокортикостероиды
	циклофосфамид
	нестероидные противовоспалительные препараты
	гидроксихлорохин
	метотрексат
12	К диагностическим критериям системной красной волчанки не относятся
	увеличение скорости оседания эритроцитов

	ложноположительная реакция Вассермана
	антитела к ДНК
	антитела к кардиолипину
	антитела к Sm-антигену
13	Буллезное поражение кожи у больных системной красной волчанкой является показанием к
	пульс-терапии метилпреднизолоном
	назначению азатиоприна
	проведению синхронной интенсивной терапии
	назначению метотрексата
	снижению дозы глюкокортикостероидов
14	Наиболее перспективным препаратом биологической (антицитокиновой) терапии в лечении тяжелой системной красной волчанки в настоящее время считается
	инфликсимаб
	тоцилизумаб
	адалимумаб
	белимумаб
	канакинумаб
15	Этиологические факторы развития системной красной волчанки (верно все, кроме)
	вирусная инфекция
	бактериальная инфекция
	триггерное воздействие химических агентов (промышленных, бытовых)
	генетическая предрасположенность
	нарушения метаболизма эстрогенов
16	Наиболее часто при СКВ отмечается поражение
	кроветворной системы

	кожи
	сердечно-сосудистой системы
	слизистых оболочек
	респираторной системы
17	К поражениям кожи при системной красной волчанке относят
	фотосенсибилизация
	дискоидные высыпания
	хейлит
	алопеция
	язвенный стоматит
18	Укажите препараты, которые могут индуцировать развитие лекарственной красной волчанки
	пенициллины
	сульфаниламиды
	метронидазол
	прокаионамид
	гидралазин
19	Поражение опорно-двигательного аппарата при системной красной волчанке включает
	синдром Титце
	артрит
	фибромиалгический синдром
	асептический некроз
	миалгии
20	Поражение легких при системной красной волчанке включает
	плеврит

	легочная гипертензия
	пневмонит
	бронхообструктивный синдром
	ТЭЛА
21	Поражение сердечно-сосудистой системы при системной красной волчанке включает
	первичная артериальная гипертензия
	перикардит, миокардит
	дилатационная кардиомиопатия
	нарушения ритма
	врожденные пороки сердца
22	Поражение ЖКТ при системной красной волчанке включает
	асцит
	перитонит
	васкулит мезентериальных сосудов
	гастроэзофагеальный рефлюкс
	панкреатит
23	Клинические факторы риска развития тромбозов при системной красной волчанке
	курение
	ранняя стадия болезни
	пожилой возраст
	молодой возраст
	активность заболевания
24	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
25	Для синдрома Шегрена при СКВ характерно
	сухой кератоконъюнктивит
	ксеростомия
	наличие артритов и артралгий
	сухость слизистых половых органов у женщин
	гипергидроз
26	Изменение каких показателей коррелирует с обострением волчаночного нефрита
	уровень сывороточного креатинина
	уровень протеинурии
	антитела к двуспиральной ДНК
	антиядерные антитела
	концентрация С3-компонента комплемента
27	Укажите показатель, диагностируемый при волчаночном нефрите в 100% случаев не зависимо от типа нефрита
	микрогематурия
	протеинурия
	артериальная гипертензия
	макрогематурия
	нефротический синдром
28	Поражение нервной системы при системной красной волчанке чаще проявляется
	координационными расстройствами
	психозами

	депрессией
	инфарктами головного мозга
	судорогами
29	Наиболее частым проявлением поражения периферической нервной системы при системной красной волчанке является
	двигательная и чувствительная нейропатия
	плекситы
	мононевриты
	нейросенсорная тугоухость
	myastenia gravis
30	При выявлении активного волчаночного нефрита дополнительно назначаются
	антибактериальные препараты
	β -адреноблокаторы
	статины
	блокаторы ангиотензиновых рецепторов
	глюкокортикостероиды
31	Для индукционной терапии волчаночного нефрита III-IV класса (фокальный и диффузный) применяют
	циклофосфан
	глюкокортикоиды
	микофенолата мофетил
	плаквенил
	азатиоприн
32	Сроки проведения индукционной терапии при волчаночном нефрите
	3 месяца
	6 месяцев

	12 месяцев
	24 месяца
	пожизненно
33	Какой препарат необходимо назначать женщинам детородного возраста, планирующих беременность с целью индукционной терапии волчаночного нефрита?
	метотрексат
	мофетила микофенолат
	циклоспорин
	циклофосфан
	азатиоприн
34	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
35	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
36	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
37	При развитии тяжелых, жизнеугрожающих состояний при поражении ЦНС у больных системной красной волчанкой, назначают
	циклофосфан
	пульс-терапия ГКС
	плаквенил
	плазмаферез
	внутривенное введение иммуноглобулина
38	Прогностически неблагоприятными факторами при СКВ считают
	мужской пол
	начало заболевания в возрасте старше 20 лет
	поражение почек
	сопутствующий АФС
	начало заболевания в возрасте до 20 лет
39	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
	ведущий клинический признак заболевания – поражение кожи

40	К числу диагностических критериев дерматомиозита/полимиозита не относится
	феномен Рейно
	гелиотропная сыпь
	миогенные изменения при электромиографии
	симметричная проксимальная мышечная слабость
	повышение уровня альдолазы сыворотки
41	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
42	Электромиографическая картина при полимиозите характеризуется
	снижение средней длительности и амплитуды потенциалов двигательных единиц
	патологическая спонтанная активность мышечных волокон
	скорость проведения импульса остается нормальной
	полифазия потенциалов двигательных единиц
	снижение скорости проведения импульса
43	К числу специфических кожных проявлений при дерматомиозите не относится
	симптом Готтрона
	симптом «шали»
	«рука механика»
	периорбитальный гелиотропный дерматит
	васкулитная «бабочка»

44	Показаниями к назначению цитостатиков пациентам с дерматомиозитом является
	дисфагия
	невозможность назначить ГКС в адекватных дозах
	тяжелая мышечная слабость
	при кальцинозе мягких тканей
	позднее начало терапии
45	Термин «антисинтетазный синдром» включает в себя
	выявление специфических антител к аминосалицилсинтетазам транспортной РНК
	острое начало заболевания
	интерстициальное поражение легких
	отсутствие типичных кожных проявлений
	феномен Рейно
46	К методам диагностики дерматомиозита/полимиозита не относится
	электромиография
	магнитно-резонансная томография
	мышечная биопсия
	определение уровня «мышечных» ферментов сыворотки
	определение уровня тестостерона сыворотки
47	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
	синдром фиброзирующего альвеолита (интерстициальная болезнь легких)
	развитие генерализованной бронхиальной обструкции

48	Основу лечения дерматомиозита/полимиозита составляют
	глюкокортикостероиды
	цитостатики
	аминохинолиновые производные
	плазмаферез
	антицитокиновые препараты
1	Болезнь Лайма
1	Болезнь Лайма вызывают
	бактерии
	простейшие
	грибы
	вирусы
2	Пути передачи возбудителя при болезни Лайма
	алиментарный
	трансмиссивный
	контактно-бытовой
	половой
3	Переносчики болезни Лайма
	иксодовые клещи
	грызуны
	вши
	блохи
4	Для подтверждения диагноза болезни Лайма используют
	серологический метод
	кожно-аллергическую пробу

	копроскопию
	реакцию нейтрализации
5	Специфическая профилактика болезни Лайма проводится с
	помощью
	анатоксина
	иммуноглобулина
	специфическая профилактика не разработана
	вакцины
6	Для хронического течения болезни Лайма характерно
	полирадикулоневриты
	хроническая диарея
	генерализованная лимфаденопатия
	формирование пороков сердца
7	Вовлечение суставов при болезни Лайма обусловлено
	бактериемией
	иммуноаллергией
	токсинемией
	септикопиемией
1	Остеопороз
1	Назовите наиболее частую причину малотравматичных переломов
	остеомалация
	опухоли кости
	болезнь Педжета
	остеопороз
	сахарный диабет

2	Укажите типичные остеопоротические переломы
	компрессионный перелом позвонков
	перелом фаланги кисти
	диафизарный перелом трубчатых костей
	перелом лучевой кости в дистальном отделе
	переломы костей черепа
3	К немодифицируемым факторам риска остеопороза относят
	предшествующие переломы
	низкая масса тела
	женский пол
	возраст > 65 лет
	курение
4	Оценка FRAX позволяет прогнозировать
	5-летний риск переломов
	10-летний риск переломов
	10-летний риск развития остеопороза
	эффективность антиостеопоротической терапии
	риск смерти от переломов
5	Укажите значения Т-критерия по данным измерения МПК методом ДХА, соответствующие остеопорозу
	$\leq -2,5$ SD
	$> -1,5$ SD
	$< -1,5$ SD
	$> -2,5$ SD
	> -1 SD

6	Характерные рентгенографические изменения позвоночника при остеопорозе
	синдесмофиты
	спондилолистез
	грыжа межпозвонкового диска
	уплотнение тела позвонка
	клиновидная деформация позвонка
7	Клинические симптомы остеопороза
	боль в спине
	боль в бедре
	снижение роста на 2 см в течение жизни
	переломы при минимальной травме
	увеличение поясничного лордоза
8	К нетипичным для остеопороза переломам относят
	вертебральные переломы
	переломы дистального отдела предплечья
	перелом шейки бедренной кости
	переломы пальцев кистей или стоп
	межвертельный перелом бедра
9	Для рентгенологических изменений при остеопорозе не характерны
	рамочная структура позвонка
	чередование измененных с неизмененными позвонками
	подчеркнутость замыкательных пластинок
	усиление вертикальной исчерченности тел позвонков
	деформации позвонков выше Th4
10	Заболевание, характеризующееся нарушением процессов минерализации

	остеомаляция
	костные метастазы
	первичный гиперпаратиреоз
	болезнь Педжета
	миеломная болезнь
11	Наличие псевдопереломов характерно для
	остеомаляции
	костных метастаз
	остеопороза
	болезни Педжета
	миеломной болезни
12	«Штампованные» литические очаги поражения костной ткани характерны для
	остеомаляции
	костных метастаз
	первичного гиперпаратиреоза
	болезни Педжета
	миеломной болезни
13	Субпериостальная резорбция фаланг кисти и длинных трубчатых костей характерна для
	остеомаляции
	костных метастаз
	гиперпаратиреоидной остеодистрофии
	болезни Педжета
	остеопороза
14	Высокий риск основных переломов устанавливается при значениях FRAX
	> 10%

	< 10%
	> 20%
	> 30%
	> 50%
15	Для какой группы лиц не применима оценка FRAX (множественный выбор)?
	женщины в пременопаузе
	женщины в постменопаузе
	мужчины до 50 лет
	мужчины старше 50 лет
	дети и подростки
16	Какое ревматическое заболевание входит в оценку FRAX?
	СКВ
	ревматоидный артрит
	анкилозирующий спондилит
	системная склеродермия
	псориатический артрит
17	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
18	Клинические особенности глюкокортикоидного остеопороза
	высокая частота боли в спине
	возникновение переломов при более низких значениях МПК, чем при первичном ОП

	возникновение переломов при более высоких значениях МПК, чем при первичном ОП
	максимальное снижение МПК после 12 мес терапии
	высокая частота атипичных переломов
19	При терапии глюкокортикоидами лечение остеопороза рекомендуется начинать при значениях Т-критерия по данным DXA
	$\leq -1,0$ SD
	$\leq -1,5$ SD
	$\leq -2,0$ SD
	$\leq -2,5$ SD
	$\leq -3,0$ SD
20	Укажите наиболее ранние костные нарушения при ревматоидном артрите
	системный остеопороз
	образование эрозий
	периартикулярный остеопороз
	формирование подвывихов суставов
	переломы
21	К антиостеопоротическим препаратам с анаболическим эффектом (усиливают костеобразование) относят
	бисфосфонаты
	терипаратид
	селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов
	альфакальцидол
	деносумаб
22	К препаратам с антирезорбтивным эффектом относят
	бисфосфонаты
	стронция ранелат

	кальцитриол
	альфакальцидол
	деносумаб
23	К препаратам многопланового действия относят
	бисфосфонаты
	терипаратид
	селективные модуляторы эстрогенных рецепторов
	стронция ранелат
	деносумаб
24	Остеонекроз челюсти – возможное нежелательное явление при приеме
	бисфосфонатов
	заместительной гормональной терапии
	стронция ранелат
	терипаратид
	альфакальцидол
25	Каков механизм действия бисфосфонатов?
	усиливают костеобразование
	ингибируют костную резорбцию
	стимулируют костеобразование и подавляют костную резорбцию
	угнетают костную резорбцию и костеобразование
	стимулируют костную резорбцию
26	К группе бисфосфонатов не относится препарат
	алендронат
	ибандронат
	деносумаб

	золендронат
	ризедронат
27	Каков механизм действия стронция ранелата?
	усиливает костеобразование
	ингибирует костную резорбцию
	стимулирует костеобразование и подавляет костную резорбцию
	угнетает костную резорбцию и костеобразование
	стимулирует костную резорбцию
28	Каков механизм действия терипаратида?
	усиливает костеобразование
	ингибирует костную резорбцию
	стимулирует костеобразование и подавляет костную резорбцию
	угнетает костную резорбцию и костеобразование
	стимулирует костную резорбцию
29	Деносумаб – это антитело к
	рецептору активатора ядерного фактора каппа бета (RANK)
	лиганду RANK (RANKL)
	остеопротегерину
	фактору некроза опухоли-альфа
	интерлейкину-1
30	Схема назначения Деносумаба
	20 мкг п/к ежемесячно
	150 мг в/в 1 раз в 3 мес
	60 мг п/к 1 раз в 6 мес
	70 мг внутрь 1 раз в нед

	5 мг в/в 1 раз в год
31	Схема назначения Терипаратида
	20 мкг п/к ежемесячно
	150 мг в/в 1 раз в 3 мес
	60 мг п/к 1 раз в 6 мес
	70 мг внутрь 1 раз в нед
	5 мг в/в 1 раз в год
32	Схема назначения Алендроната
	20 мкг п/к ежемесячно
	150 мг внутрь 1 раз в месяц
	60 мг п/к 1 раз в 6 мес
	70 мг внутрь 1 раз в нед
	5 мг в/в 1 раз в год
33	Схема назначения Золендроната
	20 мкг п/к ежемесячно
	150 мг в/в 1 раз в 3 мес
	60 мг п/к 1 раз в 6 мес
	70 мг внутрь 1 раз в нед
	5 мг в/в 1 раз в год
34	К парентеральным бисфосфонатам относятся
	алендронат
	ризедронат
	этидронат
	ибандронат
	золедроновая кислота

35	В качестве монотерапии остеопороза не эффективно использование
	алендроната
	препаратов кальция и витамина Д
	стронция ранелат
	терипаратид
	деносумаб
36	Что является активным метаболитом витамина D?
	эргокальциферол
	холекальциферол
	кальцитриол
	кальцитонин
	дигидротахистерол
37	Для расчета 10-летнего абсолютного риска основных остеопоротических переломов в модели FRAX используется МПК
	шейки бедра
	межвертельной области
	всего проксимального отдела бедра
	наименьшее значение, определенное по данным DXA
	поясничного отдела позвоночника
38	Какое утверждение относительно состояния МПК верно у больных остеоартрозом?
	для больных ОА характерны высокие значения МПК, но не снижение риска переломов
	для больных ОА характерны низкие значения МПК
	больные ОА имеют низкий риск переломов
	состояние МПК зависит от формы остеоартроза
	снижение МПК характерно для поздних стадий остеоартроза

39	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
40	Больным ревматическими заболеваниями, получающим глюкокортикоиды, в качестве стартовой антиостеопоротической терапии предпочтительно назначение
	бисфосфонат перорально
	бисфосфонат внутривенно (золендроновая кислота)
	терипаратид
	деносумаб
	стронция ранелат
1	Вирусная инфекция и ревматические заболевания
1	Гепатит относят к хроническому, если
	с момента инфицирования прошло более 6 мес
	с момента инфицирования прошло более 3 мес
	нет ярко выраженной клинической картины
	вирусные гепатиты не бывают хроническими
2	Скрининговой диагностикой гепатита С является
	анти-HCV-IgM
	анти-HCV-IgG
	ПЦР РНК
	ПЦР ДНК
3	При HCV инфекции анти-ФНО антитела
	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
4	Для определения степени активности вирусного процесса имеет значение
	уровень АЛТ
	уровень АСТ
	уровень АЛТ и АСТ
	уровень титра анти-HCV-IgG
	ПЦР количественная
5	Методами полноценной диагностики вирусного гепатита С являются
	определение анти-HCV
	определение активности печеночных ферментов
	определение протромбинового индекса
	определение общего билирубина
	ПЦР РНК
	ПЦР ДНК
6	Для определения формы хронической HBV-инфекции необходимо исследовать следующие показатели
	уровень АЛТ и АСТ
	уровень АЛТ
	HbsAg
	Анти-HBs, HBeAg, Анти-HBe, Анти-HBc IgM, IgG
	HbsAg, уровень АЛТ, Анти-HBs, HBeAg, Анти-HBe, Анти-HBc IgM, IgG, ПЦР ДНК количественная
7	Вирус гепатита С

	является ДНК -содержащим вирусом
	является РНК-содержащим вирусом
	имеет высокий уровень вирусного оборота
	имеет средний уровень вирусного оборота
	реплицируется с высоким уровнем генетической стабильности
8	Трудность в разработке вакцины против ВГС состоит
	в высокой способности репликации вируса
	низком уровне генетической стабильности во время репликации
	в связи с ежегодным изменением генотипа вируса
	в связи с эффективной защитой собственной иммунной системы
9	С помощью ПЦР качественно можно определить
	наличие ДНК вируса
	наличие РНК вируса
	титр антител
	антигены клеточной стенки
	степень репликативной активности вируса
10	Для скрининговой диагностики вирусного гепатита В используется
	HbsAg
	уровень печеночных ферментов
	HbeAg
	уровень билирубина
11	При применении ГИБТ все HbsAg (+) лица
	должны получать ПВТ
	должны ежемесячно сдавать печеночные ферменты
	не нуждаются в дополнительной терапии

	нуждаются в фитотерапии
	нуждаются в гепатопротекторах
12	При терапии ритуксимабом
	возрастает вероятность рецидивов HBV
	не отмечено корреляции с возрастанием рецидивов HBV
	увеличивается вероятность заражения болезнью Боткина
	риск реактивации вируса зависит от длительности терапии ГИБП
13	Ритуксимаб
	часто вызывает ятрогенный гепатит
	может приводить к циррозу печени
	может применяться без токсического воздействия на печень
	препарат выбора при наличии цирроза печени
14	Перед применением базисной противоревматической терапии у больных гепатитом С
	необходима консультация гепатолога
	достаточно контроля печеночных ферментов
	достаточно проведения УЗИ
	базисная терапия противопоказана при вирусных гепатитах
15	Мишенями ритуксима являются
	В - лимфоциты
	Т - лимфоциты
	клетки костного мозга
	макрофаги печени (купферовские клетки)
16	Использование кортикостероидов при гепатите С
	безопасно, если кратковременно

	абсолютно противопоказано
	абсолютно показано
	дает высокий риск при назначении высоких доз
17	Применение болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов при остром гепатите В у ревматических больных
	противопоказано
	абсолютно показано
	безопасно, если кратковременно
18	Биохимическим синдромом, определяющим тяжесть при вирусных гепатитах, является
	цитолиз
	холестаз
	гипергликемия
	диспротеинемия
19	Для скрининговой диагностики гепатита В используется
	HbsAg
	антитела к HbsAg
	HbeAg
	HbcAg
20	Маркер острого вирусного гепатита С
	анти-HCV IgM
	повышение печеночных ферментов
	HbsAg
	анти-HCV IgG
21	Высокие дозы ГКС
	увеличивают риск развития HBV-инфекции

	не влияют на риск развития HBV-инфекции
	требуют дополнительной терапии гепатопротекторами
	абсолютно противопоказаны при вирусных гепатитах
22	К группам, подлежащим скринингу на гепатит С, относят
	СПИД-, ВИЧ - больные
	лиц, ведущих нездоровый образ жизни
	скрининг проводится ежегодно всем совершеннолетним гражданам
	лицам, ранее перенесшим туберкулез легких
23	Алкоголь в дозе более 50 г в день
	является фактором прогрессирования вирусных гепатитов
	не влияет на течение и прогноз вирусных гепатитов
	абсолютно противопоказан больным вирусными гепатитами любой стадии заболевания
	применяется при вирусных гепатитах как средство антибактериальной профилактики
24	Распространенность HCV среди ревматологических больных
	не отличается от распространенности в общей популяции
	существенно выше
	существенно ниже
	нет статистических данных
25	Между выраженностью иммунного ответа и тяжестью вирусного гепатита В
	существует прямая зависимость
	существует обратная зависимость
	нет зависимости
	прямая зависимость существует только на начальных стадиях
26	Высокий уровень АЛТ и АСТ при хронической HCV-инфекции

	коррелирует с прогрессированием болезни
	не влияет на прогноз
	один из специфических признаков вирусного гепатита с
	особенно информативен у лиц, не соответствующих четким критериям назначения ПВТ
27	Применение ГКС при вирусных гепатитах
	коротким курсом в умеренных дозах считается безопасным
	абсолютно противопоказаны при вирусных гепатитах
	абсолютно показаны при вирусных гепатитах
	нет адекватных данных о долгосрочном использовании низких доз
28	К базовой лабораторной оценке при применении болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов у больных гепатитом С относят
	печеночные ферменты
	билирубин
	гемоглобин
	лейкоцитарную формулу
29	При терапии ГИБП необходимо мониторинг
	АЛТ 1 раз в месяц
	альфа-фетопротеин 1 раз в 6 месяцев
	нет необходимости в мониторинге печеночных показателей
	уровня общего белка
30	Вирус гепатита В содержит
	ДНК
	хитиновую клеточную стенку
	вакуоли и жгутики
	HbsAg

31	Повреждение печеночных клеток при вирусном гепатите В
	обусловлено воздействием иммунокомпетентных клеток
	обусловлено нарушением микроциркуляции
	возникает вследствие непосредственного повреждения гепатоцитов вирусами
	обуславливает тяжесть заболевания
	связано преимущественно с активацией гуморального звена иммунитета
32	HbsAg(-) в сочетании с (+)антиHbsAg свидетельствует о
	неактивном носительстве вируса
	хронической HBV-инфекции
	ложноположительной серологической реакции
	перенесенном гепатите В
	факте вакцинации пациента
33	Риск реактивации вирусного гепатита зависит от
	выбора иммуносупрессивного препарата
	статуса HBV инфекции
	возраста пациента
	длительности постановки диагноза вирусного гепатита
	от наличия цирроза
34	Выберите верное утверждение
	скрининговое исследование на вирусные гепатиты необходимо всем пациентам, начинающим применение болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов
	все HbsAg+ лица должны получать ПВТ при применении ГИБТ
	перед применением болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов у пациентов с нормальным уровнем цитолитических ферментов нет необходимости в проведении скрининговых исследований на вирусные гепатиты
	при ревматической патологии HbsAg+ пациенты должны получать стандартную противовирусную терапию без дополнительных обследований

35	Основным видом лечения при легких и среднетяжелых формах гепатита В является
	соблюдение режима и диеты
	инфузионная терапия
	противовирусные препараты
	гепатопротекторы
36	Заразиться вирусным гепатитом В можно
	при переливании крови
	при укусе насекомых
	при медицинских манипуляциях
	при половом контакте
37	При терапии БИБП мониторируются:
	уровень АЛТ, АСТ
	альфа-фетопротеин
	эластометрия
	уробилиноген в моче
38	Критерии обострения вирусного гепатита В
	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
39	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

40	Наиболее высокий риск реактивации HBV-инфекции наблюдается при применении
	высоких доз ГКС в течение 12 мес
	ритуксимаба
	новых ГИБП
	метотрексата
1	Скелетно-мышечные нарушения
1	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
2	Основа диагностики поражения околосуставных мягких тканей ревматической природы является
	ультразвуковая диагностика
	рентгенологическое исследование
	данные объективного исследования больного
	магнитно-резонансная томография
3	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
4	В отношении лечения кисты Бейкера верными являются следующие утверждения, кроме
	использование для лечения кисты физических факторов (тепло, холод, магнитное поле, лазерные лучи) нежелательно
	при лечении кисты Бейкера эффективным средством являются локально и системно

	применяемые НПВП
	к пункции прибегают лишь при значительных размерах кисты
	эффективным средством является введение глюкокортикостероидов в коленный сустав
5	Для трохантерита не характерно
	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
6	Лечении фибромиалгии применяются следующие лекарственные препараты
	прегабалин
	НПВП длительно
	ингибиторы обратного захвата серотонина
	парацетамол
7	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
8	К основным методам лечения плантарного фасциита не относится
	глюкокортикоиды локально при серонегативных спондилоартритах
	покой в остром периоде и разгрузка стопы
	НПВП для купирования боли
	физиотерапевтическое лечение
	оперативное лечение

	коррекция плоскостопия
9	Какой патологией часто сопровождается плантарный фасциит?
	остеонекроз пяточной кости
	подпяточный бурсит
	нагноение под подошвенным апоневрозом
10	К причинам, способствующим формированию «пяточной шпоры» не относится
	псориатический артрит
	остеоартроз
	пирофосфатная артропатия
	травмы ног и ношение неудобной обуви
	реактивный артрит
	синдром дисплазии соединительной ткани
11	К причинам, способствующим формированию «пяточной шпоры» не относится
	плоскостопие
	гнойные процессы в области стопы
	избыточная масса тела
	спондилоартриты
	подагра
	подъем тяжестей, длительное стояние на ногах
12	Причиной трохантерита не является
	остеонекроз головки бедренной кости
	коксартроз
	микрокристаллические артриты
	динамическая и статическая перегрузка мышц, прикрепляющихся к большому вертелу

13	Самая частая причина талалгий
	ахиллоденит
	подпяточный бурсит
	киста Бейкера
	подошвенный фасциит
14	Причиной синдрома «гусиной лапки» чаще всего служат
	подагра
	ревматоидный артрит
	плоскостопие
	остеоартрит
15	Чаще болезнью Осгуда-Шлаттера страдают
	мужчины
	женщины
	оба пола одинаково
	только дети
16	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
17	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
18	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
19	Заподозрить трохантерит позволяет
	ультразвуковое и рентгенологическое исследование области тазобедренного сустава
	данные осмотра: боль появляется при отведении бедра, при этом ограничения внутренней ротации нет
	при пальпации определяется болезненность в области большого вертела
20	Причиной такого состояния как «пружинящий палец» является
	разрыв сухожилий сгибателей пальцев кисти
	сдавление сухожильных влагалищ извне
	рубцовое сужение фиброзных колец сухожильных влагалищ пальцев кисти
21	Основными методами лечения при тендините ротаторов плеча являются
	введение глюкокортикоидов локально
	назначение глюкокортикоидов перорально
	назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
	физиотерапевтическое лечение
	массаж и мануальная терапия
22	Тест «падения руки» позволяет заподозрить у пациента
	поражение длинной головки бицепса

	поражение дельтовидной мышцы
	повреждение мышц вращающей манжеты плеча
23	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
24	Ограничение разгибания I-V пальцев, требующее дополнительных усилий и вызывающее боль, а также часто сопровождающаяся характерным звуком (щелчком) может быть симптомом
	контрактуры Дюпюитрена
	стенозирующего тендинита сгибателей пальцев
	синдромом де Кервена
25	Стенозирующий теносиновит длинной мышцы, отводящей большой палец, и короткого разгибателя большого пальца кисти
	болезнь Кенига
	синдром запястного канала
	контрактура Дюпюитрена
	болезнь де Кервена
26	Наиболее частой причиной латерального эпикондилита является
	ревматоидный артрит
	травма области локтевого сустава
	длительная травматизация при монотонной деятельности (маляры, плотники, массажисты)
27	При синдроме «замороженного плеча» наблюдается поражение

	сухожилия двуглавой мышцы плеча
	капсулы плечевого сустава
	сухожилия надостной мышцы, субакромиальной сумки
28	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
29	Воспаление ткани сухожилия и сухожильного влагалища называется
	бурсит
	теносиновит
	энтезит
	тендинит
30	К наиболее частой ревматической патологии околосуставных мягких тканей относится
	тендинит вращающей манжеты плеча
	латеральный эпикондилит
	бурсит гусиной лапки
	синдром карпального канала
	ахиллодния
31	Одно из наиболее важных проявлений фибромиалгии
	наличие повышение неспецифических маркеров воспаления (СОЭ, С-реактивный белок)
	наличие психических нарушений
	выявление причины этиологического фактора
32	Для расчета болевого индекса при фибромиалгии учитывают наличие боли в
	3 областях тела

	10 областях тела
	19 областях тела
	18 областях тела
33	В лечении ревматической патологии околосуставных мягких тканей нижних конечностей не применяется
	физиотерапевтическое лечение
	локальное введение глюкокортикоидов
	НПВП перорально
	малые дозы глюкокортикоидов внутрь
	методы разгрузки суставов
34	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 дипроспана приводят к хорошему лечебному результату
35	С каким заболеванием наиболее часто приходится дифференцировать разрыв стенки кисты Бейкера?
	абсцесс подколенной ямки
	тромбоз глубоких вен голеней
	тромбоз бедренной артерии
36	При выявлении кисты Бейкера требуется
	как правило, хирургическое лечение
	пункция кисты с введением дипроспана
	ношение эластического бинта
	лечение синовита коленного сустава
37	При дифференциальной диагностике синдрома запястного канала и компрессии нервного

	корешка на уровне шейного отдела позвоночника следует учитывать
	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
	характер развития симптомов - при компрессии нервного корешка на уровне шейного отдела позвоночника симптоматика развивается остро, а при синдроме запястного канала - постепенно
38	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
39	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
40	В отношении бурсита локтевого отростка верны следующие утверждения, кроме
	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

41	В отношении медиального эпикондилита верно
	усиление болей 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
42	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
43	При появлении боли, а момент максимального отведения руки в плечевом суставе можно предположить поражение
	ключично-акромиального сустава
	сухожилия двуглавой мышцы плеча
	сухожилия подлопаточной мышцы
	при появлении боли, а момент максимального отведения руки в плечевом суставе можно предположить поражение:
1	Медикаментозная терапия ревматических заболеваний
1	Какой гормон стимулирует выработку ГКС в организме?
	ТТГ
	ФСГ
	соматотропный гормон
	АКТГ
	АДГ
2	Где в организме синтезируются ГКС?
	в гипоталамусе

	в гипофизе
	в надпочечниках
	в печени
	в поджелудочной железе
3	Адренокортикотропный гормон (АКТГ) вырабатывается в
	передней доле гипофиза
	средней доле гипофиза
	задней доле гипофиза
	гипоталамусе
	надпочечниках
4	Действие глюкокортикостероидных гормонов на клетку проявляется путем их воздействия на
	клеточную мембрану
	цитоплазму
	генетический аппарат
	митохондрии
	аппарат Гольджи
5	Какие клетки не являются клетками-мишенями для ГКС?
	моноциты, макрофаги, нейтрофилы
	хондроциты
	эндотелиоциты
	энтероциты
	миоциты
6	Заместительной терапии ГКС используют в
	при Аддисоническом кризе

	при развитии синдрома-Кушинга
	при синдроме Чарджа-Стросса
	при болезни Бехтерева
	при болезни Такаясу
7	Что понимают под термином «циркадный ритм»?
	колебания концентрации ГКС в организме, связанные с приёмом пищи
	циклические колебания интенсивности различных биологических процессов, связанные со сменой дня и ночи
	циклические колебания интенсивности различных биологических процессов, связанные с изменением температуры тела
	колебания концентрации ГКС в организме, связанные с концентрацией АКТГ
	колебания концентрации ГКС в зависимости от сезона года
8	Суточная доза кортизона или гидрокортизона вводятся
	однократно утром
	однократно вечером
	2/3 дозы утром и 1/3 вечером
	1/3 дозы утром и 2/3 вечером
	S дозы утром и S дозы вечером
9	Для заместительной терапии при острой надпочечниковой недостаточности используют
	дексаметазон
	гидрокортизон
	триамциналон
	бетаметазон
	метилпреднизолон
10	При супрессивной терапии ГКС суточная доза вводится
	однократно утром

	однократно вечером
	2/3 дозы утром и 1/3 вечером
	1/3 дозы утром и 2/3 вечером
	S дозы утром и S дозы вечером
11	При развитии надпочечниковой недостаточности характерно всё, кроме
	гипотония
	бронхообструктивный синдром
	мышечная слабость
	гиперпигментация локтей, складок кожи, рубцов
	мышечная слабость
12	Низкая доза преднизолона составляет
	< 10 мг
	> 10 мг
	= 10 мг
	< 5 мг
	> 20 мг
13	К относительным противопоказаниям для назначения ГКС не относится
	язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
	выраженный остеопороз
	артериальная гипотензия
	тяжёлая сердечная недостаточность
	сахарный диабет
14	К нежелательным кожным реакциям применения ГКС не относятся
	угри
	стрии

	истончение кожи
	утолщение кожи и подкожной клетчатки при в/м введении
	кровоизлияния
15	К нежелательным реакциям применения ГКС со стороны органа зрения не относится
	глаукома
	задняя субкапсулярная катаракта
	конъюнктивит
	экзофтальм
	нежелательных реакций со стороны глаза не обнаружено
16	К нежелательным реакциям применения ГКС не относится
	гипогликемия
	гиперлипидемия
	замедление заживления ран
	задержка натрия и воды
	кушингоидный синдром
17	К инфекционным осложнениям терапии ГКС относится
	вирусные инфекции
	пневмонии
	сифилис
	туберкулёз
	септициемии
18	Выберите максимально полный и верный перечень методов контроля нежелательных реакций терапии ГКС
	динамика массы тела, измерение АД, глюкоза крови и мочи, офтальмологическое обследование
	измерение АД, контроль состояния ЖКТ, контроль ЭЭГ

	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
19	Какой препарат является ГКС короткого действия?
	бетаметазон
	преднизолон
	триамцинолон
	гидрокортизон
	дексаметазон
20	Какой препарат является ГКС средней продолжительности действия?
	бетаметазон
	преднизолон
	триамцинолон
	гидрокортизон
	дексаметазон
21	Какой препарат является ГКС длительного действия?
	бетаметазон
	преднизолон
	метилпреднизолон
	гидрокортизон
	кортизон
22	Наиболее сильным ульцерогенным эффектом при длительном применении обладает
	кортизон
	преднизолон

	гидрокортизон
	бетаметазон
	триамцинолон
23	Задержка натрия и воды наиболее выражена при длительном применении высоких доз
	бетаметазона
	преднизолона
	гидрокортизона
	дексаметазона
	триамцинолона
24	Пульс-терапия ГКС не применяется
	при системном течении ревматоидного артрита
	при остеоартрозе
	при системной красной волчанке
	при узелковом полиартериите
	при дерматомиозите
25	К мерам профилактики надпочечниковой недостаточности не относится
	альтернирующая терапия
	циркадная терапия
	конвекциональная терапия
	применение минимально-эффективных доз с начала терапии
	короткие курсы терапии
26	Наиболее часто для длительного лечения ревматологических больных применяется
	гидрокортизон
	триамцинолон
	флутиказон

	метипред
	дексаметазон
27	Для профилактики стероидного остеопроза применяются
	препараты кальция и витамина Д
	препараты кальция
	препараты витамина Д
	эстрогены
	препараты фтора
28	Укажите показание для внутрисуставного введения ГКС
	остеомиелит
	предплечный туннельный синдром
	значительный околосуставной остеопороз
	ревматоидный артрит
	бурсит
29	Укажите противопоказание для внутрисуставного введения ГКС
	ревматоидный артрит
	анкилозирующий спондилит
	остеоартроз
	выраженная деструкция сустава
	псориатический артрит
30	Применение ГКС приводит к следующим сдвигам в общем анализе крови
	лимфопения
	лимфоцитоз
	агранулоцитоз
	моноцитоз

	гранулоцитоз
31	Назовите ГКС для интраартикулярного введения с наибольшей длительностью эффекта
	преднизолон ацетат
	гидрокортизон ацетат
	бетамезон ацетат
	триамцинолон гексацетонид
	триамцинолон ацетонид
32	К принципам длительной терапии ГКС не относится
	введение ГКС с учетом циркадного ритма
	индивидуальный подбор дозы препарата
	использование препаратов с максимальной противовоспалительной активностью
	использование ГКС средней продолжительности действия
	при стабилизации состояния переход на альтернирующую терапию
33	Как назначается препарат при альтернирующей терапии ГКС?
	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
34	К преимуществам альтернирующей терапии не относится
	меньшее подавление гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы
	снижение риска развития инфекционных осложнений
	уменьшение задержки роста у детей
	повышение риска развития надпочечниковой недостаточности
	удобство применения

35	В какой дозе вводят метилпреднизолон при пульс-терапии ГКС?
	0,1-0,2 г
	1-2 г
	2-4 г
	40-60 мг
	5-6 мг
36	Регулярное мониторингирование активности заболевания у больных ревматоидным артритом не включает
	общую оценку состояния здоровья пациентом и врачом
	определение уровня СОЭ
	оценку числа припухших и болезненных суставов
	определение рентгенологической стадии заболевания
	определение уровня СРБ
37	Тщательный контроль («tight- контроль») изменения активности заболевания и коррекция терапии у больных ревматоидным артритом подразумевает
	контроль не реже чем 1 раз в 3 мес, определение активности заболевания в группах больных с высокой и умеренной активностью - ежемесячно
	контроль не реже чем 1 раз в 2 мес, 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 мес
	контроль не реже чем 1 раз в 5 мес, 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 мес
38	Наиболее оптимальной тактикой в дебюте ревматоидного артрита является
	ранняя терапия глюкокортикостероидными препаратами
	симптоматическая терапия нестероидными противовоспалительными препаратами
	ранняя активная терапия базисными противовоспалительными препаратами
	активное наблюдение за больными, назначение препаратов только в случае

	прогрессирования заболевания
	использование нефармакологических методов лечения (ЛФК, физиотерапия)
39	При выборе терапии ревматоидного артрита необходимо учитывать все, кроме
	стадию заболевания (ранняя, развернутая, поздняя)
	мужской пол
	активность воспаления
	наличие факторов неблагоприятного прогноза
	коморбидность
40	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
41	Маркерами неблагоприятного прогноза у пациентов с ранним ревматоидным артритом являются все нижеперечисленные, кроме
	эрозивный процесс в суставах по данным рентгенографического или МРТ – исследований
	повышение уровней острофазовых показателей: СОЭ или СРБ
	высокая активность заболевания согласно индексам DAS28, SDAI или CDAI
	пожилой возраст
	женский пол
42	В фармакотерапии ревматоидного артрита не используются
	синтетические базисные противовоспалительные препараты (БПВП)
	глюкозамины, хондроитины
	глюкокортикостероиды

	генно-инженерные биологические препараты
	нестероидные противовоспалительные препараты
43	Назовите синтетический базисный противовоспалительный препарат первой линии для лечения ревматоидного артрита
	лефлуномид
	гидроксихлорин
	азатиоприн
	циклофосфамид
	инфликсимаб
44	Базисный противовоспалительный препарат (БПВП) первой линии, с которого рекомендовано начинать лечение ревматоидного артрита
	лефлуномид
	азатиоприн
	метотрексат
	плаквенил
	сульфасалазин
45	Назовите синтетический базисный противовоспалительный препарат (БПВП) второй линии для лечения ревматоидного артрита
	метотрексат
	циклоспорин А
	сульфасалазин
	лефлуномид
	адалимумаб
46	В какой дозировке рекомендовано назначать метотрексат при ревматоидном артрите?
	внутри дробно или в/м 10 мг - 25 мг в неделю
	парентерально 10 мг - 15 мг в неделю

	внутри дробно или в/м 10 мг - 25 мг в месяц
	внутри дробно 20 мг в неделю
	внутри дробно 10-20 мг в месяц
47	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)
48	Какой препарат необходимо добавлять к терапии метотрексатом?
	витамин В12
	железо
	фолиевая кислота
	витамин В4
	витамин К
49	Какие лабораторные параметры необходимо мониторировать при назначении метотрексата больным ревматоидным артритом?
	АСТ/АЛТ, креатинин, мочевины
	клинический анализ крови, АЛТ/АСТ, креатинин, общий анализ мочи
	креатинин, мочевины, мочевая кислота, печеночные ферменты
	общий анализ мочи, креатинин, ЛДГ
	АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЩФ
50	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
51	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является ингибитором ФНО-альфа?
	тоцилизумаб
	абатацепт
	ритуксимаб
	адалимумаб
	тофацитиниб
52	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является ингибитором интерлейкина-1?
	тоцилизумаб
	абатацепт
	ритуксимаб
	адалимумаб
	тофацитиниб
53	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является моноклональными антителами к рецепторам CD20 В-лимфоцитов?
	тоцилизумаб
	абатацепт
	ритуксимаб
	адалимумаб
	тофацитиниб
54	Какой из перечисленных генно-инженерных биологических препаратов является ингибитором ФНО-альфа?
	анакира

	этанерцепт
	тофацитиниб
	ритуксимаб
	тоцилизумаб
55	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
56	Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) 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 глюкокортикостероидами
57	Препаратами первого выбора из группы генно-инженерных биологических препаратов при ревматоидном артрите являются
	ингибиторы ФНО-альфа
	ингибиторы интерлейкинов
	моноклональные антитела (МАТ) к различным рецепторам Т-лимфоцитов
	МАТ к рецепторам (CD20) В-лимфоцитов

	ингибиторы JAK-киназы
58	При недостаточной эффективности первого ингибитора ФНО- α при лечении ревматоидного артрита целесообразно
	смена препарата на другой ингибитор ФНО- α
	увеличение дозы препарата
	дополнительное назначение препаратов из группы БПВП
	отмена терапии ГИБП
	назначение ГИБП с другими механизмами действия (АБЦ, РТМ, ТЦЗ)
59	Наименее целесообразно назначение ритуксимаба в случае
	серопозитивный РА
	наличие у больного РА внесуставных проявлений
	серонегативный ревматоидный артрит
	серопозитивность по АЦЦП
	наличие противопоказаний для назначения ингибиторов ФНО- α
60	Для контроля состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при назначении НПВП при ревматоидном артрите необходимо
	проведение ЭГДС 1 раз в год
	соблюдение щадящей диеты
	рентгенография ЖКТ с барием
	проведение ЭГДС 1 раз в 2 года
	проведение хеликобактерного теста 1 раз в год
61	Согласно рекомендациям EULAR 2013, в случае отсутствия эффекта и/или токсичности стандартной БПВП-терапии на этапе 1 и переходе на этап 2, при отсутствии прогностически неблагоприятных факторов, рекомендуется
	добавить биологический препарат, прежде всего ФНО ингибитор,
	назначить второй синтетический БПВП
	добавить биологический препарат, прежде всего ИЛ-6 ингибитор

	добавить биологический препарат, прежде всего ФНО ингибитор
	добавить биологический препарат, прежде всего ИЛ-1 ингибитор
62	Согласно рекомендациям EULAR 2013, при отсутствии эффекта и/или токсичности на фазе 1 и фазе 2 рекомендовано все, кроме
	при наличии прогностически неблагоприятных факторов добавить биологический препарат, прежде всего ФНО ингибитор
	при отсутствии прогностически неблагоприятных факторов добавить препараты золота в виде монотерапии или комбинированной терапии
	при наличии прогностически неблагоприятных факторов добавить второй синтетический БПВП
	при отсутствии прогностически неблагоприятных факторов добавить лефлуномид
	при отсутствии прогностически неблагоприятных факторов добавить сульфасадин
63	Согласно рекомендациям EULAR 2013, при отсутствии эффекта и/или токсичности на фазе 2 и фазе 3 рекомендовано все, кроме
	изменить биологическую терапию: заменить на второй антагонист ФНО (+БПВП)
	изменить биологическую терапию: заменить антагонист ФНО на
	абатацепт (+БПВП)
	изменить биологическую терапию: заменить антагонист ФНО на Ритуксимаб (+БПВП)
	изменить биологическую терапию: заменить антагонист ФНО на Тоцилизумаб (+БПВП)
	отменить биологическую терапию, перейти на пульс-терапию ГКС
64	Какой из симптомов поражения кожи является самым ранним?
	отек пальцев (кистей)
	уплотнение кожи
	симптом киста
	дигитальные рубчики
	кальцификаты
65	Причиной первичного поражения сердца при системной склеродермии является

	поражение коронарных артерий
	легочная артериальная гипертензия
	поражение интерстициальных артерий
	склеродермический почечный криз
	некроз кардиомиоцитов
66	Фактор, указывающий на быстро прогрессирующее течение интерстициального поражения легких при системной склеродермии
	диффузная форма ССД
	ранняя стадия ССД
	снижение ФЖЕЛ в ранние сроки от начала ССД
	изолированное снижение ДСЛ
	лимитированная форма ССД
67	Какое поражение пищевода при системной склеродермии увеличивает риск развития аденокарциномы?
	грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
	эрозивный эзофагит
	ассоциаций с увеличенным риском не выявляется
	гастро-эзофагеальный рефлюкс
	пищевод Баррета
68	Препаратами первой линии при развитии острой склеродермической нефропатии является
	ингибиторы АПФ
	диуретики
	циклофосфан
	глюкокортикостероиды
	дезагреганты
69	Характерными капилляроскопическими изменениями для системной склеродермии

	являются:
	сужение капилляров
	дилатация капилляров
	увеличение числа капилляров
	разрывы капилляров и геморрагическая инфильтрация тканей
70	Какие из нижеперечисленных признаков не входят в классификационный критерии системной склеродермии (2013 г.)?
	легочная артериальная гипертензия
	телеангиоэктазии
	дигитальные рубчики
	впервые возникшая почечная недостаточность
	интерстициальное поражение легких
71	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)
72	Какое поражение опорно-двигательного аппарата встречается только при системной склеродермии?
	полиартрит и утренняя скованность
	симптом крепитации сухожилий
	воспалительная миопатия
	акроостеолиз
	сгибательные контрактуры
73	Препарат, рекомендованный EULAR для лечения интерстициального поражения легких

	при системной склеродермии
	циклофосфан
	циклоспорин А
	ретуксимаб
	азатиоприн
	микофеналата мофетил