

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Ревматология» (I категория) для аттестации

Купить базу вопросов с ответами можно здесь:
<https://medik-akkreditacia.ru/product/revmatolog/>

Полезные ссылки:

1) Тесты для аккредитации «Ревматология» (2100 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/revmatologiya/>

2) Тесты для аккредитации «Травматология и ортопедия» (2600 вопросов)

<https://medik-akkreditacia.ru/product/travmatologiya/>

Препарат выбора для лечения острого А-стрептококкового тонзиллита:

Ципрофлоксацин

Ко-тримоксазол

Амоксициллин

Хлорамфенкол

Сульфадиметоксин

Наиболее частым возбудителем инфекционного эндокардита у инъекционных наркоманов является:

Бета-гемолитический стрептококк

Золотистый стафилококк

Эпидермальный стафилококк

Энтерококк

Зеленящий стрептококк

Возможное осложнение терапии ингибиторами ФНО-альфа:

Сибирская язва

Ботулизм

Корь

Туберкулёз

Все перечисленное верно

Какое внесердечное проявление инфекционного эндокардита встречается чаще

других?

Гломерулонефрит
Поражение опорно-двигательного аппарата
Плеврит
Васкулит
Энцефалит

В малые диагностические Duke-критерии инфекционного эндокардита входит:

Плеврит
Спленомегалия
Поражение опорно-двигательного аппарата
Гломерулонефрит
Перикардит

Для лечения инфекций у больных системной красной волчанкой не рекомендуется применять следующие антибактериальные препараты:

Цефалоспорины
Гликопептиды
Пенициллины
Фторхинолоны
Макролиды

Для болезни Уиппла характерно:

Все перечисленное
Лихорадка
Артралгии
Боли в животе
Лимфаденопатия

На прием обратился пациент с жалобами на множественные распространенные умеренно болезненные красные узлы на голенях и предплечьях, лихорадку, озноб и артрит голеностопных суставов. Укажите лабораторный маркер, необходимый для оценки в первую очередь:

АЦЦП
СРБ
ds ДНК
АНФ-Нер2
RNP-70

К лобулярному панникулиту относят:

поверхностный мигрирующий тромбофлебит
узловатую эритему
узелковый васкулит
узелковый полиартериит
эозинофильный гранулематоз

Первичный синдром Рейно характеризуется:

Наличием антинуклеарного фактора
Изменениями капилляров при капилляроскопии
Дебютом в возрасте старше 40 лет
Семейной агрегацией
Снижением кровотока в лучевых артериях

При склеродермическом поражении пищевода выявляется:

Рефлюкс-эзофагит
Дилатация пищевода
Все перечисленное
Стриктура пищевода
Эрозии слизистой

На электрокардиограмме больных системной склеродермией наиболее часто выявляется:

Нарушение внутрижелудочковой проводимости
Снижение вольтажа зубца R
Удлинение интервала P-Q
Конкордантное смещение сегмента S-T
Смещение электрической оси сердца вправо

Интерстициальный фиброз легких при системной склеродермии начинается с:

Прикорневых отделов
Одновременно во всех отделах легких
Верхушечных сегментов
Базальных отделов
Все перечисленное

Помимо системной склеродермии, склеродактилия может развиваться при:

Диффузном эозинофильном фасциите
Смешанном заболевании соединительной ткани
Распространенной бляшечной склеродермии
Гипотиреозе
Склеродерме Бушке

Предикторы развития почечного криза у больных системной склеродермией:

Наличие анти-Scl-70 антител
Кожный счет более 14
Все перечисленное
Высокие дозы глюкокортикоидов
Легочный фиброз

Какая из нижеприведенных причин не связана со снижением приверженности к

лечению РЗ у больных с ПР (психическими расстройствами)?

- А. Потеря надежды на выздоровление, веры в пользу и эффективность лечения
- В. Нарушения сна
- Б. Социальная изоляция и ограничение контактов с врачом
- Г. Когнитивные нарушения
- Д. Суицидальное поведение

Какое утверждение о роли хронических стрессовых факторов при ревматических заболеваниях не верно?

- В. Провоцируют психические расстройства у больных ревматическими заболеваниями
- А. Возникают в связи с тяжелым соматическим заболеванием
- Д. Ассоциируются с развитием тревожных расстройств при РЗ
- Б. Провоцируют ревматические заболевания и их обострение
- Г. Ассоциируются с рентгенологическим прогрессированием при РА

Для умеренного когнитивного расстройства не характерно:

- Нарушение мышления (вкл. абстрагирование, затруднение решения задач)
- Нарушение речь (вкл. сужение, поиск слов)
- Нарушение непосредственной или отдаленной памяти
- Нарушение ориентации во времени и пространстве
- Нарушение концентрации внимания

Выбор антидепрессанта для лечения депрессивного расстройства при ревматическом заболевании определяет все, кроме:

- Типа аффективности
- Характера сопутствующих заболеваний и терапии
- Характера депрессии (преобладание симптомов тоски, тревоги, апатии)
- Предпочтения пациента
- Характера возможных нежелательных эффектов антидепрессанта

Мужчина 28 лет. Болен ревматоидным артритом с 25 лет. В возрасте 3 лет пережил развод родителей. В возрасте 20 лет - разрыв с любимой девушкой. Последние 3 месяца отмечает отсутствие интересов, угнетение настроения и нежелание что-либо делать, безразличие к окружающим, потерю уверенности в себе, физическую слабость и потерю энергии, нарушение памяти, концентрации внимания, плохой аппетит. Подобная симптоматика отмечалась ранее, в возрасте 21 и 23 года, длилась около 6 месяцев. Какое из нижеперечисленных психических расстройств представляется Вам наиболее верным?

- Единичный депрессивный эпизод
- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод
- Дистимия
- Генерализованное тревожное расстройство
- Расстройство адаптации

У пациентки 26 лет с обострением системной красной волчанки, проявляющимся генерализованными эритематозными высыпаниями на коже туловища, лица и верхних конечностей, язвенным стоматитом, экссудативным двусторонним плевритом, лихорадкой, лейкопенией и высокими уровнями антител к дс-ДНК на 3-день поступления в стационар и увеличения дозы принимаемого метилпреднизолона с 4 мг/сут до 32 мг/сут появилось возбуждение, эмоциональная лабильность, несвязная речь, жалобы на то, что за ней следят и хотят убить, пациентка не понимает, что находится в больнице, боится соседок по палате. Наиболее вероятный диагноз:

- Паническое расстройство
- Генерализованное тревожное расстройство
- Острый
- Острый психоз на фоне высокой активности СКВ
- Обсессивно-компульсивное расстройство

Наиболее специфичные морфологические изменения в биоптатах слюнных и слёзных желёз, характерные для болезни/синдрома Шегрена:

- Лимфогистиоцитарная инфильтрация
- Лимфоэпителиальное поражение
- Лимфоидная инфильтрация
- Плазматическая инфильтрация
- Гранулематозные изменения

При болезни Шегрена наиболее часто встречается следующий тип свечения АНФ:

- АНФ антицентромерного свечения
- АНФ гомогенного типа свечения
- АНФ крапчатого типа свечения
- АНФ гомогенного+крапчатого свечения
- АНФ нуклеолярного типа свечения

Развитию ревматологических заболеваний часто предшествует следующий вид лимфом:

- Болезнь Ходжкина
- В-крупноклеточные лимфомы
- Плазматические дискразии (миелома, макроглобулинемия Вальденстрема)
- Лимфомы маргинальной зоны
- Т-клеточные лимфомы

У пациента через полтора года после пересадки почки развился острый артрит 1-го плюснефалангового сустава. Триггером подагры, наиболее вероятно, является:

- Преднизолон
- Мофетил микофеналат
- Азатиоприн
- Циклоспорин А
- Нормодипин

Проведение медикаментозной коррекции гиперурикемии рекомендуется при следующем заболевании:

Псориатический артрит
Хронический миелолейкоз
Хроническая болезнь почек ≥ 3 ст
Артериальная гипертония
Сахарный диабет 2 типа

Для подавления острого подагрического артрита возможно назначение короткого курса глюкокортикоидов. Выберите оптимальную суточную дозу преднизолона:

30-40 мг
5-10 мг
15-20 мг
20-25 мг
40-60 мг

У пациента 32 лет с наличием ожирения, артериальной гипертонии, имеющего отягощенную наследственность по подагре, неоднократно при обследовании выявляется повышение сывороточного уровня мочевой кислоты до 480 мкмоль/л, приступов артрита никогда не было. Рекомендация пациенту:

Прием аллопуринола короткими курсами
Лечебное голодание
Прием аллопуринола пожизненно
Диета с ограничением пуринов, повышение физической активности
Назначение аллопуринола при повышении сывороточного уровня мочевой кислоты >540 мкмоль/л

Целевой уровень мочевой кислоты у пациента с подагрой следует поддерживать:

До полного стихания обострения артрита
3 года
1 год
Пожизненно
6 месяцев

Для купирования острого артрита при подагре, в случае неэффективности колхицина и нестероидных противовоспалительных препаратов, рекомендован:

Канакинумаб
Ритуксимаб
Устекинумаб
Тоцилизумаб
Инфликсимаб

Какой минимальный сывороточный уровень мочевой кислоты не рекомендуется длительно поддерживать у пациента с подагрой:

320 мкмоль/л
300 мкмоль/л
360 мкмоль/л
180 мкмоль/л
280 мкмоль/л

Максимально допустимая суточная доза аллопуринола:

700 мг
300 мг
900 мг
500 мг
1200 мг

Для ранней диагностики подагры наиболее информативен следующий метод лучевой диагностики:

Ультрасонография
Рентгенография
Магнитно-резонансная томография
Компьютерная томография
Сцинтиграфия

Неверное утверждение в отношении тоцилизумаба:

Структура инфекционных осложнений отличается от таковой при лечении иФНО-альфа
Повышение риска развития инфекции
Вероятно развитие туберкулеза
Стертость клинической симптоматики инфекции
Все перечисленное неверно

Пациентам с ревматоидным артритом, получающим терапию генно-инженерными биологическими препаратами, показана вакцинация:

Против бешенства
Против пневмококковой инфекции
Против краснухи
Против эпидемического паротита
Все перечисленное верно

Ключевой цитокин в развитии идиопатического панникулита Вебера-Крисчена:

ИЛ-6
ИЛ-1
ИЛ-2
α-ФНО
гамма-интерферон

Синдром Рейно ассоциируется с:

Системной склеродермией
Всем перечисленным
Вибрационной болезнью
Табакокурением
Химиотерапией опухолей

Синдром мальабсорбции при системной склеродермии развивается вследствие:

Появления псевдодивертикулов
Снижения экзокринной функции поджелудочной железы
Гипокинезии кишечника
Дискинезии желчевыводящих путей
Всего перечисленного

При поражении клапанов сердца у пациентов с антифосфолипидным синдромом наиболее часто наблюдается следующая патология:

Различия артериального давления на конечностях
Аневризмы венечных артерий
Позитивная гемокультура
Наличие митрального стеноза
Все перечисленное верно

Для кальцинированного аортального стеноза характерно:

Узловатая эритема
Молодой возраст больного
Эмболические феномены
Ревматический анамнез
Все вышеперечисленное

Утверждение, не соответствующее истине:

Высокие титры АСЛ-О являются показателем текущего ревматического кардита
Наличие ревматоидного фактора при инфекционном эндокардите
Отсутствие вальвулита при нейроциркуляторной дистонии
Ревматическая этиология пролапса митрального клапана
Тромбоэмболии при миксоте левого предсердия

Основная причина негативной гемокультуры при инфекционном эндокардите:

Предшествующая антибактериальная терапия
Несоблюдение правил взятия и транспортировки проб крови
Неадекватная микробиологическая техника
Особенности возбудителя
Длительность заболевания

Клинические варианты дебюта болезни Бехтерева:

Всё вышеперечисленное
Постепенное нарастание воспалительной боли в нижней части спины

Боли и припухлость по ходу сухожилий стоп и артрит мелких суставов стоп
Моноартрит крупного сустава нижней конечности с признаками хронического неспецифического синовита
Артрит грудинно-ключичных сочленений или плечевого сустава с полной ремиссией

Постоянные боли в кистях у женщин молодого возраста, сопровождающиеся наличием синовита без признаков артрита. Наиболее вероятный диагноз:

Ревматоидный артрит
Гипермобильный синдром
Болезнь Бехтерева
Кристаллический артрит
Всё вышеперечисленное

Пациента беспокоят боли в коленном суставе после травмы (падение с высоты собственного роста). Костных повреждений на рентгенограмме не найдено. Для уточнения диагноза необходимо выполнить:

Компьютерную томографию
Всё вышеперечисленное
Магнито-резонансную томографию
Лечебно-диагностическую артроскопию
Контрастную ангиографию

Синдром «гусиной лапки» - это:

Тенобурсит полуперепончатой, полусухожильной, нежной мышц
Бурсит медиальной области коленного сустава
Тендинит полуперепончатой, полусухожильной, нежной мышц
Тендинит полуперепончатой, полусухожильной мышц
Ничего из вышеперечисленного

При остеоартрите коленного сустава применение консервативных методов терапии целесообразно в случае:

Вальгусной установки
Любой стадии
1 и 2 стадии
2 и 3 стадии с варусной установкой
Пателло-фemorальном остеоартрите

Наиболее эффективный вариант ведения пациента с остеоартритом коленного сустава:

Назначение хондропротекторов
Всё вышеназванное, плюс упражнения на укрепление квадрицепса
Хондропротекторы в сочетании с разгрузкой сустава
Всё вышеназванное, плюс исключение повреждения внутренних структур
Всё вышеназванное, плюс снижение веса при его превышении

Врожденная дисплазия соединительной ткани проявляется:

Гипермобильностью суставов

Миопатией

Фибромиалгией

Все вышеперечисленное

Ничего из вышеперечисленного

Больным дисплазией соединительной ткани рекомендован следующий вид спорта:

Прыжки в воду

Все запрещены

Плавание

Бег на длинную дистанцию

Футбол

Пациент с жалобами, характерными для неврита срединного нерва. К каким специалистам необходимо направить больного?

Г. 1),2),3) + неврологу

А. Травматологу-ортопеду

Б. Ревматологу

В. Терапевту

Д. Ни к одному из вышеперечисленных

Пациент с жалобами на постоянные боли в области коленного сустава. В анамнезе неоднократные травмы. Методами рентгенографии, магнито-резонансной томографии патологии не обнаружено. Пальпация сустава болезненна в проекции передней и задней медиальной суставной щели, положительный симптом щелчка.

Лечебно-диагностическая артроскопия:

Желательна

Нежелательна

Не целесообразна

Обязательна

Противопоказана

Профилактические мероприятия в отношении развития остеохондроза позвоночника у взрослого населения, входящие в компетенцию врача-ревматолога:

обнаружение врождённых патологий позвоночника и их устранение

выявление врождённых деформаций тазобедренных суставов и их устранение

профилактические мероприятия с самого раннего возраста

Ответы А, Б

Ответы А, В

Значительное снижение тромбоцитов при болезни Шёгрена обусловлено:

Аутоиммунной тромбоцитопенией

Пневмонией
Полинейропатией
Опухолью желудка
Интерстициальным поражением легких

При болезни Шёгрена наиболее часто встречается:

Железодефицитная анемия
Анемия хронического воспаления
Апластическая анемия
Пернициозная анемия
Гемолитическая анемия

При болезни Шёгрена наиболее часто встречается:

Высокий уровень креатинина
Повышение уровня трансаминаз
Гипергаммаглобулинемия
Повышение уровня мочевой кислоты
Низкий уровень железа

У мужчины 72 лет внезапно развился артрит правого коленного сустава, отмечено повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При осмотре выявлена припухлость сустава, повышение локальной температуры, боли при движении. При лабораторном исследовании выявлен лейкоцитоз $12.6 \times 10^9/\text{л}$, при рентгенологическом исследовании – сужение суставной щели и признаки кальцификации суставного хряща. Наиболее вероятный диагноз:

Ревматоидный артрит
Псориатический артрит
Подагрический артрит
Псевдоподагра
Септический артрит

У женщины 25 лет с диагнозом СКВ развился нефротический синдром. При биопсии почек обнаружен диффузный пролиферативный гломерулонефрит (класс IV WHO). Какая схема терапии может быть наиболее эффективна у пациентки?

Б. Монотерапия азатиоприном
Е. Комбинированная терапия преднизолоном и циклофосфамидом
В. Монотерапия преднизолоном
Г. Комбинированная терапия преднизолоном и азатиоприном
Д. Комбинированная терапия преднизолоном и метотрексатом

Оцените целесообразность диагностики боррелиозной инфекции (иммуноферментный метод, Вестерн блотт) у пациентов с распространенными болями в суставах, миалгией, симптомами фибромиалгии:

целесообразно
не целесообразно

Выбор ритуксимаба в качестве «первого» генно-инженерного биологического препарата у пациентов с недостаточной эффективностью монотерапии метотрексатом обусловлен:

Развитием синдрома Шегрена

Противопоказаниями для назначения ингибиторов ФНО- α

Всем, перечисленные выше

Серопозитивностью по ревматоидному фактору

Развитием ревматоидного васкулита

Монотерапия генно-инженерными биологическими препаратами существенно превосходит по эффективности монотерапию метотрексатом

нет

да

К официальным показаниям для назначения ингибиторов ФНО- α не относится:

Спондилоартриты

Псориатический артрит

Ревматоидный артрит

Системная красная волчанка

Ювенильный идиопатический артрит

Препятствием для комбинированной терапии двумя генно-инженерными биологическими препаратами является:

Недостаточная эффективность

Высокая стоимость терапии

Все, перечисленные выше

Нарастание частоты нежелательных явлений

При оценке эффективности терапии генно-инженерными биологическими препаратами у пациентов с ревматоидным артритом в первую очередь оценивают динамику:

Стандартизованных индексов активности ревматоидного артрита

Концентрации С-реактивного белка

Концентрации ревматоидного фактора

Концентрации гемоглобина

Длительности утренней скованности

Эффективность терапии ингибиторами ФНО- α может быть снижена вследствие:

Истощения

Курения

Лихорадки

Умеренного употребления алкоголя

Ожирения

Оцените целесообразность выполнения магнито-резонансной томографии периферических суставов у недавно заболевших пациентов, у которых нельзя исключить дебют ревматоидного артрита:

целесообразно

не целесообразно

Оцените целесообразность назначения генно-инженерных биологических препаратов пациентам с ранним ревматоидным артритом, не получавшим адекватную терапию метотрексатом:

целесообразно

не целесообразно

Рекомендуемая частота выполнения оценки минеральной плотности костной ткани (рентгеновская денситометрия) у пациента с первичным остеопорозом на фоне проведения антиостеопоретической терапии:

Каждые 2 года

Каждые 6 месяцев

Каждый год

Каждые 3 года

Каждые 5 лет

У женщины 45 лет развились распространенные боли во многих суставах, нарушение памяти, недавно перенесла спонтанный аборт. При исследовании сыворотки обнаружено умеренное увеличение титра ревматоидного фактора. При осмотре обращено внимание на умеренно выраженное ожирение, ограничение подвижности суставов при движении, стертый феномен Рейно. Признаков синовита не обнаружено. Для верификации диагноза необходимо:

Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду

Ультразвуковое исследование суставов

Определение антител Jo-1

Антимитохондриальные антитела

Определение антинуклеарного фактора

К блокаторам ко-стимуляции Т лимфоцитов относится:

Этанерцепт

Тофацитиниб

Ритуксимаб

Абатацепт

Согласно классификации Ассоциации ревматологов России, к числу осложнений ревматоидного артрита не относится:

Синдром Шегрена

Остеонекроз

Атеросклероз

Системный остеопороз

При вычислении индекса SDAI используются:

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в см по ВАШ, СРБ в г/л

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в см по ВАШ, СРБ в мг/дл

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СРБ в г/л

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, боль в мм по ВАШ, СРБ в мг/дл

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СРБ в мг/дл

Для спорадического миозита с включениями НЕ ХАРАКТЕРНО:

Развитие дисфагии

Поражение мышц сгибателей пальцев кистей

Раннее вовлечение четырехглавых мышц бедер

Развитие хорошего эффекта от приема высоких доз глюкокортикоидов

Медленное развитие мышечной слабости

Для паранеопластического дерматомиозита/полимиозита ХАРАКТЕРНО:

Наличие антисинтетазных антител

Преобладание полимиозита

Ассоциирование со злокачественным новообразованием

Сочетание с интерстициальным поражением легких

Отсутствие эффекта от приема глюкокортикоидов

Для лечения интерстициального поражения легких при антисинтетазном синдроме НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО применять:

Высокие дозы глюкокортикоидов внутрь + метотрексат

Циклофосфамид

Микофенолата мофетил

Ритуксимаб

Для стероидной миопатии не характерно:

Раннее и преимущественное поражение мышц нижних конечностей и туловища

Выраженная слабость мышц верхних конечностей

У чувствительных к глюкокортикоидам лиц может развиваться через 3-4 недели от начала приема глюкокортикоидов

Медленно регрессирует на фоне снижения дозы глюкокортикоидов

Нормальные цифры креатинфосфокиназы

Пациентка 56 лет с полимиозитом, получает преднизолон в дозе 1 мг на кг массы тела с хорошим клиническим эффектом (нарастает мышечная сила, восстановилось глотание, нормализовался уровень КФК, уменьшилась выраженность спонтанной активности по иЭМГ). Однако через 2 месяца от начала лечения нарастает мышечная слабость в ногах и туловище. В данной клинической ситуации следует:

Провести пульс терапию метилпреднизолоном по 1000мг №3

Предположить обострение дерматомиозита и увеличить дозу преднизолона

Предположить развитие стероидной миопатии и продолжить снижение дозы преднизолона

Провести биопсию мышцы

Предположить развитие миастении

Цель уратснижающей терапии у пациента с редкими приступами артрита, бестофусной формой подагры, отсутствием сопутствующих заболеваний:

< 420 мкмоль/л у мужчин, < 460 мкмоль/л у женщин

< 360 мкмоль/л у мужчин и женщин

< 360 мкмоль/л у мужчин, < 420 мкмоль/л у женщин

< 320 мкмоль/л у мужчин, < 360 мкмоль/л у женщин

Первичное обследование больных перед назначением терапии генно-инженерными биологическими препаратами включает:

Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях

Анамнез, жалобы

Все выше перечисленное

Клиническое исследование

Туберкулинодиагностика

Для диагностики латентной туберкулезной инфекции выполняется:

Все выше перечисленное

Проба Манту

ДИАСКИНТЕСТ© (Россия)

QuantiFERON®-TB Gold IT

T-SPOT.TB

Об отрицательном результате пробы Манту свидетельствует следующий размер папулы:

5-9 мм

0-4 мм

10-14 мм

15-16 мм

17-21 мм

При положительном результате пробы Манту целесообразно:

Начать лечение генно-инженерными биологическими препаратами
Выполнить Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB
Никогда не назначать генно-инженерные биологические препараты
Провести повторно пробу Манту

При появлении положительной пробы Манту или ее нарастании (переход из слабо положительной в выраженную или гиперергическую) на фоне лечения генно-инженерными биологическими препаратами целесообразно:

Продолжить терапию генно-инженерным биологическим препаратом в прежнем режиме

Отменить генно-инженерный биологический препарат

Провести Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB

Уменьшить дозу получаемого генно-инженерного биологического препарата

Пациенту с ревматоидным артритом проводилась терапия инфликсимабом вместе с метотрексатом с хорошим эффектом. Через 6 мес. при плановом обследовании впервые была выявлена положительная проба Манту. Ваши действия:

Начать прием другого базисного противовоспалительного препарата

Отменить метотрексат

Выполнить Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB

Уменьшить дозу метотрексата

Провести повторную пробу Манту

У пациентки с ревматоидным артритом, вторичным амилоидозом, проживающей в эндемичном по туберкулезу регионе, в связи с выраженным обострением принято решение впервые начать лечение генно-инженерными биологическими препаратами. При обследовании, данных за активный туберкулез и латентную инфекцию нет. Наиболее предпочтительный препарат:

Тоцилизумаб

Ингибиторы ФНО- α

Ритуксимаб

Абатацепт

Нестероидные противовоспалительные препараты способны оказывать следующие фармакологические эффекты, за исключением:

Селективная активация потенциалнезависимых калиевых каналов

Блокада циклооксигеназы-2 и снижение синтеза простагландинов в области поражения

Подавление экспрессии м-РНК циклооксигеназы-2

Снижение активации периферических ноцицепторов

Ускорение апоптоза и снижение неоангиогенеза

Нестероидные противовоспалительные препараты малоэффективны в следующей ситуации:

При лечении фибромиалгии

Для контроля боли при остеоартрите и неспецифической боли нижней части спины
При купировании острой почечной колики
Для лечения головной боли напряжения и мигрени
При лечении локального ревматического воспаления околоуставных мягких тканей

Нежелательная реакция, не характерная для терапии нестероидными противовоспалительными препаратами:

Обострение воспалительных заболеваний кишечника
Повышение риска сосудистых тромбозов
Формирование привыкания и абстинентный синдром
Миелотоксические реакции
Острая почечная недостаточность

Безопасен для использования у больной ревматоидным артритом и хроническим гепатитом С:

Нимесулид
Кеторолак
Диклофенак
Мелоксикам
Ибупрофен

Относительно большая гастробезопасность целекоксиба в сравнении с комбинацией диклофенак+ингибитор протонной помпы объясняется тем, что:

Целекоксиб обладает собственным гастропротективным потенциалом
Коксибы реже вызывают диспепсию, чем комбинация Н-НПВП и ИПП
Применение ИПП не снижает риск кровотечения из верхних отделов ЖКТ
ИПП не снижают риск развития НПВП-энтеропатии, поэтому комбинация диклофенака и ИПП чаще вызывает поражение дистальных отделов ЖКТ
Диклофенак имеет наиболее высокий риск ЖКТ-осложнений среди всех НПВП

Какая нежелательная реакция не характерна для ИПП, используемых для профилактики НПВП-гастропатии?

Усиление симптоматики ГЭРБ
Повышение риска развития кишечных инфекций
Снижение эффективности клопидогрела
Ускорение развития остеопороза
Повышение токсичности метотрексата

Пациентка 35 лет заболела 3 месяца назад. Дебют болезни с симметричного полиартрита мелких суставов кистей и стоп, фебрильной лихорадки до 38.6. Через 1,5 месяца присоединились боли в мышцах плечевого и тазового пояса, одышка при умеренной физической нагрузке. При осмотре: синдром Рейно, трещины на латеральных поверхностях пальцев кистей, артрит лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, положительный симптом сжатия стоп. При мануальном мышечном тестировании

выявляется умеренная слабость в мышцах бедер и плечевого пояса (8 баллов из 10). Из полного приседа встает с приемами Говерса. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними и средними отделами легких. При обследовании: В клиническом анализе крови гемоглобин 113г/л, лейкоциты 12.5×10^9 /л, тромбоциты 440×10^9 /л, СОЭ 37 мм час, АЛТ 115 ед/мл, АСТ 187 ед/мл (норма до 35), КФК 1100, АНФ Нер -2 1/640 sp (норма до 1/160), а-Jo-1 более 200 (норма до 25). Игольчатая ЭМГ 4-х головкой мышцы бедра: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда снижены, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ. **НАИБОЛЕЕ ВАЖНО** выполнить на следующем этапе:

ПЭТ

Анализ крови на онкомаркеры

Колоноскопия и гастроскопия

КТ органов грудной клетки, функциональные легочные тесты, определение диффузионной способности легких

Рентгенография кистей и дистальных отделов стоп

Пациентка 35 лет заболела 6 месяцев назад. Дебют болезни с симметричного полиартрита мелких суставов кистей и стоп, субфебрильной температуры, через 1,5 месяца присоединились боли в мышцах плечевого и тазового пояса, одышка при умеренной физической нагрузке. При осмотре: синдром Рейно, трещины на латеральных поверхностях пальцев кистей, артрит лучезапястных, пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, положительный симптом сжатия стоп. При мануальном мышечном тестировании выявляется умеренная слабость в мышцах бедер и плечевого пояса. Из полного приседа встает с приемами Говерса. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними и средними отделами легких. При обследовании: В клиническом анализе крови гемоглобин 113г/л, лейкоциты 12.5×10^9 /л, тромбоциты 440×10^9 /л, СОЭ 37 мм час, АЛТ 115 ед/мл, АСТ 187 ед/мл (норма до 35), КФК 1100, АНФ Нер -2 1/640 sp (норма до 1/160), а-Jo-1 более 200 (норма до 25). Игольчатая ЭМГ 4-х головкой мышцы бедра: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда снижены, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ. Компьютерная томография органов грудной клетки: картина фиброинтерстициальных изменений с преимущественным поражением нижних и средних задних отделов обоих легких. ФВД: Форсированная жизненная легких снижена до 70%, максимальная жизненная легких снижена до 69%, нарушение диффузионной способности тяжелой степени 35%. Установите диагноз:

Ревматоидный артрит с системными проявлениями

Системная красная волчанка

Антисинтетазный синдром

Системная склеродермия

Болезнь Шегрена

У пациентки 64 лет, которая 6 лет страдает болезнью Шегрена, 3 года назад была выявлена гепатоспленомегалия. 2 месяца назад присоединились симметричные

артриты мелких суставов кистей, стоп, коленных и голеностопных суставов. В анализах: СРБ 40 мг/л (N<5,0), РФ -121 МЕ/мл (N<15,0), АЦЦП резко положительный, АНФ 1/640sp. В общем анализе крови выявлены анемия (Hb-85 г/л), лейкоциты - 19 тыс/мкл, гранулоциты-71%, лимфоциты -23%, моноциты-6%, тромбоциты - 459 тыс/мкл, СОЭ по Вест.- 60 мм/ч, в биохимическом анализе крови за исключением повышения мочевины до 2,5 норм, а также до 3 норм ЛДГ и до 2 норм ГГТП, все другие показатели в пределах нормы. Анти-HCV, HBsAg отрицательны. На рентгенограммах кистей неэрозивный артрит, околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей. На УЗИ внутренних органов печень размерами 150x90 мм, селезенка 240x80 мм. Компьютерная томография органов грудной клетки и органов малого таза без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Каким заболеванием может быть обусловлена спленомегалия:

Миелофиброз

Т-клеточная лейкемия из больших гранулированных лимфоцитов

Т-клеточная лейкемия из больших гранулированных лимфоцитов

Миелома

Аутоиммунный гепатит с исходом в цирроз печени

У пациента, 52 лет, рецидивирующая пурпура на голенях в течение 3 мес., а также развившаяся в течение 1 недели фебрильная лихорадка с повышением СРБ до 60 мг/л (N<5). Дифференциальный диагноз необходимо проводить с:

Гранулематоз с полиангиитом

Макроглобулинемия Вальденстрема

Криоглобулинемический васкулит

со всеми вышеперечисленными заболеваниями

Болезнь Шегрена

Согласно преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения, здоровье - это:

состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов

динамический процесс, характеризующийся отсутствием болезней и их симптомов

комплекс показателей, отражающих способность организма полностью выполнять свои функции

Норматив объемов медицинской помощи в стационарных условиях:

Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год

Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год и количество случаев

госпитализации на 1 застрахованного в год

Количество случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо в год

Количество койко-дней на 1 застрахованное лицо в год

Количество койко-дней на 1 жителя в год и количество койко-дней на 1 застрахованного в год

Норматив объемов паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях:

Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год

Количество койко-дней на 1 жителя в год

Количество пациенто-дней на 1 жителя в год

Количество медицинских услуг на 1 жителя в год

Понятие «глобальное бремя болезней» включает:

Заболеваемость, рождаемость, смертность

Преждевременную смертность, заболеваемость, инвалидность

Смертность, ожидаемую продолжительность жизни, рождаемость

Инвалидность, летальность, заболеваемость

Преждевременную смертность, рождаемость, инвалидность

Показатель DALY (Disability-adjusted life year)- это:

Приобретенные годы качественной жизни

Годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смертности

Потеря 1 года здоровой жизни

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Средняя продолжительность предстоящей жизни

Назовите данные, необходимые для расчета общей заболеваемости:

число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах; число прошедших медицинский осмотр

число всех заболеваний, выявленных в данном году; общее число заболеваний, зарегистрированных в предыдущем году

число заболеваний, выявленных впервые в данном году; среднегодовая численность населения

число всех заболеваний, выявленных в данном году; среднегодовая численность населения

число заболеваний, выявленных в предыдущем году; среднегодовая численность населения

К категории длительно и часто болеющих относятся пациенты, имеющие:

6 случаев и 40 дней временной нетрудоспособности в год по разным заболеваниям

2 случая и 50 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

4 случая и 60 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

4 случая и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

8 случаев и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию

Больной 3. 54 лет, маляр, как длительно болеющий впервые направлен на ВТЭК

15.03. Документы приняты и зарегистрированы в экспертной комиссии 16.03.

Освидетельствование происходит только 25.03, где больной признается инвалидом III группы. Укажите каким числом и с какой формулировкой лечебное учреждение закрывает больничный лист:

признан инвалидом III группы во ВТЭК 16.03

признан инвалидом III группы во ВТЭК 15.03
признан инвалидом III группы во ВТЭК 25.03
приступить к работе с 25.03
направить в стационар 25.03

Норматив занятости койки в году для городской местности:

340 дней
320 дней
310 дней
300 дней

Медицинские услуги в стандартах медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ, указываются в соответствии с:

Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении
Перечнем услуг, утверждаемых в медицинской организации
МКБ-10

Женщина, 29 лет, с достоверным серопозитивным ревматоидным артритом, дебютировавшим в 16-летнем возрасте, 2 года назад перенесла операцию эндопротезирования тазобедренного сустава, 2 предшествующие беременности были прерваны по медицинским показаниям. В настоящее время на фоне приема лефлуномида 20мг/сут, метилпреднизолона 4мг/сут и нимесулида до 200 мг/сут отмечена ремиссия заболевания. Пришла на консультацию в связи с планированием беременности. Выберите верное утверждение:

Наличие эндопротеза тазобедренного сустава является противопоказанием для беременности
Около 16-27% беременных имеют полную ремиссию РА к 3-ему триместру беременности и не нуждаются в терапии
На фоне беременности течение РА улучшается у 90% больных
Зачатие может быть разрешено сразу после отмены лефлуномида
У больных с проблемами фертильности НПВП должны отменяться перед зачатием

Пациентка с системной красной волчанкой, стабильной в течение 6 месяцев, пришла на консультацию к ревматологу на 10 неделе беременности. Выберите верное утверждение:

Аминохинолиновые препараты должны быть отменены
Активность СКВ должна контролироваться в течение всей беременности
Наращение СОЭ в период беременности указывает на обострение СКВ
Прием преднизолона в средних и высоких дозах может привести к преждевременным родам
Лактация у больных СКВ противопоказана

У 21-летней ранее здоровой женщины на 16 неделе её первой беременности появляются лихорадка до 38°C по вечерам, эритематозные высыпания на коже лица и туловища, артралгии. При обследовании: СОЭ 25мм/час (по Панченкову),

протеинурия до 0,7г/сут без изменения мочевого осадка, в иммунологическом анализе крови: повышение а-нДНК, АНФ(+). Впервые диагностируется СКВ.

Рациональная тактика:

Провести пульс-терапию метилпреднизолоном

Назначить азатиоприн

Назначить плаквенил

Назначить преднизолон внутрь в суточной дозе менее 0,5мг/кг

Прервать беременность

Какое из следующих показаний для оперативного родоразрешения беременной с СКВ является неверным?

Выраженные иммунологические нарушения (повышение а-нДНК, Sm-АТ, АНФ)

Плохо контролируемая активность СКВ с поражением внутренних органов (почек, легких, сердца)

Поражение тазобедренных суставов (асептический некроз, коксит) с нарушением их функции

Сопутствующий антифосфолипидный синдром с симптомами поражения ЦНС

Неонатальная волчанка плода

Для неонатальной волчанки справедливо все, кроме:

Наиболее тяжелое проявление синдрома - полная поперечная блокада сердца

Матери новорожденных с неонатальной волчанкой страдают синдромом Шегрена, системной красной волчанкой или ревматоидным артритом

Диагностируется у плода с ранних сроков беременности

У Ro/SSA- и La/SSB-позитивных матерей, имеющих детей с неонатальной волчанкой, при последующей беременности риск развития полной поперечной блокады у плода/новорожденного возрастает до 17-18%

Профилактическое назначение медикаментозной терапии новорожденным от Ro/SSA- и La/SSB-позитивных матерей не рекомендуется

Выберите верное утверждение относительно применения нестероидных противовоспалительных препаратов при беременности и лактации:

Использование после 20 недели беременности может ухудшать функцию почек плода и приводить к маловодию.

Противопоказаны во 2-ом триместре беременности.

НПВП могут влиять на фертильность.

Не влияют на развитие беременности и течение родов.

Прием матерью НПВП не совместим с кормлением грудью.

Верное утверждение о применении глюкокортикоидов у беременных и кормящих матерей с ревматическими заболеваниями:

Использование глюкокортикоидов в 1-ом триместре беременности ассоциируется с увеличением риска расщепления верхнего неба у ребенка.

При родоразрешении глюкокортикоидная терапия не меняется.

Использование глюкокортикоидов в 1-ом триместре беременности ассоциируется с

повышенным риском развития гестационного диабета и артериальной гипертензии беременных.

Фторсодержащие глюкокортикоиды (бетаметазон, дексаметазон) при беременности не назначаются.

Глюкокортикоидная терапия у матери не совместима с грудным вскармливанием.

Выберите верное утверждение относительно применения базисных противовоспалительных препаратов при беременности:

Азатиоприн противопоказан при беременности;

Гидроксихлорохин не повышает риск выкидыша, врожденных пороков плода, неблагоприятных исходов беременности;

Микофенолата мофетил должен отменяться не менее чем за 3 месяца до планируемой беременности;

Прием сульфалазина в течение беременности, вероятно, не представляет опасности для плода;

Пациент получает длительное время антагонисты витамина К (варфарин) и планируется проведение эндопротезирования суставов. Действия врача-ревматолога:

Уменьшить дозу варфарина

За 10-14 дней до операции перевести больного на низкомолекулярные гепарины

Оставить варфарин в прежней дозе под тщательным контролем коагулограммы

Начинать применение антибиотиков широкого спектра действия для профилактики инфекционных осложнений следует:

За 1 день до операции

Время максимальной концентрации антибиотика в крови должно приходиться на время выполнения операции

Только в послеоперационном периоде

Используется для профилактики венозных тромбозов и не требует лабораторного контроля:

Дабигатрана этексилат

Гепарин

Варфарин

Какая доза глюкокортикоидов в пересчете на преднизолон является безопасной при проведении эндопротезирования суставов?

15 мг

20 мг

10 мг

Рекомендации больному с ревматоидным артритом, получающему метотрексат в периоперационном периоде:

не отменять метотрексат

отменить метотрексат и возобновить прием через 2 недели после операции
увеличить дозу метотрексата перед операцией и снизить ее в послеоперационном периоде

После эндопротезирования суставов медикаментозную профилактику венозных тромбозов дабигатраном этексилатом (продакса) или ривароксабаном (ксарелто) необходимо проводить:

35 дней

до снятия швов

90 дней

Фактор риска остеопороза, имеющий уровень доказательности А:

Все ответы верны

Возраст

Малотравматические переломы в анамнезе

Пол

Наследственный анамнез остеопороза

Назовите независимый фактор риска переломов:

Гипогонадизм

Падения

Иммобилизация

Курение

Злоупотребление алкоголем

Остеопороз при ревматоидном артрите может быть:

Проявлением болезни

Все ответы верны

Осложнением болезни

Неблагоприятной реакцией на терапию глюкокортикоидами

Коморбидным состоянием

В резорбции костной ткани участвуют:

Остеобласты

Моноциты

Остеоциты

Остеокласты

Фибробласты

Определение концентрации маркеров резорбции и формирования костной ткани в сыворотке крови в клинической практике необходимо для:

Проведения дифференциально-диагностических мероприятий

В клинических исследованиях для контроля антиостеопоротической терапии в динамике

Установления диагноза остеопороза

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии и выбора дальнейшей тактики лечения

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Первая линия терапии остеопороза:

Заместительная гормональная терапия

Препараты кальция и витамина Д

Бисфосфонаты

Активные метаболиты витамина Д

Кальцитонин

Диагностическими критериями СКВ являются все симптомы, кроме:

А. Фотосенсибилизация

Д. Синдром Рейно)

Б. Артрит

В. Поражение почек

Г. Полисерозит

Выберите симптом, редко встречающийся при СКВ

В. Поражение слизистых

А. Артрит

Д. Геморрагический альвеолит

Б. Нефрит

Г. Полисерозит

При системной красной волчанке могут встречаться следующие варианты поражения опорно-двигательного аппарата, кроме:

Б. Асептические некрозы

В. Фибромиалгический синдром

А. Миастенический синдром

Г. Ахиллобурсит

Д. Артриты крупных суставов

Следующие выводы о суставном синдроме при системной красной волчанке верны, кроме:

Излюбленная локализация – мелкие суставы кисти

Поражение суставов при СКВ ассоциируется с высокими уровнями С-реактивного белка

Возможно поражение крупных суставов

Длительность утренней скованности менее 30 минут

Возможно наличие эрозивного процесса на рентгенограммах

Не входят в диагностические критерии СКВ (SLICC, 2012):

Феномен Рейно, сетчатое ливедо

Алопеция, капилляриты

Панникулит

Неэрозивный симметричный мигрирующий артрит

Поперечный миелит

Какой набор критериев СКВ (SLICC, 2012) соответствует достоверному диагнозу системной красной волчанки:

4 клинических

4 критерия (из них обязательно 1 клинический и 1 иммунологический)

2 иммунологических

3 иммунологических

3 клинических

Выберите признак, входящий в шкалу определения активности системной красной волчанки SLEDAI-2K:

Анемия (гемоглобин ниже 90 г/л)

Тромбоцитопения ниже 100 тыс., исключая лекарственные причины

АНФ в титре выше 1/160

АНФ гомогенного типа свечения

Лейкопения ниже 4 тыс., исключая лекарственный генез отклонения

Укажите минимальную длительность симптомов, входящих в индекс повреждения SLICC/ACR:

2 месяца

3 месяца

1 месяц

6 месяцев

12 месяцев

Все положения о суставном синдроме у больных СКВ являются верными, кроме

Обнаруживаются очень высокие титры ревматоидного фактора

Часто наблюдается мигрирующий полиартрит мелких суставов кисти

На рентгенограммах суставов кистей и стоп возможно обнаружение эрозий

Длительность утренней скованности составляет менее 30 минут

Полиартикулярное поражение суставов ассоциируется с обострением заболевания

Следующие выводы о суставном синдроме при СКВ верны, кроме

Характерно развитие симметричного, мигрирующего артрита, чаще вовлекающего мелкие суставы кистей

Утренняя скованность нехарактерна

Артралгии встречаются практически у всех больных

Часто встречается моноартрит коленного сустава

Часто встречается моноартрит коленного сустава

Для подострой кожной красной волчанки характерно все, кроме:

Самыми частыми признаками являются поражение кожи и суставов

Поражение почек и ЦНС встречается редко
Чаще развивается у мужчин
Редко встречается положительный АНФ
Является вариантом СКВ

При системной красной волчанке реже всего регистрируют:

Антитела к двуспиральной ДНК
Положительные антиядерные антитела
Увеличение СОЭ
Ревматоидный фактор
Антикардиолипиновые антитела

На присоединение бактериальной инфекции у больных системной красной волчанкой с наибольшей вероятностью указывает:

Высокий уровень СРБ
Ускорение СОЭ
Лейкоцитоз
Тромбоцитоз
Лимфопения

При синдроме неонатальной волчанки выявляются следующие лабораторные нарушения:

все из вышеперечисленных
Анти-Ro антитела
анти-La антитела
анти- U1RNP – антитела
анемия, тромбоцитопения

Выберите признак, характерный для системной красной волчанки и не встречающийся при синдроме лекарственной волчанки:

Высокие уровни антител к ДНК
Лейкопения
Тромбоцитопения
Положительный АНФ
Антитела к гистонам

Выберите признак, характерный для системной красной волчанки и редко встречающийся при синдроме лекарственной волчанки

Нефрит
Плеврит
Фотосенсибилизация
Лихорадка
Перикардит

Развитие синдрома неонатальной волчанки новорожденных возможно при

наличии у матерей всех заболеваний, кроме:

- Д. Эозинофиального фасциита
- А. Системной красной волчанки
- Б. Ревматоидного артрита
- В. Болезни Шегрена
- Г. Лейкоцитокластического васкулита

Препарат, не включенный в рекомендации EULAR для лечения больных системной красной волчанкой:

- Плаквенил
- Флударабин
- Циклофосфамид
- Метотрексат
- Ацетилсалициловая кислота

Для синдрома неонатальной волчанки характерно все, кроме

Сочетание врожденной полной поперечной блокады и поражения кожи встречается у 10% новорожденных

Симптоматика неонатальной волчанки появляется в первые 2 месяца жизни

Частота врожденной полной поперечной блокады составляет 15-30% случаев

У 30% детей с неонатальной волчанкой впоследствии развивается идиопатическая СКВ

Симптоматика самостоятельно регрессирует по мере элиминации материнских аутоантител из организма ребенка

Для синдрома лекарственной волчанки характерно все, кроме:

С одинаковой частотой развивается в любом возрасте

Часто встречается поражение кожи, суставов и серозиты

Редко поражаются жизненно важные органы (почки и ЦНС)

После отмены лекарственного препарата клиническая симптоматика быстро регрессирует

Возможно применение препаратов, индуцирующих лекарственную волчанку, у больных идиопатической СКВ

Для синдрома лекарственной волчанки характерно все, кроме:

После отмены лекарственного препарата клиническая симптоматика быстро регрессирует

Необходима длительная экспозиция лекарственного препарата

В 3 раза чаще встречается у женщин

Чаще развивается у пожилых больных

В большинстве случаев не требует лечения

Все положения о неонатальной волчанке верны, кроме

Обусловлена трансплацентарным пассажем материнских аутоантител

Требует назначения глюкокортикоидов в течение 2-3 месяцев

Развивается в первые 2 месяца жизни новорожденного
Характеризуется поражением кожи и сердца
Самостоятельно проходит в течение 4-6 месяцев после возникновения

Какие положения о синдроме Фелти верны:

- Б. Серонегативный вариант ревматоидного артрита
- А. Серопозитивный вариант ревматоидного артрита и
- В. Развивается как у мужчин, так и у женщин и
- Г. Может развиваться гепатомегалия и
- Д. Лейкопения может рецидивировать после спленэктомии

Заболевания, при которых может развиваться двухсторонний сакроилеит:

- Синдром Рейтера и
- Псориаз и
- Ювенильный хронический артрит
- Параплегия
- бруцеллез

Реактивные артриты вызывают:

- Shigella flexneri и
- Yersinia enterocolitica и
- Salmonella typhimurium и
- Campilobacter fetus и
- Chlamidia trachomatis

Для остеоартрита не характерно:

- Механический тип болей
- Ухудшение общего состояния пациентов
- Деформация суставов
- Ограничение подвижности суставов
- Преимущественное поражение опорных суставов

Характерные признаки генерализованного остеоартрита:

- Эрозии мелких суставов кистей и стоп
- Суставы Клаттона
- Узелки Гебердена и
- Узелки Бушара
- Эрозии тел верхних поясничных и нижних грудных позвонков

Факторы риска остеопороза:

- Курение
- Занятия спортом
- Ожирение
- Злоупотребление кофе и

Ранняя менопауза

Отметить ситуации, при которых может развиваться синдром запястного канала:

Микседема и
Беременность и
Первичный амилоидоз и
Ревматоидный артрит
Алкогольный цирроз печени

Синдром Жаку может развиваться при:

Остеоартрите
Ревматоидном артрите
Системной красной волчанке
Острой ревматической лихорадке
Идиопатическом панникулите Вебера-Крисчена

Отметить факторы риска развития остеоартрита:

Ожирение и
Диабет и
Акромегалия и
Гемохроматоз
Гипертиреоз

Признаки эозинофильного фасциита:

Связь с гематологическими заболеваниями
Отек дистальных отделов конечностей и
Развитие после непривычной физической нагрузки и
Периферическая эозинофилия
Частое поражение почек

Признаки рецидивирующего полихондрита:

Узловатая эритема
Поражение суставов часто является первым признаком заболевания
Резкая болезненность и покраснение наружного отдела ушной раковины и
Седловидная деформация носа и
Хороший эффект при назначении глюкокортикоидов

Основные проявления гигантоклеточного васкулита:

Боль в верхнечелюстных суставах, усиливающаяся при жевании
Ревматическая полимиалгия и
Слепота и
Головная боль
Лихорадка

Сосуды крупного калибра поражаются при:

Болезнь Бюргера
Артериит Такаясу и
Височный артериит
Узелковый периартериит
Геморрагический васкулит

Сетчатое ливедо может развиваться при:

Системная красная волчанка и
Синдром Снеддона и
Антифосфолипидный синдром и
Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
Атеросклеротическое поражение сосудов

Суставной синдром может встречаться при:

Тромботической тромбоцитопенической пурпуре и
Гемофилии и
Хроническом лимфолейкозе и
Синдроме Шенлей-Геноха и
Полицитемии

Показанием для внутрисуставного введения препаратов гиалуроновой кислоты при остеоартрите коленных суставов является:

Недостаточная эффективность внутрисуставного введения глюкокортикоидов
Недостаточная эффективность немедикаментозных методов лечения
Недостаточная эффективность НПВП
Недостаточная эффективность хондропротекторов
Недостаточная эффективность локальных аппликаций противовоспалительных препаратов

Низкая активность или ремиссия ревматоидного артрита после начала терапии должна быть достигнута в следующий срок:

1 месяц
6 месяцев
3 месяца
9 месяцев
12 месяцев

Корректировать проводимую больному ревматоидным артритом терапию при отсутствии эффекта следует:

Через 3 месяца
Через 1 месяц
Через 6 месяцев
Через 9 месяцев
Через 12 месяцев

Критериям ремиссии ревматоидного артрита по ACR/EULAR соответствуют следующие значения индексов активности:

SDAI < 2,9

CDAI < 3,3

DAS 28 < 2,6

SDAI < 3,3 и

CDAI < 2,9

Максимальное количество суставов с признаками воспаления, которое может иметь пациент, соответствующий критериям ремиссии ревматоидного артрита по ACR/EULAR:

2

0

1

3

4

Укажите суставы из нижеперечисленных, которые не могут учитываться при определении числа пораженных суставов в рамках классификационных критериев ревматоидного артрита ACR/EULAR:

Тазобедренные

Плечевые

Акромиально-ключичные

Первые запястно-пястные

Височно-нижнечелюстные

Для вычисления индекса DAS28 используются следующие показатели:

Число болезненных суставов, число припухших суставов, боль в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка состояния здоровья больным в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число воспаленных суставов, общая оценка активности болезни больным в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни врачом в мм по ВАШ, СОЭ

Число болезненных суставов, число припухших суставов, общая оценка активности болезни больным в см по ВАШ, СОЭ

В классификационных критериях ревматоидного артрита ACR/EULAR количество пораженных суставов определяется как:

Число припухших суставов

Число болезненных суставов + число припухших суставов

Число болезненных суставов

Число припухших, но не болезненных суставов + число болезненных суставов

Число воспаленных суставов + число болезненных суставов

Характерным признаком медиального эпикондилита является:

Припухлость в области медиального надмыщелка плечевой кости

Боли в области медиального надмыщелка плечевой кости при сгибании кисти и пальцев и пронации предплечья

Боли в области медиального надмыщелка плечевой кости при сгибании кисти и пальцев и супинации предплечья

Боли в области медиального надмыщелка плечевой кости при разгибании кисти и пальцев и пронации предплечья

Боли в области медиального надмыщелка плечевой кости при разгибании кисти и пальцев и супинации предплечья

Боли и парестезии при синдроме канала Гийона локализуются в области:

4-5 пальцев кисти

предплечья и 1-4 пальцев кисти

1-4 пальцев кисти

ладонной поверхности 4-5 пальцев кисти

Термин «метатарзалгия» применяется для обозначения боли:

в среднем отделе стопы

в переднем отделе стопы

в области тарзального канала

в заднем отделе стопы

Тендовагинит сгибателей стопы сопровождается болями:

в среднем отделе стопы

в области медиальной лодыжки и

в переднем отделе стопы и

в области латеральной лодыжки

Наличие жировой дегенерации костной ткани по данным магниторезонансной томографии свидетельствует о:

Наличии хронического воспаления костной ткани

Наличии острого воспаления костной ткани

Травматическом повреждении костной ткани

Возрастной дистрофии костной ткани в данной области

Локализованном инфекционном очаге в костной ткани

Начальным рентгенологическим признаком поражения поясничного отдела позвоночника при анкилозирующем спондилите является:

Появление спондилофитов

«Квадратизация» тел позвонков

Синдром Андерсона

Наличие синдесмофитов

Дорентгенологическая стадия анкилозирующего спондилита- это:

Все выше перечисленные ответы верны

Наличие воспалительной боли в спине при отсутствии рентгенологических и томографических признаков поражения костно-суставного аппарата

Наличие воспалительной боли в спине и признаков острого воспаления крестцово-подвздошных суставов (остеит) по данным магниторезонансной томографии, при отсутствии рентгенологически достоверного сакроилиита

Наличие острого воспаления крестцово-подвздошных суставов по данным магниторезонансной томографии при отсутствии боли в спине и рентгенологических признаков сакроилиита

Характерным клиническим проявлением сакроилиита является:

Усиливающаяся при приседаниях боль в ягодицах

Покраснение и припухание в зоне проекции крестцово-подвздошных суставов

Воспалительная боль в нижней части спины

Перебегающая боль в ягодичной области

Основным клиническим проявлением анкилозирующего спондилита является:

Ограничение подвижности позвоночника во фронтальной проекции

Воспалительная боль в спине

Утренняя скованность в позвоночнике

Симптом Форестье

Укажите измерение позвоночника, не входящее в индекс BASMI:

Расстояние от козелка до стены

Сгибание в поясничном отделе позвоночника (модифицированный тест Шобера)

Экскурсия грудной клетки

Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника

Выберите наиболее правильное определение. Индекс BASFI -это:

Индекс, определяющий активность анкилозирующего спондилита

Индекс, оценивающий функциональный статус пациента

Индекс, определяющий качество жизни пациента

Индекс, определяющий базовую активность самофиксирующим опросником

Укажите различие между имеющимися версиями индекса ASDAS:

Используют разные лабораторные показатели (СОЭ или СРБ)

Зависит от значения индекса BASDAI

Зависит от длительности болезни

Определяется по функциональному классу

Укажите различие между сакроилиитом, диагностируемым компьютерной и магниторезонансной томографией:

При магниторезонансном исследовании лучше различим даже минимальный субхондральный склероз костной ткани

Визуализацией разных патологических процессов

Различий нет

Возможностью большей детализации имеющихся эрозий в крестцовоподвздошных суставах при использовании компьютерной томографии

Выберите наиболее правильное определение синдесмофитов:

Вертикально ориентированные костные оссификаты, расположенные внутри фиброзного кольца межпозвонкового диска

Остеофиты на краях смежных позвонков, с характерным для АС срастанием между собой

Ориентированные вертикально спондилофиты, срастающиеся между собой

Вертикально ориентированные костные оссификаты, расположенные снаружи от фиброзного кольца межпозвонкового диска

Сакроилиит IV рентгенологической стадии по Kellgren характеризуется:

Отсутствием и\или незначительным субхондральным остеосклерозом на отдельных участках около суставов с анкилозированием щели сустава

На фоне остеосклероза и анкилоза крестцово-подвздошных суставов развитие выраженных кистовидных просветлений d.

Выраженным субхондральным остеосклерозом с анкилозированием суставной щели

Анкилозирование крестцово-подвздошных суставов на фоне выраженного остеопороза окружающей костной ткани

Укажите на основании каких данных рентгеновской денситометрии аксиального скелета можно поставить диагноз остеопороз при снижении показателя МПК ниже -2.5 CO:

В зоне Варда

В межвертельной зоне проксимального отдела бедра

Только в одном позвонке

По общему показателю для 2-4 позвонков

В 2-х из 4-х позвонков

У женщины 71 года при обследовании случайно выявлена компрессия L4 позвонка. По данным денситометрии бедра МПК по Т-критерию -2,6 CO только в области Варда, в позвоночнике L1-L4 Т-критерий -1,5 CO. Укажите на основании чего можно поставить диагноз остеопороза:

Т-критерий ниже -2,5 CO в области Варда

Т-критерий ниже -2,5 CO в позвоночнике /шейке бедра/общем показателе бедра можно поставить диагноз остеопороза без измерения МПК

необходимо исключить из анализа L4 позвонков и оценить Т-критерий L1-L3

На основании имеющихся данных денситометрии пациентке нельзя поставить диагноз остеопороза

Программа FRAX используется для:

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Прогнозирования вероятности остеопоротических переломов у женщин в постменопаузе

Выбора тактики ведения пациента у пациента с малотравматичным переломом 3

У молодых женщин и мужчин для выявления факторов риска перелома

Постановки диагноза остеопороза у больных старше 65 лет

Укажите наиболее доступный метод исследования, который позволяет диагностировать перелом тела позвонка:

МРТ позвоночника

Остеоденситометрия позвоночника

Рентгенография позвоночника в прямой проекции

Рентгеноморфометрия грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции

КТ позвоночника

Перед назначением терапии остеопороза необходимо оценить следующие биохимические показатели:

Кальций, фосфор, мочевины, общий белок

Кальций, креатинин /клиренс креатинина, АСТ, АЛТ

Кальций, магний, калий

Кальций, фосфор, клиренс креатинина, щелочная фосфатаза

Кальций, фосфор, креатинин, щелочная фосфатаза, общий белок, билирубин, АСТ, АЛТ

Определение уровня кальция в крови у пациента с подозрением на остеопороз используется для:

определения тактики ведения

дифференциальной диагностики

постановки диагноза остеопороза

дифференциальной диагностики и определения тактики ведения

прогнозирования эффективности препарата

Пациентка 58 лет с остеопорозом принимает патогенетическую терапию и употребляет достаточное количество молочных продуктов. Укажите необходимую ей суточную дозу витамина D:

Не нужен, так как его много в молочных продуктах

Не нужен, так как она получает патогенетическое лечение

400-600 МЕ

800 -2000 МЕ

Назначается только при выявлении гипокальциемии

Женщина в возрасте 40 лет с сохранным менструальным циклом страдает ревматоидным артритом в течение 7 лет, на протяжении 3-х лет получает преднизолон в дозе 5 мг/сут, переломов не было. При обследовании выявлено

снижение минеральной плотности -1,6 SD по Z критерию. Тактика ведения пациентки:

- Назначение стронция ранелата
- Назначение деносумаба
- Назначение бисфосфонатов
- Назначение кальция и витамина Д
- Наблюдение без терапии

После введения внутривенных бисфосфонатов наиболее часто возникают побочные эффекты:

- Диарея
- Эзофагит
- Аллергические реакции
- Гриппоподобный синдром
- Инфекционные осложнения

Псориатический артрит относится к следующей группе заболеваний:

- Системные васкулиты
- Спондилоартриты
- Болезни костей, хряща и остеохондропатии
- Болезни внесуставных мягких тканей
- Микрокристаллические артриты

Выберите отличительный клинический признак псориатического артрита:

- Синдром Рейно
- Дактилит
- Боль в мышцах верхнего плечевого пояса
- Пришеечный кариес
- Артрит 1-го плюсне-фалангового сустава

Отметьте базисный противовоспалительный препарат первой линии в лечении больных псориатическим артритом с преимущественным поражением суставов:

- Сульфасалазин
- Метотрексат
- Препараты золота
- Плаквенил
- Циклоспорин

Устекинумаб представляет собой человеческие моноклональные антитела к:

- Интерлейкину-1
- Интерлейкину-17
- Интерлейкину-12 и интерлейкину-23
- Интерлейкину-1 β
- Интерлейкину-6

Из перечисленных групп заболеваний к компетенции ревматолога относятся:

Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата

Дегенеративные заболевания суставов и позвоночника и

Диффузные болезни соединительной ткани и

Ревматическая лихорадка и

Аутовоспалительные синдромы

Комплемент представляет собой:

Постоянно присутствующий в сыворотке белок, обеспечивающий

бактериостатические свойства

Комплекс антиген-антитело

Систему сывороточных белков, активизирующихся комплексом антиген-антитело

Активированный иммуноглобулин

Антиген, продукт гена главного комплекса гистосовместимости