

Вопросы с вариантами ответов по специальности «Ревматология» (II 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/>

В отношении поражения клапанов сердца, ассоциированного с антифосфолипидным синдромом, верно следующее:

Аневризмы венечных артерий

Позитивная гемокультура

Наличие митрального стеноза

Различия АД на конечностях

Все перечисленное верно

Для кальцинированного аортального стеноза характерно:

Г. Эмболические феномены

А. Молодой возраст больного

Б. Ревматический анамнез

В. Узловатая эритема

Д. Все вышеперечисленное

Утверждение, не соответствующее истине:

Ревматическая этиология пролапса митрального клапана

Наличие ревматоидного фактора при инфекционном эндокардите

Высокие титры АСЛ-О являются показателем текущего ревматического кардита

Отсутствие вальвулита при нейроциркуляторной дистонии

Тромбоэмболии при миксоте левого предсердия

Основной причиной негативной гемокультуры при инфекционном эндокардите

является:

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

В отличие от ревматического кардита, для инфекционного эндокардита характерно:

А. Стойкость лихорадочного синдрома
Б. Поражение суставов
В. Наличие систолического сердечного шума на верхушке
Г. Увеличение СОЭ
Д. Ни один из перечисленных выше

Для длительного лечения при болезни Уиппла применяется:

Эритромицин
Цефтриаксон
Амоксициллин
Ко-тримоксазол
Линкомицин

По гистоморфологической картине выделяют форму панникулитов:

В. глубокий
А. соединительный
Г. лобулярный
Б. крапчатый
Д. промежуточный

На прием обратился пациент с жалобами на множественные распространенные умеренно болезненные красные узлы на голенях и предплечьях, лихорадку, озноб и артрит голеностопных суставов. Предварительный диагноз:

Гранулематоз с полиангиитом
Реактивный артрит
Синдром Лефгрена
Системная красная волчанка
Острая ревматическая лихорадка

В качестве варианта панникулита рассматривают:

гигантоклеточный артериит
геморрагический васкулит
болезнь Кавасаки
узелковый васкулит
эозинофильный гранулематоз

При каком ревматическом заболевании синдром Рейно встречается в 100% случаев?

- Ревматоидный артрит с системными проявлениями
- Системная красная волчанка
- Системная склеродермия
- Дерматомиозит
- Болезнь Шегрена

Отличительный признак первичного синдрома Рейно (феномен Рейно) от вторичного синдрома Рейно при системной склеродермии:

- Чаще встречается у женщин, чем у мужчин
- Трофические нарушения - образование язвочек, рубчиков, некрозов
- Трехфазное изменение цвета пальцев (белые, синие, красные)
- Онемение, покалывание пальцев во время приступа
- Провоцирование приступа воздействием холода, волнением

Какие из нижеперечисленных аутоантител НЕ относят к специфичным для системной склеродермии?

- В. Антитела к кардиолипину
- А. Антицентромерные
- Б. Антитела к топоизомеразе I (Scl-70)
- Г. Антитела к РНК-полимеразе III
- Д. Анти ПМ-Скл антитела

Какой из симптомов поражения кожи при системной склеродермии чаще всего появляется в дебюте заболевания?

- А. Отек пальцев (кистей)
- Б. Симптом киста
- В. Гиперпигментация
- Г. Дигитальные рубчики
- Д. Кальцификаты

Какой симптом поражения кожи НЕ характерен для системной склеродермии ?

- А. Индурация
- Г. Алопеция
- Б. Гиперпигментация
- В. Кальциноз мягких тканей
- Д. Телеангиэктазии

Наиболее характерные проявления поражения сердца у больных системной склеродермией :

- Нарушение ритма и проводимости
- Гипертрофическая кардиомиопатия
- Эндокардит Лимбана-Сакса
- Амилоидоз миокарда

Панкардит

Какой из маркеров является серологическим показателем активности ССД?

- А. фибриноген
- Д. Ни один из выше перечисленных
- Б. СРБ
- В. Фактор фон Виллебранта
- Г. креатинин

Какое из аутоантител у АНФ-позитивного больного с выраженным синдромом Рейно позволяет предполагать, что он страдает ССД?

- Г. Анти-Sm
- А. Антитела к цитоплазме нейтрофилов
- Б. Антицентромерные антитела
- В. Анти-Jo-1
- Д. Антикардиолипидные антитела

При системной склеродермии чаще всего поражается следующий отдел желудочно-кишечного тракта:

- Желудок
- Пищевод
- Тонкая кишка
- Толстая кишка
- Прямая кишка

Рестриктивные изменения при системной склеродермии – снижение форсированной жизненной емкости легких при спирографии и диффузионной способности легких - являются следствием:

- Интерстициального поражения легких
- Эмфиземы легких
- Бронхиальной астмы
- Легочной гипертензии
- Анемии

Какой иммуносупрессивный препарат рекомендован для лечения интерстициального поражения легких при системной склеродермии в связи с доказанной клинической эффективностью?

- Циклофосфан
- Микофенолата мофетил (селлсепт)
- Азатиоприн
- Метотрексат
- Циклоспорин А

Для больных с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями наиболее характерны следующие психические расстройства:

Расстройства тревожно-депрессивного спектра - тревожные и депрессивные расстройства
Острый психоз/ делирий
Умеренное когнитивное расстройство
Биполярное аффективное расстройство
Шизофрения

Ложное утверждение относительно влияния психических расстройств на течение и исходы ревматических заболеваний:

РТДС и КН ассоциируются с выраженной хронической усталостью
РТДС (расстройства тревожно-депрессивного спектра) поддерживают высокую клиничко-лабораторную воспалительную активность РЗ
РТДС и КН не влияют на приверженность к лечению РЗ
РТДС и КН усиливают восприятие боли
ПР увеличивают нетрудоспособность, инвалидизацию и смертность больных с РЗ

Какое из нижеприведенных утверждений, касающихся времени манифестации РТДС (расстройства тревожно-депрессивного спектра) у больных с РЗ, является наиболее верным?

Г. РТДС развивается через 10-15 лет от начала РЗ
Б. В большинстве случаев РТДС развивается в течение первого года после постановки диагноза РЗ
А. В 50-60% случаев дебют РТДС на несколько лет предшествует развитию РЗ
В. РТДС развивается в первые 5 лет от начала РЗ
Д. Дебют или рецидив РТДС всегда совпадает с обострением РЗ

Какой симптом не относится к диагностическим признакам депрессии?

Г. Нарушение аппетита
А. Угнетенное - тревожное, тоскливое настроение или апатия
В. Возбуждение или необычное поведение
Б. Потеря интересов и чувства удовольствия
Д. Нарушение сна

Какие из следующих расстройств тревожно-депрессивного спектра наиболее характерны для больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой?

Дистимия
Генерализованное тревожное расстройство
Рекуррентное депрессивное расстройство
Единичный депрессивный эпизод
Расстройство адаптации

Причиной острого психоза/ делирия при ревматическом заболевании может быть все, кроме:

Высокая клиничко-лабораторная активность

Артериальная гипертензия
Прием высоких доз глюкокортикоидов
Инфекционные осложнения (сепсис)
Уремия

Какое клиническое состояние может вызвать значительное снижение тромбоцитов при болезни Шёгрена?

Аутоиммунная тромбоцитопения
Пневмония
Полинейропатия
Опухоль желудка
Интерстициальное поражение легких

Какой вариант лимфом нередко предшествует развитию ревматологических заболеваний?

Д. Болезнь Ходжкина
А. В-крупноклеточные лимфомы
Б. Плазматические дискразии (миелома, макроглобулинемия Вальденстрема)
В. Лимфомы маргинальной зоны
Г. Т-клеточные лимфомы

У пациента через полтора года после пересадки почки развился острый артрит 1-го плюснефалангового сустава. Какой из препаратов, принимаемых пациентом мог быть причиной развития подагры:

Б. Азатиоприн
А. Циклоспорин А
В. Преднизолон
Г. Мофетил микофеналат
Д. Нормодипин

Проведение медикаментозной коррекции гиперурикемии рекомендуется при:

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

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

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

У пациента 32 лет с ожирением, артериальной гипертонией, отягощенной наследственностью по подагре, неоднократно при обследовании выявляется повышение сывороточного уровня мочевой кислоты до 480 мкмоль/л, приступов артрита никогда не было. Рекомендация данному пациенту:

Прием аллопуринола короткими курсами

Лечебное голодание

Прием аллопуринола пожизненно

Диета с ограничением пуринов, повышение физической активности

Назначение аллопуринола при повышении сывороточного мочевой кислоты >540 мкмоль/л

Целевой уровень мочевой кислоты у пациента с подагрой следует поддерживать:

1 год

Пожизненно

До полного стихания обострения артрита

3 года

6 месяцев

Для купирования острого подагрического артрита в случае неэффективности колхицина и нестероидных противовоспалительных препаратов, применяют:

Тоцилизумаб

Ритуксимаб

Канакинумаб

Устекинумаб

Инфликсимаб

У пациента с подагрой НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ длительно поддерживать следующий минимальный сывороточный уровень мочевой кислоты :

180 мкмоль/л

360 мкмоль/л

320 мкмоль/л

280 мкмоль/л

240 мкмоль/л

Максимально допустимая суточная доза аллопуринола:

900 мг

300 мг

600 мг

800 мг

1200 мг

Для ранней диагностики подагры наиболее информативен следующий метод лучевой диагностики:

Компьютерная томография

Рентгенография

Ультрасонография
Магнитно-резонансная томография
Сцинтиграфия

Терапию аллопуринолом обязательно начинают в случае:

У молодых пациентов (до 40 лет) хотя бы с одним приступом подагрического артрита в анамнезе

Снижения экскреции мочевой кислоты

При выявлении сывороточного уровня мочевой кислоты выше 420 мкмоль/л

Более 4 приступов подагрического артрита в год

Более 2 приступов подагрического артрита в год

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

Г. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л у мужчин и <420 мкмоль/л у женщин

Б. Сывороточный уровень мочевой кислоты <300 мкмоль/л

А. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л

В. Сывороточный уровень мочевой кислоты <420 мкмоль/л

Д. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л у женщин и <420 мкмоль/л у мужчин

Цель антигиперурикемической терапии у пациента с хронической тофусной подагрой:

Б. Сывороточный уровень мочевой кислоты <300 мкмоль/л

А. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л

В. Сывороточный уровень мочевой кислоты <420 мкмоль/л

Г. Сывороточный уровень мочевой кислоты <360 мкмоль/л у мужчин и <420 мкмоль/л у женщин

Д. Сывороточный уровень мочевой кислоты <300 мкмоль/л у женщин и <360 мкмоль/л у мужчин

Медикаментозную профилактику приступов артрита при назначении уратснижающих препаратов необходимо проводить:

2 недели

6 месяцев

2 месяца

Проводить не обязательно

3 месяца

Для пирофосфатной артропатии патогномонична следующая лабораторная картина:

Нет таких показателей

Гиперурикемия

Гиперкальциемия

Гипомагниезия
Гипокальциурия

**Пирофосфатная артропатия может имитировать ряд ревматических болезней.
Наиболее часто встречается следующая маска:**

Склеродермия
Ревматоидный артрит
Фибромиалгия
Болезнь Пертеса
Ревматическая полимиалгия

Типичным признаком остеонекроза является следующий рентгенологический признак:

Симптом \"полулуния\"
Очаговый остеопороз
Сужение суставной щели
Кистовидные просветления
Коллапс костной ткани

При остром артрите любого сустава рекомендуется:

Выполнить иммунологическое исследование крови на маркеры воспаления (РФ, СРБ)
Выполнить рентгенологическое исследование сустава
Провести диагностическую пункцию сустава для получения синовиальной жидкости
Выполнить клинический анализ крови
Проконсультировать больного у травматолога

Выберите наиболее точное определение подагры, отражающее суть болезни:

Болезнь, связанная с образованием кристаллов моноурата натрия
Системное ревматическое заболевание, развивающееся на фоне гиперурикемии
Болезнь, связанная с метаболическими нарушениями, приводящими к гиперурикемии и артриту
Болезнь, характеризующаяся острым артритом первого плюснефалангового сустава
Заболевание, характеризующееся рецидивами острых приступов артрита и развивающееся преимущественно у мужчин среднего и пожилого возраста

Основная этиопатогенетическая причина подагры:

А. Артериальная гипертензия
Б. Гиперурикемия
В. Нарушение диеты
Г. Генетические факторы
Д. Ожирение

К достоверному снижению риска заболеваемости подагрой приводит регулярное употребление:

Чая
Кофе
Фруктовых соков
Кваса
Какао

Кристаллы моноурата натрия выявляются при поляризационной микроскопии как:

Игольчатые образования, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете
Ромбовидные или прямоугольной формы образования, слабо отражающие поляризационный свет
Прямоугольной формы образования, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете
Тонкие крупные (больше 30 мкм) пластинки различного цвета четырехугольной формы
Кристаллы лучистой формы, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете

Кристаллы пирофосфата кальция выявляются в поляризационной микроскопии как:

Игольчатые образования, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете
Ромбовидные или прямоугольной формы образования, слабо отражающие поляризационный свет
Прямоугольной формы образования, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете
Тонкие крупные (больше 30 мкм) пластинки различного цвета четырехугольной формы
Кристаллы лучистой формы, синего и желтого свечения в зависимости от расположения в поляризационном свете

У 57-летней пациентки с односторонней головной болью и потерей зрения выполнена биопсия височной артерии. Ожидаемое заключение морфологического исследования:

Васкулит артерии среднего калибра с фибриноидным некрозом
Гранулематозный васкулит крупного сосуда с фиброзом интимы
Сегментарный артериит с присутствием гигантских клеток и фрагментацией внутренней эластичной пластинки
Эозинофильный васкулит сосудов мелкого калибра
Трансмуральный васкулит артерии среднего калибра

34-летняя пациентка с жалобами на выраженную слабость, отсутствие аппетита, лихорадку до 38 С, боли в левой руке и левой половине шеи, нечеткость зрения. При обследовании выявлено снижение пульсации на левой лучевой артерии и низкое артериальное давление на левой руке. Ожидаемые морфологические

изменения в пораженной артерии:

Некротизирующее воспаление с инфильтрацией эозинофилами
Сегментный некроз
Гранулематозное воспаление
Некротизирующее воспаление с пристеночным тромбозом
Гранулематозное воспаление и положительная реакция Вассермана

4- летний ребенок со стойкой лихорадкой 40 С, продолжающейся в течение недели, лимфаденопатией шейных лимфатических узлов, двусторонним конъюнктивитом, эритемой на ладонях и подошвах стоп. В пользу диагноза болезнь Кавасаки будет дополнительно свидетельствовать:

Некротическая ангина
Малиновый язык
Крапивница
Везикулярные высыпания
Артрит

4- летний ребенок со стойкой лихорадкой 40 С, продолжающейся в течение недели, лимфаденопатией шейных лимфатических узлов, двусторонним конъюнктивитом, эритемой на ладонях и подошвах стоп. Для подавления воспалительной активности и снижения риска тромбоза в первую очередь следует назначить:

Преднизолон
Варфарин
Ацетилсалициловую кислоту
Гепарин
Циклофосфан

Наиболее высокий риск развития В-клеточных лимфом существует при следующем ревматическом заболевании:

Болезнь Шёгрена
Ревматоидный артрит
Системная красная волчанка
Дерматополимиозит
Системная склеродермия

Значительное снижение тромбоцитов при болезни Шёгрена обусловлено:

Полинейропатией
Опухолью желудка
Пневмонией
Аутоиммунной тромбоцитопенией
Интерстициальным поражением легких

При болезни Шёгрена наиболее часто встречается:

Анемия хронического воспаления

Железодефицитная анемия
Апластическая анемия
Пернициозная анемия
Гемолитическая анемия

Согласно рекомендациям EULAR (2010 и 2013) и Ассоциации ревматологов России (2014), основная цель фармакотерапии ревматоидного артрита:

Уменьшение болей и улучшение функции суставов
Достижение ремиссии (или низкой активности) болезни
Снижение риска коморбидных заболеваний
Сохранение трудоспособности

Согласно рекомендациям Ассоциации ревматологов России (2017), терапию базисными противовоспалительными препаратами при ревматоидном артрите (РА) следует назначать:

Как можно раньше, даже при подозрении на возможность развития РА
Только при постановке достоверного диагноза РА, согласно критериям ACR (1987 г.)
Только при неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидов
Только при отсутствии коморбидных заболеваний

Препаратом «первого» ряда для лечения ревматоидного артрита является:

Ингибиторы фактора некроза опухоли (инфликсимаб, голимумаб, этанерцепт, адалимумаб, цертолизумаба пэгол)
Метотрексат
Лефлуномид
Гидроксихлорохин
Преднизолон

Тактика назначения метотрексата при ревматоидном артрите:

Начинать с дозы 25 мг/неделя с постепенным снижением до 15 мг/неделя
Начинать с дозы не более 5 мг/неделя и медленно повышать до максимально допустимой (не более 15 мг/неделя)
Начинать с 10-15 мг/неделя и быстро увеличивать (по 2.5 мг/неделя) до 25-30 мг/неделя
Начинать с 2.5 мг/неделя и постепенно (по 2.5 мг/неделя) увеличивать до 15 мг/неделя

Назначение метотрексата обязательно сочетают с назначением:

Кальция и витамина D
Фолиевой кислоты
Витамина B12
Омега-3 полиненасыщенными жирными кислотами
Аскорбиновой кислоты

Перед назначением метотрексата необходимо выполнить:

Общий анализ крови и С-реактивный белок

Общий анализ крови, печеночные ферменты, креатинин

Определение ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному белку

Другие исследования

Антинуклеарный фактор, маркеры вируса гепатита В и С

Согласно рекомендациям Ассоциации ревматологов России, при недостаточной эффективности таблетированной формы метотрексата в дозе 15 мг/нед, тактика лечения:

Отменить метотрексат, назначить лефлуномид

Назначить подкожную форму метотрексата в той же дозе

Продолжить лечение метотрексатом, назначить сульфасалазин

Отменить метотрексат, назначить инфликсимаб

Продолжить лечение метотрексатом назначить глюкокортикоиды перорально в дозе 30 мг/день

Наиболее частой причиной прерывания лечения метотрексатом служат нежелательные реакции в виде:

Нарушения функции почек

Тошноты, диспепсии

Повышения артериального давления

Прогрессирования легочного фиброза

Обострения ишемической болезни сердца

Схемы комбинированной терапии стандартными базисными противовоспалительными препаратами при ревматоидном артрите:

Метотрексат в комбинации с сульфасалазином и гидроксихлорохином

Метотрексат в комбинации с циклоспорином А

Лефлуномид в комбинации с сульфасалазином

Сульфасалазин в комбинации с солями золота

При недостаточной эффективности метотрексата (включая подкожную форму), предпочтительно:

Продолжить лечение метотрексатом, назначить ингибиторы ФНО- α

Отменить метотрексат, назначить глюкокортикоиды в средней дозе

Отменить метотрексат, назначить тоцилизумаб

Продолжить лечение метотрексатом, назначить ритуксимаб

К ингибиторам фактора некроза опухоли относятся:

Абатацепт

Голимумаб

Ритуксимаб

Устекинумаб

Секукинумаб

Оцените справедливость утверждения: при раннем ревматоидном артрите комбинированная терапия метотрексатом и адалимумабом более эффективна, чем последовательное назначение адалимумаба при недостаточной эффективности монотерапии метотрексатом

не верно

верно

К блокаторам ко-стимуляции Т лимфоцитов относят:

Ритуксимаб

Этанерцепт

Тофацитиниб

Абатацепт

Голimumаб

Оцените справедливость утверждения: при недостаточной эффективности, но хорошей переносимости метотрексата, пациентам следует назначить монотерапию генно-инженерными биологическими препаратами

верно

не верно

Исследования для исключения латентной туберкулезной инфекции абсолютно показаны перед назначением:

Абатацепта

Инфликсимаба

Глюкокортикоида

Метотрексата

Ритуксимаба

При невозможности продолжить лечение метотрексатом, предпочтительно назначить монотерапию:

Тоцилизумабом

Инфликсимабом

Адалимумабом

Абатацептом

Секукинумабом

На фоне лечения генно-инженерными биологическими препаратами наиболее часто могут развиваться следующие нежелательные реакции:

Аутоиммунные нарушения

Инфекционные осложнения

Агранулоцитоз

Все выше перечисленные

Ни одно из перечисленных

Наиболее частая причина развития вторичной неэффективности терапии моноклональными антителами к ФНО-α:

Пожилой возраст пациентов

Полиморфизм генов, регулирующих синтез «провоспалительных» цитокинов

Мужской пол

Синтез нейтрализующих антител

Все, перечисленные выше

Оцените справедливость утверждения: комбинированная терапия метотрексатом и генно-инженерными биологическими препаратами эффективней монотерапии генно-инженерными биологическими препаратами

верно

не верно

Тактика ведения пациентов с ревматоидным артритом, у которых на фоне комбинированной терапии метотрексатом и ингибиторами ФНО-α достигнута стойкая ремиссия заболевания:

Продолжить лечение метотрексатом, отменить ингибиторы ФНО-α

Отменить метотрексат, продолжить лечение ингибиторами ФНО-α

Снизить дозу метотрексата и ингибиторов ФНО-α

Продолжить лечение метотрексатом, снизить дозу ингибиторов ФНО-α

Снизить дозу метотрексата и ингибиторов ФНО-α, назначить глюкокортикоиды

У пациентов с ревматоидным артритом заболевание часто сочетается с:

Хроническим заболеванием печени

Атеросклеротическим поражением сосудов

Бронхиальной астмой

Раком толстого кишечника

Сахарным диабетом

Оцените справедливость утверждения: на фоне лечения ингибиторами ФНО-α инфекционные осложнения наиболее часто развиваются в первые 6 месяцев от начала терапии

верно

не верно

В случае развития сердечной недостаточности III функционального класса (NYHA) у пациента с ревматоидным артритом, НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ назначать:

Инфликсимаб

Метотрексат

Лефлуномид

Абатацепт

Канакинумаб

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:

- Подагра
- Псориатический артрит
- Псевдоподагра
- Ревматоидный артрит
- Септический артрит

У больной системной красной волчанкой 25 лет развился нефротический синдром. При биопсии почек обнаружен диффузный пролиферативный гломерулонефрит (класс IV WHO). Наиболее эффективная схема терапии:

- Комбинированная терапия преднизолоном и циклофосфамидом
- Монотерапия азатиоприном
- Монотерапия преднизолоном
- Комбинированная терапия преднизолоном и азатиоприном
- Комбинированная терапия преднизолоном и метотрексатом

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

- диагностика не целесообразна
- диагностика целесообразна

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

- Серопозитивностью по ревматоидному фактору
- Развитием синдрома Шегрена
- Противопоказаниями для назначения ингибиторов ФНО- α
- Всем, перечисленным выше
- Развитием ревматоидного васкулита

Оцените справедливость утверждения: монотерапия генно-инженерными биологическими препаратами существенно превосходит по эффективности монотерапию метотрексатом

- да, утверждение верно
- нет, утверждение ложное

Официальное показание для назначения тоцилизумаба:

- Ни один из перечисленных выше
- Болезнь Крона

Системные васкулиты
Псориатический артрит
Спондилоартриты

Ингибиторы ФНО-α показаны при всех нозологиях, кроме:

Псориатический артрит
Ревматоидный артрит
Системная красная волчанка
Спондилоартриты
Ювенильный идиопатический артрит

Основным препятствием для комбинированной терапии двумя генно-инженерными биологическими препаратами является:

Недостаточная эффективность
Высокая стоимость
Все, перечисленные выше
Нарастание частоты нежелательных явлений
Другие

Об эффективности терапии генно-инженерными биологическими препаратами у пациентов с ревматоидным артритом прежде всего свидетельствует показатель:

Концентрация ревматоидного фактора
Концентрация гемоглобина
Концентрация С-реактивного белка
Стандартизованный индекс активности ревматоидного артрита
Все, перечисленные выше

Эффективность терапии ингибиторами ФНО-α может снижать:

Курение
Истощение
Лихорадка
Умеренное употребление алкоголя
Артериальная гипертензия

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

назначение не целесообразно
назначение целесообразно

Исследование минеральной плотности костной ткани (рентгеновская денситометрия) у пациента с первичным остеопорозом на фоне проведения антиостеопоретической терапии рекомендуется проводить:

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 титров РФ. При осмотре обращено внимание на умеренно выраженное ожирение, ограничение подвижности суставов при движении, стертый феномен Рейно. Признаков синовита не обнаружено. Для постановки диагноза наиболее полезно:

Определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду
Ультразвуковое исследование суставов
Определение антител Jo-1
Определение антимитохондриальных антител
Определение антинуклеарного фактора

К блокаторам ко-стимуляции Т лимфоцитов относится:

Абатацепт
Ритуксимаб
Этанерцепт
Тофацитиниб
Тоцилизумаб

Согласно классификации Ассоциации ревматологов России, к числу осложнений ревматоидного артрита НЕ ОТНОСИТСЯ:

Синдром Шегрена
Остеонекроз
Атеросклероз
Системный остеопороз

Для вычисления индекса SDAI используют:

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 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, СРБ в мг/дл

Согласно концепции treat-to-target, в лечении ревматоидного артрита следует стремиться к следующей активности заболевания:

Ремиссия или низкая

Низкая или умеренная

Низкая

Ремиссия

Умеренная

Согласно классификации Ассоциации ревматологов России, ранняя стадия ревматоидного артрита длится:

2 года

6 месяцев

Продолжительность может быть различной

1 год

1,5 года

Для вычисления индекса DAS28 используют:

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

К миозит-специфическим антителам относятся:

A-Jo-1

Антитела к гладкой мускулатуре

Антитела к поперечно-полосатой мускулатуре

аДНК

АНФ

К миозит-ассоциированным антителам относятся:

Антитела к гладкой мускулатуре

A-RNP

АЦЦП

Ревматоидный фактор

Антимитохондриальные антитела

Верное утверждение относительно высокого уровня креатинфосфокиназы (КФК):

Может выявляться как при воспалительных миопатиях, так и на фоне приема

статинов, у пациентов с наследственными мышечными дистрофиями, у пациентов с нейрональными заболеваниями, у здоровых лиц

Высоко-специфичен для воспалительных миопатий

Обязательный признак дерматомиозита

Коррелирует со степенью выраженности мышечного повреждения у пациентов с идиопатическими воспалительными миопатиями

Для воспалительных миопатий характерны крайне высокие уровни КФК (выше 30000)

Воспалительные миопатии следует дифференцировать со следующим состоянием:

Со всеми перечисленными состояниями

Гипотиреоидная миопатия

Миастения

Миастения

Боковой амиотрофический склероз

Для дерматомиозита характерно:

В. Сыпь может сопровождаться зудом

А. Фотосенсебилизация

Е. Все перечисленное верно

Б. Частое сочетание заболевания со злокачественными опухолями

Г. Может ассоциироваться с наличием интерстициального поражения легких

Для полимиозита НЕ ХАРАКТЕРНО:

Возможная ассоциация с наличием злокачественного новообразования

Возможно наличие интерстициального поражения легких

Высокий уровень КФК

При проведении МРТ мышц бедер и голеней в режиме T1 выявляется ранняя атрофия и замещение жировой тканью 4-х главных мышц бедер и медиальной головки икроножной мышцы

Возможно наличие интерстициального поражения легких

В отношении эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов представляется верным утверждение:

Внутримышечное введение НПВП обеспечивает более выраженный и длительный обезболивающий эффект, чем пероральный прием

Эффективность локальных форм НПВП (мази, гели, спреи) при ОА коленного сустава в ходе РКИ не доказана

Неселективные НПВП обладают более сильным анальгетическим и противовоспалительным действием, чем коксибы

Длительное регулярное использование НПВП способно замедлять прогрессирование аксиального СПА

Нет данных, подтверждающих зависимость между дозой НПВП и выраженностью обезболивающего и противовоспалительного эффекта

В отношении сравнительной оценки терапевтического потенциала нестероидных противовоспалительных препаратов и парацетамола, верно утверждение:

НПВП и парацетамол обладают одинаковым противовоспалительным действием
Комбинация НПВП и парацетамола способна усиливать анальгетический эффект
По данным РКИ, при ОА обезболивающее действие НПВП и парацетамола не отличается

Парацетамол является препаратом выбора для контроля боли при АС
НПВП и парацетамол являются эффективными средствами для купирования острого подагрического артрита

В отношении сравнительной оценки терапевтического потенциала нестероидных противовоспалительных препаратов и опиоидов (включая трамадол), верно утверждение:

По данным РКИ, трамадол при ОА более эффективен, чем НПВП
Применение НПВП в комплексном обезболивании больных после эндопротезирования крупных суставов обеспечивает значимое «опиоид-сберегающее» действие

НПВП, в отличие от опиоидов, малоэффективны при онкологической боли
Переносимость опиоидов при ревматических заболеваниях, в сравнении с НПВП, значительно лучше

Нет крупных РКИ, в которых сравнивалась эффективность селективных ЦОГ-2 ингибиторов и трамадола при НБС

Среди препаратов, применяемых для лечения подагры, к увеличению экскреции мочевой кислоты приводит:

Колхицин
Аллопуринол
Бензбромарон
Фебуксостат
Нимесулид

Основным проявлением НПВП-энтеропатии является:

Развитие железодефицитной анемии и гипоальбуминемии при отсутствии эндоскопических признаков серьезного поражения проксимальных (желудок, ДПК) и дистальных (толстая кишка) отделов ЖКТ
Язвы, эрозии и геморрагии верхних отделов ЖКТ
Ректальное кровотечение
Дивертикулит
Боли в животе, метеоризм, диарея

Повышение риска послеоперационных кровотечений при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов обусловлено:

Блокадой ЦОГ-1 в области послеоперационной раны и снижением синтеза цитопротективных простагландинов
Значительным уменьшением боли и повышением двигательной активности

больного

Задержкой жидкости, связанной с НПВП-нефропатией

Блокадой ЦОГ-1 зависимого синтеза тромбоксана A2 и снижением агрегации тромбоцитов

Пациентке с остеоартритом, страдающей ишемической болезнью сердца и перенесшей ишемический инсульт, целесообразно назначить:

Пациентке противопоказаны любые НПВП

Мелоксикам

Кетопрофен

Напроксен

Целекоксиб

Оборот койки – это:

Число выбывших больных (выписанных + умерших) / среднегодовое число коек

Средняя длительность пребывания больного на койке/ средняя занятость койки

Число койко-дней, проведенных больным в течение года в стационаре/ Средняя длительность пребывания больного на койке

Среднегодовая занятость (работа) больничной койки – это:

Число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре / среднегодовое число коек

Число койко-дней, проведенных больным в течение года в стационаре /средняя длительность пребывания больного на койке

Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусмотрен вид медицинского страхования:

Дополнительное медицинское страхование

Смешанное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование

Руководитель медицинской организации имеет право (обязан) предоставить выписку из медицинской карты пациента без его согласия в следующем случае:

При обращении законного представителя пациента

По запросу суда

По запросу сотрудника органов МВД

Выдача медицинских карт на руки пациенту возможна:

С разрешения заведующего отделением

С разрешения лечащего врача

С разрешения главного врача учреждения

В отношении беременности при ревматоидном артрите верно следующее утверждение:

Фертильность у больных РА не страдает.

К III триместру беременности большинство беременных с РА имеют полную ремиссию заболевания и не принимают лекарственные препараты.

С окончанием беременности у 90% больных в течение первых трех-четырех месяцев наблюдается обострение РА

Наличие эндопротеза тазобедренного сустава является противопоказанием для планирования беременности.

Родоразрешение беременной с РА проводится через естественные родовые пути.

У больной достоверной системной красной волчанкой и ремиссией заболевания в течение последнего года на фоне приема 7,5мг/сут преднизолона и 200мг/сут гидроксихлорохина выявлена беременность ранних сроков. Выберите верную рекомендацию:

Отменить гидроксихлорохин.

Отменить преднизолон.

Прервать беременность.

Продолжить проводимую терапию.

Увеличить дозу преднизолона.

Женщина, 25 лет, с достоверной СКВ и поражением почек в анамнезе с суточной протеинурией до 3г пришла на консультацию в связи с планированием беременности. Какое из следующих утверждений является наиболее верным?

Б. Наличие волчаночного нефрита в анамнезе увеличивает риск развития преэклампсии.

А. Течение СКВ в период беременности аналогично течению заболевания, предшествующему наступлению гестации.

В. Наличие волчаночного нефрита в анамнезе является противопоказанием для беременности.

Г. Поражение почек должно быть в ремиссии в течение 2-х месяцев до зачатия.

Д. Наступление беременности требует увеличения дозы глюкокортикоидного препарата, принимаемого внутрь.

Какой из перечисленных анализов во время беременности наиболее вероятно подтверждает обострение волчаночного нефрита в 3-ем триместре беременности?

Г. суточная протеинурия

Б. креатинин крови

А. а-нДНК

В. повышение СРБ

Д. С3- и С4- фракции комплемента

Какой из иммунологических показателей ассоциируется с развитием неонатальной волчанки у плода беременной с системной красной волчанкой?

La/SSB-антитела

высокие а-нДНК

Волчаночный антикоагулянт

Sm-AT

Антикардиолипиновые антитела

Для неонатальной волчанки справедливо все, кроме:

Б. Основными клиническими проявлениями являются поражение кожи и/или сердца.

Г. Поражение кожи может проявляться при рождении и до 2-го месяца жизни ребенка.

А. Обусловлена трансплацентарной передачей материнских антител.

В. Диагностируется только при рождении ребенка.

Д. Частота развития полной атриовентрикулярной блокады сердца у новорожденных от матерей, позитивных по Ro/SSA-антителам, составляет 1-3%.

В отношении применения нестероидных противовоспалительных препаратов при беременности и лактации верно следующее:

Противопоказаны во 2-ом триместре беременности.

Использование в 3-ем триместре вызывают легочную гипертензию у новорожденного.

Не влияют на развитие беременности и течение родов.

НПВП могут влиять на фертильность.

Прием матерью НПВП не совместим с кормлением грудью.

В отношении применения базисных противовоспалительных препаратов при беременности верно следующее:

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 не представляет опасности для плода.

Цель хирургического лечения суставов при ревматоидном артрите:

предотвратить инвалидизацию пациента

добиться ремиссии заболевания

восстановить функцию сустава

предотвратить деструкцию сустава

уменьшить дозу глюкокортикоидов

Противопоказанием к эндопротезированию суставов является:

наличие инфекции

А возраст старше 80 лет

анемия

умеренная гипертензия

При определении факторов риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале

SCORE перед эндопротезированием суставов, не учитывается:

пол

уровень артериального давления

возраст

сахарный диабет

уровень холестерина

Следует ли отменять аспирин больным с умеренными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний перед эндопротезированием суставов?

следует отменить аспирин за 2 дня до операции

отменять аспирин не следует

следует отменить аспирин за 10 дней до операции

Необходимые действия после операции эндопротезирования:

бинтование нижних конечностей или специальный трикотаж до снятия швов

бинтование нижних конечностей или специальный трикотаж в течение 60-90 дней

бинтование нижних конечностей или специальный трикотаж в течение 30 дней

Для профилактики венозных тромбозов сразу после операции используется лекарственный препарат, не требующий лабораторного контроля:

варфарин

гепарин

дабигатрана этексилат

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

90 дней

до снятия швов

35 дней

Выберите нестероидный противовоспалительный препарат, не влияющий на функцию тромбоцитов и не увеличивающий риск послеоперационных кровотечений:

вольтарен

нимесулид

целебрекс

мелоксикам

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

15 мг

20 мг

10 мг

Пациенту с ревматоидным артритом, получающему метотрексат, в периоперационном периоде рекомендовано:

увеличить дозу метотрексата перед операцией и снизить ее в послеоперационном периоде

отменить метотрексат и возобновить прием через 2 недели после операции

не отменять метотрексат

Пациенту с ревматоидным артритом, получающему лефлуноמיד, в периоперационном периоде рекомендовано:

продолжить перед эндопротезированием суставов

отменить перед эндопротезированием суставов

отменить перед небольшими операциями на суставах

Пациенту с ревматоидным артритом, получающему сульфасалазин и гидроксихлорохин, в периоперационном периоде рекомендовано:

отменить гидроксихлорохин

отменить оба препарата

отменить сульфасалазин

не отменять препараты

Рекомендации в периоперационном периоде при недостаточной эффективности перорального приема метотрексата в дозе 15 мг в неделю :

отменить метотрексат

увеличить дозу перорального метотрексата за 3 месяца до операции

добавить сульфасалазин и гидроксихлорохин и

назначить подкожное введение метотрексата в той же дозе

Особенности периоперационного ведения пациента, получающего инфликсимаб:

отменить введение инфликсимаба за 4 недели до операции и возобновить после снятия швов

продолжить введение инфликсимаба в прежнем режиме

уменьшить дозу инфликсимаба

отменить введение инфликсимаба за 8 недель до операции и возобновить через 4 недели после операции

Сроки проведения эндопротезирования суставов у пациентов, получающих ритуксимаб:

проведение эндопротезирования возможно через 24 недели после последней инфузии ритуксимаба

проведение эндопротезирования возможно через 4 недели после последней инфузии ритуксимаба

проведение эндопротезирования возможно через 12 недель после последней инфузии ритуксимаба

проведение эндопротезирования невозможно

проведение эндопротезирования возможно в любое время

Возобновление терапии ритуксимабом после эндопротезирования суставов, при условии отсутствия инфекции, возможно:

через 4 недели после операции

через 2 месяца после операции

через 3 месяца после операции

через 6 месяцев после операции

терапия не должна быть прекращена на периоперационный период

Остеопороз в общемедицинской практике рассматривается как:

В. Коморбидное состояние

А. Осложнение хронического заболевания

Д. Все ответы верны

Б. Самостоятельное заболевание

Г. Мультифакториальное заболевание

Характерным клиническим проявлением остеопороза является:

Г. Перелом

А. Снижение роста

Б. Снижение индекса массы тела

В. Утомляемость

Д. Малоподвижный образ жизни

Длительный прием следующих лекарственных средств НЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ как фактор риска остеопороза и переломов:

Бета-блокаторов

Глюкокортикоидов

Низких доз цитостатиков

Психотропных

Высоких доз цитостатиков

Для определения физиологического процесса, направленного на поддержание прочности костной ткани и обеспечение ее минерализации, используется специальный термин:

Моделирование костной ткани

Ремоделирование костной ткани

Формирование костной ткани

Резорбция костной ткани

Все ответы верны

В формировании костной ткани участвуют:

Остеобласты

Остеоциты

Остеокласты

Моноциты

Фибробласты

Прием глюкокортикоидов при ревматических заболеваниях:

Снижает минеральную плотность кости и повышает риск развития переломов

Снижает минеральную плотность кости, но не повышает риск развития переломов

Повышает минеральную плотность кости и повышает риск развития переломов

Повышает минеральную плотность кости, но не повышает риск развития переломов

Не оказывает влияния на минеральную плотность кости и риск развития переломов

Какая доза глюкокортикоидов при приеме более 3 месяцев рассматривается как безопасная и не сопровождается развитием остеопороза?

Не существует безопасной дозы ГК

2,5 мг\сутки

от 2,5мг\сутки до 5 мг\сутки

от 5мг\сутки до 7,5мг\сутки

Более 7,5мг\сутки

Системная красная волчанка с наибольшей частотой развивается у:

Детей в возрасте до 10 лет

Женщин в возрасте 20-40лет

Подростков в возрасте 14-17 лет

Женщин в возрасте старше 40 лет

Мужчин в возрасте 20-40 лет

Частота развития системной красной волчанки в популяции:

50 - 200 случаев на 100.000 населения

Орфанное заболевание

Менее 5 случаев на 100.000 населения

10-15 случаев на 100.000 населения

500 случаев на 100.000 населения

К диагностическим критериям системной красной волчанки относятся все, кроме:

Фотосенсибилизации

Синдрома Рейно

Артриты

Поражения почек

Полисерозита

У больных системной красной волчанкой активность заболевания может ассоциироваться со всеми лабораторными нарушениями, кроме:

Лимфоцитоз

Тромбоцитопения

Ускорение СОЭ

Анемия

Высокие уровни антикардиолипидных антител

Все нижеперечисленные препараты включены в рекомендации EULAR (2007г) по лечению больных системной красной волчанкой, кроме:

Сульфасалазин
Гидроксихлорохин
Циклофосфамид
Метотрексат
Ацетилсалициловая кислота

Редким осложнением терапии циклофосфамидом является:

Инфекционные осложнения
Гонадотоксичность
Язвенный стоматит
Желудочно-кишечная токсичность
Алопеция

Для поражения суставов при системной красной волчанке характерно:

Двусторонний сакроилеит
Быстрое развитие эрозивного процесса
Симметричный артрит мелких суставов кисти с редким развитием эрозивного процесса
Стойкий несимметричный артрит крупных суставов
Артрит грудино-ключичных сочленений

Частота развития нефрита у больных системной красной волчанкой:

Менее 10%
35-90%
15-20%
40-60%
100%

Основными препаратами в лечении системной красной волчанки являются:

Глюкокортикоиды и аминохинолиновые препараты
Глюкокортикоиды и антибактериальные препараты
Глюкокортикоиды и генно-инженерные биологические препараты
Цитостатики
Ингибиторы АПФ

Цитопения, как нежелательное явление, характерна для всех групп препаратов, кроме:

Азатиоприн
Циклофосфамид
Глюкокортикоиды и
Аминохинолиновые препараты
Микофенолата мофетил

Лейкоцитоз, как нежелательное явление, характерен для:

Глюкокортикоидов
Циклофосфамида
Аминохинолиновых препаратов
Микофенолата мофетила
Азатиоприна

Ретинопатия, как нежелательное явление, характерна для:

Глюкокортикоидов
Аминохинолиновых препаратов
Циклофосфамида
Микофенолата мофетила
Азатиоприна

Геморрагический цистит, как нежелательное явление, характерен для:

Микофенолата мофетила
Глюкокортикоидов
Циклофосфамида
Аминохинолиновых препаратов
Азатиоприна

Ложное утверждение в отношении синдрома Фелти:

Развивается как у мужчин, так и у женщин
Может развиваться гепатомегалия
Серопозитивный вариант ревматоидного артрита
Серонегативный вариант ревматоидного артрита
Лейкопения может рецидивировать после спленэктомии

Двусторонний сакроилеит не развивается при:

Параплегии
Синдроме Рейтера
Псориазе
Ювенильном хроническом артрите
Анкилозирующем спондилоартрите

Инфекционные артриты могут быть обусловлены:

Yersinia enterocolitica
Salmonella typhimurium
Shigella flexneri
Всеми вышеперечисленными агентами
Chlamidia trachomatis

Что из ниже перечисленного не характерно для остеоартрита:

Деформация суставов

Ограничение подвижности суставов
Механический тип болей
Ухудшение общего состояния пациентов
Преимущественно поражение опорных суставов

Помимо увеита, псориаза и воспалительных заболеваний кишечника, к внескелетным проявлениям анкилозирующего спондилита относятся:

НПВП-гастропатия
Остеопороз
Амилоидоз
IgA-нефропатия

Наиболее частым диагнозом у больных с анкилозирующим спондилитом до установления правильного диагноза является:

Спондилез
Остеохондроз
Дорсопатия
Реактивный артрит

В настоящее время для диагностики воспалительной боли в спине используют критерии:

Калин (Calin)
Европейской группы ESSG
Экспертов ASAS
Берлинские

Укажите признак, который не входит в критерии экспертов ASAS для воспалительной боли в спине:

Постепенное начало боли в позвоночнике, в возрасте до 40 лет
Утренняя скованность
Отсутствие улучшения после отдыха
Ночная боль

Для диагностики анкилозирующего спондилита используются критерии:

Экспертов ASAS
Римские
Модифицированные Нью-Йоркские
Нью-Йоркские

Укажите отличие индекса BASDAI от ASDAS:

При расчете BASDAI учитывается длительность заболевания, а для расчета ASDAS - нет
При расчете BASDAI требуется СРБ или СОЭ, а для расчета ASDAS - нет
При расчете ASDAS требуется СРБ или СОЭ, а для расчета BASDAI - нет
При расчете ASDAS учитывается возраст больного, а для расчета BASDAI - нет

Укажите режим магниторезонансной томографии, являющийся оптимальным для выявления жировой дистрофии костной ткани, характерной для спондилоартритов:

T2 с подавлением жира

T1 с контрастированием гадолинием

T1

T2

STIR

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

Рентгеноморфометрия грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой проекции

Рентгенография позвоночника в прямой проекции

Остеоденситометрия позвоночника

MPT позвоночника

КТ позвоночника

Программа FRAX используется для:

Выбора тактики ведения пациента у пациента с малотравматичным переломом

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Постановки диагноза остеопороза у больных старше 65 лет

Прогнозирования вероятности остеопоротических переломов у женщин в постменопаузе

У молодых женщин и мужчин для выявления факторов риска перелома

Денситометрия для мониторинга терапии остеопороза стандартно выполняется по следующим точкам:

Поясничный отдел позвоночника в переднезадней проекции и дистальный отдел предплечья

Поясничный отдел позвоночника в переднезадней проекции и проксимальный отдел бедренной кости

Все кости скелета

Поясничный отдел позвоночника в боковой проекции и проксимальный отдел бедренной кости

Проксимальный отдел бедренной кости и дистальный отдел предплечья

При синдроме де Кервена развивается тендовагинит:

длинной отводящей и короткой разгибающей большой палец мышц

короткой отводящей и короткой разгибающей большой палец мышц

короткой отводящей и длинной разгибающей большой палец мышц

При адгезивном капсулите плеча в наибольшей степени ограничивается:

приведение руки

внутренняя ротация
наружная ротация
отведение руки

При синдроме тарзального канала парестезии и боли локализуются:

в подошвенной части стопы
в области 1-3 пальцев стопы
в латеральном отделе стопы
в области тыла стопы

При тендовагините сухожилий сгибателей и задней большеберцовой мышцы боли локализуются в области:

средней трети стопы
латеральной лодыжки
медиального отдела пятки
медиальной лодыжки

При тендините малоберцовых мышц боли могут локализоваться:

в области медиальной лодыжки
в области пятки
в латеральной части нижней трети голени и
в области голеностопного сустава

Тендовагинит сгибателей стопы сопровождается болями:

в среднем отделе стопы
в области медиальной лодыжки и
в переднем отделе стопы и
в области латеральной лодыжки

Согласно классификационным критериям ревматической полимиалгии, к числу обязательных критериев относятся:

Возраст 50 лет или старше и
Двусторонние ноющие боли в области плечевого пояса и
Повышение уровня СРБ и/или СОЭ
Боли в области тазобедренных суставов или ограничение их подвижности

Характерными признаками раннего ревматоидного артрита являются:

симметричное поражение суставов кистей
воспаление проксимальных межфаланговых суставов
воспаление лучезапястных суставов
воспаление дистальных межфаланговых суставов

Согласно критериям ACR 1987 г., рентгенологическими критериями ревматоидного артрита являются:

анкилоз

сужение щелей суставов
околосуставной остеопороз и
эрозии костей
остеофиты

В число классификационных критериев ревматоидного артрита ACR 1987 г. входят:

артрит 3 и более суставных областей и
артрит суставов кистей и
ревматоидные узелки и
ревматоидный фактор
повышение острофазовых показателей

Согласно рекомендациям экспертов EULAR, неблагоприятными прогностическими факторами при ревматоидном артрите являются:

наличие РФ и АЦЦП и
сохранение на фоне лечения высокой или умеренной активности и
раннее появление эрозий
мужской пол
начало заболевания в пожилом возрасте

Если больной на момент осмотра не соответствует классификационным критериям РА ACR/EULAR, то диагноз РА может быть подтвержден при наличии:

РФ и АЦЦП
РФ
типичных для РА эрозивных изменений суставов
АЦЦП

Если число пораженных суставов не более 10, то, согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR, учитываются изменения:

крупных и мелких суставов
мелких суставов
крупных суставов
крупных или мелких суставов

Согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR, в число мелких суставов входят:

пястнофаланговые и
лучезапястные и
проксимальные межфаланговые суставы
дистальные межфаланговые суставы кистей
локтевые

Согласно классификационным критериям остеоартрита суставов кистей в число 10 оцениваемых суставов входят:

дистальные межфаланговые суставы и первый запястно-пястный сустав большого

пальца обеих кистей

2 и 3 дистальные 2 и 3 проксимальные межфаланговые суставы и первый запястно-пястный сустав большого пальца обеих кистей

2 и 3 дистальные межфаланговые, 2 и 3 пястнофаланговые суставы и первый запястно-пястный сустав большого пальца обеих кистей

Боли и парестезии при синдроме кубитального канала локализуются в области:

ладонной поверхности 4-5 пальцев кисти

предплечья и 1-4 пальцев кисти

1-4 пальцев кисти

4-5 пальцев кисти

Боли и парестезии в области 1-4 пальцев кисти обусловлены синдромом:

канала Гийона

кубитального канала

карпального канала

Характерным признаком латерального эпикондилита является:

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

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

Припухлость в области латерального надмыщелка плечевой кости

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

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

Формирование феномена «щелкающего пальца» связано

С хроническим артритом суставов кисти

С локальным утолщением сухожилия при тендовагините

С дактилитом

С образованием узлов Гебердена

С образованием узлов Бушара

Показанием для внутрисуставного введения глюкокортикоидов при остеоартрите является:

Наличие экссудативных изменений

Наличие интенсивной боли в суставе, не купирующейся НПВП

Формирование контрактуры

Изменение оси сустава

Быстро прогрессирующее сужение суставной щели

Внутрисуставное введение глюкокортикоидов больным с хроническим артритом показано в следующей ситуации:

Наличие боли и припухлости сустава
Ограничение подвижности сустава
Нарушение стабильности сустава
Появление признаков деструкции сустава
Боль и ограничение подвижности сустава

Абсолютным противопоказанием для внутрисуставного введения лекарственных препаратов является:

Невоспалительный характер боли
Сахарный диабет
Угроза инфицирования сустава
Артериальная гипертензия
Деформация сустава

Препарат глюкокортикоида при заболевании околосуставных мягких тканей следует ввести:

В непосредственной близости от воспаленного сухожилия
Вблизи места прикрепления сухожилия
В воспаленное сухожильное влагалище или синовиальную сумку
Непосредственно в ткань воспаленного сухожилия
В непосредственной близости от воспаленного сухожильного влагалища или синовиальной сумки

Болевой синдром при заболеваниях околосуставных мягких тканей обусловлен:

Воспалением синовиальных структур
Микроразрывами сухожильных волокон
Растяжением сухожилий
Дегенерацией сухожилия
Отеком костного мозга в области сухожильных энтезисов