

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

Что относится к «большим» диагностическим Duke-критериям инфекционного эндокардита?

Б. Позитивная гемокультура

А. Лихорадка

В. Лейкоцитоз

Г. Узелки Ослера

Д. Спленомегалия

Минимальный послеоперационный срок, в течение которого требуется антибиотикопрофилактика инфицирования суставных протезов при проведении медицинских манипуляций, сопровождающихся бактериемией, составляет:

Г. 10 лет

А. 1 год

Б. 2 года

В. 5 лет

Д. все перечисленное неверно

Выберите верное утверждение:

Вакцинацию против туберкулеза следует проводить до назначения ГИБП.

Иммунизация пневмококковой вакциной возможна у больных РА с активным воспалительным процессом

Вакцинацию против гриппа можно проводить через 1 мес. от начала терапии ритуксимабом

Непереносимость пенициллиновых антибиотиков является противопоказанием для применения вакцины Гриппол

Лечение метотрексатом значительно снижает постиммунизационный ответ на вакцину против гриппа

Что является неверным для тоцилизумаба

А. Повышение риска развития инфекции

Г. Структура инфекционных осложнений существенно отличается от таковой при лечении иФНО-альфа

Б. Вероятно развитие туберкулеза

В. Стертость клинической симптоматики инфекции

Д. Все перечисленное неверно

Какие вакцины показаны больным РА, получающим ГИБП?

А. Против бешенства

Б. Против пневмококковой инфекции

В. Против краснухи

Г. Против эпидемического паротита

Д. Все перечисленное верно

Какой цитокин считается ключевым в развитии идиопатического панникулита Вебера-Крисчена?

Б. ИЛ-6

Г. ИЛ-1

А. ИЛ-2

В. α -ФНО

Д. гамма-интерферон

Синдром Рейно ассоциируется с:

Б. Вибрационной болезнью

В. Табакокурением

А. Системной склеродермией

Д. Все перечисленное

Г. Химиотерапией опухолей

Синдром мальабсорбции при системной склеродермии развивается вследствие:

А. Снижения экзокринной функции поджелудочной железы

Б. Гипокинезии кишечника

В. Дискинезия желчевыводящих путей.

Г. Появления псевдодивертикулов

Д. Все перечисленное

При Эхо-КГ у больных системной склеродермией чаще выявляется:

В. Вегетации на створках аортального клапана.

Г. Уплотнение аортального клапана

- А. Дилатация левого предсердия.
- Б. Диастолическая дисфункция левого желудочка
- Д. Стеноз митрального клапана.

Целью психологической диагностики при РЗ являются все нижеперечисленные, кроме:

- А. Определение типа предрасположения (аффективности) и связанных с ним структурных особенностей РТДС (расстройства тревожно-депрессивного спектра) для разработки дифференцированного подхода к терапии
- Г. Диагностика ПР (психических расстройств)
- Б. Выявление стрессовых факторов, способствующих обострению РЗ и РТДС (расстройства тревожно-депрессивного спектра)
- В. Диагностика КН (когнитивных нарушений)
- Д. Разработка основных направлений психотерапевтической тактики для улучшения адаптации и предупреждения обострений РЗ и РТДС

Женщина 42 лет, болеет СКВ в течение 3 лет, предъявляет жалобы на постоянное, длящееся более 2 лет снижение активности, потерю уверенности в себе, чувства удовольствия от обычных занятий, частую слезливость, потерю аппетита, бессонницу, затруднение концентрации внимания. Какое из нижеперечисленных психических расстройств в данном случае представляется Вам наиболее верным?

- В. Дистимия
- А. Единичный депрессивный эпизод
- Б. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод
- Г. Генерализованное тревожное расстройство
- Д. Расстройство адаптации

33-летний мужчина болен РА в течение 2 лет. Предъявляет жалобы на головокружение, потливость, сердцебиения, сухость во рту, боли в желудке, а также беспричинное беспокойство, нервозность, неспособность расслабиться, опасения в том, что совершится что-либо ужасное, нарушение концентрации внимания. При осмотре - суетлив, отмечается легкий тремор кистей. Данное состояние длится около 2 месяцев. Наиболее вероятное психическое расстройство:

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

54-летняя женщина больна РА в течение 3 лет. Четыре года назад перенесла смерть мужа. В последние 3 недели отмечает угнетенное тоскливое настроение, потерю интересов и чувства удовольствия; чувство вины и самоуничижения, пессимизм и безнадежность, потерю уверенности в себе, выраженную усталость, бессонницу, снижение аппетита. Наиболее вероятное психическое расстройство:

- Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод

Единичный депрессивный эпизод
Дистимия
Генерализованное тревожное расстройство
Расстройство адаптации

Женщина 56 лет страдает болезнью Шегрена в течение 7 лет. В клинической картине преобладает сухость слизистых оболочек полости рта и сниженное слезообразование. При обследовании у психиатра выявлено рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод, требующий назначения психофармакотерапии. Какие из нижеперечисленных психотропных препаратов наиболее вероятно вызовут осложнения, усугубляющие клинические проявления болезни Шегрена и, в связи с этим, их не следует назначать данной пациентке?

- В. Амитриптилин
- А. Сертралин
- Б. Миансерин
- Г. Флупентиксол
- Д. Эглонил

Значительное снижение тромбоцитов при болезни Шёгрена обусловлено:

- Полинейропатией
- Опухолью желудка
- Пневмонией
- Аутоиммунной тромбоцитопенией
- Интерстициальным поражением легких

Вид анемии, наиболее часто встречающийся при болезни Шёгрена:

- Анемия хронического воспаления
- Железодефицитная анемия
- Апластическая анемия
- Пернициозная анемия
- Гемолитическая анемия

Какое нарушение в биохимических исследованиях наиболее часто встречается при болезни Шёгрена?

- А. Повышение уровня трансаминаз
- В. Гипергаммаглобулинемия
- Б. Повышение уровня мочевой кислоты
- Г. Высокие уровни креатинина
- Д. Низкие уровни железа

Больной поступает в стационар с жалобами: на массивное увеличение в поднижнечелюстных областях, значительное увеличение языка и изменение в голосе. Какое заболевание следует предположить при таком симптомокомплексе?

- А. Рак языка

- Д. AL- амилоидоз
- Б. Акромегалию
- В. Лимфому поднижнечелюстных слюнных желёз
- Г. Недоразвитие костей черепа

В каких случаях болезни Шёгрена, не связанных с приемом лекарственных препаратов, могут встречаться умеренные признаки холестаза?

- А. Наличие синдрома Жильбера
- Г. Билиарные поражения желчных протоков
- Б. Желчекаменная болезнь
- В. Атрофический гастрит
- Д. Наличие хронического панкреатита

Какой иммунологический показатель всегда будет определяться при болезни Шёгрена?

- В. АНФ
- А. СРБ
- Б. РФ
- Г. Криоглобулины
- Д. Ро/Ла антитела

Наиболее часто при болезни Шёгрена повышаются следующие уровни поликлональных иммуноглобулинов:

- IgG
- IgM
- IgA
- IgA+ IgG
- IgG+IgM

Повышение какого класса или подкласса иммуноглобулинов является прогностически неблагоприятным признаком при болезни Шёгрена?

- IgA
- IgM
- IgG
- IgE
- IgG4

С какой частотой при болезни Шёгрена выявляются моноклональные Ig или их легкие цепи при иммунохимическом исследовании сыворотки крови и мочи?

- 15-20%
- 1-2%
- 3-5%
- 5-10%
- 10-15%

Развитию ревматологических заболеваний нередко предшествует:

Плазматические дискразии (миелома, макроглобулинемия Вальденстрема)

Лимфома маргинальной зоны

В-крупноклеточная лимфома

Болезнь Ходжкина

Т-клеточная лимфома

Какие типы лимфом часто развиваются при болезни Шёгрена при наличии высоких титров ревматоидного фактора в течение длительного периода времени?

Множественная миелома

Диффузные В-крупноклеточные лимфомы

Лимфомы маргинальной зоны лимфоузлов (в том числе MALT-типа)

Макроглобулинемия Вальденстрема

Лимфома зоны мантии

Какой вариант лимфопролиферации развивается у больных болезнью Шегрена, серонегативных по ревматоидному фактору или ставших серонегативными в какой-то период обследования?

MALT-лимфомы слюнных желёз

Различные варианты миеломной болезни

Макроглобулинемия Вальденстрема

Болезнь Ходжкина

Фолликулярная лимфома

При каком ревматологическом заболевании существует наиболее высокий риск развития В-клеточных лимфом?

Г. Болезнь Шёгрена

А. Ревматоидный артрит

Б. Системная красная волчанка

В. Дерматополимиозит

Д. Системная склеродермия

Введения высоких доз внутривенных иммуноглобулинов используются в следующих случаях аутоиммунной тромбоцитопении:

Снижение уровня тромбоцитов $< 20 \times 10^9/\text{л}$

Снижение уровня тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$

Снижение уровня тромбоцитов $< 10 \times 10^9/\text{л}$

Снижение уровня тромбоцитов $< 100 \times 10^9/\text{л}$ + несколько локализаций кровотечений

Снижение уровня тромбоцитов $< 50 \times 10^9/\text{л}$ + носовые кровотечения

Наиболее специфичными признаками болезни/синдрома Шёгрена являются следующие морфологические изменения в биоптатах слюнных и слёзных желёз:

Лимфоэпителиальное поражение

Лимфогистиоцитарная инфильтрация

Лимфоидная инфильтрация

Плазматическая инфильтрация
Гранулематозные изменения

68- летняя пациентка с жалобами на впервые возникшую правостороннюю пульсирующую головную боль, усиливающуюся при жевании. Наибольший риск возникновения при отсутствии адекватного лечения имеет:

Тромбоз сосудов кишечника
Острый инфаркт миокарда
Тригеминит
Слепота
Ишемический инсульт

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 пристеночным тромбозом
Некротизирующее воспаление с инфильтрацией эозинофилами
Сегментный некроз
Гранулематозное воспаление
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 дополнительно будет 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:

Варфарин
Аспирин
Гепарин
Преднизон
Циклофосфан

54- летний пациент, 4 месяца назад перенесший острый гепатит В, отметил ухудшение самочувствия с лихорадкой 38,5 С, снижением массы тела, выраженными болями в икроножных мышцах. При обследовании креатинин крови 218 мкмоль/л, гиперпродукция АНЦА отсутствует. Вероятный диагноз:

Микроскопическое полиангиит
Криоглобулинемический васкулит
Полимиозит
Узелковый полиартрит
IgA- васкулит

54- летний пациент, 4 месяца назад перенесший острый гепатит В, отметил ухудшение самочувствия с лихорадкой 38,5 С, снижением массы тела, выраженными болями в икроножных мышцах. При обследовании креатинин крови 218 мкмоль/л, гиперпродукция АНЦА отсутствует. Выберите осложнение, риск развития которого является максимальным:

Полиурия
Глюкозурия
Артериальная гипертония
Никтурия
Нефротический синдром

48- летний пациент, недавно перенесший пневмонию, отметил ухудшение самочувствия, общую слабость, снижение массы тела, эпизоды кровохарканья, присоединение геморрагических высыпаний на нижних конечностях, парестезий в руках и ногах. Артериальное давление 120/ 80 мм рт ст. Наиболее вероятный диагноз:

Узелковый полиартрит
Микроскопический полиангиит
Подострый септический эндокардит
Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
IgA васкулит (Шенлейна- Геноха)

У 42- летней пациентки, с подросткового возраста страдающей бронхиальной астмой, в течение последних 2 месяцев на фоне усиления одышки и кашля появились общая слабость, субфебрилитет, снижение массы тела на 5 кг, артралгии, миалгии, чувство онемения в правой кисти, затем в левой кисти и

правой стопе. При обследовании СОЭ 65 мм/ч, Нв 132 г/л, лейкоциты 14 x 10⁹, эозинофилия 24%, протеинурия 1,2 г/л, эритроцитурия 40 в поле зрения, креатинин сыворотки крови 142 мкмоль/л, СРБ 16 мг/л, АНЦА со специфичностью к миелопероксидазе. При рентгенографии грудной клетки выявлены двусторонние инфильтраты. **Наиболее вероятный диагноз:**

Бронхолегочной аспергиллез

Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом

Синдром эозинофилии- миалгии

Саркоидоз

Хронический эозинофильный лейкоз

Синдрому Когана соответствует утверждение:

Воспалительное поражение глаз (интерстициальный кератит, увеит, эписклерит) и заболевание органа слуха (нейросенсортная тугоухость, вестибулярные нарушения) с возможным артериитом.

Прогрессирующее снижение функции почек в сочетании с патологией органа слуха (неврит слухового нерва) и глаз (хрусталика, роговицы, сетчатки).

Васкулит артерий или вен любого калибра в единственном органе, который не имеет признаков системного васкулита.

Рецидивирующие афтозные изъязвления слизистой рта и половых органов, сопровождающиеся поражением кожи, глаз, суставов, желудочно-кишечного тракта, нервной системы.

Васкулит, ассоциирующийся с поражением глаз (передний лентиконус, билатеральные перимакулярные изменения) и органа слуха с вестибулярными нарушениями.

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

Достижение ремиссии (или низкой активности) болезни

Уменьшение болей и улучшение функции суставов

Снижение риска коморбидных заболеваний

Сохранение трудоспособности

Согласно рекомендациям APP (2014), терапию базисными противовоспалительными препаратами при ревматоидном артрите следует назначать:

Только при неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидов

Только при отсутствии коморбидных заболеваний

Только при постановке достоверного диагноза РА, согласно критериям ACR (1987 г.)

Как можно раньше, даже при подозрении на возможность развития РА

Препаратом «первого» ряда для лечения ревматоидного артрита является:

Лефлуномид

Гидроксихлорохин

Ингибиторы фактора некроза опухоли (инфликсимаб, голимумаб, этанерцепт, адалимумаб, цертолизумаба пэгол)

Метотрексат

Другие

Тактика назначения метотрексата при ревматоидном артрите:

Начинать с 10-15 мг/неделя и быстро увеличивать (по 5 мг/неделя) до 25-30 мг/неделя

Начинать с дозы не более 5 мг/неделя и медленно повышать до максимально допустимой (не более 15 мг/неделя)

Начинать с 5 мг/неделя и постепенно (по 5 мг/неделя) увеличивать до 15 мг/неделя

Начинать с дозы 25 мг/неделя с постепенным снижением до 15 мг/неделя

Назначение метотрексата сочетают с назначением:

Фолиевой кислоты

Кальция и витамина D

Витамина B12

Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот

Какие лабораторные исследования надо обязательно провести перед назначением метотрексата?

А. Определение ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному белку

Д. Другие исследования

Б. Общий анализ крови и С-реактивный белок

В. Общий анализ крови, печеночные ферменты, креатинин

Г. Антинуклеарный фактор, маркеры вируса гепатита В и С

Согласно рекомендациям АРР, как следует изменить тактику лечения при недостаточной эффективности таблетированной формы метотрексата в дозе 15 мг/нед?

А. Отменить метотрексат, назначить лефлуномид

В. Назначить подкожную форму метотрексата в той же дозе

Б. Продолжить лечение метотрексатом, назначить сульфасалазин

Г. Отменить метотрексат, назначить инфликсимаб

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

Какие нежелательные реакции наиболее часто являются причиной прерывания лечения метотрексатом?

Б. Повышение артериального давления

Г. Прогрессирование легочного фиброза

А. Нарушение функции почек

В. Тошнота, диспепсия

Д. Обострение ишемической болезни сердца

Каковы наиболее часто применяемые схемы комбинированной терапии стандартными базисными противовоспалительными препаратами при РА?

- А. Метотрексат в комбинации с циклоспорином А
- В. Метотрексат в комбинации с сульфасалазином и гидроксихлорохином
- Б. Лефлуномид в комбинации с сульфасалазином
- Г. Сульфасалазин в комбинации с солями золота

При недостаточной эффективности метотрексата (включая подкожную форму), какую терапию предпочтительней назначить пациенту?

- А. Отменить метотрексат, назначить глюкокортикоиды средней дозе
- Б. Продолжить лечение метотрексатом, назначить ингибиторы ФНО- α
- В. Отменить метотрексат, назначить тоцилизумаб
- Г. Продолжить лечение метотрексатом, назначить ритуксимаб

Какой препарат относится к ингибиторам фактора некроза опухоли?

- А. Абатацепт
- В. Голимумаб
- Б. Ритуксимаб
- Г. Устекинумаб

Справедливо ли утверждение, что при раннем ревматоидном артрите комбинированная терапия метотрексатом и адалимумаб, более эффективна, чем последовательное назначение адалимумаба при недостаточной эффективности монотерапии метотрексатом?

- нет
- да

Какой из перечисленных препаратов относится к блокаторам ко-стимуляции Т лимфоцитов?

- В. Тофацитиниб
- Г. Абатацепт
- А. Ритуксимаб
- Б. Этанерцепт

Справедливо ли утверждение, что при недостаточной эффективности, но хорошей переносимости метотрексата, пациентам следует назначить монотерапию генно-инженерными биологическими препаратами?

- А. да
- Б. нет

Перед назначением каких препаратов абсолютно показаны исследования для исключения латентной туберкулезной инфекции?

- В. Глюкокортикоиды
- Г. Метотрексат

- А. Абатацепт
- Б. Инфликсимаб
- Д. Ритуксимаб

Монотерапию каким препаратом предпочтительней проводить у пациентов, при невозможности продолжить лечение метотрексатом?

- Г. Абатацепт
- А. Инфликсимаб
- В. Тоцилизумаб
- Б. Адалимумаб

Какие нежелательные реакции наиболее часто могут развиваться на фоне лечения всеми ГИБП?

- Г. Обострение ишемической болезни сердца
- А. Аутоиммунные нарушения
- Б. Инфекционные осложнения
- В. Агранулоцитоз
- Д. Все выше перечисленные

Каковы наиболее частые причины развития вторичной неэффективности на фоне лечения моноклональными антителами к ФНО- α ?

- Г. Синтез нейтрализующих антител
- А. Полиморфизм генов, регулирующих синтез «провоспалительных» цитокинов
- Б. Пожилой возраст пациентов
- В. Мужской пол
- Д. Все, перечисленные выше

Верно ли утверждение, что комбинированная терапия метотрексатом и генно-инженерными биологическими препаратами эффективней монотерапии генно-инженерными биологическими препаратами

- Б. нет
- А. да

Какова по вашему мнению тактика ведения пациентов с ревматоидным артритом, у которых на фоне комбинированной терапии метотрексатом и ингибиторами ФНО- α достигнута стойкая ремиссия ревматоидного артрита?

- Б. Продолжить лечение метотрексатом, отменить ингибиторы ФНО- α
- А. Отменить метотрексат, продолжить лечение ингибиторами ФНО- α
- В. Снизить дозу метотрексата и ингибиторов фактора некроза опухоли- α
- Г. Продолжить лечение метотрексатом, снизить дозу ингибиторов ФНО- α
- Д. Снизить дозу метотрексата и ингибиторов ФНО- α , назначить глюкокортикоиды

Какие коморбидные заболевания наиболее часто встречаются у пациентов с ревматоидным артритом?

- В. Бронхиальная астма

- Г. Рак толстого кишечника
- А. Хронические заболевания печени
- Б. Атеросклеротическое поражение сосудов

Верно ли утверждение о том, что на фоне лечения ингибиторами ФНО- α инфекционные осложнения наиболее часто развиваются в первые 6 месяцев от начала терапии?

- А. да
- Б. нет

У пациента с РА развилась сердечная недостаточность III функционального класса (NYHA). Какие препараты не рекомендуется назначать этому пациенту?

- А. Метотрексат
- Г. Инфликсимаб
- Б. Лефлуномид
- В. Абатацепт

Какое утверждение в отношении роли H.pylori в развитии НПВП-гастропатии неверно?

- В. Эрадикация H.pylori существенно снижает риск рецидивов НПВП-индуцированных язв и кровотечений в случае продолжения длительного приема этих препаратов
- А. H.pylori и НПВП являются независимыми этиологическими факторами пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
- Б. НПВП и низкие дозы аспирина способны вызывать развитие язвы и ЖКТ – кровотечения у H.pylori - негативных пациентов.
- Г. Эрадикация H.pylori значительно уступает по эффективности по сравнению с длительным использованием ИПП в отношении предупреждения рецидивов НПВП-гастропатии
- Б. Эрадикация H.pylori до начала приема НПВП способна снизить риск развития НПВП-гастропатии

Какая тактика использования НПВП у больного АС с хронической болезнью почек 2 стадия (СКФ = 75 мл/мин) представляется наиболее правильной?

- Г. Возможно применение только неселективных НПВП
- А. Нельзя использовать любые НПВП
- Б. Возможно применение любых НПВП в терапевтических дозах на фоне регулярного контроля СКФ
- В. Показано применение НПВП в дозах, не превышающих половину терапевтической
- Д. Возможно применение только коксибов

Какой из препаратов способен связывать, как с ФНО- α и ФНО- β (лимфотоксин)?

- Д. Этанерцепт
- А. Адалимумаб
- Б. Голимумаб
- В. Инфликсимаб

Г. Цертолизумаб пегол

Какой размер папулы при проведении пробы Манту является отрицательным?

В. Размер папулы 10-14 мм

Г. Размер папулы 15-16 мм

Б. Размер папулы 5-9 мм

А. Размер папулы 0-4 мм

Д. Размер папулы 17-21мм

После полного излечения активного ТБ у больных с АС, какие препараты среди ингибиторов ФНО- α в дальнейшем, являются наиболее безопасными?

Б. Голимумаб

В. Инфликсимаб

А. Цертолизумаб пегол

Д. Этанерцепт

Г. Инфликсимаб

У больного диагноз РА. Проводилась терапия инфликсимабом вместе с метотрексатом с хорошим эффектом. Через 6 мес. при плановом обследовании впервые была выявлена положительная проба Манту. Ваши действия?

В. Начать прием другого БПВП

А. Отменить метотрексат

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

Б. Уменьшить дозу метотрексата

Г. Провести повторную пробу Манту

У больной диагноз РА, вторичный амилоидоз. Проживает в эндемичном по ТБ регионе. В связи с выраженным обострением принято решение впервые начать лечение ГИБП. Проведено полное обследование на ТБ. Данных за активный ТБ и латентную инфекцию нет. Какой препарат в данной ситуации наиболее предпочтителен:

В. Абатацепт

А. Ингибиторы ФНО- α

Г. Тоцилизумаб

Б. Ритуксимаб

Какие суставы из нижеперечисленных не могут учитываться при определении числа пораженных суставов в рамках классификационных критериев РА ACR/EULAR?

А. Акромиально-ключичные

Б. Первые запястно-пястные

В. Тазобедренные

Г. Плечевые

Д. Височно-нижнечелюстные

Роль игольчатой ЭМГ в диагностике воспалительных миопатий и ведении пациентов. Выберите НЕПРАВИЛЬНОЕ утверждение:

- Г. Позволяет исключить нейрональный и невритический процесс как причину мышечной слабости
- Б. Подтверждает первично-мышечный уровень поражения
- А. Выявляет изменения, характерные только для полимиозита и дерматомиозита
- В. Степень выраженности спонтанной активности мышечных волокон коррелирует с активностью заболевания
- Д. Анализ спонтанной активности в динамике помогает оценить эффективность терапии

Пациент 67 лет . Жалобы на слабость в мышцах ног (невозможно встать со стула без посторонней помощи, ходить по лестнице, частые спонтанные падения), дистальных мышцах рук (трудно застегнуть пуговицы, писать, полностью пальцы в кулак собрать не может), затруднения при проглатывании жидкой пищи (поперхивание 1-2 раза за прием пищи). Болен в течение 7-8 лет. Сначала отметил трудность при подъеме в автобус, далее медленно слабость прогрессировала, стало невозможно ходить по лестнице. По прямой поверхности пациент передвигается с палочкой, в течение последних 3-х лет нарастает слабость в пальцах рук, стало трудно писать, появилась легкая дисфагия. При осмотре: Походка миопатическая, ходит с тростью, со стула встать не может. Выраженная гипотрофия 4-х головных мышц бедер и сгибателей пальцев кистей, пальцы в кулак собирает не полностью, слабость в трехглавых мышцах рук – 7 баллов, в двуглавых мышцах рук – 8 б, в дельтовидных мышцах сила сохранена, в дистальных мышцах рук (в сгибателях запястья и пальцев кистей – снижена 6 баллов). в 4-х головных мышцах бедер 5 баллов, в 2-х головных мышцах бедер 8 баллов, в дистальных мышцах ног 7 баллов, из положения лежа садится при помощи рук. При обследовании: клинический анализ крови – норма, биохимический: КФК 665ед/л (норма до 190), АЛТ 78 ед/л , АСТ 96 ед/л (норма до 35), АНФ 1/160. иЭМГ 4-х головной мышцы : снижение длительности ПДЕ -25%, увеличение средней максимальной амплитуды ПДЕ , полифазия 30%, умеренная спонтанная активность в виде единичных ПОВ и ПФ 1/3 вколов. МРТ мышц беер и голеней: При проведении МРТ мышц бедер и голеней в режиме T1 выявляется значительная атрофия и замещение жировой тканью 4-х головных мышц бедер и медиальной головки икроножной мышцы , в STIR усиление МР-сигнала от мышц. Проведена биопсия 4-х головноймышцыбедра, которая выявила признаки воспаления (воспалительные инфильтраты в том числе с инвазией мышечных волокон) и атрофии мышечных волокон, вакуолизации их. Электронная микроскопия не проводилась.

Предположите диагноз , основываясь на клинических данных:

- В. Спорадический миозит с включениями
- А. Полимиозит.
- Б. Антисинтетазный синдром
- Г. Воспалительная миопатия исключена.

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 (8баллов из 10). С корточек встает с приемами Говерса. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними средними отделами легких. При обследовании: В клиническом анализе крови гемоглобин 113г/л, лейкоциты $12.5 \times 10^9/л$, тромбоциты $440 \times 10^9/л$, 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), а-Ro (норма до 25). Игольчатая ЭМГ 4-х главой мышцы бедра: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда снижены, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ. Предложите какие исследования **НАИБОЛЕЕ ВАЖНО** выполнить на следующем этапе:

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

А. Колоноскопия и гастроскопия

В. ПЭТ

Г. Анализ крови на онкомаркеры

Д. Рентгенография кистей и 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. С корточек встает с приемами Говерса. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними средними отделами легких. При обследовании: В клиническом анализе крови гемоглобин 113г/л, лейкоциты $12.5 \times 10^9/л$, тромбоциты $440 \times 10^9/л$, 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), а-Ro (норма до 25). Игольчатая ЭМГ 4-х главой мышцы бедра: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда снижены, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ. КТ ОГК выявило картину фиброзно-интерстициальных 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:

Д. Антисинтетазный синдром

- А. Системная красная волчанка
- Б. Системная склеродермия
- В. Ревматоидный артрит с системными проявлениями
- Г. 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 - 459тыс/мкл, СОЭ по Вест.- 60 мм/ч, в биохимическом анализе крови с исключением повышения мочевины до 2,5 норм, а также до 3 норм ЛДГ и до 2 норм ГГТ, 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. МСКТ ОГК и малого таза без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Каким заболеванием может быть обусловлена спленомегалия:

- В. Миелома
- А. Т-клеточная лейкемия из больших гранулированных лимфоцитов
- Д. Миелофиброз
- Б. Т-клеточная лейкемия из больших гранулированных лимфоцитов
- Г. 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). С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный (выберите правильную комбинацию ответов)1. Криоглобулинемический васкулит

- 2. Гранулематоз с полиангиитом**
- 3. Узелковый периартериит**
- 4. Макроглобулинемия Вальденстрема**
- 5. Болезнь Шегрена**

- Б. 1,2,5
- В. 1,5
- А. 1,2,3
- Г. все правильные
- Д. 1,3,4,5

Согласно преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения здоровье определяется как

- В. комплекс показателей, отражающих способность организма полностью выполнять свои функции
- Б. динамический процесс, характеризующийся отсутствием болезней и их симптомов
- А. состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не

только отсутствие болезней и физических дефектов

Норматив объемов медицинской помощи в стационарных условиях

В. Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год и количество случаев госпитализации на 1 застрахованного в год

А. Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год

Б. Количество случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо в год

Г. Количество койко-дней на 1 застрахованное лицо в год

Д. 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

В. Количество пациенто-дней на 1 жителя в год

Г. Количество медицинских услуг на 1 жителя в год

А. Количество случаев госпитализации на 1 жителя в год

Б. Количество койко-дней на 1 жителя в год

Понятие «глобальное бремя болезней» включает

А. Заболеваемость, рождаемость, смертность

В. Преждевременную смертность, заболеваемость, инвалидность

Б. Смертность, ожидаемую продолжительность жизни, рождаемость

Г. Инвалидность, летальность, заболеваемость

Д. Преждевременную смертность, рождаемость, инвалидность

Показатель DALY это:

Б. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

В. Приобретенные годы качественной жизни

А. Годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смертности

Д. Потеря 1 года здоровой жизни

Г. Средняя продолжительность предстоящей жизни

Назовите данные, необходимые для расчета общей заболеваемости:

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

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

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

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

Д. число заболеваний, выявленных в предыдущем году; среднегодовая численность населения

К категории длительно и часто болеющих (ДЧБ) относятся пациенты, имеющие:

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

- Б. 2 случая и 50 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
- В. 4 случая и 30 дней временной нетрудоспособности в год по одному заболеванию
- Г. 6 случаев и 40 дней временной нетрудоспособности в год по разным заболеваниям
- Д. 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 за-крывает больничный лист:

- А. признан инвалидом III группы во ВТЭК 103
- Б. 2 .признан инвалидом III группы во ВТЭК 16.03
- В. признан инвалидом III группы во ВТЭК 203
- Г. приступить к работе с 203
- Д. направить в стационар 203

Пациентка с достоверным серопозитивным РА, 31 год, пришла на консультацию к ревматологу в связи с планированием беременности. Из анамнеза: больна с 23-летнего возраста, предыдущая беременность была прервана в связи с активностью РА и приемом метотрексата. Последние полгода – состояние стабильное. Принимает метипред 4мг/сут, метотрексат 10мг/нед, в течение последних 10 месяцев каждые 8 недель внутривенно вводится инфликсимаб 200мг (получила 8 инфузий препарата, последнее введение предполагается в день настоящей консультации). При осмотре: активность заболевания низкая (DAS28=3,2). Какая из рекомендаций является наиболее правильной?

- Б. Отменить все препараты, кроме метипреда. Планирование беременности возможно через 3 месяца после отмены препаратов.
- А. Планирование беременности не рекомендуется. Терапию продолжить.
- В. Ввести инфликсимаб, отменить метотрексат, продолжить прием метипреда и фолиевой кислоты. Планирование беременности – не ранее чем 1 - 3 месяца после отмены метотрексата.

22-летняя женщина с достоверной СКВ хронического течения, больна 5 лет. Последние 2 года клинико-лабораторных признаков активности заболевания не отмечалось, постоянно принимает 5мг/сут преднизолона и 200мг/сут гидроксихлорохина. Направлена из женской консультации на 18 неделе беременности в связи с жалобами на непродолжительные ноющие боли в коленных суставах без припухлости, проходящие в покое. При обследовании: незначительная сглаженность контуров коленных суставов, движения в них в полном объеме, безболезненные. По данным лабораторных исследований: гемоглобин 112г/л, лейкоциты 5x10⁹/л, тромбоциты 230x10⁹/л; СОЭ 21мм/час; общий анализ мочи и биохимические показатели крови в норме; в иммунологическом анализе крови: а-нДНК 18ед/мл (норма до 20), АНФ 1/160

крапчатый тип свечения; показатели комплемента нормальные. Какое из действий является наиболее правильным?

- Г. Отменить гидроксихлорохин.
- А. Увеличить дозу преднизолона.
- Б. Продолжить проводимую терапию и наблюдение.
- В. Увеличить дозу гидроксихлорохина.
- Д. Назначить НПВП.

У 25-летней женщины с достоверной СКВ и одним случаем внутриутробной гибели плода на 28 неделе беременности при обследовании на 25 неделе настоящей (второй) беременности клинических признаков активности болезни не выявлено. При УЗИ плода отмечено увеличение размеров его сердца и урежение ЧСС до 100 в 1 мин, выявлены нарушения маточно-плацентарного и пупочного кровотоков. Какое из перечисленных исследований наиболее вероятно предсказало бы такую находку у плода?

- А. а-нДНК
- Д. Ro (SSA)- / La (SSB)-антитела
- Б. АНФ
- В. аФЛ
- Г. С3- и С4-фракции комплемента

Женщина с достоверной СКВ с волчаночным нефритом в анамнезе и сохраняющейся следовой протеинурией в течение беременности на 29 неделе гестации отметила появление отечности лица, переходящих головных болей, нарушения сна. В анализе мочи выявлено нарастание протеинурии до 0,5г/л, в моче осадке: лейкоциты до 5-7 в п/зр; эритроциты до 5 в п/зр, оксалаты++. Какой из нижеперечисленных диагнозов является наиболее вероятным?

- В. Пиелонефрит беременных
- А. Мочекаменная болезнь
- Г. Преэклампсия
- Б. Обострение волчаночного нефрита
- Д. Цистит

Какое из ниже перечисленных представлений о неонатальной волчанке является неверным?

- Б. Кожные проявления синдрома могут проходить без лечения в течение первых 3-6 месяцев жизни ребенка.
- В. Пятнистая хондродисплазия – редкое проявление неонатальной волчанки.
- А. У матерей новорожденных с неонатальной волчанкой могут отсутствовать клинические проявления аутоиммунных ревматических заболеваний.
- Д. Всегда требует назначения ребенку глюкокортикоидной терапии.
- Г. Развивается только у плодов/новорожденных от матерей со стойкой и высокой позитивностью Ro/SSA- и/или La/SSB-антител.

Какое из следующих утверждений о применении БПВП при беременности является

наиболее верным?

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

А. Азатиоприн противопоказан при беременности;

Б. Микофенолата мофетил должен отменяться не менее чем за 3 месяца \n до планируемой беременности;

Г. Циклоспорин не токсичен для плода при материнской суточной дозе не более 10мг/кг;

Д. Циклофосфан при беременности не назначается.

Какой из ингибиторов ФНО α меньше всего передается через плаценту плоду?

Д. Цертолизумаб пэгол

А. Инфликсимаб

Б. Адалимумаб

В. Голимумаб

Г. Этанерцепт

Какое из следующих утверждений о применении ингибиторов ФНО α при беременности является неверным?

Б. На поздних сроках беременности концентрация ингибиторов ФНО α в плодной сыворотке аналогична или выше материнской.

А. Активно передаются эмбриону/плоду с ранних сроков беременности.

В. Не учащают выкидыши, врожденные пороки у детей.

Г. Не вызывают преждевременные роды.

Д. Сохраняются в организме новорожденного дольше, чем в организме матери.

Какая из следующих рекомендаций по применению ингибиторов ФНО α при планировании и вынашивании беременности является неверной?

Г. Введение живых вакцин новорожденному отсрочить не менее чем на 6 месяцев от даты последнего введения ингибитора ФНО α матери.

Б. Отменить при положительном тесте на беременность.

А. Отменить за месяц до планируемой беременности.

В. По показаниям возможно продолжение лечения до 30 недели беременности.

Периоперационное ведение больных ревматоидным артритом, нуждающихся в хирургическом лечении суставов

Б. анемия

В. риск кардио-васкулярной патологии

А. возраст старше 70 лет

Г. наличие инфекции

Следует ли отменять аспирин больным с высоким фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний перед эндопротезированием суставов?

Б. следует отменить аспирин за 10 дней до операции

А. отменять аспирин не следует

В. следует отменить аспирин за 2 дня до операции

Пациент получав длительное время антагонисты витамина К (варфарин), планируется проведение эндопротезирования суставов. Что следует сделать ревматологу?

В. В оставить варфарин в прежней дозе под тщательным контролем \n коагулограммы

Б. уменьшить дозу варфарина

А. за 10-14 дней до операции перевести больного на \n низкомолекулярные гепарины

Как длительно после эндопротезирования суставов необходимо проводить медикаментозную профилактику венозных тромбозов дабигатраном этексилатом (продакса) или ривароксабаном (ксарелто)?

В. В 90 дней

А. до снятия швов

Б. 35 дней

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

В. 10 мг

А. 20 мг

Б. 15 мг

Что делать в периоперационном периоде при недостаточной эффективности перорального приема МТ в дозе 15 мг в неделю ?

Б. отменить метотрексат

В. добавить сульфасалазин и гидроксихлорохин

А. увеличить дозу перорального метотрексата за 3 месяца до операции

Г. назначить подкожное введение метотрексата в той же дозе

Диагноз остеопороза у постменопаузальных женщин не может быть установлен на основании:

В. Длительного системного приема глюкокортикоидов и снижения показателя Т-критерия на -1,5 и более стандартных отклонений при рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника;

А. Клинической картины заболевания и переломов в анамнезе при минимальной травме;

Г. Возникновения хотя бы одного компрессионного перелома позвонка на рентгенограмме позвоночника;

Б. Уменьшения показателя Т-критерия на -2,5 и более стандартных отклонений при рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника;

Д. Перенесенного при минимальной травме или спонтанно возникшего перелома (кроме переломов пальцев или костей черепа) в возрасте 40 лет и старше;

Ремоделирование костной ткани является

- А. Физиологическим процессом, направленным на поддержание прочности костной ткани и обеспечение ее минерализации.
- Б. Физиологическим процессом, направленным на поддержание прочности костной ткани
- В. Патологическим процессом, сопровождающимся возникновением остеопороза
- Г. Физиологическим процессом, обеспечивающим минерализацию костной ткани
- Д. Патологическим процессом, сопровождающимся возникновением переломов

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

- Г. Оценки неэффективности антиостеопоротической терапии и выбора дальнейшей тактики лечения
- А. Установления диагноза остеопороза
- Б. Проведения дифференциально-диагностических мероприятий
- В. В клинических исследованиях для контроля антиостеопоротической терапии в динамике
- Д. Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Какой из лучевых методов, рекомендуется в возрасте 50 лет и старше для диагностики остеопороза

- Б. Рентген поясничного отдела позвоночника в боковой проекции
- В. Рентген грудного и поясничного отдела позвоночника в боковой проекции
- А. Рентген грудного отдела позвоночника в боковой проекции
- Г. Рентгеновская денситометрия проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника
- Д. Рентгеновская денситометрия дистальной трети костей предплечья

FRAX – оценка абсолютного 10-летнего риска переломов:

- Б. Проводится мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше для установления диагноза остеопороза
- А. Проводится мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше для своевременного назначения антиостеопоротического лечения
- В. Проводится мужчинам и женщинам в любом возрасте для своевременного назначения средств профилактики и лечения остеопороза
- Г. Предназначена для скрининга остеопороза
- Д. Предназначена для скрининга переломов

Механизм действия азотсодержащих бисфосфонатов:

- Б. Прямое действие на остеокласты, приводящее к нарушению образования, метаболизма и функциональной активности
- В. Прямое действие на остеокласты, приводящее к апоптозу
- А. Физико-химическое связывание с гидроксиапатитом на резорбтивной поверхности

- Д. Все выше перечисленное верно
- Г. Подавление костной резорбции

К диагностическим критериям СКВ (ACR/SLICC 2012) относится все, кроме:

- В. Диссеминированная кожная волчанка
- А. Алопеция
- Г. Синдром Рейно
- Б. Панникулит
- Д. Капилляриты

К лабораторным критериям СКВ (ACR/SLICC 2012) относится все, кроме

- В. Проба Кумбса
- А. Лейкопения
- Д. LE-клетки
- Б. Тромбоцитопения
- Г. Гипокомплементемия

Выберите схемы лечения больных с низкой степенью активности СКВ (SLEDAI 2-4 балла)

- Б. преднизолон 10-15 мг в день
- В. преднизолон 25-30 мг в день + микофенолата мофетил 2 грамма/день
- А. преднизолон 10-15 мг/день + азатиоприн 100 мг в день
- Д. преднизолон 7,5-10 мг в день + гидроксихлорохин 200 мг в день
- Г. преднизолон 15-25 мг в день + азатиоприн 200 мг в день

Выберите лекарственные, не одобренные FDA для больных СКВ

- Б. Белimumаб
- Г. Глюкокортикоиды
- А. Аминохинолиновые препараты
- В. Ритуксимаб
- Д. аспирин

Препарат, не включенный в рекомендации EULAR для лечения больных СКВ

- В. Метотрексат
- А. Плаквенил
- Д. Флударабин
- Б. Циклофосфамид
- Г. Ацетилсалициловая кислота

Для синдрома неонатальной волчанки характерно все, кроме

- А. Частота врожденной полной поперечной блокады составляет 15-30% случаев
- Г. У 30% детей с неонатальной волчанкой впоследствии развивается идиопатическая СКВ (правильный ответ)
- Б. Сочетание врожденной полной поперечной блокады и поражения кожи встречается у 10% новорожденных

- В. Симптоматика неонатальной волчанки появляется в первые 2 месяца жизни
- Д. Симптоматика самостоятельно регрессирует по мере элиминации материнских аутоантител из организма ребенка

Для синдрома лекарственной волчанки характерно все, кроме:

- Б. Редко поражаются жизненно важные органы (почки и ЦНС)
- В. После отмены лекарственного препарата клиническая симптоматика быстро регрессирует
- А. Часто встречается поражение кожи, суставов и серозиты
- Г. С одинаковой частотой развивается в любом возрасте (правильный ответ)
- Д. Возможно применение препаратов, индуцирующих лекарственную волчанку, у больных идиопатической СКВ

Для синдрома лекарственного волчанки характерно все, кроме:

- А. Необходима длительная экспозиция лекарственного препарата
- В. В 3 раза чаще встречается у женщин (правильный ответ)
- Б. Чаще развивается у пожилых больных
- Г. После отмены лекарственного препарата клиническая симптоматика быстро регрессирует
- Д. В большинстве случаев не требует лечения

Все положения о неонатальной волчанке верны, кроме

- Д. Требуется назначения глюкокортикоидов в течение 2-3 месяцев (правильный ответ)
- А. Обусловлена трансплацентарным пассажем материнских аутоантител
- Б. Развивается в первые 2 месяца жизни новорожденного
- В. Характеризуется поражением кожи и сердца
- Г. 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

Отметить заболевания, при которых может развиваться двухсторонний сакроилеит:

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

Какие из перечисленных инфекционных агентов вызывают реактивные артриты:

- А. *Shigella flexneri* и

- Б. Yersinia enterocolitica и
- В. Salmonella typhimurium и
- Г. Campilobacter fetus и
- Д. Chlamidia trachomatis

Что из ниже перечисленного не характерно для остеоартрита:

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

Отметить характерные признаки генерализованного остеоартрита:

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

Отметить факторы риска остеопороза:

- Б. Курение
- Г. Занятия спортом
- А. Ожирение
- В. Злоупотребление кофе и
- Д. Ранняя менопауза

Отметить ситуации, при которых может развиваться синдром запястного канала:

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

Синдром Жаку может развиваться при:

- Острая ревматическая лихорадка
- Остеоартроз
- Ревматоидный артрит
- Системная красная волчанка
- Идиопатический панникулит Вебера-Крисчена

Отметить факторы риска развития остеоартрита:

- Гипертиреоз
- Ожирение и
- Диабет и

Акромегалия и
Гемохроматоз

Отметить признаки эозинофильного фасциита:

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

Отметить признаки рецидивирующего полихондрита:

В. Поражение суставов часто является первым признаком заболевания
А. Резкая болезненность и покраснение наружного отдела ушной раковины и
Б. Седловидная деформация носа и
Г. Хороший эффект при назначении кортикостероидов
Д. Узловатая эритема

Отметить основные проявления гигантоклеточного васкулита:

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

Сосуды крупного калибра поражаются при:

Болезнь Бюргера
Артериит Такаясу и
Височный артериит
Узелковый периартериит
Геморрагический васкулит

Отметить заболевания, при которых может развиваться сетчатое ливедо:

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

Суставной синдром может сопровождать:

Тромботическую тромбоцитопеническую пурпуру и
Гемофилию и
Хронический лимфолейкоз и
Синдром Шенлей-Геноха и
Полицитемию

Установите соответствие:

Рентгенологический признак

- А. Анкилоз суставов запястий**
- Б. Анкилоз крестцово-подвздошных суставов**
- В. Внутрисуставной остеолит**
- Г. «Рыхлые» пяточные шпоры**

Нозологическая форма:

- 1 Псориатический артрит**
- 2 Анкилозирующий спондилоартрит**
- 3 Ревматоидный артрит**
- 4 Реактивный урогенный артрит**

А-3, Б-2, В-1, Г-4

А-2, Б-3, В-4, Г-1

А-1, Б-2, В-3, Г-4

Установите соответствие:

Порок сердца:

- А. Митральный стеноз**
- Б. Митральная недостаточность**
- В. Протрузия митрального клапана**
- Г. Аортальная недостаточность**

Аускультативный признак

- 1. Ослабление первого тона сердца**
- 2. Тон открытия митрального клапана**
- 3. Протодиастолический шум**
- 4. Мезосистолический щелчок**
- 5. Длительный систоло-диастолический шум**

А -3, Б -1, В -4, Г -5

А -5, Б -2, В -4, Г -3

А -2, Б -1, В -4, Г -3

При диффузной форме склеродермии поражается кожа преимущественно:

Лица

Туловища и проксимальных отделов конечностей

Туловища

Головы

Пальцев кистей и стоп

Больная системной красной волчанкой получает преднизолон в дозе 60 мг/сут.

Высказывает бредовые идеи, дезориентирована. Верны утверждения:

Психические расстройства могут быть проявлением поражения ЦНС при СКВ и

Для проведения дифференциального диагноза показано исследование цереброспинальной жидкости и

Психоз может быть следствием лечения большими дозами преднизолона

В данной ситуации необходимо отменить глюкокортикоиды

Из перечисленных нозологических форм системных васкулитов, выберите заболевание, которое развивается в пожилом возрасте:

Геморрагический васкулит

Микроскопический полиангиит

Болезнь Kawasaki

Гигантоклеточный артериит

Гранулематоз с полиангиитом

Пациентка 72 лет в течение месяца отмечает головную боль, преимущественно в височной области, боль и скованность в плечевых суставах и шее. При осмотре определяется болезненность и покраснение по ходу левой височной артерии, болезненность при движении в плечевых суставах. В анализе крови – ускорение СОЭ – 52 мм/ч. Какое серьёзное осложнение может развиваться при данном заболевании?

Амилоидоз

Вестибулярные нарушения

Контрактуры плечевых суставов

Слепота

Снижение слуха

Пациентка 72 лет в течение месяца отмечает головную боль, преимущественно в височной области, боль и скованность в плечевых суставах и шее. При осмотре определяется болезненность и покраснение по ходу левой височной артерии, болезненность при движении в плечевых суставах. В анализе крови – ускорение СОЭ – 52 мм/ч. Пациентке следует назначить:

Преднизолон 10 мг в сутки

Сульфасалазин 500 мг в сутки

Метотрексат 15-20 мг в неделю

Преднизолон 40-60 мг в сутки

Хондроитин сульфат 1000 мг в сутки

Пациентка 60 лет жалуется на боль и припухлость в области левого коленного сустава и голени. Около недели назад появилась припухлость коленного сустава, а также - выпячивания в подколенной области, в течение 2 дней – развилась плотная диффузная припухлость по задней поверхности голени.

Вероятная причина припухания голени:

Разрыв стенки кисты Бейкера с перемещением содержимого в межмышечное пространство голени Д.

Инфекционный процесс подкожной клетчатки

Тромбофлебит глубоких вен голени

Тромбофлебит поверхностных вен голени
Лимфостаз голени

Пациентка 16 лет около месяца назад перенесла острую носоглоточную инфекцию. Жалуется на общую слабость, сердцебиение, субфебрильную температуру тела, боль в суставах. Аускультативно определяется тахикардия, ослабление 1 тона, систолический шум с максимумом на верхушке сердца.

Какие исследования информативны для уточнения диагноза?

Антитела к стрептококку и

ЭКГ и

Эхо-КГ

РФ

АЦЦП

При выполнении Эхо-КГ можно выявить следующий признак ревматического эндокардита:

Краевое утолщение передней створки митрального клапана

Митральная регургитация

Гипокинезия дискордантной задней створки митрального клапана

Вегетации на створках клапанов

34- летний пациент с жалобами на общую слабость, лихорадку 38,2 С, кашель, кровохарканье, затруднение носового дыхания, сукровичное отделяемое из носа.

При обследовании СОЭ 65 мм/ч, Нв 98 г/л, лейкоциты 16 х 10⁹, тромбоциты 638, протеинурия 1,2 г/л, эритроцитурия 60 в поле зрения, креатинин крови 98 мкмоль/л. При рентгенографии грудной клетки выявлены множественные инфильтраты с деструкцией. В мокроте кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены, проба Манту - эритема 5 мм. Какой лабораторный тест, наиболее вероятно, будет положительным?

Антитела к миелопероксидазе

Ревматоидный фактор

Антинуклеарный фактор

Антитела к протеиназе-3

Антитела к базальной мембране клубочков

48- летний пациент, недавно перенесший пневмонию, отметил ухудшение самочувствия, общую слабость, снижение массы тела, эпизоды кровохарканья, присоединение геморрагических высыпаний на нижних конечностях, парестезий в руках и ногах. Артериальное давление 120/ 80 мм рт ст. Наиболее вероятный диагноз:

Микроскопический полиангиит

Узелковый полиартериит

Подострый септический эндокардит

Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом

IgA васкулит (Шенлейна- Геноха)

Ложное утверждение в отношении роли *H.pylori* в развитии НПВП-гастропатии:

H.pylori и НПВП являются независимыми этиологическими факторами пептической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Эрадикация *H.pylori* существенно снижает риск рецидивов НПВП-индуцированных язв и кровотечений в случае продолжения длительного приема этих препаратов НПВП и низкие дозы аспирина способны вызывать развитие язвы и ЖКТ – кровотечения у *H.pylori* - негативных пациентов.

Эрадикация *H.pylori* до начала приема НПВП способна снизить риск развития НПВП-гастропатии

Эрадикация *H.pylori* значительно уступает по эффективности по сравнению с длительным использованием ИПП в отношении предупреждения рецидивов НПВП-гастропатии

Тактика использования НПВП у больного анкилозирующим спондилитом с хронической болезнью почек 2 стадии (СКФ = 75 мл/мин):

Возможно применение любых НПВП в терапевтических дозах на фоне регулярного контроля СКФ

Нельзя использовать любые НПВП

оказано применение НПВП в дозах, не превышающих половину терапевтической

Возможно применение только неселективных НПВП

Возможно применение только коксибов

Соотнесите утверждения, соответствующие результатам сравнения НПВП:

Результат сравнения:

А. значительно чаще

Б. значительно реже

В. не отличается

Г. зависит от дозы

Д. не подтверждается данными РКИ

Утверждение:

1. Обезболивающий и противовоспалительный эффект н-НПВП и коксибов

2. По данным РКИ, диклофенак в сравнении с мелоксикамом вызывает повышение АЛТ/АСТ

3. По данным РКИ, целекоксиб в сравнении с комбинацией диклофенака и омепразола вызывает развитие железодефицитной анемии

4. Представление, что НПВП при в/м введении в сравнении с пероральным приемом оказывают более выраженный эффект

1-А,Г; 2-В; 3-Б; 4-Д

1-Д,В; 2-А; 3-Б; 4-Г

1-В,Г; 2-А; 3-Б; 4-Д

Выберите соответствие между НПВП и нежелательным явлением вследствие его приема:

Нежелательное явление:

А. Снижение антитромботического эффекта аспирина

Б. Гепатотоксические реакции

В. ЖКТ-кровотечения

Г. Агранулоцитоз

Д. Дестабилизация артериальной гипертензии

НПВП:

1. Кеторолак

2. Эторикоксиб

3. Метамизол

4. Диклофенак

5. Ибупрофен

1 - В; 2 - Д; 3 - Г; 4 - Б; 5 - А

1 - Г; 2 - А; 3 - В; 4 - Б; 5 - Д

1 - А; 2 - Д; 3 - Г; 4 - Б; 5 - В

Положение, в наибольшей степени соответствующее показаниям к назначению НПВП при острой неспецифической боли в нижней части спины:

Симптоматическая терапия боли, связанной с поражением суставов

Препарат выбора для купирования острого приступа болезни

Патогенетическая терапия, замедляющая прогрессирование заболевания

Малоэффективное средство, использование которого не целесообразно

Положение, в наибольшей степени соответствующее показаниям к назначению НПВП при фибромиалгии:

Препарат выбора для купирования острого приступа болезни

Симптоматическая терапия боли, связанной с поражением суставов

Малоэффективное средство, использование которого не целесообразно

Патогенетическая терапия, замедляющая прогрессирование заболевания

Выберите соответствие между риском развития ЖКТ-осложнения и приема НПВП:

НПВП:

А. Индометацин

Б. Диклофенак

В. Ацеклофенак

Г. Напроксен

Д. Целекоксиб

Е. Нимесулид

Риск развития осложнений со стороны ЖКТ:

1. Низкий

2. Относительно низкий (переносимость лучше, чем у большинства н-НПВП)

3. Умеренно высокий

4. Наиболее высокий

1 - Д; 2 - В,Е; 3 - Б,Г; 4 - А

1 - А; 2 - В,Е; 3 - Б,Г; 4 - Д

1 - Д; 2 - Б,Е; 3 - В,Г; 4 - А

Выберите соответствие между клинической ситуацией и противопоказанием к назначению НПВП при ревматических заболеваниях.

НПВП:

А. Кеторолак

Б. Диклофенак

В. Эторикоксиб

Г. Нимесулид

Д. Декскетопрофен

Клиническая ситуация:

1. При наличии артериальной гипертензии (АД 160/100 мм рт.ст.)

2. При наличии хронического вирусного гепатита с умеренной активностью

3. При необходимости проведения длительного лечения НПВП (например, при АС)

1 - А; 2 - В,Г; 3 - Б,Д

1 - В; 2 - Б,Г; 3 - А,Д

1 - Б; 2 - А,Д; 3 - В,Г

Выберите соответствие между клинической ситуацией и тактикой назначения НПВП.

Тактика назначения НПВП:

А. Напроксен + ИПП

Б. н-НПВП (например, кетопрофен) + ИПП

В. Использование более «мягких» н-НПВП, например, ацеклофенака

Г. Возможно назначение любых НПВП, пригодных для длительного использования

Д. Целекоксиб + ИПП

Клиническая ситуация

1. Пациент с АС, 25 лет, факторы риска сердечно-сосудистых и ЖКТ-осложнений отсутствуют

2. Пациент с тендинитом надостной мышцы, 73 года, ИБС, стенокардия напряжения, в анамнезе инфаркт миокарда

3. Пациентка с РА, 56 лет, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, в анамнезе язва желудка, ЖКТ-кровотечение

4. Пациент с ОА и ХРБС, 68 лет, СН (NYHA II), ГЭРБ

5. Пациентка с РА, 37 лет, диспепсия

Е. Избегать назначения любых системных форм НПВП

1 - Е; 2 - Г; 3 - А 4 - Д; 5 - Б,В

1 - Г; 2 - Е; 3 - Д; 4 - А; 5 - Б,В

1 - Б 2 - Е; 3 - Д; 4 - А; 5 - Г,В

Оцените риск реактивации латентной туберкулезной инфекции при назначении ингибиторов ФНО-α:

Высокий риск

Риск отсутствует

Незначительный риск

Только когда ингибиторы ФНО-α используются вместе с глюкокортикоидами

Только когда ингибиторы ФНО-α используются вместе с БПВП

Выберите соответствие между ревматическим заболеванием и наиболее безопасным ГИБП для повторного назначения после полного излечения активного туберкулеза.

ГИБП:

А. Устекинумаб

Б. Ритуксимаб

В. Абатацепт

Г. Тоцилизумаб

Д. Этанерцепт

Заболевание:

1. Ревматоидный артрит

2. Анкилозирующий спондилит

3. Псориатический артрит

1 - Б,В,Г,Д; 2 - Д; 3 - А,Д

1 - А,В,Г,Д; 2 - Д; 3 - Б,Д

1 - Б,В,Д; 2 - Г,Д; 3 - А,Д

Выберите соответствие между клинической ситуацией и тактикой назначения ГИБП:

Тактика лечения:

А. Любой ингибитор ФНО-α

Б. Любой ГИБП

В. Противотуберкулезная терапия длительностью не менее 12 недель. Через 4 недели от начала противотуберкулезной терапии назначение этанерцепта

Г. Противотуберкулезная терапия длительностью не менее 12 недель. Через 4 недели от начала противотуберкулезной терапии возможно назначение анти-ФНО-α

Д. Назначение ритуксимаба или тоцилизумаба или абатацепта

Клиническая ситуация

1. Пациент с РА, 36 лет, факторы риска реактивации латентного туберкулеза отсутствуют

2. Пациент с АС, 43 года, Проба Манту 9 мм, рентгенография грудной клетки без патологии, Диаскинтест-отрицательный

3. Пациентка с ПА, 46 лет, Диаскинтест 5 мм, на КТ легких: увеличение внутригрудных лимфатических узлов

4. Пациентка с РА, 58 лет, в анамнезе ТБ легких, Диаскинтест 4 мм, на КТ легких: признаки перенесенного ТБ

5. Пациентка с АС, 37 лет, проба Диаскинтест 18 мм, КТ норма. Проживает в

эндемичном регионе по ТБ

1 - Б; 2 - В; 3 - Г; 4 - Д; 5 - А

1 - Б; 2 - А; 3 - Г; 4 - Д; 5 - В

1 - А; 2 - Б; 3 - Д; 4 - Г; 5 - В

У больного РА. Проводилась терапия инфликсимабом в комбинации с метотрексатом с хорошим эффектом. Через 6 мес. при плановом обследовании впервые была выявлена положительная проба Манту. Тактика в данной ситуации:
Выполнить Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB

Отменить метотрексат

Уменьшить дозу метотрексата

Начать прием другого БПВП

Провести повторную пробу Манту

У больной РА, вторичный амилоидоз. Проживает в эндемичном по ТБ регионе. В связи с выраженным обострением принято решение впервые начать лечение ГИБП. Проведено полное обследование на ТБ. Данных за активный ТБ и латентную инфекцию нет. В данной ситуации наиболее предпочтительно назначение:

Абатацепта

Ингибиторов ФНО- α

Тоцилизумаба

Ритуксимаба

Выберите ЛОЖНОЕ утверждение о роли игольчатой ЭМГ в диагностике воспалительных миопатий и ведении пациентов:

Подтверждает первично-мышечный уровень поражения

Выявляет изменения, характерные только для полимиозита и дерматомиозита

Степень выраженности спонтанной активности мышечных волокон коррелирует с активностью заболевания

При воспалительных миопатиях и наследственных миопатиях картина при иЭМГ может быть одинаковой

Позволяет исключить нейрональный и невритический процесс как причину мышечной слабости

Пациентка С. 64 лет. Осмотр: Лунообразное лицо, отеки под глазами, множественные экхимозы. Передвигается на коляске. Усилен грудной кифоз. Гипотрофия мышц плечевого и тазового пояса. Снижение силы в проксимальных мышцах плечевого пояса 8 баллов, в мышцах бедер 5 баллов, в дистальных мышцах ног – 7 баллов, из положения лежа сесть не может, прямую ногу от кровати оторвать не может.

КФК 26.

иЭМГ: снижение длительности ПДЕ -40% (норма +/- 12), длительность нескольких полифазных низкоамплитудных ПДЕ увеличена на 20% (норма +/- 12%), снижение средней максимальной амплитуды ПДЕ, полифазия 80%, спонтанная активность не выявляется. Установите диагноз:

Воспалительное заболевание мышц исключено
Полимиозит
Стероидная миопатия
Спорадический миозит с включениями
Поясно-конечностная мышечная дистрофия

Пациентка В. 28 лет. Осмотр: крыловидные лопатки, псевдогипертрофия голеней. Усилен поясничный лордоз. Незначительное снижение силы в проксимальных мышцах плечевого пояса - 9 баллов (из 10), в 4-х главных мышцах бедер - 9 баллов, в дистальных мышцах ног – 10 баллов, из полного приседа встает без помощи рук, однако из положения лежа сесть не может, прямую ногу от кровати оторвать не может.

КФК 6687. иЭМГ: снижение длительности ПДЕ -28%, средняя и максимальная амплитуда незначительно повышена, полифазия 38%, спонтанная активность в виде ПФ, ПОВ, странных разрядов высокой частоты и миотонических разрядов.

Установите диагноз:

Поясно-конечностная мышечная дистрофия
Полимиозит
Спорадический миозит с включениями
Стероидная миопатия
Воспалительное заболевание мышц исключено

Пациентка А, 46 лет. При осмотре: слабость в дельтовидных и трехглавых мышцах рук – 7 баллов, в двуглавых мышцах рук – 8 б, в дистальных мышцах рук – 10 баллов, в проксимальных мышцах ног 7 баллов, в дистальных мышцах ног 9 баллов, Походка миопатическая, со стула встает с помощью рук, из положения лежа садится при помощи рук. КФК 1600. иЭМГ: снижение длительности ПДЕ -25%, снижение средней максимальной амплитуды ПДЕ, полифазия 30%, спонтанная активность в виде ПОВ и ПФ во всех вколах. Установите диагноз:

Спорадический миозит с включениями
Полимиозит
Стероидная миопатия
Воспалительное заболевание мышц исключено
Поясно-конечностная мышечная дистрофия

Установите соответствие между клиническими проявлениями системной склеродермии и препаратами, используемые для терапии этих состояний.

Лекарственный препарат

- А. Илопрост**
- Б. Бозентан**
- В. Каптоприл**
- Г. Диклофенак**
- Д. Циклофосфан**
- Е Нифедипин**

Клиническое проявление ССД

1. Синдром Рейно.
2. Интерстициальное поражение легких.
3. Дигитальные язвы и некрозы
4. Легочная гипертензия
5. Поражение почек

1-А, 2-Д, 3-Е, 4-Б, 5-В

1-Г, 2-Е, 3-А, 4-Б, 5-В

1-Е, 2-Д, 3-А, 4-Б, 5-В

Соотнесите органную патологию при системной склеродермии с основными методами ее выявления.

Метод выявления

- А. Эзофагогастродуоденоскопия
- Б. Катетеризация правых отделов сердца
- В. Эхокардиография
- Г. Компьютерная томография грудной клетки
- Д. Рентгенография с контрастированием и хронометрия
- Е. Суточное мониторирование ЭКГ

Органная патология

1. Гипотония пищевода
2. Интерстициальное поражение легких
3. Легочная артериальная гипертензия
4. Аритмии
5. Перикардит

1-Е, 2-Г, 3-А, 4-Б, 5-В

1-А, 2-Б, 3-В, 4-Б, 5-В

1-Д, 2-Г, 3-Б, 4-Б, 5-В

Выберите соответствие между лекарственным препаратом для лечения легочной артериальной гипертензии и фармакологической группой

Фармакологическая группа

А. Антагонисты эндотелиновых рецепторов

Б. Простаноиды

В. Ингибиторы фосфодиэстеразы

Лекарственный препарат

1. бозентан

2. силденафил

3. илопрост

4. нифедипин

1 – Б, 2 – В, 3 - А

1 – А, 2 – Б, 3 - В

1 – А, 2 – В, 3 - Б

Установите соответствие между вариантами панникулитов и лабораторными показателями:

Лабораторные показатели

А. повышен титр АСЛ-О

Б. резко увеличены показатели СРБ, повышен титр ЛДГ

В. показатели без признаков воспаления

Г. умеренно повышен СРБ

Вариант панникулита

1. Идиопатический панникулит Вебера-Крисчена

2. Липодерматосклероз

3. Узловатая эритема

4. Синдром Лефгрена

5. Панникулитоподобная Т-клеточная лимфома

1-Б, 2-Г, 3-А, 4-Д, 5-В

1-В, 2-Г, 3-А, 4-Б, 5-Б

1-А, 2-Г, 3-Г, 4-Д, 5-В

Установите соответствие между вариантами панникулитов и наиболее частой локализацией узлов:

Локализация

А. на лице

Б. на голенях

В. на верхних/нижних конечностях и туловище

Г. медиальная поверхность голеней

Д. Нижние конечности, реже на верхних конечностях

Вариант

1. Узловатая эритема

2. Идиопатический панникулит Вебера-Крисчена

3. Липодерматосклероз

4. Синдром Лефгрена

5. Панникулитоподобная Т-клеточная эритема

1-А, 2-В, 3-Г, 4-Д, 5-Б

1-Б, 2-В, 3-Г, 4-Д, 5-А

1-Б, 2-Г, 3-В, 4-Д, 5-А

Установите соответствие между узловатой эритемой в рамках различной патологии и терапией:

Препарат выбора

А. Глюкокортикоиды

Б. Антибактериальные препараты

В. НПВП

Г. Антикоагулянты

Заболевание

1. Саркоидоз I-II ст

2. Беременность (I триместр)

3. Системная красная волчанка

4.Тонзиллит

1-А, 2-А, 3-А, 4-Б

1-А, 2-Г, 3-А, 4-Б

1-В, 2-А, 3-А, 4-Б

Выберите верные утверждения для каждого из препаратов, используемых для лечения подагры:

А. Дозу подбирают путем титрования

Б. Отменяется после стихания обострения

В. Не назначается при обострении инфекционных заболеваний

Г. Назначается для купирования острого артрита

Д. Впервые не назначается при остром приступе подагры

Е. Снижает сывороточный уровень мочевой кислоты

Ж. Активирует Т-хелперы (CD4+)

Препарат:

1.Аллопуринол

2.НПВП

3.Канакинумаб

4.Лозартан

1-А, Д, Е; 2- Б, Г; 3-В, Г; 4 - Е

1-А, Д, Е; 2- Д, Г; 3-В, Е; 4 - Г

1-А, Б, Е; 2- Д, Г; 3-В, Г; 4 - Е

Выберите из списка одну, наиболее частую из перечисленных локализацию артрита для каждого заболевания:

А. Суставы позвоночника

Б. Плечевой сустав

В. Лучезапястный сустав

Г. Тазобедренные суставы

Д. Суставы предплюсны

1. Подагра

2. Пирофосфатная артропатия

3. Гидроксиапатитная артропатия

1-Е; 2-А, 3-Б

1-Д; 2-Е, 3-Б

1-А; 2-В, 3-Б

Установите соответствие между механизмом развития гиперурикемии и патологическими состояниями:

А. Потребление продуктов, богатых пуринами

Б. Дефицит гипоксантин-гуанин фосфорибозилтрансферазы (б-нь Леша-Нихена)

В. Отравление свинцом

Г. Хроническая болезнь почек

Д. Лактацидоз

Е. Прием мочегонных препаратов

1. Повышенное образование уратов

2. Снижение экскреции уратов

1-В, Г, Д, Е; 2- А, Б

1-А, Б; 2- В, Г, Д, Е

Для дерматомиозита характерно:

Фотосенсибилизация и

Частое сочетание заболевания со злокачественными опухолями и

Сыпь может сопровождаться зудом и

У четверти больных может быть нормальный уровень КФК и
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

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

Установите соответствие между представителями различных групп НПВП и фармакологическими особенностями.

А. Мелоксикам

Б. Пироксикам

В. Целекоксиб

Г. Амтолметин Гуацил

Д. Кеторолак

1. Относится к селективным ЦОГ-2 ингибиторам (коксибам)

2. Обладает длительным периодом выведения

3. Обладает гастропротективным потенциалом за счет повышения концентрации NO в слизистой ЖКТ

4. Имеет форму для в/в введения

1-В; 2-А,Б; 3-Г; 4-Д

1-Д; 2-А,Б; 3-Г; 4-В

1-Г; 2-А,Б; 3-В; 4-Д

Оцените выраженность риска ЖКТ-осложнений при использовании НПВП:

А. Прием ГК

Б. Отсутствие каких-либо факторов риска

В. Язвенный анамнез

Г. Прием клопидогрела

Д. Диспепсия

Риск:

1. Низкий

2. Умеренный

3. Высокий

1 Б; 2 А,Д; 3 В,Г

1 А; 2 Б,Д; 3 В,Г

1 В; 2 Г,Д; 3 А,Б

Определите, к каким группам относятся следующие представители ГИБП:

Лекарственный препарат

А. Инфликсимаб

Б. Адалимумаб

В. Ритуксимаб

Г. Абатацепт

Д. Тоцилизумаб

Группа

1. Ингибитор ФНО-а

2. Блокатор ко-стимуляции Т-лимфоцитов

3. Блокатор ИЛ-6

4. Анти-В-клеточная терапия

1-Б,В; 2-Г; 3-Д; 4-А

1-А,Б; 2-Г; 3-Д; 4-В

1-А,Б; 2-Д; 3-Г; 4-В

Оцените выраженность риска развития туберкулеза при назначении ГИБП:

ГИБП

А. Ритуксимаб

Б. Тоцилизумаб

В. Ингибиторы ФНО-а

Риск развития туберкулеза

1. Низкий

2. Высокий

1-Б,В; 2-А,Г

1-А,Б; 2-Г,В

1-А,Б,В; 2-Г

Определите соответствие между выбором базисной терапии и необходимым объемом исследований.

Объем исследований

А. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях

Б. Общий анализ крови и мочи

В. Проба Манту или Диаскинтест или QuantiFERON®-TB Gold IT или T-SPOT.TB

Г. Биохимический анализ крови

Тактика лечения

1. Что необходимо выполнить при назначении БПВП

2. Что необходимо выполнить при назначении ГИБП

1-А,Б,В,Г; 2-А,Б,В,Г

1-А,Б,Г; 2-А,Б,В,Г

1-А,Б,Г; 2-А,Б,Г

Установите соответствие между ревматическим заболеванием и влиянием на него беременности.

Влияние беременности

А. Отсутствует

Б. Обострение основного заболевания

В. Ремиссия основного заболевания

Ревматическое заболевание

1. Ревматоидный артрит

2. Системная красная волчанка

3. Анкилозирующий спондилит

1-А; 2-Б, 3-В

1-Б; 2-В, 3-А

1-В; 2-Б, 3-А

Установите соответствие между лабораторным показателем и его клиническим значением у беременной с РА.

Клиническое значение во время беременности

А. Определяет вариант РА, не отражает активность болезни; повторные исследования в период беременности проводить не целесообразно

Б. Важный диагностический маркер раннего РА, прогнозирует тяжелое эрозивное поражение суставов, не отражают активность болезни; повторные исследования в период беременности проводить не целесообразно

В. При нормально протекающей беременности нарастает, поэтому не может достоверно отразить активность и возможное обострение РА у беременной

Г. При нормально протекающей беременности не меняется, следует применять для контроля активности РА в период гестации

Д. Не имеет отношения к диагностике и контролю активности РА

Лабораторный показатель

1. СОЭ

2. РФ.

3. СРБ

4. АЦЦП

5. АСЛО

1-В, 2-А, 3-Г, 4-Б, 5-Д

1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д

1-Д, 2-А, 3-Г, 4-Б, 5-В

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

целекоксиб

нимесулид

мелоксикам

диклофенак

Какие лекарственные препараты можно не отменять при проведении разных типов оперативного лечения у больных ревматическими заболеваниями:

А Метотрексат

Б Лефлуноמיד

В Сульфасалазин

Г Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа

Д Ингибиторы рецепторов интерлейкина-6

1.Эндопротезирование суставов

2.Артроскопия

3 Корректирующие операции на стопах

4.Экстренные полостные операции

5.Плановые полостные операции

1-А,Б,В,Г,Д; 2-В,Г; 3-А,Б,В,Г,Д; 4-Г; 5-Г

1-А,Б,В,Г,Д; 2-Г; 3-А,Б,В,Г,Д; 4-В,Г; 5-Г

1-А,Б,В,Г,Д; 2-Г; 3-А,Б,В,Д; 4-Г; 5-Г

Установите соответствие между рентгенологическими изменениями в области позвонков и заболеванием, для которого они характерны

Рентгенологические изменения в области позвонков

А. Образование синдесмофитов

Б. Двояковогнутая деформация позвонка

В. Компрессионная деформация позвонка

Г. Клиновидная деформация позвонка

Д. Спондилофиты (остеофиты)

Заболевание

- 1. Остеопороз**
- 2. Анкилозирующий спондилит**

3. Артроз межпозвонковых сочленений (спондилез)

4. Сколиоз позвоночника

1-В,Г; 2-А; 3-Д; 4-Г

1-Б,В,Г; 2-А; 3-А; 4-Г

1-Б,В,Г; 2-А; 3-Д; 4-Г

Установите соответствие фармакологических и нефармакологических методов, используемых для профилактики и лечения остеопороза:

А. Образование и самообразование

Б. ЛФК, ходьба, плавание

В. Прием продуктов с повышенным содержанием кальция и витамина Д

Г. При недостаточном потреблении кальция и витамина Д, прием препаратов, в состав которых входят кальций и витамин Д

Д. Прием бисфосфонатов

Е. Прием деносумаба

Ж. Прием альфакальцидола

1. Профилактика остеопороз

2. Лечение остеопороза

1-А,Б,В,Г,Д,Ж; 2-А,Б,В,Г,Д,Е,Ж

1-А,Б,В,Г,Д,Ж; 2-Д,Е,Ж

Понятие «глобальное бремя болезней» включает:

Инвалидность, летальность, заболеваемость

Заболеваемость, рождаемость, смертность

Смертность, ожидаемую продолжительность жизни, рождаемость

Преждевременную смертность, заболеваемость, инвалидность

Преждевременную смертность, рождаемость, инвалидность

Показатель DALY(Disability-adjusted life year) это:

Потеря 1 года здоровой жизни

Годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смертности

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

Приобретенные годы качественной жизни
Средняя продолжительность предстоящей жизни

Качество медицинской помощи - это

Степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов

Характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам или технологиям, выбранным для достижения поставленной цели

Эффективность медицинской помощи -это:

Степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов

Характеристика, отражающая степень соответствия проводимых мероприятий профессиональным стандартам или технологиям, выбранным для достижения поставленной цели

Клинико- статистическая группа заболеваний (КСГ) - это:

Группа клинико-статистических групп и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи

Группа клинически однородных заболеваний, сходных по средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов)

Группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)

Группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами, а также стоимостью лечения пациентов

Клинико-профильная группа (КПГ) - это:

Группа клинико-статистических групп и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи

Группа клинически однородных заболеваний, сходных по средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов)

Группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами, а также стоимостью лечения пациентов

Группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)

Клинико-затратная группа (КЗГ)- это:

Группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами, а также стоимостью лечения пациентов

Группа клинически однородных заболеваний, сходных по средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов)

Группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов)

Группа клинико-статистических групп и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи

Какой из ингибиторов ФНО α меньше всего передается через плаценту плоду?

Инфликсимаб

Цертолизумаб пэгол

Адалимумаб

Голимумаб

Этанерцепт

Какое из следующих утверждений о применении ингибиторов ФНО α при беременности является ЛОЖНЫМ?

Не вызывают преждевременные роды

На поздних сроках беременности концентрация ингибиторов ФНО α в плодной сыворотке аналогична или выше материнской

Активно передаются эмбриону/плоду с ранних сроков беременности

Не учащают выкидыши, врожденные пороки у детей

Сохраняются в организме новорожденного дольше, чем в организме матери

Выберите соответствие между приемом лекарственных препаратов в раннем послеоперационном периоде после эндопротезирования суставов и возможными осложнениями:

Лекарственный препарат

А. Метотрексат

Б. Аспириносодержащие препараты

В. Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа

Г. Анти-В-клеточная терапия

Д. Ингибитор рецепторов интерлейкина-6

Осложнение

1.Инфекции

2.Венозные тромбозы

3.Кровотечения

4.Медленное заживление послеоперационной раны

5. Летальный исход

6. Нет осложнений

1 - Д; 2 - Г; 3 - Б; 4 - В; 6 - А; 5- В,

1 - В, Д; 2 - Г; 3 - Б; 4 - В; 6 - А

1 - Д; 2 - Г; 3 - Б; 4 - В; 6 - А

Выберите соответствие между типом оперативного лечения у больных ревматическими заболеваниями и лекарственным препаратом, не требующим отмены в периоперационном периоде.

Препарат

А Метотрексат

Б Лефлуномид

В Сульфасалазин

Г Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа

Д Ингибиторы рецепторов интерлейкина-6

Вид оперативного лечения

1.Эндопротезирование суставов

2.Артроскопия

3 Корректирующие операции на стопах

4.Экстренные полостные операции

5.Плановые полостные операции

1 - А, В; 2 - А, В; 3 - А, Б; 4 - А, Г, Д

1 - А; 2 - А, В; 3 - А, В; 4 - А, Б, Г, Д

1 - А, В; 2 - А, В; 3 - А, Б, В; 4 - А, Б, Г, Д

Диагноз остеопороза у женщин в постменопаузе НЕВОЗМОЖНО УСТАНОВИТЬ на основании:

Возникновения хотя бы одного компрессионного перелома позвонка на

рентгенограмме позвоночника

Клинической картины заболевания и переломов в анамнезе при минимальной травме

Уменьшения показателя Т-критерия на $-2,5$ и более стандартных отклонений при рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника

Длительного системного приема глюкокортикоидов и снижения показателя Т-критерия на $-1,5$ и более стандартных отклонений при рентгеновской денситометрии проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника

Перенесенного при минимальной травме или спонтанно возникшего перелома (кроме переломов пальцев или костей черепа) в возрасте 40 лет и старше

Ремоделирования костной ткани - это:

Патологическим процессом, сопровождающимся возникновением остеопороза

Физиологическим процессом, обеспечивающим минерализацию костной ткани

Физиологическим процессом, направленным на поддержание прочности костной ткани

Физиологический процесс, направленный на поддержание прочности костной ткани и обеспечение ее минерализации

Патологическим процессом, сопровождающимся возникновением переломов

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

В клинических исследованиях для контроля антиостеопоротической терапии в динамике

Установления диагноза остеопороза

Оценки неэффективности антиостеопоротической терапии и выбора дальнейшей тактики лечения

Проведения дифференциально-диагностических мероприятий

Оценки эффективности антиостеопоротической терапии

Какой из лучевых методов лучевой диагностики рекомендуется в возрасте 50 лет и старше для диагностики остеопороза:

Рентген грудного отдела позвоночника в боковой проекции

Рентгеновская денситометрия проксимального отдела бедра или поясничного отдела позвоночника

Рентген поясничного отдела позвоночника в боковой проекции

Рентген грудного и поясничного отдела позвоночника в боковой проекции

Рентгеновская денситометрия дистальной трети костей предплечья

Показания для определения FRAX (оценка абсолютного 10-летнего риска переломов):

Предназначена для скрининга остеопороза

Проводится мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше для установления диагноза остеопороза

Проводится мужчинам и женщинам в возрасте 40 лет и старше для своевременного назначения антиостеопоротического лечения

Проводится мужчинам и женщинам в любом возрасте для своевременного назначения средств профилактики и лечения остеопороза

Предназначена для скрининга переломов

Механизм действия азотсодержащих бисфосфонатов:

Прямое действие на остеокласты, приводящее к нарушению образования, метаболизма и функциональной активности

Прямое действие на остеокласты, приводящее к апоптозу

Физико-химическое связывание с гидроксиапатитом на резорбтивной поверхности

Все выше перечисленное верно

Подавление костной резорбции

Дайте «определение» основным антиостеопоротическим препаратам - установите соответствие.

Характеристика:

А. Заместительная гормональная терапия

Б. Препараты первой линии лечения остеопороза

В. Препараты второй линии, для лечения болевого синдрома

Г. Ингибитор RANKL

Д. Костноанаболическая терапия остеопороза

Лекарственные средства:

1. Бисфосфонаты

2. Эстрогены или тестостерон

3. Кальцитонин

4. Терипаратид

5. Деносумаб

1-Б, 2-А, 3-В, 4-Д, 5-Г

1-А, 2-Б, 3-В, 4-Д, 5-Г

1-Б, 2-В, 3-А, 4-Д, 5-Г

Выберите соответствующие показания для лабораторного обследования пациентов с СКВ.

Обследование:

А – клинический анализ крови и мочи

Б – анти-Ro-антитела

В – уровень антител к двуспиральной ДНК

Г – антифосфолипидные антитела

Д – С-реактивный белок

Показания для проведения:

1. при каждом визите

2. планирование беременности

3. обострение СКВ

4. лихорадка неясного генеза

1 – А, 2 - Б, В, Г 3 – В, Г 4 – Д

1 – А, 2 - А, Б, В, Г 3 – А, В, Г 4 – А, Д

1 – А, 2 - А, В, Г 3 – А, Г 4 – А, Д