

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 06.11.2024 11:27:39
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования
Кафедра Госпитальной терапии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
Т.А. Овсянникова
« 26 » 06 2024 года



ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.49 ТЕРАПИЯ
(ОРДИНАТУРА)

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения
дисциплины «Ревматология»**

Категория (группа) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции	Компетенции и индикаторы их достижения
УК (универсальные компетенции)	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – общую и частную патологию <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – анализировать полученную информацию (от диагноза к симптомам и от симптома(ов) – к диагнозу) <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – технологией сравнительного анализа <p>УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных. <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – пользоваться профессиональными источниками информации. <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – технологией дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации.
ОПК (общепрофессиональные компетенции)	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – методика сбора жалоб, анамнеза жизни и болезни, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях; – методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); – анатомо-функциональное состояние органов и систем организма человека в норме и у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – этиологию, эпидемиологию и патогенез инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза;

		<ul style="list-style-type: none"> – современные классификации, клиническая симптоматика инфекционных заболеваний. в том числе туберкулеза; – методы диагностики инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза; – симптомы, особенности течения и возможные осложнения у пациентов при инфекционных заболеваниях и (или) состояниях, в том числе туберкулеза <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию); – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях у пациентов с инфекционными заболеваниями; – пользоваться методами осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей; – интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями; – использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с
--	--	--

		<p>инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом;</p> <ul style="list-style-type: none"> – физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), в том числе с туберкулезом; – навыками обоснования и постановки диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ); – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом, на консультацию к врачам-специалистам. <p>ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования.</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – медицинские показания и медицинские противопоказания к использованию методов лабораторной и инструментальной диагностики пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом; – обосновывать и планировать объем лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями в том числе с туберкулезом; – интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями, в том числе с туберкулезом <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на лабораторное обследование; – навыками направления пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на инструментальное обследование
	<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать</p>	<p>ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями;

	его эффективность и безопасность	<ul style="list-style-type: none"> – алгоритмы оказания помощи пациентам; – показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; – определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. <p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить эффективность и безопасность назначения лекарственных препаратов <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; – навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания у пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать	ОПК-6.1 Назначает мероприятия помедицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях

	<p>эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – порядок организации медицинской реабилитации; – основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов терапевтического профиля <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – составить план реабилитационных мероприятий; – разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями терапевтического профиля; <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – навыком составления плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях пациентам терапевтического профиля. <p>ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и/или состояниях</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у пациентов терапевтического профиля; – методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у пациентов терапевтического профиля; <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – методикой проведения и контроля различных мероприятий по медицинской реабилитации
	<p>ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – заболевания или состояния, приводящие к стойкому нарушению функций организма и ограничению жизнедеятельности, требующие проведения медицинской экспертизы; – медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; – определять медицинские показания для направления на медико-социальную экспертизу;

		<ul style="list-style-type: none"> – подготовить медицинскую документацию, необходимую для направления пациентов на медико-социальную экспертизу <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; – навыками оформления медицинской документации, необходимой для направления пациентов на медико-социальную экспертизу <p>ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – порядок проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности; – порядок выдачи медицинской документации <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – проводить медицинскую экспертизу временной нетрудоспособности; – интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – организации и проведения медицинской экспертизы; – навыками оформления медицинской документации
ПК (профессиональные компетенции)	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи населению в условиях стационара и дневного стационара	<p>ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний пациентов с целью установления диагноза</p> <p><i>Знать:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Методику осмотра и обследования пациентов с иммуно-воспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом или подозрениями на них; – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с ревматическими заболеваниями, пациентам с бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Этиологию и патогенез иммуновоспалительных ревматических ⁵ заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Методы клинической и параклинической диагностики иммуно-воспалительных ревматических заболеваний, аутовоспалительных заболеваний, бронхиальной астмы, атеросклероза; – Медицинские показания для направления пациентов, получающих генно-инженерные биологические или синтетические таргетные

		<p>препараты к врачам-специалистам смежных специальностей;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате лабораторных и инструментальных исследований у пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом; – Правила установки диагноза с учетом действующей международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), и его обоснование. <p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, в том числе получающих терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами; – Производить физикальное обследование пациента с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и интерпретировать его результаты; – Оценивать тяжесть состояния пациента, стратифицировать риск развития жизнеопасных осложнений, определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях; – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; – Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными
--	--	--

		<p>заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом и остеопорозом и получающих генно-инженерные биологические и/или таргетные синтетические препараты;</p> <p>– Интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов (ревматолога, пульмонолога, кардиолога);</p> <p>– Использовать алгоритм постановки диагноза в соответствии с МКБ, применять методы дифференциальной диагностики пациентов (их законных представителей) с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом.</p> <p><i>Владеть:</i></p> <p>– Навыками проведения сбора жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами;</p> <p>– Навыками проведения физикального обследования пациента с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами;</p> <p>– Навыками направления пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом, в том числе получающего терапию генно-инженерными биологическими и/или синтетическими таргетными препаратами на лабораторное и инструментальное обследование, а также консультации смежных специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-1.2 Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и контролирует его эффективность и безопасность</p> <p><i>Знать:</i></p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> – Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников; – Принципы лечения и тактику ведения пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с применением генно-инженерных биологических и/или таргетных синтетических препаратов, в том числе при неотложных состояниях, показания к госпитализации в реанимационное отделение; – Механизмы действия лекарственных генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы; – Клинико-фармакологическую характеристику генноинженерных биологических и таргетных синтетических препаратов, применяемых в терапии пациентов с иммуновоспалительным ревматическим заболеванием, аутовоспалительным заболеванием, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом; – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате применения генно-инженерных биологических или синтетических таргетных препаратов; – Алгоритмы оказания помощи при осложнениях, вызванных применением генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Особенности вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой на фоне терапии генно-инженерными биологическими и таргетными синтетическими препаратами; – Правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для лечения генно-инженерными биологическими препаратами
--	--	---

		<p><i>Уметь:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Разрабатывать план лечения больных ревматическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины; – Назначать рациональную медикаментозную терапию пациентам с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, остеопорозом, атеросклерозом и оценивать ее эффективность и безопасность; – Анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов; – Проводить мониторинг эффективности и безопасности использования генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов; – Оформлять медицинские документы при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами <p><i>Владеть:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Навыками разработки плана лечения больных иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой, атеросклерозом, остеопорозом с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с клиническими рекомендациями; – Навыками оценки эффективности и безопасности применения генно-инженерных биологических и таргетных синтетических препаратов – Навыками разработки плана вакцинации пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями, аутовоспалительными заболеваниями, бронхиальной астмой – Навыками оформления и выдачи медицинских документов при лечении пациента генно-инженерными биологическими препаратами
--	--	--

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами дисциплины «Ревматология»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний;
- ситуационные задачи.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если ординатор показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине «Ревматология».

1. Классификация ревматоидного артрита, примеры формулировки и диагноза.
2. Диагностика митральной недостаточности.
3. Лечение остеоартроза.
4. Этиология, патогенез системной склеродермии.
5. Диагностика митрального стеноза.
6. Лечебная тактика при приступе сердечной астмы.
7. Классификация остеоартроза, примеры формулировки диагноза.
8. Этиология, патогенез ревматоидного артрита.
9. Лечение системной склеродермии.
10. Классификация системной склеродермии, примеры формулировки диагноза.
11. Диагностика и диф. диагностика остеоартроза.
12. Лечение острой ревматической лихорадки.
13. Классификация дерматомиозита, примеры формулировки диагноза.
14. Диагностика и диф. диагностика подагры.
15. Лечение СКВ.
16. Классификация СКВ, примеры формулировки диагноза.
17. Этиология, патогенез ревматоидного артрита.
18. Лечение отека легких у больных с аортальным стенозом.
19. Классификация системных васкулитов, примеры формулировки диагноза.
20. Диагностика и диф. диагностика остеоартроза.
21. Лечение дерматомиозита/полимиозита.
22. Классификация острой ревматической лихорадки, примеры формулировки диагноза.
23. Диагностика и диф. диагностика системной склеродермии.
24. Дигиталисная интоксикация: принципы диагностики и лечения.
25. Классификация подагры, примеры формулировки диагноза.
26. Диагностика и диф. диагностика системной красной волчанки.
27. Лечение ревматоидного артрита.
28. Классификация дерматомиозита, примеры формулировки диагноза.
29. Диагностика и диф. диагностика аортальной недостаточности.
30. Лечение больных с подагрическим кризом.

**Вопросы к экзамену для проведения промежуточной аттестации ординаторов
по дисциплине «Ревматология».**

1. Классификация ревматоидного артрита, примеры формулировки и диагноза.
2. Диагностика митральной недостаточности.
3. Лечение остеоартроза.
4. Этиология, патогенез системной склеродермии.
5. Диагностика митрального стеноза.
6. Лечебная тактика при приступе сердечной астмы.
7. Классификация остеоартроза, примеры формулировки диагноза.
8. Этиология, патогенез ревматоидного артрита.
9. Лечение системной склеродермии.
10. Классификация системной склеродермии, примеры формулировки диагноза.
11. Диагностика и диф. диагностика остеоартроза.
12. Лечение острой ревматической лихорадки.
13. Классификация дерматомиозита, примеры формулировки диагноза.
14. Диагностика и диф. диагностика подагры.
15. Лечение СКВ.
16. Классификация СКВ, примеры формулировки диагноза.
17. Этиология, патогенез ревматоидного артрита.
18. Лечение отека легких у больных с аортальным стенозом.
19. Классификация системных васкулитов, примеры формулировки диагноза.
20. Диагностика и диф. диагностика остеоартроза.
21. Лечение дерматомиозита/полимиозита.
22. Классификация острой ревматической лихорадки, примеры формулировки диагноза.
23. Диагностика и диф. диагностика системной склеродермии.
24. Дигиталисная интоксикация: принципы диагностики и лечения.
25. Классификация подагры, примеры формулировки диагноза.
26. Диагностика и диф. диагностика системной красной волчанки.
27. Лечение ревматоидного артрита.
28. Классификация дерматомиозита, примеры формулировки диагноза.
29. Диагностика и диф. диагностика аортальной недостаточности.
30. Лечение больных с подагрическим кризом.
31. Классификация анкилозирующего спондилоартрита, примеры формулировки диагноза.
32. Острая ревматическая лихорадка: понятие, этиология, патогенез.
33. Лечение геморрагического васкулита.
34. Реактивные артриты: понятие, классификация, примеры формулировки диагноза.
35. Диагностика аортального стеноза.
36. Основные принципы лечения системных васкулитов.
37. Классификация узелкового полиартериита, примеры формулировки диагноза.
38. Диагностика и диф. диагностика анкилозирующего спондилоартрита.
39. Лечение остеоартроза.
40. Смешанное заболевание соединительной ткани: понятие, этиология, патогенез, классификация, примеры формулировки диагноза.
41. Узелковый полиартериит: диагностика.
42. Лечение анкилозирующего спондилоартрита.
43. Ревматическая полимиалгия: понятие, этиология, патогенез, классификация, примеры формулировки диагноза.
44. Геморрагический васкулит: диагностика.
45. Лечение реактивных артритов.

46. Гранулематоз Вегенера: понятие, этиология, патогенез, классификация, примеры формулировки диагноза.
47. Ревматоидный артрит: диагностика и диф. диагностика.
48. Принципы терапии остеопороза.
49. Остеопороз: понятие, этиология, патогенез, классификация, примеры формулировки диагноза.
50. Системные васкулиты: диагностика и диф. диагностика.
51. Лечение синдрома Фелти.
52. Остеоартропатии: понятие, классификация, примеры формулировки диагноза.
53. Острая ревматическая лихорадка: диагностика.
54. Лечение болезни Бехчета.
55. Синдром Стилла: понятие, этиология, патогенез, пример формулировки диагноза.
56. Анкилозирующий спондилоартрит: диагностика и диф. диагностика.
57. Лечение псориатической артропатии.
58. Болезнь Шегрена: понятие, этиология, патогенез, классификация, примеры формулировки диагноза.
59. Реактивные артриты: диагностика и диф. диагностика.
60. Лечение синдрома Стилла.

**Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Ревматология»**

Тема: Методы диагностики ревматических заболеваний.

1. Перечислите белки острой фазы воспаления?

- а) С-реактивный белок, сывороточный А-амилоид, орозумукоид, гаптоглобин, фибриноген, ингибиторы протеолиза (альфа-1-антитрипсин, альфа-1-антихемотрипсин), церулоплазмин.
- б) РФ
- в) LE - клетки
- г) ANA- профиль
- д) альбумины, γ-глобулины.

2. Назовите основную функцию белков острой фазы воспаления?

- а) участвуют в иммунном ответе организма
- б) ликвидация последствий повреждения тканей
- в) поддержание гомеостаза
- г) гемостатическая
- д) бактерицидная

3. Назовите верхнюю границу содержания мочевой кислоты в сыворотке крови?

- а) 20 мкмоль/л (50 мг/л) у мужчин, 10 мкмоль/л (40 мг/л) у женщин
- б) 120 мкмоль/л (30 мг/л) у мужчин, 160 мкмоль/л (40 мг/л) у женщин
- в) 10 мкмоль/л (10 мг/л) у мужчин, 15 мкмоль/л (15 мг/л) у женщин
- г) 420 мкмоль/л (70 мг/л) у мужчин, 360 мкмоль/л (60 мг/л) у женщин
- д) 12 мкмоль/л (30 мг/л) у мужчин, 16 мкмоль/л (40 мг/л) у женщин

4. Определение каких антистрептококковых антител используют для диагностики ОРЛ и острого гломерулонефрита?

- а) антител к стрептолизину-О и антител к дезоксирибонуклеазе В.
- б) АСАТ, АЛАТ
- в) фибриноген, ингибиторы протеолиза (альфа-1-антитрипсин, альфа-1-антихемотрипсин)
- г) альбумины, γ-глобулины
- д) ANA- профиль

5. На что указывает выявление в циркуляции LE-клеток?

- а) на нормальный иммунный ответ организма
- б) на наличие воспаления
- в) на наличие антинуклеарных (противоядерных) аутоантител
- г) на наличие амилоидоза
- д) на наличие бактериемии

6. Назовите наиболее ранний рентгенологический признак воспалительного поражения суставов?

- а) сужение суставной щели
- б) околосуставной остеопороз
- в) субхондральный остеосклероз
- г) множественные остеофиты
- д) симптом пробойника

7. Для чего необходимо проведение исследования синовиального выпота?

- а) позволяет уменьшить воспаление в суставе
- б) позволяет восстановить функцию сустава
- в) позволяет уменьшить болезненные ощущения и хруст в суставе
- г) позволяет дифференцировать ревматоидный и псориатический артрит
- д) позволяет дифференцировать воспалительные и дегенеративные поражения суставов и диагностировать бактериальные и микрористаллические артриты.

8. В каких случаях показано проведение рентгеновской томографии суставов?

- а) при подозрении на травматическое повреждение, опухоль, остеонекроз, для выявления очага туберкулеза или остеомиелита в эпифизе.
- б) при подозрении на СКВ
- в) при подозрении на наличие суставных мышеч

- г) при подозрении на остеопороз
- д) при подозрении на бактериальный артрит

9. Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (рентгеновская абсорбциометрия, костная денситометрия) – это...?

- а) качественный метод исследования синовиальной жидкости
- б) метод исследования мягких периартикулярных тканей
- в) метод оценки изменения структуры сустава
- г) основной количественный неинвазивный метод исследования минеральной плотности костной ткани
- д) метод выявления ревматических заболеваний

10. Что позволяет определить ультразвуковая томография (УЗТ)?

- а) выявить бактериальный артрит
- б) исследовать минеральную плотность костной ткани
- в) исследовать синовиальную жидкость
- г) изменение структуры сустава и мягких периартикулярных тканей
- д) определить качественный состав синовиальной жидкости

Ответы: 1-а; 2-б; 3-г; 4-а; 5-в; 6-б; 7-д; 8-а; 9-г; 10-г.

Тема: Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца

1. Наиболее типичная характеристика пульса на лучевой артерии при выраженном стенозе устья аорты:

- а) неизменный
- б) медленный, малый, низкий
- в) частый, большой, высокий

2. Характерные симптомы для аускультативной картины недостаточности митрального клапана:

- а) систолический шум во II м/р слева
- б) хлопающий I тон, мезодиастолический шум на верхушке
- в) ослабленный I тон, систолический шум на верхушке
- г) систолический шум у мечевидного отростка

3. Какие из перечисленных признаков характерны для митрального стеноза?

- а) хлопающий I тон, дополнительный высокочастотный тон в диастоле, отстоящий от II тона на 0,07- 0,12
- б) систолический шум на верхушке сердца, усиливающийся на вдохе
- в) ритм «галопа»

4. Показаниями к оперативному лечению при стенозе устья аорты является все перечисленное, кроме:

- а) среднего градиента давления более 50 мм рт ст
- б) площади аортального отверстия менее 0,75 см²
- в) грубого систолического шума

5. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки относятся: 1) артралгии; 2) полиартрит; 3) кольцевидная аритмия; 4) кардит; 5) лихорадка:

- а) верно 1,4,5
- б) верно 2,3,4
- в) верно 2,4,5
- г) все верно

6. Основным диагностическим критерием ревматического кардита при острой ревматической лихорадке является:

- а) миокардит
- б) перикардит
- в) вальвулит
- г) все перечисленное

7. У больной 20 лет, после обострения хронического тонзиллита, появились колющие боли в области сердца, одышка при ходьбе, боли в коленных суставах. СОЭ 26 мм/ч. Ваш диагноз?

- а) инфекционный миокардит
- б) острая ревматическая лихорадка
- в) СКВ
- г) тонзиллогенная миокардиодистрофия

8. Антибиотики, эффективные для лечения острой ревматической лихорадки: 1) пенициллины; 2) макролиды; 3) фторхинолоны; 4) линкозамиды; 5) цефалоспорины:

- а) верно 1,2,4,5
- б) верно 1,2,3
- в) верно 1,2,3,4,5

9. Препарат выбора для вторичной профилактики острой ревматической лихорадки:

- а) бициллин-5
- б) бициллин-1
- в) бициллин-3
- г) бензатин бензилпенициллин

10. Дозы бензатин бензилпенициллина, применяемые у взрослых для вторичной профилактики острой ревматической лихорадки:

- а) 2,4 млн ЕД 1 раз в 3 недели
- б) 1,2 млн ЕД 1 раз в 3 недели
- в) 600 тыс ЕД 1 раз в 3 недели

11. Длительность вторичной профилактики острой ревматической лихорадки у больных со сформированным пороком сердца составляет:

- а) не менее 5 лет или до 18-летнего возраста (по принципу «что дольше»)
- б) не менее 10 лет или до 25-летнего возраста (по принципу «что дольше»)
- в) пожизненно

Ответы: 1-б; 2-в; 3-а; 4-в; 5-б; 6-в; 7-б; 8-а; 9-г; 10-а; 11-б.

Тема: Ревматоидный артрит.

1. Для суставного синдрома при РА характерны:

- а) боли механического характера
- б) утренняя скованность до 15 минут
- в) отечность и повышение кожной температуры над суставами
- г) крепитация при движениях

2. Суставы «исключения» в дебюте РА?

- а) дистальные межфаланговые суставы
- б) проксимальные межфаланговые суставы
- в) пястно-фаланговые суставы
- г) плюснефаланговые суставы

3. Рентгенологическими признаками РА являются:

- а) остеопороз, сужение суставной щели, эрозии
- б) остеосклероз, сужение суставной щели, кисты
- в) сужение суставной щели, остеофиты, кисты

4. Рентгенологические изменения при РА ранее всего обнаруживаются

- а) в локтевых суставах
- б) в проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставах
- в) в голеностопных суставах
- г) в первом плюсне-фаланговом суставе

5. Для диагностики РА наиболее важным из лабораторных показателей является

- а) повышение СОЭ
- б) наличие в сыворотке крови С-реактивного белка
- в) повышение уровня α_2 -глобулина
- г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора
- д) повышение в синовиальной жидкости количества лейкоцитов

6. К диагностическим критериям РА относятся: 1) артрит суставов кистей; 2) утренняя скованность более 1 часа; 3) повышение уровня СОЭ; 4) повышение уровня ревматоидного фактора; 5) субфебрилитет; 6) ревматические узелки; 7) все выше перечисленное:

- а) верно 1,2,4
- б) верно 1,2,3,4

в) верно 1,2,5,6

7. Для РА характерны все признаки, кроме

- а) симметричное поражение
- б) эрозии суставных поверхностей
- в) поражение дистальных межфаланговых суставов
- г) поражение проксимальных межфаланговых суставов

8. При формулировке диагноза РА учитываются:

- а) наличие ревматоидного фактора
- б) степень активности
- в) рентгенологическая стадия
- г) все выше перечисленное

9. Самой частой причиной смерти при РА является:

- а) поражение легких
- б) подвывих шейных позвонков со сдавлением
- в) осложнения лекарственной терапии
- г) уремия при вторичном амилоидозе почек
- д) некротизирующий васкулит

10. К базисной терапии РА относят:

- а) димексид
- б) преднизолон
- в) индометацин
- г) метотрексат

11. К селективным ингибиторам ЦОГ-2 относятся следующие НПВП: 1) мелоксикам; 2) диклофенак натрия; 3) нимесулид; 4) кеторол; 5) целебрекс:

- а) верно 1,3,5
- б) верно 2,4,5
- в) верно 1,2
- г) верно 1,2,3,4,5

12. Для внутрисуставного введения при РА используются препараты:

- а) диклофенак натрия
- б) алфлутоп
- в) дипроспан
- г) сульфасалазин
- д) мовалис

13. Побочные эффекты глюкокортикостероидов включают:

- а) синдром Иценко- Кушинга
- б) остеопороз
- в) катаракта
- г) кардиомиопатия
- д) все перечисленное *

14. Метотрексат при РА обычно используется в дозах:

- а) 10 мг/сутки
- б) 15-25 мг/сутки
- в) 10-25 мг/неделю

15. Терапевтическое действие метотрексата при лечении РА проявляется:

- а) через 2 недели
- б) через 1 месяц
- в) через 1,5-2 месяца
- г) через 6 месяцев

16. Серьезными осложнениями терапии метотрексатом являются все перечисленные, кроме:

- а) токсический гепатит
- б) интерстициальный нефрит
- в) панцитопения

г) пигментация кожи

17. Какой препарат представляет собой антитела к ФНО-альфа:

- а) ремикейд
- б) лефлуномид
- в) метотрексат
- г) сульфасалазин

18. Наиболее опасным осложнением при применении делагила (гидроксихлорохина) является:

- а) уменьшение массы тела
- б) диспептические расстройства
- в) кожная сыпь
- г) ретинопатия

19. Укажите наиболее часто встречающийся побочный эффект НПВП:

- а) гепатотоксичность
- б) повышение АД
- в) дерматит
- г) гастропатия

20. Противопоказанием к введению глюкокортикостероидов в сустав является:

- а) явления синовита
- б) подозрение на инфекционный процесс в суставе
- в) высокая степень активности РА
- г) острый приступ подагры

Ответы: 1-в; 2-а; 3-а; 4-б; 5-г; 6-а; 7-в; 8-г; 9-г; 10-г; 11-а; 12-в; 13-д; 14-в; 15-в; 16-г; 17-а; 18-г; 19-г; 20-б.

Тема: Остеоартроз.

1. К патогенетическим механизмам прогрессирования остеоартроза относятся все перечисленные, кроме

- а) нарушение функции хондроцитов
- б) уменьшение содержания протеогликанов, разрывы коллагеновых волокон в матриксе суставного хряща
- в) повышение содержания лизосомальных ферментов в суставном хряще, развитие реактивного синовита
- г) выявление антигена гистосовместимости В35

2. Что из нижеперечисленного составляет рентгенологическую картину остеоартроза?

- а) сужение суставной щели, кисты, эрозии
- б) эрозии суставных поверхностей, остеопороз
- в) остеофитоз, сужение суставной щели, остеосклероз

3. Узелки Бушара появляются

- а) при подагре
- б) при ревматоидном артрите
- в) при остеоартрозе
- г) при ревматизме
- д) при узелковом периартериите

4. Характерным признаком выраженного двустороннего коксартроза является

- а) нарушение внутренней и наружной ротации бедер
- б) ограничение отведения и приведения бедер
- в) гипотрофия мышц бедер
- г) хромота
- д) "утиная походка"

5. Обязательными рентгенологическими симптомами остеоартроза являются: 1) субхондральный склероз; 2) краевые остеофиты; 3) кисты в эпифизах костей; 4) неравномерное сужение суставных щелей; 5) узур суставных поверхностей костей; 6) подвывихи суставов:

- а) верно 1,2,3
- б) верно 1,2,4
- в) верно 4,5,6
- г) верно 1,2,6
- д) верно 1,2

6. При длительной терапии остеоартроза отрицательно действует на хондроциты, усиливая катаболический процесс в суставном хряще, следующие препараты

- а) димексид
- б) структум
- в) терафлекс
- г) индометацин

7. Для остеоартроза характерно все перечисленное, кроме

- а) болей "механического" типа в суставах
- б) периодической "блокады" суставов
- в) медленного развития болезни
- г) преимущественного поражения суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей
- д) утренней скованности в суставах в течение часа

8. Укажите один рентгенологический признак не типичный для остеоартроза

- а) сужение суставной щели
- б) субхондральный склероз
- в) околосуставной остеопороз
- г) подхрящевые кисты

9. Для внутрисуставного введения при остеоартрозе, сопровождающемся синовитом, не используется

- а) синокрон
- б) остенил
- в) диклофенак-натрий
- г) дипроспан

10. К базисным препаратам для лечения остеоартроза относят:

- а) индометацин
- б) ибупрофен
- в) структум
- г) кеналог

11. Для купирования реактивного синовита при остеоартрозе применяют:

- а) преднизолон внутрь
- б) дипроспан внутрисуставно
- в) колхицин
- г) аллопуринол
- д) терафлекс

Ответы: 1-г; 2-в; 3-в; 4-д; 5-б; 6-г; 7-д; 8-в; 9-в; 10-в; 11-б.

Тема: Микрористаллические артриты.

1. Укажите концентрацию мочевой кислоты в сыворотке крови, при которой диагностируется гиперурикемия у мужчин:

- а) более 0,460 ммоль/л
- б) более 0,420 ммоль/л
- в) более 0,400 ммоль/л
- г) более 0,360 ммоль/л

2. Укажите, какова нормальная суточная экскреция уратов с мочой при обычном питании:

- а) 600-900 мг (3,6-5,4 ммоль)
- б) 300-600 мг (1,8-3,6 ммоль)
- в) 900-1100 мг (5,4-6,6 ммоль)

3. Какие пищевые продукты содержат наибольшее количество мочевой кислоты и пуринов:

- а) мясо птицы
- б) бобовые
- в) говядина, свинина, телятина
- г) куриные яйца
- д) шпроты, сардины
- е) картофель
- ж) молоко и молочные продукты

4. При приеме каких препаратов может возникать гиперурикемия:

- а) циклоспорин А
- б) низкие дозы аспирина
- в) высокие дозы аспирина
- г) фуросемид
- д) метотрексат

5. Отметьте правильные положения, касающиеся тактики назначения аллопуринола:

- а) аллопуринол противопоказан при нефролитиазе
- б) аллопуринол противопоказан при остром приступе подагры
- в) аллопуринол назначают в дозе 50-100 мг в сутки с титрованием до нормализации уровня мочевой кислоты в сыворотке крови
- г) аллопуринол противопоказан при гиперурикозурии
- д) при развитии на фоне лечения аллопуринолом обострения подагры его необходимо отменить
- е) доза аллопуринола зависит от уровня клубочковой фильтрации

6. Для купирования острого приступа подагры применяют:

- а) колхицин
- б) ГКС внутрисуставно
- в) ГКС системно
- г) пробеницид
- д) НПВП

7. Укажите суставы, наиболее часто поражаемые пирофосфатной артропатией:

- а) суставы кисти
- б) суставы позвоночника
- в) сакроилеальные сочленения
- г) суставы стопы
- д) коленные суставы
- е) тазобедренные суставы

8. Укажите клинические и рентгенологические признаки, характерные для гидроксиапатитной артропатии, и позволяющие отдифференцировать ее от других форм микрокристаллических артропатий:

- а) частое поражение коленных суставов
- б) характерно наличие полиартрита
- в) частое поражение плечевых суставов
- г) наличие на рентгенограммах множественных очагов кальцификации в области мягких периапартулярных тканей (сухожилий, связок и капсулы сустава)
- д) наличие на рентгенограммах кальцификации суставного гиалинового хряща
- е) обнаружение в синовиальной жидкости кристаллов гидроксиапатита
- ж) развитие деформации пораженных суставов

9. Укажите, какие суставы поражаются подагрическим артритом крайне редко:

- а) суставы позвоночника
- б) локтевые суставы
- в) мелкие суставы кистей
- г) тазобедренные суставы

10. Укажите, какое заболевание наиболее часто приводит к развитию вторичной подагры:

- а) пернициозная анемия
- б) хронический миелолейкоз
- в) хроническая почечная недостаточность
- г) эритропения

11. К причинам замедленного выведения мочевой кислоты почками относятся:

- а) хроническая почечная недостаточность
- б) прием диуретиков
- в) обезвоживание
- г) все из перечисленного
- д) ничего из перечисленного

12. Укажите наиболее частые локализации тофусов:

- а) пяточное сухожилие
- б) ушные раковины
- в) область локтевого сустава
- г) область пальцев кистей (вокруг суставов)
- д) веки

13. Какие особенности подагрического артрита у женщин:

- а) развитие моноартрита в дебюте
- б) развитие олиго- или полиартрита в дебюте
- в) более частое, чем у мужчин, поражение суставов кистей в дебюте
- г) более частое, чем у мужчин, поражение суставов стоп в дебюте

14. Какие изменения лабораторных показателей характерны для острого приступа подагры:

- а) лейкоцитоз
- б) повышение С-реактивного белка
- в) лейкопения
- г) повышение СОЭ

15. Укажите, при каком типе гиперурикемии концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови более низкая:

- а) метаболическом
- б) почечном
- в) смешанном

16. Укажите побочные эффекты колхицина:

- а) диарея
- б) миелосупрессия
- в) нарушение функции печени
- г) отеки
- д) депрессия
- е) сердцебиение

17. Лечение «острой подагрической почки» включает:

- а) форсированный диурез
- б) ощелачивание мочи
- в) аллопуринол
- г) гемодиализ

18. К урикозурическим средствам относятся:

- а) милурит
- б) аллопуринол
- в) бензбромарон (дезурик)
- г) сульфипиразон

19. Какой рентгенологический признак характерен для пирофосфатной артропатии:

- а) эрозирование суставных поверхностей
- б) остеопороз
- в) субкортикальные кисты
- г) хондрокальциноз

20. Хондрокальциноз суставов при пирофосфатной артропатии:

- а) длительное время не сопровождается клиническими проявлениями
- б) развивается только в продвинутой стадии заболевания с псевдоподагрическими атаками

21. Укажите заболевания, при которых развивается вторичная пирофосфатная артропатия:

- а) несахарный диабет
- б) гемохроматоз
- в) ОРВИ
- г) первичный гиперпаратиреоз
- д) болезнь Вильсона-Коновалова

22. Скорость выведения мочевой кислоты при почечной форме гиперурикемии:

- а) снижена
- б) нормальная

в) повышена

23. Укажите, какую реакцию имеет моча у пациентов с уратным нефролитиазом:

а) слабокислую

б) кислую

в) щелочную

24. Выберите характерные для подагрического артрита рентгенологические признаки:

а) округлые с четкими контурами дефекты в эпифизах

б) субкортикальные кисты

в) эрозирование суставных поверхностей

г) уплотнение мягких околоуставных тканей

25. Укажите характерные для острого подагрического артрита изменения синовиальной жидкости:

а) хорошее образование муцинового сгустка

б) низкая вязкость

в) наличие кристаллов уратов

г) цитоз от 1000 до 5000 лейкоцитов/мл, нейтрофилов до 10%

д) цитоз до 25000 лейкоцитов/мл, нейтрофилов до 65%

е) наличие рагоцитов

26. Какие заболевания часто ассоциируются с подагрой:

а) ИБС

б) язвенная болезнь желудка

в) гиперлипидемия

г) ожирение

д) артериальная гипертензия

е) хронический пиелонефрит

27. Какая форма поражения почек развивается у больных с гиперурикемией раньше и чаще всего:

а) мочекаменная болезнь

б) интерстициальный нефрит

в) нефросклероз

28. Выберите наиболее безопасную тактику назначения колхицина при остром подагрическом артрите:

а) внутривенное введение 3 мг колхицина

б) пероральное назначение на протяжении 3 дней (первые сутки - 3 мг, вторые - 2 мг, третьи - 1 мг)

в) пероральное назначение 0,5- 0,6 мг колхицина каждый час до достижения эффекта или суммарной дозы 6 мг

29. Развитие острого приступа артрита при псевдоподагре могут провоцировать:

а) прием мочегонных препаратов

б) хирургические вмешательства

в) инфаркт миокарда

г) пневмония

д) употребление алкоголя

е) переедание

30. В каких суставах чаще всего можно выявить характерные изменения гиалинового хряща при пирофосфатной артропатии:

а) тазобедренных

б) коленных

в) плечевых

г) запястных

31. В лечении псевдоподагры применяют:

а) НПВП

б) цитостатики

в) колхицин

г) глюкокортикостероиды внутрисуставно

32. Укажите заболевания, при которых наблюдается отложение кристаллов основных фосфатов кальция:

а) системная склеродермия

- б) полимиозит
- в) ревматоидный артрит
- г) пирофосфатная артропатия
- д) хроническая почечная недостаточность
- е) локальные инъекции ГКС

33. Условиями для назначения урикозурических средств являются:

- а) нормальная скорость клубочковой фильтрации
- б) наличие гиперэкскреции мочевой кислоты
- в) наличие нефролитиаза

Ответы:

1. б	7. а,б,д,е	13. б,в	19. г	25. б,в,д	31. а,в,г
2. а	8. в,г	14. а,б,г	20. а	26. а,в,г,д	32. а,б,д,е
3. а,б,в,д	9. а,г	15. б	21. б,г,д	27. а	33. а
4. а,б,г,д	10. в	16. а,б,в,д	22. а	28. в	
5. б,в,д,е	11. г	17. а,б,в,г	23. б	29. б,в,г	
6. а,б,в,д	12. б,в,г	18. в,г	24. а,в,г	30. а,б	

Тема: Серонегативные спондилоартриты.

1. К группе серонегативных спондилоартритов относятся:

- а) ревматоидный артрит
- б) псориатический артрит
- в) подагрический артрит
- г) диффузный идиопатический гиперостоз скелета

2. SEA-синдром – это сочетание

- а) сосискообразных пальцев, тендинитов
- б) асимметричного сакроилеита, периоститов, периферических артритов
- в) спондилоартрита, асимметричного сакроилеита, увеита
- г) сосискообразных пальцев, тендинитов, периоститов, шпор, асимметричного сакроилеита

3. Основные проявления SAPHO-синдрома:

- а) синовит, сакроилеит
- б) синовит, спондилоартрит
- в) синовит, сакроилеит, спондилоартрит, HLA-B27
- г) синовит, гнойные угри, пустулез ладоней и подошв, кератодермия, гиперостоз, остеит, HLA-B27

4. Общими признаками заболеваний, входящих в группу серонегативных спондило- артритов, являются:

- а) ревматоидные узелки
- б) сакроилеит
- в) симметричный артрит периферических суставов
- г) тенденции к семейной агрегации
- д) преимущественное поражение суставов верхних конечностей

5. Наиболее существенным лабораторным показателем серонегативных спондилоартритов является:

- а) увеличение СОЭ
- б) гипергаммаглобулинемия
- в) наличие HLA B27
- г) анемия
- д) лейкоцитоз

6. Среди положений, касающихся HLA B27, верным является:

- а) редко выявляется при серонегативных спондилоартритах
- б) не встречается у здоровых лиц
- в) является специфическим белком и представлен на мембранах практически всех клеток

7. Крестцово-подвздошные сочленения поражаются

- а) при болезни Рейтера
- б) при псориатическом артрите
- в) при ревматоидном артрите
- г) при диффузном идиопатическом гиперостозе скелета

д) при болезни Крона

8. Для группы серонегативных спондилоартритов характерны следующие рентгенологические признаки:

- а) односторонний сакроилеит
- б) оссификация связок позвоночника
- в) остеофитоз пяточных костей
- г) поражение реберно-позвонковых и межпозвонковых суставов
- д) все вышеперечисленное верно

9. При серонегативных спондилоартритах изъязвление кожи и слизистых оболочек

- а) возможно
- б) невозможно

10. При серонегативных спондилоартритах поражение кожи и ногтей

- а) возможно
- б) невозможно

11. В этиопатогенезе псориатического артрита инфекционный фактор

- а) имеет значение
- б) не имеет значение

12. В этиологии АС предполагается роль

- а) шигеллы
- б) клебсиеллы
- в) кишечной палочки
- г) гемолитического стрептококка группы А
- д) иерсинии

13. Поражение позвоночника при АС чаще начинается

- а) с шейного отдела
- б) с поясничного отдела
- в) с крестцово-подвздошных суставов
- г) с грудного отдела
- д) с вовлечения в процесс всех отделов позвоночника

14. Для АС характерно развитие

- а) фиброзирующего альвеолита
- б) диффузного гломерулонефрита с почечной недостаточностью
- в) митрального стеноза
- г) атриовентрикулярной блокады

15. Для АС наиболее характерно

- а) острое начало заболевания
- б) симметричный артрит периферических суставов
- в) более частое вовлечение суставов кистей, чем стоп
- г) наличие энтезопатий
- д) асимметричный сакроилеит

16. Наиболее характерно для АС поражение:

- а) проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп
- б) грудино-ключичных сочленений
- в) лучезапястных суставов
- г) межпозвонковых суставов
- д) локтевых суставов

17. Наиболее убедительным подтверждением диагноза АС является:

- а) наличие HLA B27
- б) симптом "бамбуковой палки" по данным рентгенологического исследования
- в) двусторонний сакроилеит II стадии и выше
- г) анкилоз крестцово-подвздошных суставов

18. У женщин, больных АС, по сравнению с мужчинами чаще

- а) процесс в позвоночнике прогрессирует медленно

- б) поражается шейный отдел позвоночника
- в) заболевание начинается в более позднем возрасте
- г) встречается остеоит лобкового симфиза

19. Базисная терапия АС проводится

- а) препаратами хинолинового ряда
- б) солями золота
- в) сульфасалазином
- г) D-пеницилламином

20. Причиной болезни Рейтера может быть инфицирование

- а) сальмонеллами
- б) хламидиями
- в) гонококками
- г) бореллиями

21. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно

- а) генерализованный полиартрит
- б) сосискообразная конфигурация пальцев стоп
- в) сосискообразная конфигурация пальцев рук
- г) артрит суставов 1-го пальца стоп

22. Для реактивного артрита характерно

- а) постепенное начало
- б) развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста
- в) полиартрит в дебюте заболевания
- г) преимущественное поражение суставов нижних конечностей
- д) преимущественное поражение суставов верхних конечностей

23. Тетрада болезни Рейтера включает все перечисленные ниже симптомы, кроме

- а) кератодермии
- б) уретрита
- в) артрита
- г) двустороннего сакроилеита
- д) конъюнктивита

24. Для длительного лечения при болезни Рейтера наиболее широко применяется

- а) циклоспорин-А
- б) метотрексат
- в) сульфасалазин
- г) соли золота
- д) D-пеницилламин

25. В этиопатогенезе псориатического артрита наследственность

- а) имеет значение
- б) не имеет значение

26. Одним из наиболее редких признаков псориатического артрита является

- а) артрит дистальных межфаланговых суставов
- б) симметричный полиартрит
- в) "сосискообразная" конфигурация пальцев стоп
- г) тесная связь с течением кожного синдрома

27. Обязательным для псориатического артрита является

- а) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах
- б) латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике
- в) анкилозирование межпозвонковых суставов
- г) первые признаки заболевания - кожные
- д) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике

28. Для злокачественной формы псориатического артрита характерно

- а) наличие распространенного вульгарного псориаза
- б) субфебрильная температура тела

- в) лимфаденопатия
- г) боли в позвоночнике без нарушения функции
- д) быстрое снижение массы тела

29. Назначенный для лечения метотрексат при псориатическом артрите

- а) замедляет темпы рентгенологического прогрессирования
- б) положительно влияет на кожные проявления псориаза
- в) положительно влияет на суставной синдром
- г) все перечисленное верно

30. Показанием к назначению анти-ФНО- α –терапии при ПА является:

- а) дистальный вариант
- б) олигоартритический вариант
- в) спондилоартритический вариант

31. Наиболее частые нежелательные реакции анти-ФНО- α –терапии при ПА:

- а) туберкулез
- б) диспепсия
- в) повышение АД
- г) усиление псориатических высыпаний

Ответы:

1-б	7-а,б,д	13-в	19-в	25-а	31-а
2-г	8-д	14-г	20-б	26-б	
3-г	9-а	15-г	21-б	27-а	
4-б,г	10-а	16-г	22-г	28-в,д	
5-в	11-а	17-г	23-а	29-б,в	
6-в	12-б	18-г	24-в	30-в	

Тема: Дифференциальная диагностика заболеваний суставов.

1. Для остеоартроза характерно все перечисленное, кроме

- а) болей "механического" типа в суставах
- б) периодической "блокады" суставов
- в) медленного развития болезни
- г) преимущественного поражения суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей
- д) утренней скованности в суставах в течение часа

2. Укажите один рентгенологический признак не типичный для остеоартроза

- а) сужение суставной щели
- б) субхондральный склероз
- в) околосуставной остеопороз
- г) подхрящевые кисты

3. Для суставного синдрома при РА характерны:

- а) боли механического характера
- б) утренняя скованность до 15 минут
- в) отечность и повышение кожной температуры над суставами
- г) крепитация при движениях

4. Суставы «исключения» в дебюте РА?

- а) дистальные межфаланговые суставы
- б) проксимальные межфаланговые суставы
- в) пястно-фаланговые суставы
- г) плюснефаланговые суставы

5. Укажите суставы, наиболее часто поражаемые пирофосфатной артропатией:

- а) суставы кисти
- б) суставы позвоночника
- в) сакроилеальные сочленения
- г) суставы стопы
- д) коленные суставы
- е) тазобедренные суставы

6. Укажите, какие суставы поражаются подагрическим артритом крайне редко:

- а) суставы позвоночника
- б) локтевые суставы
- в) мелкие суставы кистей
- г) тазобедренные суставы

7. Крестцово-подвздошные сочленения поражаются

- а) при болезни Рейтера *
- б) при псориатическом артрите*
- в) при ревматоидном артрите
- г) при диффузном идиопатическом гиперостозе скелета
- д) при болезни Крона*

8. Для группы серонегативных спондилоартритов характерны следующие рентгенологические признаки:

- а) односторонний сакроилеит
- б) оссификация связок позвоночника
- в) остеофитоз пяточных костей
- г) поражение реберно-позвонковых и межпозвонковых суставов
- д) все вышеперечисленное верно

9. При серонегативных спондилоартритах изъязвление кожи и слизистых оболочек

- а) возможно
- б) невозможно

10. При серонегативных спондилоартритах поражение кожи и ногтей

- а) возможно
- б) невозможно

11. В этиопатогенезе псориатического артрита инфекционный фактор

- а) имеет значение
- б) не имеет значение

12. В этиологии АС предполагается роль

- а) шигеллы
- б) клебсиеллы
- в) кишечной палочки
- г) гемолитического стрептококка группы А
- д) иерсинии

13. Поражение позвоночника при АС чаще начинается

- а) с шейного отдела
- б) с поясничного отдела
- в) с крестцово-подвздошных суставов
- г) с грудного отдела
- д) с вовлечения в процесс всех отделов позвоночника

14. Для АС характерно развитие

- а) фиброзирующего альвеолита
- б) диффузного гломерулонефрита с почечной недостаточностью
- в) митрального стеноза
- г) атриовентрикулярной блокады

15. Для АС наиболее характерно

- а) острое начало заболевания
- б) симметричный артрит периферических суставов
- в) более частое вовлечение суставов кистей, чем стоп
- г) наличие энтезопатий
- д) асимметричный сакроилеит

16. Наиболее характерно для АС поражение:

- а) проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп
- б) грудино-ключичных сочленений

- в) лучезапястных суставов
- г) межпозвонковых суставов
- д) локтевых суставов

17. Наиболее убедительным подтверждением диагноза АС является:

- а) наличие HLA B27
- б) симптом "бамбуковой палки" по данным рентгенологического исследования
- в) двусторонний сакроилеит II стадии и выше
- г) анкилоз крестцово-подвздошных суставов

18. У женщин, больных АС, по сравнению с мужчинами чаще

- а) процесс в позвоночнике прогрессирует медленно
- б) поражается шейный отдел позвоночника
- в) заболевание начинается в более позднем возрасте
- г) встречается остеоит лобкового симфиза

19. Базисная терапия АС проводится

- а) препаратами хинолинового ряда
- б) солями золота
- в) сульфасалазином
- г) D-пеницилламином

20. Причиной болезни Рейтера может быть инфицирование

- а) сальмонеллами
- б) хламидиями
- в) гонококками
- г) бореллиями

21. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно

- а) генерализованный полиартрит
- б) сосискообразная конфигурация пальцев стоп
- в) сосискообразная конфигурация пальцев рук
- г) артрит суставов I-го пальца стоп

22. Для реактивного артрита характерно

- а) постепенное начало
- б) развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста
- в) полиартрит в дебюте заболевания
- г) преимущественное поражение суставов нижних конечностей
- д) преимущественное поражение суставов верхних конечностей

23. Тетрада болезни Рейтера включает все перечисленные ниже симптомы, кроме

- а) кератодермии
- б) уретрита
- в) артрита
- г) двустороннего сакроилеита
- д) конъюнктивита

24. Для длительного лечения при болезни Рейтера наиболее широко применяется

- а) циклоспорин-А
- б) метотрексат
- в) сульфасалазин
- г) соли золота
- д) D-пеницилламин

25. В этиопатогенезе псориатического артрита наследственность

- а) имеет значение
- б) не имеет значение

26. Одним из наиболее редких признаков псориатического артрита является

- а) артрит дистальных межфаланговых суставов
- б) симметричный полиартрит
- в) "сосискообразная" конфигурация пальцев стоп

г) тесная связь с течением кожного синдрома

27. Обязательным для псориатического артрита является

- а) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах
- б) латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике
- в) анкилозирование межпозвонковых суставов
- г) первые признаки заболевания - кожные
- д) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике

28. Для злокачественной формы псориатического артрита характерно

- а) наличие распространенного вульгарного псориаза
- б) субфебрильная температура тела
- в) лимфаденопатия
- г) боли в позвоночнике без нарушения функции
- д) быстрое снижение массы тела

Ответы:

1-д	7-а,б,д	13-в	19-в	25-а	31-а
2-в	8-д	14-г	20-б	26-б	
3-в	9-а	15-г	21-б	27-а	
4-а	10-а	16-г	22-г	28-в,д	
5-а,б,д,е	11-а	17-г	23-а	29-б,в	
6-а,г	12-б	18-г	24-в	30-в	

Тема: Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей.

1. Местом прикрепления сухожилия к костной ткани является

- а) синовиальная сумка (бурса)
- б) фасция
- в) энтезис
- г) синовиальная оболочка

2. В отношении ревматических заболеваний околоуставных мягких тканей справедливо следующее

- а) сопутствуют воспалительным заболеваниям суставов
- б) сопровождают остеоартроз
- в) могут быть не связаны с заболеваниями суставов
- г) верно все

3. Синдром передней лестничной мышцы сопровождается

- а) болями в надплечье, иррадирующими по всей руке
- б) положительным симптомом Бернара - Горнера
- в) исчезновением пульсации на лучевой артерии при заведении руки за голову и глубоком вдохе
- г) цианозом руки
- д) верно а), в)
- е) верно б), г)

4. Синдром Титце представляет собой

- а) артрит грудино-ключичного сустава
- б) воспаление реберно-хрящевых суставов
- в) рецидивирующий полихондрит
- г) хондроматоз суставов

5. Боли в поясничной области типичны для всех перечисленных заболеваний, за исключением

- а) остеохондроза поясничного отдела позвоночника
- б) переломов позвонков при остеопорозе
- в) сакроилеита
- г) сакрализации последнего поясничного позвонка
- д) болезни Форестье

6. Боли в плече не могут быть обусловлены

- а) артритом плечевого сустава
- б) корешковым синдромом при поражении шейного отдела позвоночника
- в) поражением сухожилий плеча

г) плевритом

7. Сокращение надостной мышцы приводит

- а) к внутренней ротации плеча
- б) к наружной ротации плеча
- в) к отведению плеча
- г) к сгибанию в локтевом суставе

8. Поражение акромиально-ключичного сустава проявляется

- а) болью при ротации плеча
- б) болью при максимальном подъеме руки вверх
- в) увеличением объема дельтовидной мышцы
- г) псевдопараличом

9. Ретрактивный капсулит ("замороженное плечо") - это

- а) следствие простого тендинита
- б) одно из проявлений синдрома "плечо-кисть"
- в) форма рефлекторной симпатической дистрофии
- г) все перечисленное

10. Наиболее эффективное лечение простого тендинита плеча - это

- а) обеспечение абсолютного покоя конечности в течение всего периода болезни
- б) оперативное вмешательство
- в) назначение нестероидных противовоспалительных препаратов перорально
- г) локальное введение глюкокортикостероидов
- д) верно в), г)
- е) верно а), б)

11. Лечебная физкультура при ретрактивном капсулите

- а) абсолютно противопоказана
- б) показана после полного стихания болей
- в) должна осторожно проводиться с начала заболевания

12. Типичным проявлением наружного эпикондилита плеча является

- а) деформация локтевого сустава
- б) наличие выпота в синовиальной сумке отростка локтевой кости
- в) боль при разгибании пальцев кисти
- г) боль при сгибании пальцев кисти

13. Типичным проявлением синдрома канала Гийена является

- а) нарушение чувствительности в области II и III пальцев кисти
- б) гипотрофия мышц возвышения большого пальца
- в) парестезии и нарушение чувствительности в области IV и V пальцев кисти
- г) отек внутренней поверхности кисти

14. Для синдрома запястного канала справедливо следующее

- а) развивается только при наличии у пациента какого-либо серьезного ревматического заболевания
- б) отчетливая локализация парестезий в области I, II, III пальцев кисти
- в) встречается почти исключительно у женщин
- г) локальные инъекции глюкокортикостероидов противопоказаны для лечения этого синдрома
- д) верно б), в)
- е) верно а), г)

15. Формирование "щелкающего" пальца обусловлено

- а) выраженным остеоартрозом суставов кисти
- б) несоответствием между диаметром фиброзного кольца и толщиной сухожилия сгибателя пальца кисти
- в) узелковым тендовагинитом сгибателя пальца кисти
- г) артритом межфалангового сустава кисти

16. В отношении контрактуры Дюпюитрена верно следующее

- а) представляет собой уплотнение и утолщение ладонного апоневроза
- б) приводит к стойкой невоспалительной сгибательной контрактуре пальцев кисти (IV и V)
- в) может трансформироваться в системную склеродермию

г) верно а), б)

17. Для синдрома грушевидной мышцы типично следующее

- а) боль в ягодичной области
- б) отсутствие симптома Ласега
- в) боль при активной ротации бедра кнаружи
- г) ограничение пассивной ротации бедра
- д) верно а), в)
- е) верно а), г)

18. Наиболее часто при периартритах коленного сустава поражается область

- а) надколенника
- б) "гусиной лапки"
- в) бугристости большеберцовой кости
- г) подколенной ямки

19. Для синдрома гипермобильности суставов характерно следующее

- а) боли в суставах у молодых людей, связанные с механической нагрузкой
- б) избыточный объем движений в нескольких суставах
- в) фенотипические признаки синдрома Марфана
- г) остеопороз
- д) верно а), б)
- е) верно б), в)

20. Для кисты Бейкера характерно следующее

- а) накопление жидкости в подколенном углублении
- б) сообщение полости кисты с полостью коленного сустава
- в) возникновение только при ревматоидном артрите
- г) двусторонняя локализация
- д) верно а), б)
- е) верно б), в)

21. Болезнь Пеллерини - Штиды представляет собой

- а) наследственное заболевание скелета
- б) юношескую форму остеохондропатии надколенника
- в) посттравматическое обызвествление периартикулярных тканей в области медиального мыщелка бедренной кости
- г) остеохондропатию бугристости большеберцовой кости

22. Боль в области пятки (талалгия) не может быть обусловлена

- а) энтезопатией в области бугра пяточной кости
- б) подпяточным бурситом
- в) кальцификатом в подошвенном апоневрозе ("шпорой")
- г) воспалением ахиллова сухожилия

23. Наиболее частая причина боли в передней части стопы - это

- а) артрит плюснефаланговых суставов
- б) метаталзалгия Мортон
- в) поперечное плоскостопие
- г) сосудистые нарушения

24. Для синдрома первичной фибромиалгии характерно все перечисленное, кроме

- а) множественных болевых точек тела
- б) нарушенного сна, депрессии
- в) связи симптомов с психоэмоциональным стрессом
- г) положительных лабораторных показателей воспалительного процесса

25. Диагноз "Синдром первичной фибромиалгии"

- а) не следует использовать
- б) можно использовать при исключении других заболеваний
- в) ставят на основании определенного набора симптомов при исключении всех других возможных причин воспалительного или дегенеративного характера

26. Болезнь Форестье наиболее часто проявляется
 а) массивными синдесмофитами позвоночника
 б) кальцификацией энтезисов
 в) лабораторными признаками воспалительного процесса
 г) периодической "блокадой" коленных суставов

27. Наиболее ценными признаками болезни Форестье, отличающим ее от болезни Бехтерева, является
 а) отсутствие сакроилеита и анкилоза дугоотростчатых суставов позвоночника
 б) молодой возраст больных
 в) наличие лабораторных признаков воспаления

Ответы:

1. в	4.б	7. а	10. д	13. в	16. г	19. е	22. б	25.в
2. г	5. д	8. б	11. в	14. д	17. д	20. д	23.в	26. а
3. д	6. г	9. г	12. б	15. в	18. г	21. в	24.г	27. а

Тема: Системная красная волчанка

1.Какая формулировка наиболее полно соответствует определению системной красной волчанки?

1. Хроническое системное заболевание соединительной ткани, сосудов, внутренних органов с преимущественным поражением кожи, суставов, легких, почек.
2. Системное иммуннокомплексное воспалительное заболевание с эрозивными поражениями суставов, васкулитом мелких сосудов, гломерулонефритом.
3. Системный коллагеноз с формированием аутоантител к собственным клеточным структурами, иммуннокомплексным васкулитом, асептическим воспалением в легких, формированием тяжелого иммуннокомплексного гломерулонефрита.
4. Системное заболевание соединительной ткани с образованием аутоантител к структурным элементам тканей, компонентам клеточных ядер, циркуляцией в крови иммунных комплексов конъюгированных с активным комплементом, способных вызывать прямое иммунное и иммуннокомплексное повреждение клеточных структур, сосудов, нарушения функции внутренних органов.
5. Системное заболевание соединительной ткани с формированием аутоантител к клеткам внутренних органов, крови, циркуляцией иммунных комплексов, вызывающих вторичный иммуннокомплексный васкулит мелких и средних сосудов, поражение кожи, суставов, легких и почек.

2.Почему некоторые лица предрасположены к заболеванию системной красной волчанкой?

1. У них в семье наследуется ген, вызывающий дефицит некоторых компонентов комплемента.
2. Их геном содержит HLA вида DR2.
3. Их геном содержит HLA вида DR3.
4. Все три упомянутые особенности являются причиной предрасположенности данному заболеванию.
5. Ни одна из упомянутых особенностей не является причиной предрасположенности к данному заболеванию.

3.Какие инфекции ассоциируются с возможностью заболеть системной красной волчанкой?

1. Инфекция РНК-содержащими «медленными» ретровирусами.
2. Инфекция цитомегаловирусом.
3. Инфекция вирусом гепатита В.
4. Инфекция вирусом гепатита С.
5. Все упомянутые инфекции имеют значение.

4.Какой пол и возраст являются «предпочтительными» для системной красной волчанки?

1. Мужчины в возрасте 15-35 лет.
2. Мужчины в возрасте 36-55 лет.
3. Женщины в возрасте 15-35 лет.
4. Женщины в возрасте 36-50 лет.
5. Женщины в менопаузе.

5.Какие факторы могут запустить патогенетические механизмы системной красной волчанки у предрасположенных лиц?

1. Солнечная инсоляция.
2. Беременность.
3. Введение противостолбнячной сыворотки.
4. Профессиональные химические интоксикации.
5. Все перечисленные.

6.Какие факторы могут иметь значение в патогенезе системной красной волчанки?

1. Видоизменение «медленными» ретровирусами генетической базы иммунной системы.
2. Патологическая перекрестная иммунореактивность с перемещением в разряд антигенов нормальных тканевых, внутриклеточных, внутриядерных структур.
3. Возникновение в организме аутоантител, обладающих агрессивностью к собственным структурам.
4. Возникновение иммунных комплексов, способных объединяться с комплементами, активировать его, запускать механизмы иммуннокомплексного воспаления.
5. Все перечисленные факторы имеют значение в патогенезе данного заболевания.

7.Какие аутоантитела не типичны для системной красной волчанки?

1. Против нативной ДНК.
2. Против коротких ядерных РНК (анти-Sm).
3. Против миелопероксидазы нейтрофилов (МПО-АНЦА).
4. Против полипептидов рибонуклопротеидов (анти-RNP).
5. Антифосфолипидные.

8. Что представляют собой LE-клетки, выявляемые у больных системной красной волчанкой?

1. Розеткообразный конгломерат лейкоцитов вокруг ядра разрушенного лимфоцита.
2. Гигантские многоядерные клетки.
3. Тени разрушенных лимфоцитов.
4. Гиперсегментированные нейтрофилы.
5. Нейтрофилы, содержащие в цитоплазме поглощенные ядра погибших лимфоцитов.

9. Какие варианты клинического течения наблюдаются при системной красной волчанке?

1. Острое.
2. Подострое.
3. Хроническое.
4. Все упомянутые.
5. Ни одно из упомянутых.

10. Какие моменты не характерны для острого течения системной красной волчанки?

1. Возраст больных старше 40 лет.
2. Внезапное повышение температуры тела до 38⁰С и выше.
3. Интенсивные боли в суставах, утренняя скованность.
4. Быстро и одновременно появляются изменения кожи, серозных оболочек.
5. Все упомянутые моменты характерны.

11. Что соответствует подострому течению системной красной волчанки?

1. Заболевания начинается с постепенного ухудшения общего самочувствия.
2. Заболевания начинается с появления болей в суставах.
3. Заболевания протекает волнообразно с периодами обострения и ремиссии.
4. Полиорганные нарушения возникают не ранее чем через 2-4 года с момента начала болезни.
5. Все перечисленные особенности соответствуют подострому течению болезни.

12. Признаки какого синдрома могут являться клинической маской начального периода системной красной волчанки при хроническом течении заболеваний?

1. Синдрома Рейно.
2. Синдрома Верльгофа.
3. Синдрома Шегрена.
4. Антифосфолипидного синдрома.
5. Любого из перечисленных.

13. Что определяет классическую клиническую картину развернутой стадии системной красной волчанки?

1. Дерматит.
2. Полисерозит.
3. Артрит.
4. Ни одно из указанных поражений.
5. Совокупность указанных поражений.

14. Какие поражения кожи и ее придатков не характерны для системной красной волчанки?

1. Эритематозный дерматит лица.
2. Дискоидное поражение.
3. Нодулярное (узловатое) поражение кожи.
4. Алопеция (облысение).
5. Витилиго (очаговая депигментация).

15. Что из перечисленного не относится к симптомам системной красной волчанки?

1. Патологическая гиперчувствительность кожи к солнечной инсоляции.
2. Инфаркты кожи с последующими изъязвлениями.
3. Гиперкератоз (ихтиоз).
4. Эрозии на слизистых оболочках.
5. Хейлит.

16. Какие поражения суставов не типичны для системной красной волчанки?

1. Анкилоз.
2. Эрозивный артрит.
3. Гнойный артрит.
4. Все типичны.

5. Ни одно из упомянутых поражений не типично.

17. Какие поражения суставов не характерны для системной красной волчанки?

1. Симметричный артрит мелких суставов кисти.
2. Эрозивный артрит коленных суставов.
3. Артрит голеностопных суставов.
4. Артропатия с деформациями суставов за счет поражения связочного аппарата без эрозивного артрита.
5. Все приведенные варианты поражения суставов не характерны для системной красной волчанки.

18. Какие варианты поражения плевры имеют место при системной красной волчанке?

1. Адгезивный (слипчивый) плеврит.
2. Сухой плеврит.
3. Экссудативный плеврит.
4. Все перечисленные.
5. Ни один из перечисленных.

19. Какие объективные признаки свидетельствуют о наличии сухого плеврита у больного системной красной волчанкой?

1. Боли в грудной клетке.
2. Шум трения плевры.
3. Отсутствие притупления перкуторного звука над легкими.
4. Ни один из перечисленных.
5. Все перечисленные.

20. Какие объективные признаки могут свидетельствовать о наличии экссудативного плеврита у больного системной красной волчанкой?

1. Притупление перкуторного звука над нижними отделами легких.
2. Ограничение подвижности диафрагмы.
3. Одышка.
4. Все упомянутые.
5. Ни один из упомянутых.

21. Какие поражения легких возникают у больных системной красной волчанкой?

1. Пневмонит.
2. Легочный васкулит.
3. Инфаркты легких.
4. Все перечисленные.
5. Ни одно из перечисленных.

22. Чем проявляется васкулит легочных сосудов у больных системной красной волчанкой?

1. Кровохарканьем.
2. Болями в грудной клетке.
3. Одышкой.
4. Перегрузкой правых отделов сердца с гепатомегалией, периферическими отеками.
5. Всем перечисленным.

23. Какие причины сердечной недостаточности у больных системной красной волчанкой?

1. Васкулит коронарных артерий.
2. Миокардит.
3. Перикардит.
4. Эндокардит с формированием клапанных пороков.
5. Все перечисленные.

24. Какие варианты перикардита не типичны у больных системной красной волчанкой?

1. Адгезивный (слипчивый).
2. Сухой.
3. Экссудативный.
4. Гранулематозный.
5. Типичны все перечисленные варианты.

25. Какой патологический процесс является причиной возникновения у больных системной красной волчанкой нарушений проводимости и ритма сердца?

1. Васкулит коронарных артерий.

2. Миокардиодистрофия.
3. Миокардит.
4. Ни один из перечисленных.
5. Все перечисленные.

26. Какие осложнения характерны для бородавчатого эндокардита Либмана-Сакса у больных системной красной волчанкой?

1. Недостаточность митрального клапана.
2. Недостаточность клапанов устья аорты.
3. Тромбозы в сосудах внутренних органов.
4. Ни одно из перечисленных.
5. Все перечисленные.

27. Какие причины могут вызвать тромбоз ветвей легочной артерии у больных системной красной волчанкой?

1. Васкулит легочных сосудов.
2. Антифосфолипидный синдром.
3. Бородавчатый эндокардит Либмана-Сакса.
4. Все перечисленные.
5. Ни одно из перечисленных.

28. Какие клинические формы поражения почек имеют место у больных системной красной волчанкой?

1. Очаговый малосимптомный нефрит.
2. Нефротический вариант диффузного гломерулонефрита.
3. Гипертонический вариант диффузного гломерулонефрита.
4. Смешанный вариант диффузного гломерулонефрита.
5. Любой из упомянутых клинических вариантов поражения почек.

29. Какие проявления характерны для нефротической формы гломерулонефрита у больных системной красной волчанкой?

1. Отеки.
2. Гипопротеинемия.
3. Гиперхолестеринемия.
4. Протеинурия.
5. Совокупность всех упомянутых проявлений.

30. Какая клиническая особенность хронического гепатита у больных системной красной волчанкой?

1. Злокачественный, с переходом в цирроз печени.
2. Доброкачественный, без перехода в цирроз печени.
3. Холестатический.
4. Все особенности характерны.
5. Ни одна из перечисленных особенностей не характерна.

31. Что является причиной поражения центральной и периферической нервной системы у больных системной красной волчанкой?

1. Прямое аутоиммунное поражение нейронов.
2. Васкулит церебральных сосудов.
3. Тромбозы церебральных сосудов.
4. Все перечисленное.
5. Ничего из перечисленного.

32. Какие клинические проявления характерны для поражения центральной и периферической нервной системы у больных системной красной волчанкой?

1. Депрессия.
2. Психозы.
3. Эпилептиформные припадки.
4. Полинейропатии.
5. Все упомянутые проявления типичны.

33. Какая патология не типична для системной красной волчанки?

1. Лимфаденопатия.
2. Спленомегалия.
3. Гипохромная железоперераспределительная анемия.

4. Гипохромная железодефицитная анемия.
5. Гемолитическая анемия.

34. Какой механизм возникновения анемии у больных системной красной волчанкой?

1. Перераспределение железа с дефицитом в костном мозге.
2. Аутоиммунный гемолиз эритроцитов в периферической крови.
3. Разрушение эритроцитов фиксированными макрофагами селезенки.
4. Ни один из упомянутых механизмов.
5. Любой из упомянутых механизмов.

35. Какие синдромы не характерны для клинической картины системной красной волчанки?

1. Антифосфолипидный синдром.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Верльгофа.
5. Синдром Рейтера.

36. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, характерна спастическая реакция сосудов на холод с последующей постишемической вазодилатацией?

1. Антифосфолипидный синдром.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Верльгофа.
5. Синдром Жакку.

37. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, характерно развитие сухого стоматита, сухого кератоконъюнктивита, гиперплазии околоушных слюнных желез?

1. Антифосфолипидный синдром.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Верльгофа.
5. Синдром Жакку.

38. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, характерна тромбоцитопения, появление пятнистой геморрагической пурпуры на коже?

1. Антифосфолипидный синдром.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Верльгофа.
5. Синдром Жакку.

39. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, характерна патологическая склонность к тромбозам?

1. Антифосфолипидный синдром.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Верльгофа.
5. Синдром Жакку.

40. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, характерна артропатия со стойкими деформациями суставов за счет поражения сухожилий, связок, но без эрозивного артрита?

1. Антифосфолипидный синдром.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Верльгофа.
5. Синдром Жакку.

41. Какие отклонения в общем анализе крови не типичны для классической системной красной волчанки?

1. Уменьшение количества эритроцитов.
2. Уменьшение количества гемоглобина.
3. Цветной показатель больше единицы.
4. Ретикулоцитоз.
5. Все отклонения типичны для данного заболевания.

42. Какие отклонения в общем анализе крови не типичны для классической системной красной волчанки?

1. Тромбоцитопения.
2. Лейкопения.
3. Нейтропения.
4. Увеличенная СОЭ.
5. Эозинофилия.

43. Какие отклонения в общем анализе мочи не характерны для системной красной волчанки?

1. Гипоизостенурия.
2. Протеинурия.
3. Цилиндрuria.
4. Гематурия.
5. Белок Бенс-Джонса.

44. Какие отклонения в биохимическом анализе крови не типичны для системной красной волчанки?

1. Повышение содержания альфа-2-глобулинов.
2. Повышение содержания гамма-глобулинов.
3. Гипопротеинемия.
4. Гиерхолестеринемия.
5. Гиперурикемия.

45. Какие отклонения в биохимическом анализе крови не характерны для люпус-нефрита?

1. Гипергликемия.
2. Гиерхолестеринемия.
3. Гипопротеинемия.
4. Высокий уровень мочевины.
5. Высокий уровень креатинина.

46. Какие иммунологические показатели не типичны для системной красной волчанки?

1. LE-клетки.
2. Антитела к протеиназе-3 нейтрофилов (ПР-АНЦА).
3. Повышенное содержание циркулирующих иммунных комплексов.
4. Антитела к Sm-антигену.
5. Антитела к нативной ДНК.

47. Какие иммунологические показатели не типичны для системной красной волчанки?

1. Антифосфолипидные антитела.
2. Антинуклеарный фактор.
3. Антитела к нативной ДНК.
4. LE-клетки.
5. Все перечисленные показатели типичны.

48. С каким синдромом может ассоциироваться присутствие ревматоидного фактора в крови у больного системной красной волчанкой?

1. Антифосфолипидным.
2. Суставным.
3. Гемолитическим.
4. Тромбоцитопеническим (Верльгофа).
5. Любым из перечисленных.

49. Какой синдром влечет за собой положительную реакцию Вассермана (на сифилис) у больных системной красной волчанкой?

1. Суставной синдром.
2. Антифосфолипидный синдром.
3. Синдром Рейно.
4. Синдром Шегрена.
5. Синдром Верльгофа.

50. Какой тест может достаточно надежно свидетельствовать о наличии гемолитической анемии у больных системной красной волчанкой?

1. Ретикулоцитоз.
2. Повышенный уровень билирубина в крови.

3. Уменьшение содержания гемоглобина в крови с цветным показателем выше единицы.
4. Уменьшение содержания эритроцитов в крови с цветным показателем меньше единицы.
5. Все перечисленные тесты.

51. Какие отклонения на ЭКГ типичны для системной красной волчанки?

1. Признаки ишемии миокарда.
2. Нарушения проводимости.
3. Нарушения ритма.
4. Ни одно из перечисленных.
5. Все перечисленные.

52. Какие отклонения на рентгенограммах грудной клетки не типичны для системной красной волчанки?

1. Очаговая инфильтрация легких.
2. Интерстициальная инфильтрация легких.
3. Треугольные тени инфарктов легких.
4. Выпот в плевральных полостях.
5. Щелевидные каверны в легких.

53. Какие рентгенологические изменения суставов типичны для системной красной волчанки?

1. Умеренно выраженный остеопороз.
2. Узур суставных поверхностей.
3. Сужение суставной щели, анкилозы.
4. Все изменения типичны.
5. Ни одно из указанных изменений не типично.

54. Что можно обнаружить при ультразвуковом исследовании внутренних органов у больных системной красной волчанкой?

1. Выпот в плевральных полостях.
2. Спленомегалию.
3. Гепатомегалию.
4. Нефрит.
5. Все перечисленное.

55. Что можно обнаружить при эхокардиографическом исследовании у больных системной красной волчанкой?

1. Выпот в полости перикарда.
2. Дилатацию камер сердца.
3. Недостаточность митрального клапана и/или клапанов устья аорты.
4. Уменьшение фракции выброса левого желудочка.
5. Любое отклонение из перечисленных.

56. Какая степень активности системной красной волчанки при следующих обстоятельствах: Нормальная температура. Небольшое похудение. На коже дискоидные очаги. Артралгии. Адгезивный перикардит. Дистрофия миокарда. Адгезивный (спаечный) плеврит. Полиневрит. Гемоглобин более 120 г/л. СОЭ 16-20 мм/час. Фибриноген менее 5 г/л. Гамма-глобулины 20-23%. LE-клетки отсутствуют или единичные. Антиядерный фактор менее 1:32. Титр антител к ДНК низкий. Уровень ЦИК низкий.

1. Отсутствует активность.
2. I ст. – минимальная активность.
3. II ст. – умеренная активность.
4. III ст. – максимальная активность.
5. Приведенные критерии не могут быть использованы для оценки активности системной красной волчанки.

57. Какая степень активности системной красной волчанки при следующих обстоятельствах: Лихорадка менее 38°C. Умеренное похудение. На коже неспецифическая эритема. Подострый полиартрит. Сухой перикардит. Умеренно выраженный миокардит. Сухой плеврит. Диффузный гломерулонефрит смешанного типа с артериальной гипертензией, гематурией, протеинурией. Энцефалоневрит. Гемоглобин 100-110 г/л. СОЭ 30-40 мм/час. Фибриноген 5-6 г/л. Гамма-глобулины 24-25%. LE-клетки 1-4 на 1000 лейкоцитов. Антиядерный фактор 1:64. Титр антител к ДНК средний. Уровень ЦИК средний.

1. Отсутствует активность.
2. I ст. – минимальная активность.
3. II ст. – умеренная активность.
4. III ст. – максимальная активность.

5. Приведенные критерии не могут быть использованы для оценки активности системной красной волчанки.

58. Какая степень активности системной красной волчанки при следующих обстоятельствах: Лихорадка выше 38°C. Выраженное похудение. Поражение кожи в виде волчаночной эритемы, «бабочка» на лице, капиллярит. Острый или подострый полиартрит. Выпотный перикардит. Выраженный миокардит. Волчаночный эндокардит. Выпотный плеврит. Диффузный гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Острый энцефалорадикулоневрит. Гемоглобин менее 100 г/л. СОЭ более 45 мм/час. Фибриноген более 6 г/л. Гама-глобулины 30-35%. LE-клетки более 5 на 1000 лейкоцитов. Антинуклеарный фактор выше 1:128. Титр антител к ДНК высокий. Уровень ЦИК высокий.

1. Отсутствует активность.
2. I ст. – минимальная активность.
3. II ст. – умеренная активность.
4. III ст. – максимальная активность.
5. Приведенные критерии не могут быть использованы для оценки активности системной красной волчанки.

59. Какие критерии могут быть использованы для дифференциальной диагностики системной красной волчанки и ревматоидного артрита в пользу системной красной волчанки?

1. Симметричный артрит мелких суставов кистей.
2. Выраженная утренняя скованность.
3. Отсутствие эрозий суставных поверхностей.
4. Все критерии.
5. Ни один из упомянутых критериев.

60. Какие критерии могут быть использованы для дифференциальной диагностики системной красной волчанки и хронического аутоиммунного гепатита с внепеченочными проявлениями в пользу системной красной волчанки.

1. Отсутствие симптомов печеночно-клеточной недостаточности.
2. Отсутствие морфологических признаков перехода в цирроз.
3. Быстрое исчезновение симптомов поражения печени под влиянием лечения.
4. Все перечисленные.
5. Ни один из перечисленных.

61. Какие иммунологические исследования не являются обязательными для диагностики системной красной волчанки?

1. Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов.
2. Общий анализ мочи.
3. Проба на белок Бенс-Джонса.
4. Проба по Зимницкому.
5. Биохимический анализ крови: фибриноген, общий белок и фракции, билирубин, холестерин, мочевины, креатинин.

62. Какие иммунологические исследования не являются обязательными для диагностики системной красной волчанки?

1. LE-клетки.
2. Циркулирующие иммунные комплексы.
3. Антитела к Sm-антигену.
4. Антинуклеарный фактор.
5. Все обязательны.

63. Какие пункты иммунологического обследования больного системной красной волчанкой не являются обязательными?

1. Антитела к нативной ДНК.
2. Антифосфолипидные антитела
3. Реакция Вассермана.
4. Прямая и непрямая проба Кумбса.
5. Все обязательны.

64. Какие пункты можно исключить из плана обследования больного системной красной волчанкой без ущерба для качества диагностики?

1. Рентгенография легких, пораженных суставов.
2. Бронхоскопия.

3. ЭКГ, эхокардиография.
 4. УЗИ плевральных, брюшной полостей, печени, селезенки, почек.
 5. Биопсия кожно-мышечного лоскута, почек.
65. Какие препараты не применяются для подавления гиперреактивности иммунных механизмов, иммунного воспаления, иммунокомплексных поражений у больных системной красной волчанкой?
1. Глюкокортикостероиды.
 2. Нестероидные противовоспалительные препараты.
 3. Иммунодепрессанты (цитостатики).
 4. Аминохинолиновые препараты.
 5. Эфферентные методы (плазмаферез, гемосорбция).
66. Какое лечение показано при хроническом течении СКВ с минимальной активностью иммунного воспаления?
1. Пероральный прием 5-7,5 мг преднизолона в сутки.
 2. Пероральный прием преднизолона в дозе 1 мг/кг/сутки.
 3. Пульс-терапия парентеральным введением в течение трех дней подряд ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона внутривенно капельно в течение 30 минут.
 4. Ни один из методов не показан.
 5. Любой из перечисленных методов может быть использован.
67. Какое лечение показано при остром и подостром клиническом течении системной красной волчанки с II или III ст. активности.
1. Пероральный прием 5-7,5 мг преднизолона в сутки.
 2. Пероральный прием преднизолона 1-1,3 мг/кг/сутки с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей.
 3. Пульс-терапия парентеральным введением в течение трех дней подряд ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона.
 4. Ни один из методов не показан.
 5. Любой из перечисленных методов может быть использован.
68. Какое лечение показано при высокоактивной СКВ с тяжелым васкулитом, люпус-нефритом, выраженной анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией, волчаночным энцефалорадикулоневритом?
1. Пероральный прием 5-7,5 мг преднизолона в сутки.
 2. Пероральный прием преднизолона 1-1,3 мг/кг/сутки с последующим постепенным снижением дозы до поддерживающей.
 3. Пульс-терапия: 1 раз в месяц парентеральное введение в течение трех дней подряд ежедневно по 1000 мг метилпреднизолона, при необходимости с добавлением во второй день 1000 мг циклофосфана, с дальнейшим продолжением пероральной глюкокортикоидной терапии.
 4. Ни один из методов не показан.
 5. Любой из перечисленных методов может быть использован.
69. Какое лечение показано при высокой активности СКВ, системном васкулите с распространенным язвенно-некротическим поражением кожи, тяжелыми патологическими изменениями в легких, ЦНС, активном люпус-нефрите при невозможности дальнейшего увеличения дозы глюкокортикоидов или противопоказаниях для их применения?
1. Циклофосфан 1-4 мг/кг/сутки внутрь..
 2. Азатиоприн 2,5 мг/кг/сутки внутрь.
 3. Азатиоприн 0,1 - 1 раз в сутки внутрь и циклофосфан 1000 мг внутривенно 1 раз в 3 месяца.
 4. Ни один из методов не показан.
 5. Любой из перечисленных методов может быть использован.
70. Какие препараты оптимально использовать для длительного применения при невысокой активности воспалительного процесса, хроническом течении СКВ с преимущественным поражением кожи.
1. Плаквенил 0,2 или далагил 0,25 по 1-2 таблетки в день в течение 6-12 месяцев.
 2. Циклофосфан 1-4 мг/кг/сутки перорально.
 3. Азатиоприн 2,5 мг/кг/сутки внутрь.
 4. Ни один из методов не показан.
 5. Любой из перечисленных методов может быть использован.
71. Какой метод позволяет быстро удалить избыток иммунных комплексов из организма больного системной красной волчанкой?
1. Плаквенил 0,2 по 2 таблетки в день.
 2. Циклофосфан 1-4 мг/кг/сутки перорально.

3. Азатиоприн 2,5 мг/кг/сутки внутрь.
4. Плазмаферез.
5. Все перечисленные.

72. Какие препараты нельзя применять для симптоматического лечения тромбоцитопении у больных системной красной волчанкой?

1. Аспирин
2. Препараты иммуноглобулина.
3. Диназол.
4. Все нельзя применять.
5. Все можно применять.

73. Какие препараты необходимо применять для устранения склонности к тромбозам у больных системной красной волчанкой?

1. Аспирин.
2. Гепарин.
3. Курантил.
4. Все нельзя применять.
5. Все следует применять.

Эталоны ответов:

1 - 4	11 - 5	21 - 4	31 - 4	41 - 3	51 - 5	61 - 3	71 - 4
2 - 4	12 - 5	22 - 5	32 - 5	42 - 5	52 - 5	62 - 5	72 - 1
3 - 1	13 - 5	23 - 5	33 - 4	43 - 5	53 - 1	63 - 5	73 - 5
4 - 3	14 - 5	24 - 4	34 - 5	44 - 5	54 - 5	64 - 2	
5 - 5	15 - 3	25 - 5	35 - 5	45 - 1	55 - 5	65 - 2	
6 - 5	16 - 5	26 - 5	36 - 3	46 - 2	56 - 2	66 - 1	
7 - 3	17 - 2	27 - 4	37 - 2	47 - 5	57 - 3	67 - 2	
8 - 5	18 - 4	28 - 5	38 - 4	48 - 2	58 - 4	68 - 3	
9 - 4	19 - 5	29 - 5	39 - 1	49 - 2	59 - 3	69 - 5	
10 - 1	20 - 4	30 - 2	40 - 5	50 - 1	60 - 4	70 - 1	

Тема: Системные васкулиты

1. К васкулитам с поражением сосудов крупного калибра относятся все перечисленные, за исключением:

1. Артериит Такаясу
2. Синдром Когана
3. Гигантоклеточный артериит

2. К васкулитам с поражением сосудов среднего калибра относятся все перечисленные, за исключением:

1. Узелковый полиартериит
2. Болезнь Kawasaki
3. Синдром Чарджа-Стросса

3. К васкулитам с поражением сосудов мелкого калибра относятся все перечисленные, за исключением:

1. Болезнь Бехчета
2. Микроскопический полиангиит
3. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
4. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Чарджа-Стросса)
5. Синдром Гудпасчера

4. Для болезни Kawasaki характерно все перечисленное, за исключением:

1. Резистентная к антибиотикам лихорадка в течение 5 дней
2. Двусторонний конъюнктивит
3. Типичные изменения губ и полости рта: губы сухие, отечные, гиперемизованы, с трещинами, малиновый язык
4. Полиартрит
5. Острый негнойный шейный лимфаденит

5. К ANCA-ассоциированным васкулитам относятся все перечисленные, за исключением:

1. Микроскопический полиангиит

2. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
 3. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Чарджа-Стросса)
 4. Синдром Гудпасчера
6. Для гранулематоза с полиангиитом (Вегенера) характерно все перечисленные, за исключением:
1. Язвы в полости рта, гнойные или кровянистые выделения из носа
 2. Узелки, инфильтраты или полости в легких
 3. Базальный пневмофиброз в легких
 4. Гематурия (> 5 эритроцитов в поле зрения) или эритроцитарные цилиндры в осадке мочи
 5. Гранулематозное воспаление в стенке артерии или в периваскулярном и экстраваскулярном пространстве
7. Для эозинофильного гранулематоза с полиангиитом (Чарджа-Стросса) характерно все перечисленные, за исключением:
1. Бронхиальная астма
 2. Эозинофилия
 3. Моно- или полинейропатия
 4. Патология гайморовых пазух
 5. Инфильтративно-деструктивные изменения в легких
8. К особенностям поражения почек при АНЦА-ассоциированном системном васкулите относятся все перечисленные, за исключением:
1. Склонность к быстро прогрессирующему течению (БПГН) со снижением СКФ более чем на 50% в течение нескольких недель или месяцев
 2. Нефротический синдром
 3. Умеренная артериальная гипертензия
 4. Протеинурия, не превышающая 3 г в сутки
 5. АНЦА-ГН может проявляться бессимптомной протеинурией и микрогематурией (редко макрогематурией), БПГН, остронефритическим синдромом
9. К критериям диагностики артериита Такаясу относятся все перечисленные, за исключением:
1. Начало заболевания в возрасте старше 40 лет
 2. Перемежающаяся хромота нижних конечностей
 3. Ослабленная пульсация на одной или обеих плечевых артериях
 4. Разница систолического давления на обеих руках более чем 10 мм рт. ст.
 5. Аускультативно - сосудистые шумы над подключичной артерией (с одной или с обеих сторон) или над брюшной аортой
10. К критериям диагностики гигантоклеточного артериита относятся все перечисленные, за исключением:
1. Возраст начала болезни старше 50 лет
 2. Вновь появившиеся головные боли или изменение их характера и/или локализации
 3. Болезненность при пальпации или уменьшение пульсации височных артерий (не связанные с атеросклерозом)
 4. Увеличение СОЭ до 50 мм/час
 5. Биопсия – преобладание инфильтрации мононуклеарными клетками или гранулематозное воспаление с многоядерными гигантскими клетками
11. К критериям диагностики гигантоклеточного артериита относятся все перечисленные, за исключением:
1. Сетчатое ливедо – пятнистые, сетчатые изменения рисунка кожи на конечностях и туловище
 2. Миалгия, мышечная слабость, боль при пальпации мышц нижних конечностей
 3. Моно- или полинейропатия
 4. Эозинофилия
 5. Гистология – изменения мелких или средних артерий с инфильтрацией сосудистой стенки, полиморфноядерными нейтрофильными гранулоцитами
12. К критериям диагностики гигантоклеточного артериита относятся все перечисленные, за исключением:
1. Пальпируемая пурпура – постепенно возникающие пальпируемые геморрагические изменения кожи, не сопровождающиеся тромбоцитопенией
 2. Возраст начала заболевания менее 20 лет
 3. Диффузные боли в животе, усиливающиеся после приема пищи, кровянистая диарея или ишемия кишечника
 4. Биоптат – гранулоцитарная инфильтрация в стенках артериол и венул
 5. Лихорадка

13. К заболеваниям с гранулематозным типом воспаления относятся все перечисленные, за исключением:

1. Синдром Вегенера
2. Саркоидоз
3. Гигантоклеточный артериит
4. Геморрагический васкулит Шенлейн-Геноха

14. Наиболее часто поражения легких встречаются при следующих васкулитах, за исключением:

1. Эозинофильный гранулематозный полиангиит
2. Узелковый периартериит
3. Гранулематоз Вегенера
4. Гигантоклеточный артериит
5. Микроскопический полиангиит

15. Сетчатое ливедо наблюдается при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:

1. Системной красной волчанке
2. Синдром Снеддона
3. Атеросклеротическое поражение сосудов
4. Антифосфолипидный синдром

Эталоны ответов:

1 - 2	6 - 3	11 - 4
2 - 3	7 - 5	12 - 5
3 - 1	8 - 2	13 - 4
4 - 4	9 - 1	14 - 4
5 - 4	10 - 4	15 - 3

Тема: Системная склеродермия

1.Какая формулировка является определением системной склеродермии?

1. Системный коллагеноз с прогрессирующим фиброзом внутренних органов, облитерирующих васкулитом мелких артерий.
2. Диффузное заболевание соединительной ткани с очаговым и системным фиброзом внутренних органов.
3. Диффузное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких сосудов, суставов, кожи, почек и легких.
4. Диффузное заболевание соединительной ткани с фиброзно-склеротическими изменениями кожи и внутренних органов, васкулитом мелких сосудов в форме облитерирующего эндартериита.
5. Системное заболевание соединительной ткани с поражением кожи, мышц, суставов, вовлечением в патологический процесс внутренних органов.

2.Под каким названием зарегистрирована системная склеродермия в международной классификации МКБ 10?

1. Системная склеродерма.
2. Системная склеродермия.
3. Системный склероз.
4. Дерматосклероз.
5. Фиброзный дерматит.

3.Какие факторы предположительно могут иметь значение в этиологии системной склеродермии?

1. Инфицирование неизвестным РНК-содержащим вирусом.
2. Профессиональный контакт с поливинилхлоридом.
3. Длительная работа в условиях вибрации.
4. Ни один из перечисленных факторов.
5. Все перечисленные факторы.

4.Какие факторы могут иметь значение в возникновении системной склеродермии?

1. Наличие антигенов гистосовместимости HLA B35.
2. Наличие антигенов гистосовместимости HLA Cw4.
3. Хромосомные аберрации (разрывы хроматид, кольцевые хромосомы).
4. Ни один из перечисленных факторов.
5. Все перечисленные факторы.

5. Какие обстоятельства не имеют существенного значения в патогенезе системной красной волчанки?

1. Повреждение эндотелия этиологическим фактором (вирусом).
2. Взаимодействие Т-лимфоцитов с поврежденными эндотелиоцитами, синтез лимфокинов, стимулирующих макрофаги.
3. Выработка стимулированными макрофагами монокинов, повреждающих эндотелий, стимулирующих фибробласты.
4. Образование тромбов в просвете мелких сосудов.
5. Сосуды мышечного типа становятся гиперчувствительными к вазоконстрикторным влияниям.

6. Для какого варианта склеродермии характерно появление в крови специфических антител к Scl-70?

1. Каплевидная форма местной склеродермии.
2. Диффузная форма системной склеродермии.
3. Ограниченная форма системной склеродермии - CREST-синдром.
4. Кольцевидная форма местной склеродермии.
5. Линейная форма местной склеродермии.

7. Для какого варианта склеродермии характерно появление в крови антител к центромерам?

1. Бляшечная форма местной склеродермии.
2. Диффузная форма системной склеродермии.
3. Ограниченная форма системной склеродермии - CREST-синдром.
4. Кольцевидная форма местной склеродермии.
5. Перекрестный (overlap) синдром склеродермия и пилимоиозит.

8. Для какого варианта склеродермии характерно появление в крови нуклеарных антител?

1. Линейная форма местной склеродермии.
2. Диффузная форма системной склеродермии.
3. Ограниченная форма системной склеродермии - CREST-синдром.
4. Кольцевидная форма местной склеродермии.
5. Перекрестный (overlap) синдром склеродермия и пилимоиозит.

9. Что не относится к определению CREST-синдрома?

1. Сопровождается появлением кальцинатов вблизи мест повышенной травматизации – кончики пальцев, локти, колени.
2. Сопровождается синдромом Рейно.
3. Сопровождается поражением пищевода.
4. Сопровождается поражением селезенки и периферических лимфоузлов.
5. Сопровождается телеангиоэктазиями.

10. Что относится к определению CREST-синдрома?

1. Это ограниченная (лимитированная) форма системной склеродермии.
2. Повреждения внутренних органов возникают редко.
3. Возникает склеродермическое поражение только кожи лица и кистей рук дистальнее пястно-фаланговых суставов.
4. Сопровождается формированием склеродактилии.
5. Все перечисленное относится к определению данного синдрома.

11. Что относится к определению диффузной формы системной склеродермии?

1. Характеризуется склеротическими изменениями кожи верхних конечностей проксимальнее пястнофалангового сустава.
2. Не сопровождается поражением кожи груди.
3. Не сопровождается поражением кожи спины.
4. Не сопровождается поражением кожи всего тела больного.
5. Не сопровождается поражением легких и почек.

12. Какие формы клинического течения заболевания не типичны для системной склеродермии?

1. Острая форма.
2. Подострая форма.
3. Хроническая форма.
4. Латентная форма.
5. Все формы клинического течения типичны для данного заболевания.

13. Что не характерно для острой формы клинического течения системной склеродермии?

1. Быстрое, в течение менее 1 года развитие всех этапов поражения кожи.
2. Одновременно с кожными проявлениями возникают поражения внутренних органов.
3. Лабораторные и биохимические показатели высокой активности патологического процесса.
4. Формирование CREST-синдрома.
5. Все признаки характерны.

14. Что характерно для подострой формы клинического течения системной склеродермии?

1. Постепенное развитие кожных и системных поражений.
2. Обязательное формирование синдрома Рейно.
3. Отклонения лабораторных и биохимических показателей, типичных для умеренной активности патологического процесса.
4. Всё упомянутое характерно для этой формы заболевания.
5. Ничего из упомянутого не характерно для этой формы заболевания.

15. Какие особенности типичны для хронического течения системной склеродермии?

1. Формирование CREST-синдрома.
2. Склонность к формированию склеродермической почки.
3. Отсутствие склонности к фиброзу легких.
4. Не характерно поражение легочной артерии.
5. Все особенности типичны для хронического течения данного заболевания.

16. Какие патологические процессы характерны для начального периода системной склеродермии?

1. Поражение кожи пальцев рук до пястно-фалангового сустава.
2. Симметричное поражение обеих кистей.
3. Поражение кожи лица в начале заболевания.
4. Все патологические отклонения характерны.
5. Ни одно из перечисленных отклонений не характерно.

17. Какие фазы поражения кожи не типичны для системной склеродермии?

1. Появление пурпуры – геморрагическая фаза.
2. Появление утолщения кожи – отечная фаза.
3. Уплотнение кожи – индуративная фаза.
4. Истончение кожи – атрофическая фаза.
5. Все упомянутые фазы типичны для данного заболевания.

18. Какие патологические изменения не характерны для индуративно-склеротического поражения кожи у больных системной склеродермией?

1. Гиперемизованная, горячая на ощупь.
2. Сухая, гладкая, блестящая.
3. Не берется в складку.
4. Спаяна с подлежащими фасциями, суставными сумками, надкостницей.
5. Отсутствует пушковый волос.

19. Какие патологические изменения не характерны для системной склеродермии?

1. Деформация ногтей на пальцах рук.
2. Телеангиоэктазии на коже.
3. Гнойничковое поражение кожи.
4. Легкая травматизация кожи с образованием незаживающих язв.
5. Все патологические изменения характерны.

20. Какие особенности поражения кожи лица не типичны для системной склеродермии?

1. Перiorбитальный отек.
2. Радиальные складки вокруг рта («кисет»).
3. Маскообразное лицо.
4. Заостренный нос («птичий клюв»).
5. Очаги телеангиоэктазий.

21. С каким синдромом связано появление у больных системной склеродермией сухости, отсутствия слюны во рту, резей в глазах, неспособности плакать?

1. Синдром Рейно.
2. Синдром Шегрена.
3. Синдром Жакку.
4. Синдром Тибьерже-Вайссенбаха.

5. CREST-синдром.

22. С каким синдромом связано появление у больных системной склеродермией приступов бледности, онемения пальцев рук, ног, ушей, носа после воздействия холода?

1. Синдром Жакку.
2. Синдром Тибьерже-Вайссенбаха.
3. CREST-синдром.
4. Синдром Рейно.
5. Синдром Шегрена.

23. Какие формы суставного синдрома типичны для больных системной склеродермией?

1. Полиартралгии.
2. Фиброзирующий полиартрит мелких суставов пальцев кистей рук.
3. Псевдоартрит.
4. Указанные варианты не типичны для данного заболевания.
5. Все упомянутые формы суставного синдрома типичны для данного заболевания.

24. Что ведет к формированию псевдоартрита у больных системной склеродермией?

1. Поражение фасций и связочного аппарата сустава.
2. Спаяние капсулы сустава и сухожилий мышц со склерозированной кожей над суставом.
3. Эрозивные процессы на суставных поверхностях.
4. Все упомянутые патологические процессы.
5. Ни один из упомянутых патологических процессов.

25. Какие из перечисленных патологических изменений кисти рук не типичны для системной склеродермии?

1. Склеродактилия.
2. Остеолиз концевых фаланг с их укорочением.
3. Синдром карпального канала.
4. Сгибательные контрактуры кисти.
5. Отклонение кисти в сторону локтевой кости (ульнарная девиация).

26. Какие проявления мышечной патологии типичны для системной склеродермии?

1. Мышечная слабость.
2. Атрофия мышц.
3. Невоспалительный мышечный фиброз.
4. Воспалительная миопатия.
5. Все перечисленные варианты.

27. Где не появляются кальцинаты у больных системной склеродермией?

1. В местах естественной травматизации конечностей.
2. В тканях кончиков пальцев.
3. По наружной поверхности локтей.
4. На передней поверхности коленей.
5. На ушных раковинах.

28. Как называется синдром, при котором выявляются кальцинаты в тканях у больных системной склеродермией?

1. Синдром Жакку.
2. Синдром Тибьерже-Вайссенбаха.
3. Синдром Фелти.
4. Синдром Рейно.
5. Синдром Шегрена.

29. Какие особенности поражения пищевода не типичны для системной склеродермии?

1. Возникают изменения структуры слизистой оболочки – метаплазия Берета.
2. Расширяется проксимальный отрезок пищевода.
3. Сужается дистальный отрезок пищевода.
4. Возникают линейные разрывы слизистой дистального отрезка пищевода.
5. Гладкомышечные клетки дистального отрезка пищевода замещаются коллагеном.

30. Какие особенности поражения пищевода не типичны для системной склеродермии?

1. Поперечно-полосатая мускулатура верхнего отрезка пищевода не поражается.

2. Возникает эрозивный рефлюкс-эзофагит.
3. Возникают язвы, постязвенные стриктуры пищеводно-желудочного соустья.
4. Возникает стеноз нижних отделов пищевода и компенсаторное расширение верхних.
5. Все упомянутые отклонения типичны для поражения пищевода у больных системной склеродермией.

31. Какие поражения относящиеся к легким не типичны для системной склеродермии?

1. Базальный пневмофиброз.
2. Диффузный пневмофиброз.
3. Сухой плеврит.
4. Облитерирующий эндартериит легочной артерии и ее ветвей.
5. Эмпиема плевры.

32. Какие поражения сердца не типичны для системной склеродермии?

1. Миокардит.
2. Миокардиальный фиброз.
3. Облитерирующий васкулит коронарных артерий с ишемией миокарда.
4. Недостаточность митрального клапана.
5. Бородавчатый эндокардит.

33. Какие поражения почек типичны для системной склеродермии?

1. Поражаются сосуды почек.
2. Поражаются клубочки.
3. Поражается интерстициальная ткань.
4. Все поражения типичны.
5. Ни одно из упомянутых поражений не типично.

34. Какие из указанных поражений не типичны для системной склеродермии?

1. Аутоиммунный тиреоидит.
2. Фиброзная атрофия щитовидной железы.
3. Облитерирующий васкулит мозговых сосудов.
4. Анггоспастические приступы с вовлечением внутричерепных артерий, проявляющиеся судорожными припадками.
5. Все указанные поражения типичны для данного заболевания.

35. Какие отклонения общего анализа крови характерны для острой формы клинического течения системной склеродермии с высокой активностью патологического процесса?

1. Увеличенная СОЭ
2. Умеренный лейкоцитоз.
3. Умеренная гипохромная анемия.
4. Все упомянутые отклонения типичны.
5. Ни одно из упомянутых отклонений не типично.

36. Какие отклонения в анализе мочи не типичны для больных системной склеродермией?

1. Протеинурия.
2. Цилиндрурия.
3. Снижение удельного веса.
4. Увеличение экскреции оксипролина.
5. Положительная реакция на белок Бенс-Джонса.

37. Какие отклонения биохимического анализа крови не типичны для системной склеродермии?

1. Увеличение содержания фибриногена.
2. Увеличение содержания альфа-2- и гамма-глобулинов.
3. Увеличение содержания серомукоида, гаптоглобинов.
4. Увеличение содержания оксипролина.
5. Все упомянутые отклонения типичны.

38. Какой иммунологический показатель специфичен для ограниченной формы системной склеродермии – CREST-синдрома?

1. Аутоантитела к Scl-70.
2. Аутоантитела к центромерам.
3. Нуклеарные антитела.
4. Все перечисленные.
5. Ни один из перечисленных.

39.Какой иммунологический показатель специфичен для диффузной формы системной склеродермии?

1. Аутоантитела к центромерам.
2. Нуклеарные антитела.
3. Аутоантитела к Scl-70.
4. Все перечисленные.
5. Ни один из перечисленных.

40.Какой иммунологический показатель специфичен для перекрестного синдрома системная склеродермия-дерматомиозит-полимиозит и поражения почек при системной склеродермии?

1. Аутоантитела к центромерам.
2. Нуклеарные антитела.
3. Аутоантитела к Scl-70.
4. Все перечисленные.
5. Ни один из перечисленных.

41.Какие отклонения результатов биопсии кожно-мышечного лоскута характерны для системной склеродермии?

1. Облитерирующий васкулит мелких сосудов, фиброзно-склеротические изменения структуры тканей.
2. Гранулематозный васкулит мелких артерий, периваскулярная инфильтрация тканей.
3. Гигантоклеточный васкулит сосудов, тромбоз сосудов, периваскулярная инфильтрация.
4. Все упомянутые отклонения характерны.
5. Ни одно из упомянутых отклонений не характерно.

42.Какие морфологические изменения щитовидной железы (по данным пункционной биопсии) можно обнаружить у больных системной склеродермией?

1. Признаки аутоиммунного тиреоидита,
2. Фиброзная атрофия..
3. Васкулит мелких сосудов.
4. Все перечисленное.
5. Ничего из перечисленного.

43.Какие рентгенологические находки не типичны для системной склеродермии?

1. Кальцинаты в тканях концевых фаланг пальцев, локтевых, коленных суставов.
2. «Штаповые» очаги остеопороза в плоских костях (череп, грудина и др.).
3. Остеолиз дистальных фаланг пальцев кисти.
4. Остеопороз, сужение суставной щели, анкилоз суставов.
5. Межплевральные спайки, базальный, диффузный, нередко кистозный пневмофиброз (ячеистое легкое).

44.Какие отклонения ЭКГ могут выявляться у больных системной склеродермией?

1. Признаки миокардиодистрофии.
2. Признаки ишемии.
3. Нарушения проводимости и возбудимости.
4. Гипертрофия миокарда левого желудочка и левого предсердия.
5. Любые из упомянутых отклонений.

45.Какие эхокардиографические находки не характерны для системной склеродермии?

1. Изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки.
2. Участки гиподинамии миокарда стенки левого желудочка.
3. Дилатация камер сердца.
4. Недостаточность митрального клапана.
5. Все упомянутые находки типичны для данного заболевания.

46.Какие находки при ультразвуковом исследовании внутренних органов характерны для системной склеродермии?

1. Двусторонне диффузное поражение почек.
2. Признаки аутоиммунного тиреоидита.
3. Признаки фиброзной атрофии щитовидной железы.
4. Признаки формирования билиарного цирроза печени.
5. Все упомянутые находки характерны для системной склеродермии.

47.Какие критерии Американской ревматологической ассоциации для распознавания системной склеродермии являются «большими»?

1. Проксимальная склеродерма – двустороннее, симметричное утолщение, уплотнение, индурация, склероз дермы пальцев, кожи конечностей проксимально от пястно-фаланговых и плюсне-фаланговых суставов, вовлечение в патологический процесс кожных покровов лица, шеи, грудной клетки, живота.
2. Склеродактилия – индурация, склероз, остеолитические изменения концевых фаланг, деформация пальцев кистей рук.
3. Рубцы, дефекты тканей на подушечках пальцев кистей рук;
4. Базальный легочный фиброз с двух сторон.
5. Все приведенные критерии являются «большими».

48. Какие критерии Американской ревматологической ассоциации для распознавания системной склеродермии не относятся к категории «малых»?

1. Склеродактилия – индурация, склероз, остеолитические изменения концевых фаланг, деформация пальцев кистей рук.
2. Проксимальная склеродерма – двустороннее, симметричное утолщение, уплотнение, индурация, склероз дермы пальцев, кожи конечностей проксимально от пястно-фаланговых и плюсне-фаланговых суставов, вовлечение в патологический процесс кожных покровов лица, шеи, грудной клетки, живота.
3. Рубцы, дефекты тканей на подушечках пальцев кистей рук;
4. Базальный легочный фиброз с двух сторон.
5. Все приведенные критерии не относятся к категории «малых».

49. Какие из приведенных показателей соответствуют I ст. активности системной склеродермии?

1. Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час.
2. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
3. Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдром Рейно, СОЭ до 20 мм/час.
4. Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ – 20-35 мм/час.
5. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.

50. Какие из приведенных показателей соответствуют II ст. активности системной склеродермии?

1. Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час.
2. Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдром Рейно, СОЭ до 20 мм/час.
3. Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ – 20-35 мм/час.
4. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
5. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.

51. Какие из приведенных показателей соответствуют III ст. активности системной склеродермии?

1. Умеренные трофические нарушения, артралгии, вазоспастический синдром Рейно, СОЭ до 20 мм/час.
2. Артралгии и/или артрит, адгезивный плеврит, кардиосклероз, СОЭ – 20-35 мм/час.
3. Отсутствие отклонений лабораторных показателей.
4. Лихорадка, полиартрит с эрозивными поражениями, крупноочаговый или диффузный кардиосклероз, недостаточность митрального клапана, склеродермическая почка, СОЭ превышает 35 мм/час.
5. Приведенные лабораторные показатели не отражают активности патологического процесса при данном заболевании.

52. При каких формах склеродермии поражается кожа лица в виде «кисета»?

1. Каплевидная.
2. Бляшечная.
3. Линейная.
4. Кольцевидная.
5. CREST-синдром.

53. Какие критерии позволяют дифференцировать системную склеродермию и ревматоидный артрит в пользу системной склеродермии?

1. Анкилозирующий полиартрит мелких суставов кистей.
2. Выраженная утренняя скованность.
3. Сращение капсулы сустава, сухожилий с индуративно измененной кожей.
4. Все приведенные критерии позволяют сделать это.
5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.

54. Какие критерии позволяют дифференцировать системную склеродермию и ревматоидный артрит в пользу системной склеродермии?

1. Эрозивный полиартрит мелких суставов кистей.

2. Выраженная утренняя скованность.
3. Склонность к анкилозированной суставов.
4. Выявление ревматоидного фактора в крови.
5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.

55. Какие критерии позволяют дифференцировать системную склеродермию и системную красную волчанку в пользу системной склеродермии?

1. Фиброзирующий, деформирующий артрит мелких суставов кистей рук.
2. Отсутствие анкилоза пораженных суставов.
3. Симметричный артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей рук.
4. Выраженная утренняя скованность.
5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.

56. Какие критерии позволяют дифференцировать системную склеродермию и системную красную волчанку в пользу системной склеродермии?

1. Деформация, ограничение подвижности суставов, вызванные поражением околоуставных сухожилий, связок, но без эрозивного артрита.
2. Деформация, ограничение подвижности суставов, вызванные сращением суставной сумки, сухожилий мышц с кожей, но без эрозивного артрита.
3. Артралгии.
4. Выраженная утренняя скованность.
5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики.

57. Какие критерии позволяют дифференцировать диффузный вариант системной склеродермии и системную красную волчанку в пользу системной склеродермии?

1. Поражение почек.
2. Поражение легких.
3. Присутствие в крови единичных LE-клеток.
4. Положительный тест на ревматоидный фактор.
5. Присутствие в крови антител к антигену Scl-70.

58. Что можно исключить из плана обследования больного системной склеродермией без ущерба для качества диагностики?

1. Аутоантитела к Scl-70.
2. Аутоантитела к центромерам.
3. Антинейтрофильные аутоантитела.
4. Нуклеарные антитела.
5. Биопсия кожно-мышечного лоскута.

59. Что можно исключить из плана обследования больного системной склеродермией без ущерба для качества диагностики?

1. Тонкоигольная биопсия щитовидной железы.
2. Рентгенологическое исследование кистей рук, пораженных локтевых, коленных суставов. Рентгенография грудной клетки.
3. ЭКГ
4. Эхокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, щитовидной железы.
5. Ни один пункт из плана обследования исключать нельзя.

60. Какие препараты не показаны для использования с целью подавления избыточного коллагенообразования при системной склеродермии?

1. D-пеницилламин.
2. Колхицин.
3. Хлорохин (делагил).
4. Гидроксихлорохин (плаквенил).
5. Преднизолон.

61. Какие препараты и сочетания препаратов эффективны при лечении системной склеродермии?

1. D-пеницилламин с преднизолоном.
2. Колхицин.
3. Хлорохин (делагил).
4. Азатиоприн с преднизолоном.
5. Все обозначенные.

62.Какие препараты целесообразно назначать при диффузной форме СС с выраженными и тяжелыми системными проявлениями, высокой активности патологического процесса?

1. D-пеницилламин.
2. Колхицин.
3. Хлорохин (делагил).
4. Преднизолон.
5. Все обозначенные.

63.Какие препараты следует применять при лечении системной склеродермии для симптоматического улучшения гемодинамики в пораженных сосудах и тканевых структурах.

1. Нифедипин.
2. Лизиноприл.
3. Курантил.
4. Все указанные.
5. Ни один из указанных выше.

64.Какие препараты можно использовать для лечения артралгий и суставного синдрома у больных системной склеродермией?

1. Диклофенак-натрия.
2. Ибупрофен.
3. Напроксен.
4. Нимесулид.
5. Любой из перечисленных препаратов.

65.Какие препараты можно использовать для лечения миалгий, суставного синдрома у больных системной склеродермией с эрозивно-язвенными поражениями пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки?

1. Диклофенак-натрия.
2. Ибупрофен.
3. Напроксен.
4. Нимесулид.
5. Любой из перечисленных препаратов.

66.Какие методы местного лечения показаны при системной склеродермии?

1. Аппликации раствора димексида на пораженные участки кожи.
2. Смазывание кожи мазями, содержащими сульфатированные гликозаминогликаны.
3. Обкалывание пораженной кожи ферментом лидазой.
4. Электрофорез, фонофорез лидазы в индуративно измененные участки кожи.
5. Все перечисленные методы показаны для применения при данном заболевании.

Эталоны ответов:

1 - 4	7 - 3	13 - 4	19 - 5	25 - 5	31 - 5	37 - 5	43 - 2	49 - 3	55 - 1	61 - 5
2 - 3	8 - 5	14 - 4	20 - 1	26 - 5	32 - 5	38 - 2	44 - 5	50 - 3	56 - 2	62 - 4
3 - 5	9 - 4	15 - 1	21 - 2	27 - 5	33 - 4	39 - 3	45 - 1	51 - 4	57 - 5	63 - 4
4 - 5	10 - 5	16 - 4	22 - 4	28 - 2	34 - 5	40 - 2	46 - 5	52 - 5	58 - 3	64 - 5
5 - 4	11 - 1	17 - 1	23 - 5	29 - 4	35 - 4	41 - 1	47 - 1	53 - 3	59 - 5	65 - 4
6 - 2	12 - 4	18 - 1	24 - 2	30 - 5	36 - 5	42 - 4	48 - 2	54 - 5	60 - 5	66 - 5

Тема: Дерма/полимиозит (ДПМ).

1.Какая формулировка наиболее полно соответствует определению дерматомиозита-полимиозита?

1. Системное воспалительное заболевание гладкой и скелетной мускулатуры, кожи, сосудов, с поражением сердца, формированием эрозивного полиартрита.
2. Системное воспалительное заболевание с деструктивным поражением мышц, суставов, кожи, сердца, почек.
3. Системное воспалительное заболевание с замещением пораженных тканей фиброзными структурами с преимущественным вовлечением в патологический процесс скелетной и гладкой мускулатуры, кожи, мелких сосудов.
4. Системный коллагеноз с фиброзирующим васкулитом мелких сосудов кожи, мышц, внутренних органов, эрозивно-язвенным артритом.
5. Системное заболевание опорно-двигательного аппарата воспалительной природы с прогрессирующим фиброзом кожи, гладких и скелетных, эрозивным полиартритом.

2. Что может являться этиологическим фактором дерматомиозита-полимиозита?

1. Инфекция пикарновirusами.
2. Инфекция вирусами группы Коксаки.
3. Опухолевый процесс в организме.
4. Любой из упомянутых факторов.
5. Ни один из упомянутых факторов.

3. Какие обстоятельства предрасполагают к заболеванию дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Наличие антигена гистосовместимости HLA B8.
2. Наличие антигена гистосовместимости DR3.
3. Клинически латентное опухолевое поражение у пожилых людей.
4. Любое упомянутое обстоятельство.
5. Ни одно из упомянутых обстоятельств.

4. Появление каких аутоантител не характерно для дерматомиозита-полимиозита?

1. Антитела типа Mi2.
2. Антитела типа Jo1.
3. Антитела к нуклеопротеидам.
4. Антитела к растворимым ядерным антигенам.
5. Антитела к центромерам.

5. Какие формы клинического течения не характерны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Латентная.
2. Острая.
3. Подострая.
4. Хроническая.
5. Все упомянутые формы клинического течения характерны.

6. Какие симптомы не типичны для начала острой формы дерматомиозита-полимиозита?

1. Лихорадка с температурой тела до 39-40°C.
2. Острые боли, слабость в мышцах.
3. Артралгии, артрит.
4. Кожная эритема.
5. Геморрагическая сыпь.

7. Какая продолжительность жизни при острой форме дерматомиозита-полимиозита?

1. До 2 месяцев.
2. 3-6 месяцев.
3. 7-12 месяцев.
4. 2-5 лет.
5. Свыше 6 лет.

8. Какие симптомы не типичны для подострой формы дерматомиозита-полимиозита?

1. В дебюте болезни постепенно возникают миалгии, артралгии.
2. Отсутствует запоминающееся начало заболевания.
3. Лихорадка с температурой тела до 39°C.
4. После солнечных инсоляций возникает эритема на лице, открытых поверхностях грудной клетки.
5. Полное развертывание клинической картины заболевания и летальный исход наступают через 1-2 года.

9. Что не типично для хронической формы дерматомиозита-полимиозита?

1. Доброкачественное течение.
2. Циклическое течение.
3. Проявляется умеренными атрофическими изменениями мышц.
4. Проявляется локальными атрофическими изменениями кожных покровов.
5. Сопровождается лихорадкой от 37° до 37,5°C.

10. Какие симптомы не типичны для мышечной патологии у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Прогрессирующая слабость.
2. Преимущественное поражение дистальных групп мышц конечностей.
3. Миалгии.
4. Все симптомы типичны.
5. Ни один из симптомов не типичен.

11. Какие симптомы не типичны для мышечной патологии у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Прогрессирующая слабость.
2. Преимущественное поражение проксимальных групп мышц конечностей.
3. Миалгии.
4. Все симптомы типичны.
5. Ни один из симптомов не типичен.

12. Какие поражения типичны для дерматомиозита?

1. Мипатия.
2. Поражения кожи.
3. Артропатия.
4. Васкулит.
5. Все перечисленные.

13. Какие объективные симптомы не характерны для поражения мышц у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Мышцы тестоватые на ощупь.
2. Мышцы болезненные при пальпации.
3. Мышцы с пониженным тонусом.
4. Имеется тенденция к атрофии, уменьшению объема мышц.
5. Преимущественно поражаются дистальные группы мышц верхних и нижних конечностей.

14. Какие клинические проявления типичны для синдрома Шегрена у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Охриплость голоса
2. Поперхивание во время еды.
3. Необходимость запивать сухую пищу водой.
4. Выливание жидкой пищи через нос.
5. Носовой тембровый оттенок голоса.

15. Какие нарушения не типичны для синдрома миопатии у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Теряется способность сидеть, держать голову прямо.
2. Нарушается вентиляция легких.
3. Возникают нарушения глотания – дисфагия.
4. Изменяется голос.
5. Затрудняются движения глазодвигательных мышц.

16. Какие мышцы поражаются в первую очередь у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Глазодвигательные.
2. Проксимальные группы мышц верхних и нижних конечностей.
3. Дистальные группы мышц верхних и нижних конечностей.
4. Все упомянутые группы мышц.
5. Ни одна из упомянутых групп мышц.

17. Какие клинические проявления не типичны для поражения мышц глотки и гортани у больных дерматомиозитом-полимиозитом, но типичны для синдрома Шегрена?

1. Появляется хрипота в голосе.
2. Больной поперхивается во время еды.
3. Жидкая пища выливается через нос.
4. Возникает носовой тембровый оттенок голоса.
5. Появляется необходимость запивать сухую пищу водой.

18. Какие поражения кожи не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Фотодерматит – повышенная чувствительность к солнечным ожогам открытых поверхностей кожи.
2. Периорбитальный отек, эритема кожи лица в форме очков.
3. Эритема кожи лица в виде «бабочки» или кожи груди в форме «декольте».
4. Пурпурно-красная шелушащаяся атрофическая эритема или такие же пятна на коже разгибательной поверхности суставов кистей рук (признак Готтрона).
5. Сращение кожи с надкостницей, сухожилиями мышц.

19. Какие поражения кожи не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Эритема на коже разгибательной поверхности локтевых и коленных суставов.

2. Покраснение и шелушение кожи ладоней («рука механика»).
3. Телеангиоэктазии.
4. Все поражения типичны.
5. Все поражения не типичны.

20. Какие поражения суставов не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Артралгии.
2. Симметричный эрозивный артрит мелких суставов кисти.
3. Неэрозивный артрит локтевых, плечевых, коленных, голеностопных суставов.
4. Все поражения типичны.
5. Все поражения не типичны.

21. В каких случаях обычно возникает очаговый кальциноз мышц у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. У пожилых больных с паранеопластическим синдромом.
2. У молодых больных с ювенильным дерматополимиозитом.
3. После травматического повреждения мышц.
4. Во всех упомянутых случаях.
5. Ни в одном из упомянутых обстоятельств.

22. В форме какого синдрома чаще всего проявляется иммунокомплексный васкулит мелких сосудов у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Синдром Шегрена.
2. Синдром Рейно.
3. Синдром Лайела.
4. Синдром Шенлейн-Геноха.
5. Синдром Фелти.

23. Какие поражения не характерны для патологии сердца у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Миокардит.
2. Фиброз миокарда.
3. Гипертрофическая кардиомиопатия.
4. Дилатационная кардиомиопатия.
5. Тяжелые нарушения ритма и проводимости.

24. Какие поражения не характерны для легочной патологии у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Фиброзирующий альвеолит.
2. Базальный пневмофиброз.
3. Аспирационная пневмония.
4. Вентиляционная недостаточность в результате поражения мышц грудной клетки и диафрагмы.
5. Инфаркты легкого.

25. Какие симптомы свидетельствуют о поражении легких у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Непродуктивный кашель.
2. Диффузный цианоз.
3. Одышка.
4. Все перечисленные.
5. Ни один из перечисленных.

26. Какие поражения внутренних органов не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Хронический гломерулонефрит.
2. Реактивный гепатит.
3. Эрозивный гастродуоденит.
4. Полиневрит с нарушениями чувствительности.
5. Все перечисленные поражения типичны для данного заболевания.

27. Какие отклонения в общем анализе крови не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Умеренная гипохромная анемия.
2. Умеренный лейкоцитоз.
3. Увеличенная СОЭ.
4. Все упомянутые отклонения типичны.
5. Ни одно из упомянутых отклонений не типично.

28. Какие отклонения в биохимическом анализе крови не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Повышено содержание миоглобина.
2. Повышено содержание креатина.
3. Повышено содержание мочевой кислоты.
4. Повышено содержание холестерина.
5. Все упомянутые отклонения типичны.

29. Какие отклонения в биохимическом анализе крови не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Повышено содержание фибриногена.
2. Повышено содержание серомукоида.
3. Положительный тест на СРП.
4. Повышено содержание альфа-2- и гамма-глобулинов.
5. Повышено содержание свободного гемоглобина.

30. Какие отклонения в биохимическом анализе крови не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Повышена активность креатинфосфокиназы.
2. Повышена активность щелочной фосфатазы.
3. Повышена активность аспарагиновой трансаминазы.
4. Повышена активность альдолазы.
5. Повышена активность лактатдегидрогеназы.

31. Какие изменения в моче могут выявляться у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Небольшая протеинурия (редко).
2. Увеличение содержания креатина.
3. Увеличение содержания миоглобина.
4. Все упомянутые изменения типичны для данного заболевания.
5. Все упомянутые изменения не типичны для данного заболевания.

32. Какие отклонения в иммунологическом анализе не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Увеличено содержание ЦИК.
2. Увеличено содержание иммуноглобулинов IgG.
3. Увеличено содержание иммуноглобулинов IgM.
4. Высокий титр аутоантител к нуклеопротеидам.
5. LE-клеток больше 5 на 1000 лейкоцитов.

33. Какие отклонения в иммунологическом анализе не типичны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Присутствие аутоантител к растворимым ядерным антигенам.
2. Присутствие антител к центромерам.
3. Присутствие антител к Mi2.
4. Присутствие антител к Jo1.
5. Присутствие антител к SRP.

34. Какие результаты электромиографического исследования характерны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Нормальная электрическая активность при расслабленных мышцах.
2. Низкоамплитудная электрическая активность при произвольных сокращениях.
3. Короткие, полифазные потенциалы моторных единиц.
4. Спонтанные потенциалы фибрилляции.
5. Все перечисленное характерно для данного заболевания.

35. Какие отклонения ЭКГ наблюдаются у больных с дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Уменьшение амплитуды QRS-комплексов.
2. Диффузные изменения миокарда левого и правого желудочков.
3. Политопная экстрасистолия.
4. А-В-блокады различной степени.
5. Все перечисленное характерно для данного заболевания.

36. Какие рентгенологические находки не характерны для дерматомиозита-полимиозита?

1. Кальцинаты в мышцах.
2. Умеренный диффузный остеопороз.
3. Признаки фиброзирующего альвеолита.
4. Базальный пневмофиброз.
5. Экссудативный плеврит.

37. Какие результаты морфологической оценки биопсии кожно-мышечного лоскута могут иметь место у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Миозит с потерей поперечной исчерченности, фрагментацией миофибрилл.
2. Базофилия саркоплазматического ретикулума миоцитов.
3. Очаги некроза, фиброза.
4. Лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация мышечной ткани.
5. Все перечисленные.

38. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и системной склеродермии в пользу дерматомиозита-полимиозита?

1. Отсутствует сращение склерозированной кожи с подлежащими фасциями, надкостницей.
2. Отсутствует эрозивный или фиброзирующий артрит мелких суставов кистей рук.
3. Отсутствуют признаки укорочения конечных фаланг пальцев кисти.
4. Можно использовать все указанные критерии.
5. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.

39. Какие критерии можно использовать для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и ревматоидного артрита в пользу дерматомиозита-полимиозита?

1. Выраженная утренняя скованность.
2. Отсутствие узур суставных поверхностей в пораженных суставах.
3. Симметричное поражение суставов кистей.
4. Можно использовать все указанные критерии.
5. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.

40. Какие критерии не могут быть использованы для дифференциальной диагностики дерматомиозита-полимиозита и системной красной волчанки в пользу дерматомиозита-полимиозита?

1. Отсутствие поражения почек.
2. Отсутствие анкилозирующего артрита суставов кистей рук.
3. Чувствительность к солнечной инсоляции кожи лица.
4. Присутствие синдрома Рейно.
5. Нельзя использовать ни один из указанных критериев.

41. Каких специалистов-консультантов нет смысла приглашать к больному дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Онколога.
2. Невропатолога.
3. Офтальмолога.
4. Инфекциониста.
5. Дерматолога.

42. Что можно исключить из плана обследования больного дерматомиозитом-полимиозитом без потери качества диагностики?

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Анализ мочи на содержание миоглобина и креатина.
4. Все перечисленное можно исключить.
5. Все перечисленное должно быть в плане обследования.

43. Какие показатели можно исключить из плана биохимического исследования крови больного дерматомиозитом-полимиозитом без потери качества диагностики?

1. Миоглобин.
2. Креатин.
3. Мочевина.
4. Все обозначенные выше показатели.
5. Ни один из обозначенных показателей.

44. Какие показатели можно исключить из плана биохимического исследования крови больного дерматомиозитом-полимиозитом без потери качества диагностики?

1. Фибриноген.
2. Серомукоид.
3. Холестерин.
4. Общий белок и его фракции.
5. СРП.

45. Какие показатели можно исключить из плана биохимического исследования крови больного дерматомиозитом-полимиозитом без потери качества диагностики?

1. Креатинфосфокиназа.
2. Аспарагиновая трансаминаза.
3. Щелочная фосфатаза.
4. Альдолаза.
5. Лактатдегидрогеназа.

46. Какие показатели можно исключить из плана иммунологического исследования больного дерматомиозитом-полимиозитом без потери качества диагностики?

1. Циркулирующие иммунные комплексы.
2. Содержание иммуноглобулина IgG.
3. Содержание иммуноглобулина IgM.
4. Все обозначенные выше показатели.
5. Ни один из обозначенных показателей.

47. Какие показатели не относятся к иммунологическим маркерам дерматомиозита-полимиозита?

1. Антитела к нуклеопротеидам и растворимым ядерным антигенам.
2. Антитела к Mi2.
3. Антитела к Jo1.
4. Антитела к SRP.
5. Антитела к Scl-70.

48. Что можно исключить из плана обследования больного дерматомиозитом-полимиозитом без потери качества диагностики?

1. ЭКГ.
2. Эхокардиограмма.
3. Ультразвуковое исследование мышц.
4. Все перечисленное можно исключить.
5. Все перечисленное должно быть в плане обследования.

49. Что можно исключить из плана обследования больного дерматомиозитом-полимиозитом без потери качества диагностики?

1. Рентгенография мягких тканей (мышц).
2. Рентгенография пораженных суставов.
3. Рентгенография легких.
4. Биопсия кожно-мышечного лоскута.
5. Биопсия почки.

50. Какие препараты используются для подавления иммунновоспалительного фиброзирующего процесса в организме больного дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Глюкокортикоиды (преднизолон, метилпреднизолон).
2. Иммунодепрессанты (азатиоприн, метотрексат, циклофосфан).
3. Аминохинолиновые препараты (делагил, плаквенил).
4. Представители всех упомянутых группы.
5. Препараты упомянутых групп не предназначены для лечения данного заболевания.

51. При каких обстоятельствах показано применение общего рентгеновского облучения организма больного дерматомиозитом-полимиозитом?

1. При непереносимости глюкокортикоидов.
2. При противопоказаниях к применению иммунодепрессантов.
3. При неэффективности медикаментозной терапии.
4. При всех указанных обстоятельствах.
5. Ни при одном из указанных обстоятельств.

52. Какие препараты следует применять для купирования мышечного и суставного болевого синдрома у больных дерматомиозитом-полимиозитом?

1. Диклофенак-натрий (ортофен) 0,025-0,05 – 3 раза в день внутрь.
2. Ибупрофен 0,8 – 3-4 раз в день внутрь.
3. Напроксен 0,5–0,75 2 раза в день внутрь.
4. Индометацин 0,025-0,05 – 3 раза в день внутрь.
5. Любой из перечисленных.

53. Какие препараты следует применять для купирования мышечного и суставного болевого синдрома у больных дерматомиозитом-полимиозитом, осложненным эрозивно-язвенным поражением желудка?

1. Диклофенак-натрий (ортофен) 0,025-0,05 – 3 раза в день внутрь.
2. Ибупрофен 0,8 – 3-4 раз в день внутрь.
3. Напроксен 0,5–0,75 2 раза в день внутрь.
4. Индометацин 0,025-0,05 – 3 раза в день внутрь.
5. Нимесулид 0,1 – 2 раза в день внутрь.

54. Какой метод терапии может быстро снизить содержание в крови больных дерматомиозитом-полимиозитом иммунных комплексов.

1. Плазмаферез.
2. Терапия глюкокортикоидами.
3. Терапия иммунодепрессантами.
4. Терапия аминохинолиновыми препаратами.
5. Терапия нестероидными противовоспалительными препаратами.

Эталоны ответов:

1 - 3	6 - 5	11 - 5	16 - 2	21 - 2	26 - 1	31 - 4	36 - 5	41 - 3	46 - 5	51 - 3
2 - 4	7 - 2	12 - 5	17 - 5	22 - 2	27 - 4	32 - 5	37 - 5	42 - 5	47 - 5	52 - 5
3 - 4	8 - 3	13 - 5	18 - 5	23 - 3	28 - 4	33 - 2	38 - 4	43 - 3	48 - 5	53 - 5
4 - 5	9 - 5	14 - 3	19 - 4	24 - 5	29 - 5	34 - 5	39 - 2	44 - 3	49 - 5	54 - 1
5 - 1	10 - 2	15 - 5	20 - 2	25 - 4	30 - 2	35 - 5	40 - 2	45 - 3	50 - 4	51 - 3

Тема: Врожденные дефекты соединительной ткани

1. Показателями состояния основного вещества соединительной ткани являются все перечисленные, за исключением:

1. Гликозаминогликаны
2. Фибронектин
3. Галактозилоксилизин
4. Фибриллин

2. Показателями состояния коллагена являются все перечисленные, за исключением:

1. Гликозаминогликаны
2. Гидроксипролин
3. Телопептиды коллагена I типа
4. Галактозилоксилизин
5. Поперечные соединения («сшивки» – cross-links) коллагенов I, II, III и IX типов

3. Синтез матричных металлопротеиназ и тканевых ингибиторов матричных металлопротеиназ регулирует все перечисленное, за исключением:

1. Трансформирующий фактор роста β
2. Тенасцин X
3. Аскорбиновая кислота
4. Гидроксипролин
5. Макро и микроэлементы: кальций, фосфор, магний, железо, медь, сера, кобальт, селен, цинк, марганец, фтор, ванадий, кремний и бор

4. К костным признакам наследственных нарушений соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:

1. Килевидная деформация грудной клетки
2. Воронкообразная деформация грудной клетки
3. Долихостеномелия (диагностируется при измерении длины сегментов туловища)
4. Арахнодактилия
5. Подвывихи суставов

5. Признаками лицевой дизморфии при наследственных нарушениях соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:

1. Долихоцефалия
2. Экзофтальм

3. Антимонголоидный разрез глаз
 4. Гипоплазия скуловых костей
 5. Ретрогнатия
6. К костным признакам наследственных нарушений соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:
1. Нарушение роста
 2. Низкое небо
 3. Скученность зубов
 4. Прямая спина
 5. Ломкость костей
7. К кожным признакам наследственных нарушений соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:
1. Повышенная (более 3 см) растяжимость кожи
 2. Атрофические стрии (не вызванные ожирением или беременностью)
 3. Бархатистая кожа за счет обилия пушковых волос разной длины
 4. Тонкая, легко ранимая кожа
 5. Угревая сыпь
8. К суставным признакам наследственных нарушений соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:
1. Гипермобильность суставов
 2. Вальгусная деформация стопы
 3. Плоскостопие продольное и/или поперечное
 4. Варусная деформация голени
 5. Вывихи, подвывихи более чем в одном суставе или повторяющиеся, но в одном суставе
9. К глазным признакам наследственных нарушений соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:
1. Подвывих хрусталика
 2. Дальнозоркость
 3. Голубые склеры
 4. Аномально плоская роговица
 5. Эпикантус
10. К изменениям со стороны органов брюшной полости при наследственных нарушениях соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:
1. Птозы органов брюшной полости и почек
 2. Диафрагмальная грыжа
 3. Дивертикулы пищевода и различных отделов кишечника
 4. Холедохолитиаз
 5. Долихосигма
11. К костным признакам при наследственных нарушениях соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:
1. Сколиотическая деформация позвоночника
 2. Спондилолистез
 3. Кифоз и/или кифосколиоз
 4. Низкое небо
 5. Деформация черепа
12. К кожным признакам при наследственных нарушениях соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:
1. Широкие атрофические рубцы в виде папиросной бумаги
 2. Пониженная растяжимость кожи
 3. Келлоидные рубцы
 4. Моллюскоидные псевдоопухоли
 5. Сфероидные образования в области локтей и колен
13. К мышечным признакам при наследственных нарушениях соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:
1. Мышечная гипотония

2. Мышечная гипертрофия
3. Мышечная гипотрофия
4. Грыжи и пролапсы органов
5. Склонность к образованию послеоперационных грыж

14. К изменениям сердечно-сосудистой системы при наследственных нарушениях соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:

1. Расширение восходящего отдела аорты
2. Пролапс митрального клапана
3. Субаортальный стеноз
4. Кальциноз митрального кольца в возрасте до 40 лет
5. Расширение либо расслоение грудной или брюшной аорты в возрасте до 50 лет

15. К изменениям бронхолегочной системы при наследственных нарушениях соединительной ткани относятся все перечисленные, за исключением:

1. Пневмосклероз
2. Трахеобронхиальная
3. Трахеобронхомаляция и трахеобронхомегалия
4. Апикальные буллы, подтвержденные рентгенографически
5. Спонтанный пневмоторакс

Эталоны ответов:

1 - 3	6 - 2	11 - 4
2 - 1	7 - 5	12 - 2
3 - 4	8 - 4	13 - 2
4 - 5	9 - 2	14 - 3
5 - 2	10 - 4	15 - 1

**Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов
по дисциплине «Ревматология»**

1. Какие признаки характерны для артроза? 1) механические боли 2) хруст в суставе 3) повышение кожной температуры над суставами 4) припухлость суставов 5) гиперпигментация кожи над пораженными суставами. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 3, 5

2. Что из нижеперечисленного указывает на суставной характер болей? 1) деформация сустава 2) хруст в суставе 3) припухлость сустава 4) гипертермия кожи над суставом 5) боль возникает при нагрузке на сустав. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

3. Проявлением остеоартроза каких суставов являются узелки Бушара?

- а) проксимальных межфаланговых суставов кисти
- б) дистальных межфаланговых суставов кисти
- в) коленного сустава
- г) первого плюснефалангового сустава
- д) локтевого сустава

4. Какие лабораторные показатели присущи остеоартрозу?

- а) анемия
- б) лейкоцитоз
- в) лейкопения
- г) тромбоцитопения
- д) нормальные показатели крови

5. Что из нижеперечисленного составляет рентгенологическую картину остеоартроза? 1) остеопороз 2) множественные эрозии суставных поверхностей 3) остеофитоз 4) сужение суставной щели 5) остеосклероз. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

6. Поражение каких суставов не характерно для генерализованного остеоартроза?

- а) дистальных межфаланговых
- б) проксимальных межфаланговых
- в) лучезапястных
- г) коленных

7. Перечислите препараты базисной терапии остеоартроза: 1) преднизолон 2) индометацин 3) румалон 4) артепарон 5) делагил. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

8. Ревматизм вызывается:

- а) стафилококком
- б) бета-гемолитическим стрептококком группы С
- в) пневмококком;
- г) бета-гемолитическим стрептококком группы А
- д) возбудитель неизвестен

9. В патогенезе ревматизма участвуют механизмы: 1) склерозирования 2) тромбообразования 3) токсико-воспалительные 4) иммунные 5) аллергические. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

10. Лабораторная диагностика при ревматизме, позволяет: 1) уточнить характер электролитных нарушений 2) поставить диагноз 3) определить степень выраженности процессов 4) обнаружить иммунологические нарушения 5) определить нарушения соединительной ткани.

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

11. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через:

- а) 1-2 года
- б) 2-3 недели
- в) 4 дня
- г) 5 месяцев
- д) 6 недель

12. К ранним признакам ревматизма относятся: 1) малая хорея 2) диастолический шум над аортой 3) артрит 4) кольцевидная эритема 5) узловатая эритема. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

13. К поздним признакам ревматизма относится:

- а) полиартрит

- б) вальвулит
- в) хорея
- г) кардит
- д) узловатая эритема

14. Для ревматического полиартрита характерно: 1) стойкая деформация суставов 2) нестойкая деформация суставов 3) поражение крупных и средних суставов 4) летучесть болей 5) исчезновение болей после приема НПВП. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

15. Для малой хореи характерно: 1) развитие симптомов через 7-10 дней после стрептококковой инфекции 2) головная боль 3) гипотония мышц 4) судорожные сокращения мимической мускулатуры 5) эпилептические припадки. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

16. Для первичного ревмокардита характерно: 1) экстрасистолия 2) систолический шум на верхушке 3) нарушение предсердно-желудочковой проводимости 4) протодиастолический шум на верхушке 5) мерцательная аритмия. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

17. Ревматическому эндокардиту соответствует: 1) вальвулит 2) формирование пороков 3) нарушение атриовентрикулярной проводимости 4) деформация в суставах 5) отрицательный зубец Т на ЭКГ. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

18. Ревматическому миокардиту соответствует: 1) нарушение атриовентрикулярной проводимости 2) расширение полостей сердца 3) добавочный третий тон 4) формирование пороков 5) вальвулит. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

19. Воспалительные изменения при ревматизме проявляются в следующих лабораторных изменениях: 1) серомукоид 2) фибриноген 3) СРБ 4) церулоплазмин 5) ДФА-пробы. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

20. Поражения соединительной ткани при ревматизме проявляются в следующих лабораторных изменениях: 1) РФ 2) ДФА-пробы 3) церулоплазмин 4) ускорение СОЭ 5) лейкоцитарный сдвиг влево. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

21. Какие препараты противопоказаны при затяжном течении ревматизма? 1) кортикостероиды 2) цитостатики 3) нестероидные противовоспалительные средства 4) аминохинолоновые производные 5) антибиотики. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

22. К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит?

- а) воспалительным
- б) дегенеративным
- в) метаболическим
- г) реактивным
- д) сочетающимся со спондилоартритом

23. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите?

- а) дистальные межфаланговые суставы
- б) проксимальные межфаланговые суставы
- в) первый пястно-фаланговый сустав
- г) суставы шейного отдела позвоночника
- д) суставы поясничного отдела позвоночника

24. Симптомы для ранней диагностики ревматоидного артрита: 1) латеральная девиация суставов кистей 2) болезненность при пальпации ахиллова сухожилия 3) утренняя скованность 4) подкожные узелки д) отек проксимальных межфаланговых суставов. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

25. Об активности ревматоидного артрита свидетельствуют: 1) ускорение СОЭ 2) утренняя скованность больше 1 часа 3) повышение АЛТ 4) узелки Гебердена 5) высокий титр АСЛ-0. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

26. При осмотре больного ревматоидным артритом обнаруживаются: 1) покраснение в области суставов 2) узелки Бушара 3) пальцы в виде "шеи лебедя" 4) ульнарная девиация пальцев кисти 5) хруст в суставах. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

27. Для ревматоидного артрита характерно: 1) утренняя скованность 2) симметричность поражения суставов 3) поражение дистальных межфаланговых суставов 4) выраженная гиперемия в области суставов 5) боли в суставах в первую половину ночи. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

28. Наиболее характерные легочные проявления ревматоидного артрита: 1) кровохарканье 2) высокое содержание глюкозы в плевральной жидкости (более 20 мг%) 3) фиброзирующий альвеолит 4) выпотной плеврит 5) очаговые тени в легких. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

29. Лабораторными признаками активности ревматоидного артрита являются: 1) наличие СРБ 2) ускорение СОЭ 3) повышение ЛДГ 4) лейкоцитоз 5) титр АСЛ-0. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

30. При каком осложнении ревматоидного артрита анализ мочи является информативным тестом?

- а) синдром Хаммена-Рича
- б) перикардит
- в) амилоидоз
- г) дигитальный ангиит

31. Ревматоидный фактор: 1) относится к диагностическим критериям 2) высокие титры ассоциируются с тяжелым течением РА 3) имеет значение в развитии ревматоидного васкулита 4) может быть до клиники 5) отсутствие ревматоидного фактора исключает диагноз РА.

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

32. Рентгенологическими признаками ревматоидного артрита являются: 1) остеопороз 2) эрозии 3) остеофитоз 4) межпозвоночные оссификаты 5) односторонний сакроилеит. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

33. Средствами базисной терапии ревматоидного артрита являются: 1) тауредон (кризанол) 2) метотрексат 3) аспирин 4) преднизолон 5) ибупрофен. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

34. Какое системное проявление ревматоидного артрита является противопоказанием к ГКС-терапии?

- а) интерстициальный нефрит
- б) плеврит
- в) амилоидоз
- г) интерстициальный фиброз легких
- д) васкулит

35. Клинические признаки реактивного артрита: 1) симметричный артрит мелких суставов кистей 2) асимметричный артрит суставов нижних конечностей 3) энтезопатии 4) двусторонний сакроилеит 5) симметричный артрит суставов нижних конечностей. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

36. Поражение каких суставов наиболее характерно для реактивного артрита? 1) пястно-фаланговые 2) голеностопный 3) плюсне-фаланговые 4) локтевые 5) тазобедренные. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4

- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

37. Признаки болезни Рейтера: 1) частое поражение мелких суставов кистей 2) рецидивирующий ирит 3) кератодермия 4) односторонний сакроилеит 5) частое обнаружение ревматоидного фактора. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

38. Отметить наиболее характерные проявления поражения сердечно-сосудистой системы при болезни Рейтера:

- а) ИБС
- б) аортальная недостаточность
- в) митральный стеноз
- г) гипертоническая болезнь
- д) кардит

39. Лабораторными признаками болезни Рейтера являются: 1) ревматоидный фактор 2) повышение СОЭ 3) обнаружение хламидий в соскобе из уретры 4) протеинурия 5) анемия. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

40. Наиболее эффективные средства для санации очага инфекции при реактивном артрите: 1) индометацин 2) тетрациклины 3) сумамед 4) пенициллин 5) сульфаниламиды. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 2
- 2) 2, 3
- 3) 3, 4
- 4) 1, 2, 3
- 5) 3, 4, 5

41. Для ризомиелической формы болезни Бехтерева характерно:

- а) поражение позвоночника
- б) поражение позвоночника и корневых суставов
- в) поражение позвоночника и мелких суставов кистей и стоп
- г) поражение позвоночника и периферических суставов (коленных и голеностопных)
- д) поражение корневых суставов (тазобедренных и плечевых)

42. Скандинавский вариант болезни Бехтерева похож на суставной синдром при:

- а) ревматоидном артрите
- б) болезни Рейтера
- в) подагре
- г) СКВ
- д) псориаз

43. Клинические признаки б. Бехтерева: 1) боль в крестце и позвоночнике 2) нарушение подвижности позвоночника 3) утренняя скованность в мелких суставах 4) "стартовые боли" в коленных и тазобедренных суставах 5) ульнарная девиация кисти. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

44. Рентгенологическими признаками болезни Бехтерева являются: 1) односторонний сакроилеит 2) округлые дефекты костей черепа 3) двусторонний сакроилеит 4) остеофиты пяточных костей и костей таза 5) оссификация связок позвоночника. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

45. Диагноз б. Бехтерева можно предположить на основании: 1) болей механического типа в суставах 2) артрита плюсне-фалангового сустава 3) ощущения скованности в пояснице 4) ранних признаков двустороннего сакроилеита на рентгенограмме 5) HLA B27. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

46. Терапию какими препаратами считают основной при анкилозирующем спондилите? 1) кортикостероидами 2) сульфасалазином 3) НПВС 4) производными 4-аминохинолина 5) цитостатиками. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

47. Что представляют собой тофусы?

- а) отложение в тканях холестерина
- б) отложение в тканях уратов
- в) остеофиты
- г) воспаление гранулемы
- д) уплотнение подкожной клетчатки

48. Какой препарат не назначают в остром периоде подагрического артрита?

- а) сульфасалазин
- б) преднизолон;
- в) индометацин;
- г) колхицин.

49. Положительный эффект от ежечасного перорального приема колхицина является общепринятым диагностическим тестом при:

- а) ревматоидном артрите
- б) болезни Бехтерева
- в) подагре
- г) болезни Рейтера
- д) пирофосфатной артропатии

50. Критерии предположительного диагноза подагры: 1) узелки Бушара 2) двусторонний сакроилеит 3) подозрение на тофусы 4) гиперурикемия 5) припухание и боль в плюснефаланговом суставе. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

51. Для псориатического артрита характерно: 1) поражение дистальных межфаланговых суставов 2) поражение ногтей 3) энтезопатии (кальцификация связок и сухожилий) 4) тофусы 5) "штампованные" дефекты эпифизов костей. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

52. Для суставного синдрома при СКВ характерно: 1) частое развитие контрактур 2) преимущественное поражение крупных суставов 3) преимущественное поражение мелких суставов кисти 4) упорная миалгия 5) мигрирующие артралгии или артриты. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

53. Поражение кожи при СКВ предполагает наличие: 1) кольцевидной эритемы 2) сосудистой "бабочки" 3) "бабочки" типа центробежной эритемы 4) папулезно-пустулезной сыпи 5) чешуйчатого лишая. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

54. Классическая триада признаков при СКВ: 1) нефрит 2) кардит 3) дерматит 4) артрит 5) полисерозит. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

55. Для эндокардита Либмана-Сакса при СКВ характерно: 1) наличие "бородавок" 2) грубый систолический шум на верхушке 3) ослабление I тона на верхушке 4) ослабление II тона над легочной артерией 5) грубый диастолический шум на верхушке. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

56. Для поражения почек при СКВ наиболее характерным является развитие:

- а) амилоидоза
- б) почечнокаменной болезни
- в) пиелонефрита
- г) гломерулонефрита
- д) папиллярного некроза

57. Какие гематологические изменения являются типичными для СКВ? 1) эритроцитоз 2) гемолитическая анемия 3) лейкопения 4) лейкоцитоз 5) тромбоцитоз. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

58. К основным диагностическим признакам склеродермии относятся: 1) очаговый и диффузный нефрит 2) синдром Шегрена 3) синдром Рейно 4) истинная склеродермическая почка 5) полиневрит. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

59. К дополнительным диагностическим признакам склеродермии относятся: 1) базальный пневмосклероз 2) поражение желудочно-кишечного тракта 3) телеангиэктазии 4) гиперпигментация кожи 5) остеолиз. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

60. GREST-синдром характеризуется развитием: 1) кардита 2) эрозий 3) синдрома Рейно 4) склеродактилий 5) телеангиэктазий. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

61. Из поражений сердечно-сосудистой системы при системной склеродермии наиболее типичным является:

- а) митральный стеноз
- б) аортальная недостаточность
- в) экссудативный перикардит
- г) крупноочаговый кардиосклероз
- д) асептический бородавчатый эндокардит

62. Для суставного синдрома при системной склеродермии характерными являются: 1) кальциноз мягких тканей в области суставов пальцев 2) остеолиз ногтевых фаланг 3) остеофитоз 4) поражение крупных суставов 5) спондилит. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

63. Препараты, оказывающие влияние на избыточное коллагенообразование при системной склеродермии: 1) Д-пеницилламин 2) колхицин 3) индометацин 4) азатиоприн. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3

64. Какой из вариантов течения узелкового периартериита развивается у женщин?

- а) классический
- б) астматический
- в) тромбангиитический
- г) моноорганный

65. При остром течении узелкового периартериита назначают:

- а) антибиотики
- б) плаквенил
- в) преднизолон и циклофосфамид
- г) Д-пеницилламин
- д) бруфен

66. Поражение почек при узелковом периартериите может включать: 1) некроз коркового слоя 2) папиллярный некроз 3) изолированный мочевого синдром 4) гломерулонефрит с нефротическим синдромом 5) амилоидоз. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

67. Из поражений сердца при узелковом периартериите наиболее типичным является:

- а) сухой перикардит
- б) миокардит
- в) крупноочаговый кардиосклероз
- г) фибропластический эндокардит

д) коронарит

68. Особенность полиневритов при узелковом периартериите: 1) медленное, постепенное развитие 2) асимметричность поражения 3) симметричность поражения 4) быстрое развитие 5) всегда только чувствительные слабости по типу "носков" и "перчаток". Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

69. Признаки дерматомиозита: 1) параорбитальный отек 2) пурпурно-меловая эритема верхних век 3) стойкая шелушащаяся эритема над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми суставами 4) васкулитная "бабочка" 5) кольцевидная эритема. Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

70. Какие лабораторные показатели имеют наибольшее диагностическое значение при дерматомиозите? 1) холестерин 2) КФК 3) креатининурия 4) мочева кислота; д) щелочная фосфатаза. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

71. Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита?

- а) азатиоприн
- б) коринфар
- в) преднизолон
- г) делагил
- д) колхицин

72. Какой должна быть суточная доза преднизолона при остром дерматомиозите?

- а) 80-100 мг
- б) 60 мг
- в) 40 мг
- г) 20 мг
- д) 10 мг

73. Для вторичной сезонной профилактики ревматизма используется препарат:

- а) ампициллин
- б) дигоксин
- в) делагил
- г) бициллин
- д) гентамицин

74. Развитию ревматизма способствует возбудитель:

- а) стафилококк
- б) бета-гемолитический стрептококк
- в) вирус Коксаки
- г) кишечная палочка
- д) стрептококк типа В

75. Для недостаточности аортального клапана характерно: 1) плеск каротид 2) диастолический шум в V точке 3) ундуляция шейных вен 4) систолический шум во II межреберье слева 5) диастолический шум во II межреберье слева. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

76. При недостаточности аортального клапана могут определяться следующие симптомы: 1) усиление I тона 2) ритм перепела 3) ослабление II тона над аортой 4) двойной тон Траубе на крупных сосудах 5) шум Флинта. Выбрать правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 1, 2, 3
- д) 3, 4, 5

77. Для недостаточности аортального клапана характерна следующая форма шума на ФКГ:

- а) диастолический шум имеет неубывающий характер
- б) диастолический шум имеет лентовидный характер
- в) диастолический шум имеет ромбовидный характер

Правильный ответ: а

78. При ревматоидном артрите чаще всего поражаются суставы:

- а) позвоночника
- б) коленные
- в) межфаланговые
- г) крестцово-подвздошного сочленения
- д) челюстно-лицевые

79. Артрит, уретрит, конъюнктивит-триада, типичная для:

- а) синдрома Сьегрена;
- б) синдрома Рейтера
- в) синдрома Фелти
- г) ревматоидного артрита
- д) СКВ

80. Какие рентгенограммы целесообразно сделать для подтверждения болезни Бехтерева?

- а) голеностопных суставов
- б) тазобедренных суставов
- в) позвоночника
- г) коленных суставов

д) кистей рук

81. Для какого заболевания характерно сочетание полиневрита, гипертензии и бронхообструкции?

- а) узелкового периартериита
- б) дерматомиозита
- в) системной красной волчанки
- г) хронического гломерулонефрита
- д) хронического обструктивного бронхита

82. С чего можно начать лечение артрита до установления точного диагноза?

- а) с сульфаниламидов
- б) с антибиотиков
- в) с нестероидных противовоспалительных препаратов
- г) с преднизолона
- д) с кризолона

83. Какая патология считается специфической для подросткового возраста?

- а) хронический пиелонефрит
- б) плоскостопие
- в) сколиоз
- г) ревматическое поражение сердца
- д) ювенильный ревматоидный артрит

**Ответы на тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний
ординаторов по дисциплине «Ревматология»**

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
а	в	а	д	д	в	в	г	в	д
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
б	в	в	д	в	б	а	г	г	б
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
в	а	б	д	а	в	а	д	а	в
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
г	а	а	в	б	б	в	б	б	б
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.	48.	49.	50.
б	а	а	д	д	д	б	а	в	д
51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
г	д	б	д	г	б	б	в	в	д
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.
г	а	а	б	в	в	д	а	г	б
71.	72.	73.	74.	75.	76.	77.	78.	79.	80.
в	а	г	б	а	д	а	в	б	в
81.	82.	83.							
а	в	д							

Задача № 1

Больная П., 34 лет обратилась к врачу с жалобами на боли и отек мелких суставов кистей рук, лучезапястных суставов, скованность в суставах до обеда, общую слабость, повышение температуры в вечернее время до 37,3-37,5°. При осмотре общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Проксимальные межфаланговые суставы кистей рук и лучезапястные суставы отечные, болезненные при движениях и пальпации, кожная температура над ними повышена, окраска суставов не изменена. ЧДД - 18 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 82 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, звучные. Живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Стул, мочеиспускание в норме. При обследовании в общем анализе крови эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 100 г/л, лейкоциты - $7,8 \times 10^9$ /л, СОЭ - 42 мм/час; СРБ - +++, РФ - 210 ед.



Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислите диагностические критерии, подтверждающие достоверность диагноза.
3. Какое значение имеет наличие РФ (Ig M)?
4. Выберите необходимые методы обследования.
5. Назначьте оптимальный вариант лечения.

Эталон ответа:

Синдромы: поражение эндокарда (ведущий), поражение миокарда, воспалительный, сердечной недостаточности.

Диагноз: Повторная ревматическая лихорадка. Кардит (аортальный вальвулит?) средней степени тяжести. ХРБС. Сочетанный порок митрального клапана с преобладанием недостаточности. Аортальная недостаточность. СН 2Б (ФК4)

Дифференциальный диагноз с инфекционным эндокардитом.

Обследование: ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, посев крови на стерильность.

Лечение: диета 10, режим 2, цефтриаксон 2 г/сутки в/м, мовалис 7,5 мг/сутки, периндоприл 1,25 мг/сутки, лазикс 40 мг/сутки, верошпирон 50 мг/сутки.

Задача № 2

Больной Б., 45 лет, поступил с жалобами на головные боли, одышку, боли в области сердца, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье. В прошлом часто болел ангиной, состоял на учете по поводу ревмокардита в течение 15 лет.

При осмотре акроцианоз, набухшие шейные вены, ортопноэ, температура тела 37,8°C. Перкуторно: верхняя граница – верхний край II ребра, правая на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая по СКЛ. Пульс – 76 уд.в мин, малого наполнения, ЧСС – 76 в мин., АД-110/70 мм.рт.ст. При аускультации на верхушке ритм ослабление 1 тона, систолический и диастолический шум. Во 2 межреберье справа: ослабление 2 тона, диастолический шум. ЧДД – 26 в мин. В нижних отделах легких незвучная крепитация. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, болезненная, отеки на ногах.

Общий анализ крови: СОЭ-30 мм/час. АСЛ = 1:600

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительных исследований, проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте индивидуальную терапию.

Эталон ответа:

Синдромы: поражение эндокарда (ведущий), поражение миокарда, воспалительный, сердечной недостаточности.

Диагноз: Повторная ревматическая лихорадка. Кардит (аортальный вальвулит?) средней степени тяжести. ХРБС. Сочетанный порок митрального клапана с преобладанием недостаточности. Аортальная недостаточность. СН 2Б (ФК4).

Дифференциальный диагноз с инфекционным эндокардитом.

Обследование: ЭКГ, ЭХОКГ, рентгенография грудной клетки, посев крови на стерильность.

Лечение: диета 10, режим 2, цефтриаксон 2 г/сутки в/м, мовалис 7,5 мг/сутки, периндоприл 1,25 мг/сутки, лазикс 40 мг/сутки, верошпирон 50 мг/сутки.

Задача № 3

Больная 42 лет, домохозяйка, 3 месяца назад после ОРЗ отметила появление умеренной болезненности и припухлости II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов, утренней скованности в течение 6 часов. Суставной синдром сопровождался общей слабостью, повышением температуры тела до 37,3°C.

При осмотре кожные покровы физиологической окраски, чистые. Пальпируются подмышечные лимфатические узлы размером с горошину, плотные, безболезненные. АД=120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=76 в минуту. Дыхание везикулярное. Отмечается деформация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, болезненность вышеперечисленных суставов. Активные и пассивные движения в них ограничены и болезненны.

При обследовании: эритроциты=3,5х10¹²/л, гемоглобин=110 г/л, лейкоциты=9х10⁹/л, СОЭ=30 мм/час, СРБ=21 мг/мл. РФ=64 ЕД/мл. ЦИК=78 ед.опт.пл. На рентгенограмме суставов кистей обнаружен околосуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов.

Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Сочетание боли в суставах, припухлости, скованности и ограничения функции свидетельствует о суставном синдроме. Лимфаденопатию, субфебрилитет, анемию следует отнести к синдрому системных проявлений. Повышение СОЭ до 30 мм/час, СРБ до 21 мг/мл, ЦИК до 78 ед.опт.пл., РФ до 64 ЕД/мл указывает на синдром иммунного воспаления.

Ведущим является суставной синдром. Характер, суточный ритм, интенсивность, темп развития болевого синдрома, разлитая припухлость в области сустава, деформация за счет экссудативно-пролиферативных явлений, ограничение активных движений – говорит о суставном синдроме по типу артрита (воспалительном типе поражения суставов). Особенности суставного синдрома свидетельствуют в пользу ревматоидного артрита: артрит, полиартрит, поражение мелких суставов кистей и стоп, стойкое, симметричное, прогрессирующее, сопровождающееся системными проявлениями (лимфаденопатия, субфебрилитет, анемия).

Из 7 диагностических критериев АРА, применяемых для постановки диагноза ревматоидного артрита, присутствуют 6. Причем клинические критерии существуют более 6 недель. Таким образом, диагноз ревматоидного артрита согласно диагностическим критериям АРА можно считать достоверным.

Поражение более 3-х суставных зон говорит в пользу полиартрита.

Повышенный уровень РФ указывает на серопозитивный вариант ревматоидного артрита.

Наличие артритов вышеперечисленных суставов, длительность утренней скованности в течение 6 часов, субфебрилитет, повышение СОЭ до 30 мм/час, СРБ=21 мг/мл, ЦИК=78 ед.опт.пл., РФ до 64 ЕД/мл свидетельствует о II степени активности заболевания.

Анализ рентгенограммы кистей: околосуставной остеопороз, сужение суставной щели проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов соответствует II стадии по Штейнброкеру.

Ограничение выполнения жизненно-важных манипуляций говорит в пользу ФН II.

Клинический диагноз: Ревматоидный артрит, полиартрит с системными проявлениями (лимфаденопатия, субфебрилитет, анемия), серопозитивный, активность II степени. II стадия. ФН II.

Программа обследования пациента должна включать: 1) исследования, направленные на уточнение активности заболевания и поиск возможных внесуставных проявлений болезни; 2) оценку функции органов и систем организма для исключения противопоказаний к назначению базисной терапии; 3) исключение других причин анемии.

Лечение включает: базисную терапию: лефлюномид 100 мг/сутки 3 дня, затем 20 мг/сутки под контролем общего анализа крови с тромбоцитами, билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, креатинина, общего анализа мочи не реже 1 раза в 2 недели; симптоматическую терапию: диклофенак натрия 100 мг/сутки; ЛФК.

Задача № 4

Больная С., 75 лет, поступила с жалобами на боли в плечевых, коленных и голеностопных суставах, утреннюю скованность 20-30 мин., болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах.

Больна около 25 лет. Возникновение болезни связывает с тяжелой физической нагрузкой. Впервые боль и отечность появились в коленных суставах. Через некоторое время на фоне терапии НПВП боли и припухлость коленных суставов исчезли. Около года назад появились боли в лучезапястных и плечевых суставах с хрустом, ограничением движений, скованностью. Периодически появляются острые боли при ходьбе в коленных суставах, исчезающие при определенном движении, тугоподвижность при переходе из состояния покоя к активной деятельности. Появились также боли в дистальных межфаланговых суставах кистей.

При осмотре: больная повышенного питания. Коленные суставы больше справа отечные, движения ограниченные и болезненные. В дистальных межфаланговых суставах плотные образования на тыльной поверхности, движения в них ограничены. Эти суставы деформированы, движения в них ограничены, болезненны, отмечается припухлость мягких тканей этих суставов, хруст при движении.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, остеосклероз, остеофитоз.

Анализ крови: Л-9,2x10⁹/л; СОЭ-25 мм/час, СРБ – 1,5 мг/л. Мочевая кислота – 0,2 ммоль/л

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, определите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования.
4. Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
5. Назначьте индивидуальную терапию.

Эталон ответа:

Синдромы: суставной по типу артроза, реактивного синовита.

Диагноз: Полиостеоартроз, узелковая форма (узелки Гебердена), медленно прогрессирующее течение, с явлениями реактивного синовита коленных и ДМФС, гонартроз 2-3 ст., ФНС 2.

Обследование: УЗИ коленных суставов.

Лечение: дипроспан в/суставно №1 в коленные суставы, нимесулид 100 мг 2 раза в сутки, после купирования синовита: ДОНА 1,5 г/сутки в течение 6 недель.

Задача № 5

Больной В., 45 лет, обратился с жалобами на боли и припухлость в мелких суставах кистей и стоп, голеностопных суставах, ограничение движения в них.

Болен около 12 лет. Заболевание началось остро с боли, отечности 1-го плюснефалангового сустава правой стопы. Все симптомы через 3 дня полностью исчезли. Функция сустава полностью восстановилась. Подобные симптомы повторялись по 2-3 раза в год. Через 6 лет появились боли в локтевых, коленных, голеностопных суставах и плотное узловое образование в области правого, затем левого локтевого сустава. При осмотре отмечаются припухлость, ограничение движения мелких суставов кистей и стоп, коленных, левого голеностопного сустава. Кожные покровы над областью 2,3 плюснефалангового сустава правой стопы и 1 плюснефалангового сустава левой стопы, левого голеностопного сустава гиперемированы, теплые на ощупь. На разгибательной поверхности обоих локтевых суставов и в области тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов наблюдаются плотные, безболезненные узловые образования.

Вопросы:

1. Синдромы?
2. Предварительный диагноз?
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза?
4. Лечение?

Эталон ответа:

1. Синдромы: суставной по типу артрита, гиперурикемии (тофусы).

2. Предварительный диагноз: подагра, тофусная форма, тяжелой степени тяжести. Хронический подагрический полиартрит. Тофусы в области локтевых суставов и тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов. ФНС II.

3. План обследования: общий анализ крови, мочевая кислота, сахар крови, липидный спектр, общий анализ мочи, креатинин, клубочковая фильтрация, рентгенография кистей и стоп, УЗИ почек, исследование содержимого тофусов или синовиальной жидкости на кристаллы моноурата натрия.

4. Лечение: антиподагрическая диета, диклофенак натрия 150 мг/сутки, после купирования артритов - аллопуринол 100 мг/сутки (подбор дозы под контролем уровня мочевой кислоты до целевого).

Задача № 6

Больной Ф., 29 лет, предъявляет жалобы на боли постоянного характера в грудном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся в ночное время и утром, ограничение движений, утреннюю скованность в течение 3-х часов, боли и припухлость в голеностопных суставах. Считает себя больным в течение 8 лет, когда периодически отмечал появление болей и утренней скованности в позвоночнике и голеностопных суставах. В анамнезе – иридоциклит.

При поступлении: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм.рт.ст. При пальпации определяется болезненность в поясничном отделе позвоночника и крестцово-подвздошных сочленениях, ограничены движения в поясничном отделе, сглажен поясничный лордоз. Положительные симптомы Кушеlevского. Деформация голеностопных суставов за счет экссудативных явлений.

Рентгенография крестцово-подвздошных сочленений: суставные поверхности нечеткие, плохо определяются, суставные щели значительно сужены.

Общий анализ крови: гемоглобин 135 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}$, лейкоциты $6,7 \times 10^9$, СОЭ 40 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей. Выявлен антиген HLA-B27.

Вопросы:

- 1.Выделите синдромы.
- 2.Обоснуйте предварительный диагноз.
- 3.Составьте план обследования.
- 4.Назначьте индивидуальную терапию.

Эталон ответа:

1. Синдромы: суставной по типу артрита, спондилоартрита, иридоциклита в анамнезе, воспалительный.
2. Диагноз: Анкилозирующий спондилит, периферическая форма, системные проявления (иридоциклит), медленно прогрессирующее течение, активность II степени, сакроилеит III стадии, ФНС II.
3. План обследования: рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ДЭХОКГ, консультация окулиста, BASDAI, BASFI.
4. Лечение: сульфасалазин с 0,5 г/сутки, добавляя еженедельно по 0,5 г до суточной дозы 2 г/сутки под контролем общего анализа крови, общего анализа мочи, билирубина, АЛТ, АСТ, креатинина не реже 1 раз в 2 недели; диклофенак натрия 100 мг/сутки; дипроспан внутрисуставно в голеностопные суставы №1; мидокалм 450 мг/сутки; лечебная физкультура, массаж, бальнеотерапия.

Задача № 7

Больная С., 75 лет, поступила с жалобами на боли в плечевых, коленных и голеностопных суставах, утреннюю скованность 20-30 мин., болевое ограничение движений в плечевых и коленных суставах.

Больна около 25 лет. Возникновение болезни связывает с тяжелой физической нагрузкой. Впервые боль и отечность появились в коленных суставах. Через некоторое время на фоне терапии НПВП боли и припухлость коленных суставов исчезли. Около года назад появились боли в лучезапястных и плечевых суставах с хрустом, ограничением движений, скованностью. Периодически появляются острые боли при ходьбе в коленных суставах, исчезающие при определенном движении, тугоподвижность при переходе из состояния покоя к активной деятельности. Появились также боли в дистальных межфаланговых суставах кистей.

При осмотре: больная повышенного питания. Коленные суставы больше справа отечные, движения ограниченные и болезненные. В дистальных межфаланговых суставах плотные образования на тыльной поверхности, движение в них ограничено. Эти суставы деформированы, движения в них ограничены, болезненны, отмечается припухлость мягких тканей этих суставов, хруст при движении.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, остеосклероз, остеофитоз.

Анализ крови: $11-9,2 \times 10^9$ /л; СОЭ-25 мм/час, СРБ – 1,5 мг/л. Мочевая кислота – 0,2 ммоль/л

Вопросы:

- 1.Выделите основные синдромы, определите ведущий.
- 2.Обоснуйте предварительный диагноз.
- 3.Составьте план обследования.
- 4.Сформулируйте окончательный диагноз согласно существующей классификации.
- 5.Назначьте индивидуальную терапию.

Эталон ответа:

Синдромы: суставной по типу артроза, реактивного синовита.

Диагноз: Полиостеоартроз, узелковая форма (узелки Гебердена), медленно прогрессирующее течение, с явлениями реактивного синовита коленных и ДМФС, гонартоз 2-3 ст., ФНС 2.

Обследование: УЗИ коленных суставов.

Лечение: дипроспан в/суставно №1 в коленные суставы, нимесулид 100 мг 2 раза в сутки, после купирования синовита: ДОНА 1,5 г/сутки в течение 6 недель.

Задача № 8

Больная М., 47 лет. Жалобы на слабость, плохой сон, снижение настроения, боли и скованность в мышцах плечевого пояса, утреннюю скованность в кистях, проходящую после тепловых процедур.

Болеет в течение 3х лет, после перенесенного эмоционального стресса, отмечает частые депрессии. Об-но: суставы без внешних изменений, боль при пальпации нескольких анатомических зон, без четкой локализации.

Общ. ан. крови: Нв - 124 г/л, тромбоциты - 245×10^9 /л; СОЭ - 6 мм/час, Л – $4,9 \times 10^9$ /л. РФ отрицат.

Общ. ан. мочи: уд. вес 1020, белок –, зр, Л – 0-2.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
3. Составьте план обследования
4. Назначьте индивидуальную терапию.

Эталон ответа:

Синдромы: суставной по типу артралгии, эмоциональной лабильности, болевой.

Диагноз: Синдром первичной фибромиалгии.

План обследования: Р-графия кистей, УЗИ плечевых суставов, КФК, ЛДГ, АНФ.

Лечение: НПВС, антидепрессанты, миорелаксанты, седативные средства, ЛФК.