001. Из каких элементов состоит соединительная ткань?

 Клеток

 Эластиновых и ретикулярных волокон

 Коллагена

 Аморфного вещества

002. Какие ткани являются производными соединительной ткани?

 Костная ткань

 Хрящ

 Сосуды

 Мышцы

003. Какие клетки осуществляют биосинтез коллагена?

 Фибробласты

 Остеобласты

 Синовиоциты

 Хондробласты

004. Какое вещество не контролирует метаболизм костной ткани?

 Эстрогены

 Кальцитонин

 Паратгормон

 Альдостерон

 Витамин D3

005. Не характерно для остеоартроза:

 Альтерация хондроцитов

 Потеря протеогликанов, разрыв коллагеновых волокон в матриксе суставного хряща

 Выход ферментов, развития реактивного синовита

 Альтерация субхондральной кости

 Образование анкилозов суставов

006. Для каких заболеваний не характерен гранулематозный тип воспаления?

 Ревматоидный артрит

 Гигантоклеточный височный артериит

 Саркоидоз

 Гранулематоз Вегенера

 Геморрагический васкулит

007. Поражения глаз, не характерное для серонегативных спондилоартритов:

 Эписклерит

 Атрофия зрительного нерва

 Ирит

 Иридоциклит

 Увеит

008. Поражение центральной нервной системы не характерное для ревматических заболеваний:

 поражение черепных нервов

 нарушение мозгового кровообращения

 психические расстройства

 гидроцефалия

 менингоэнцефалиты

009. Не характерное изменение синовиальной оболочки при ревматоидном артрите:

 Появление пигментированных клеток в синовии

 Ангиоматоз синовиальной оболочки

 Появление лимфоидных фолликулов в толще синовиальной оболочки

 Пролиферация синовиоцитов

 Клеточная инфильтрация

010. Характерные изменения в легких у больных системной красной волчанкой:

 Пневмонит

 Дисковидные ателектазы

 Адгезивный плеврит

 Базальный кистовидный пневмосклероз

011. Поражения периферической нервной системы при ревматических заболеваниях включают:

 компрессию спинного мозга с чувствительными нарушениями

 двигательную полинейропатию

 сенсорную полинейропатию

 асимметричную нейропатию

012. Поражение глаз не характерное для ревматоидного артрита:

 склерит

 отслойка сетчатки

 сухой кератоконъюнктивит

 склеромаляция

 эписклерит

013. Сакроилеит реже всего встречается при:

 реактивных артритах

 ревматоидном артрите

 псориатическом артрите

 болезни Рейтера

 болезни Бехтерева

014. Что может наблюдаться при ювенильном артрите, в отличие от ревматоидного артрита в других возрастных группах?

 Сакроилеит

 Внесуставной остеолиз

 Синдесмофиты позвоночника

 Анкилозы дугоотросчатых суставов

 Кальцинаты мягких тканей

015. Не характерный признак псориатического артрита:

 Асимметричные синдесмофиты

 Кальцинаты мягких тканей

 Эрозии суставных поверхностей дистальных межфаланговых суставов рук

 Остеолиз суставной локализации

 Эрозии суставных поверхностей дистальных отделов стоп

016. При биопсии мышц у больных дерматомиозитом не обнаруживают:

 склероз мелких сосудов

 некроз мышечных волокон

 инфильтрацию лимфоцитами, плазматическими клетками

 лимфоидные фолликулы

 потерю поперечной исчерченности мышечных фибрилл

017. Не характерный клинический признак инфекционного эндокардита:

 Тромбоэмболический синдром

 Развитие вновь возникшей клапанной регургитации

 Спленомегалия

 Гепатомегалия с признаками печеночно-клеточной недостаточности

 Септический синдром

018. Что имеет значение для постановки диагноза пирофосфатной артропатии?

 Обнаружение кристаллов пирофосфата кальция в тканях сустава

 Обнаружение кристаллов пирофосфата кальция в синовиальной жидкости

 Изолированная кальцификация мениска коленного сустава

 Множественная кальцификация суставных тканей

019. Наиболее опасное осложнение при применении циклоспорина:

 Гипертрихоз

 Артериальная гипертензия

 Токсическое повреждение почек

 Аллергическая реакция

 Гиперплазия десен

020. Не характерно для туберкулезного спондилита?

 Клиновидная деформация позвонков

 Свищи

 Боли в позвоночнике

 Сакроилеит

 Натечные абсцессы

021. Критерии Американской ревматологической ассоциации (1987), при наличии которых диагноз ревматоидного артрита достоверен:

 Артрит 3 и более суставов

 Симметричный артрит

 Утренняя скованность не менее 1 часа

 Артрит суставов кисти

022. Какие проявления не составляют тетраду болезни Рейтера:

 Артрит

 Кератодермия

 Уретрит

 Конъюнктивит

 Двусторонний сакроилеит

023. Циклоспорин влияет главным образом на:

 плазматические клетки

 интерлейкин-6

 Т-супрессоры

 Т-киллеры

 В-лимфоциты

024. Что не характерно для болезни Лайма?

 Лимфаденопатия

 Мигрирующая эритема

 Подкожные узелки

 Артрит, появляющийся через 2 месяца после возникновения эритемы

 Поражение ЦНС

025. Какие признаки характерны для гонококкового артрита?

 Острое начало

 Острое воспаление мелких суставов рук и ног

 Положительный эффект от лечения пенициллином

 Обнаружение гонококков в синовиальной жидкости

026. Не характерные признаки туберкулезного артрита:

 Моноартрит коленного или тазобедренного сустава

 Типичные рентгенологические изменения (ограниченная костная полость, секвестры, выпот в полость сустава, разрушение суставных концов костей)

 Результаты биопсии синовиальной оболочки (обнаружение туберкулезных бугорков)

 Наличие рагоцитов в синовиальной жидкости

027. Не характерные признаки интермиттирующего гидроартроза:

 Поражение сустава возникает остро, выраженность изменений нарастает в течение 12-24 ч

 Как правило, появляется большой выпот в коленном суставе

 В крови и синовиальной жидкости определяется ревматоидный фактор

 Выпот в суставе сохраняется 2-5 дней

 Часто возникают рецидивы

028. Аллопуринол не оказывает влияние на:

 снижение урикемии до нормы

 обострение подагрического артрита на начальном этапе терапии

 обратное развитие тофусов

 подавление активности ксантиноксидазы

 выведение мочевой кислоты через почки

029. Для диагностики ревматоидного артрита наиболее важным из лабораторных показателей является:

 повышение СОЭ

 повышение уровня 2-глобулина

 наличие в сыворотке крови С-реактивного белка

 наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора

 повышение в синовиальной жидкости количества лейкоцитов и снижение

030. Клинические формы пирофосфатной артропатии:

 Деструктивная

 Псевдоподагрическая

 Псевдоартрозная

 Псевдоревматоидная

031. Какие изменения в развитии нарушений гуморального иммунитета не характерны для ревматоидного артрита?

 Нарастание уровня иммуноглобулинов трех классов (А, M, G) в синовиальной жидкости

 Повышение содержания в синовиальной мембране плазматических клеток

 Повышение содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови

 Выявление иммунных комплексов (IgРФ, IgРФ + комплемент) в синовиальной мембране и сосудах

 Появление антител к нативной ДНК

032. Какие суставы чаще всего поражаются при хондрокальцинозе?

 Коленные

 Тазобедренные

 Плюснефаланговые

 Голеностопные

 Лучезапястные

033. Какие препараты не применяют для лечения хондрокальциноза?

 Глюкокортикостероиды внутрисуставно

 Бальнеотерапию (родоновые, сероводородные ванны)

 Колхицин

 Нестероидные противовоспалительные препараты

 Аллопуринол

034. Что не характерно для гидроксиапатитной артропатии?

 Поражение коленных суставов

 Низкое содержание кальция в крови

 Периартикулярная кальцификация пораженных суставов

 Кристаллы гидроасиапатита в тканях суставов

 Артриты по типу микрокристаллических

035. Лечение постстрептококкового артрита целесообразно проводить:

 с использованием плазмофереза в первые 2 недели заболевания

 небольшими дозами пенициллина

 делагилом

 цитостатиками

 бета-лактамными антибиотиками в первые 10 дней заболевания

036. Сакроилеит реже всего встречается при:

 бруцеллезе

 реактивном энтерогенном артрите

 болезни Бехтерева

 псориатическом артрите

 ревматоидном артрите

037. Что наиболее характерно для псориатического артрита?

 Связь развития аортита и аортального порока сердца с активностью периферического артрита

 Связь амилоидной нефропатия с характером поражения кожи

 Ярко выраженная атрофия мышц, прилежащих к пораженным суставам

 Внутрисуставной остеолиз дистальных межфаланговых суставах

 Серопозитивность по ревматоидному фактору

038. Самый частый вариант начала ревматоидного артрита:

 Острое начало

 Начало с продромальных явлений

 Начало без продромальных явлений

 Подострое начало

 Постепенное начало

039. Вариант суставного синдрома, не характерный для псориатического артрита:

 Дистальный

 Остеолитический

 Моно- и олигоартрический

 Спондилоартрический

 Поражение дистальных межфаланговых суставов с костными разрастаниями (узлы Гебердена)

040. Рентгенологические изменения при болезни Рейтера наиболее часто выявляются в:

 голеностопных суставах

 суставах кисти

 плюснефаланговых и дистальных межфаланговых суставах стоп

 коленных суставах

 плечевых суставах

041. Наиболее частый побочный эффект сульфасалазина?

 Кожная сыпь

 Лихорадка

 Тошнота (рвота)

 Изъязвления слизистой оболочки полости рта

 Агранулоцитоз

042. На развитие острого подагрического артрита не влияют:

 нарушение режима питания

 носоглоточная инфекция

 значительное физическое перенапряжение

 голодание

 прием некоторых медикаментов

043. Диагностические критерии синдрома Стилла:

 Макулопапулезная сыпь

 Гепатолиенальный синдром

 Моноцитоз

 Полисерозит

044. Не характерно для серонегативного ревматоидного артрита:

 Начинается с поражения крупных суставов

 Быстро и рано в процесс вовлекаются суставы запястья

 Редко в процесс вовлекаются проксимальные межфаланговые и пястно-фаланговые кисти

 Часто поражается тазобедренный сустав с развитием асептического некроза

 Часто выявляется двусторонний сакроилеит

045. Наиболее эффективный антибиотик для лечения иерсиниозного артрита:

 Пенициллин

 Тетрациклин

 Эритромицин

 Сумамед

 Доксициклин

046. Что характерно для реактивного артрита?

 Полиартрит в дебюте заболевания

 Постепенное начало

 Развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста

 Преимущественное поражение суставов верхних конечностей

 Преимущественное поражение суставов нижних конечностей

047. Для ревматоидного артрита наиболее характерно поражение:

 крестцово-подвздошных сочленений

 шейного отдела позвоночника

 грудного отдела позвоночника

 крестцового отдела позвоночника

 поясничного отдела позвоночника

048. Какие препараты не применяют при болезни Лайма?

 Тетрациклин

 Пенициллин

 Эритромицин

 Тактивин

 Нестероидные противовоспалительные препараты

049. Характерный признак охроноза:

 Вторичная подагра

 Потеря болевой чувствительности

 Наличие гомогентизиновой кислоты в моче

 Рецидивирующий гонартрит коленных суставов

 Компрессионный перелом позвоночника

050. Какой препараты применяют для лечения подагрической нефропатии?

 Аллопуринол

 Антуран

 Нестероидные противовоспалительные препараты

 Бенемид

 Метотрексат

051. Какие положения, касающиеся палиндромного ревматизма, не верны?

 На рентгенограммах - эрозивный артрит

 Артрит подвергается развитию в течение 1-2 дней

 В области пораженных суставов отмечаются мелкие подкожные узелки

 Артрит начинается внезапно

 Отмечаются боли и припухлость в одном или двух суставах

052. Типичная локализация асептического остеонекроза:

 Головка бедренной кости

 Позвонки

 Головка плечевой кости

 Надмыщелки плечевой кости

 Кости таза

053. Болезнь Шейерманна - Мау - это

 Посттравматическая деформация позвоночника

 Одна из форм анкилозирующего спондилоартрита

 Старческий кифоз

 Дорзальный юношеский кифоз с эпифизарной дисплазией

 Постменопаузальный остеопороз позвоночника

054. Признаками компрессионного (корешкового) синдрома при поясничном остеохондрозе и спондилезе являются:

 Резко выраженные боли в пояснице (стреляющие)

 Резко выраженные боли в пояснице с иррадиацией в нижнюю конечность

 Симптомы натяжения (Ласега, Нери, Дежерина, Вассермана)

 Парестезии, гипестезии, дизестезии

055. Какие симптомы не встречаются при саркоидозе?

 Артралгии

 Медиастенальная лимфаденопатия

 Артрит

 Узловатая эритема

 Эрозии суставных поверхностей костей

056. Причина аваскулярного некроза кости:

 Избыточная нагрузка на сустав

 Воспалительный процесс в синовиальной оболочке

 Ранняя и быстрая дегенерация суставного хряща при остеоартрозе

 "Инфаркт" кости в результате ее ишемии

 Прием препаратов кальция

057. Что не верно в отношении глюкокортикостероидного остеопороза?

 Развивается только при применении суточных доз глюкокортикостероидов, превышающих 7,5 мг в пересчете на преднизолон

 Может быть следствием пульс терапии глюкокортикостероидами

 Может развиваться при применении любых доз глюкокортикоидов

 Развивается в результате подавления активности остеобластов

 Может встречаться у мужчин

058. Что не характерно для болезни Шейерманна - Мау?

 Отсутствие лабораторных признаков воспалительного процесса

 Выраженная сутулость и умеренные боли в позвоночнике

 Отсутствие поражений крестцово-подвздошных суставов

 Патология связочного аппарата

 Встречается у подростков

059. У больного, предъявляющего жалобы на боль в суставах, при рентгенографии обнаружена кальцификация межпозвонковых дисков (хрящей). Лаборант обратил внимание на темный цвет отстоявшейся мочи больного. Какую болезнь можно заподозрить в данном случае?

 Гиперфункцию щитовидной железы

 Охроноз (наследственный)

 Болезнь Аддисона

 Сахарный диабет

 Порфирию

060. Развитие вторичного остеоартроза не может быть обусловлено:

 артритом

 метаболическими и эндокринными нарушениями

 продуктивным васкулитом мелких артерий

 травмой сустава

 нарушениями функции нервной системы

061. Что не характерно для синдрома первичной фибромиалгии?

 Связь симптомов с психоэмоциональным стрессом

 Положительные лабораторные показатели воспалительного процесса

 Множественные болевые точки тела

 Нарушенный сон, депрессия

 Эффект от антидепрессантов

062. Что не характерно для кисты Бейкера?

 Накопление жидкости в подколенном углублении

 Двусторонняя локализация

 Сообщение полости кисты с полостью коленного сустава

 Возникновение только при ревматоидном артрите

 Эффект от локальной терапии

063. Наиболее часто при периартритах коленного сустава поражается зона:

 подколенной ямки

 "гусиной лапки"

 бугристости малоберцовой кости

 надколенника

 вертельной сумки

064. Не относится к клиническим формам пирофосфатной артропатии:

 Деструктивная

 Псевдоподагрическая

 Псевдоартрозная

 Псевдоревматоидная

 Септическая

065. Боль в области пятки (талалгия) может быть обусловлена:

 энтезопатией в области бугра пяточной кости

 воспалением ахиллова сухожилия

 подпяточным бурситом

 кальцификатом в подошвенном апоневрозе ("шпорой")

066. Синдром Титце – это:

 асептическое воспаление реберно-хрящевых суставов

 артрит грудино-ключичного сустава

 хондроматоз суставов

 рецидивирующий полихондрит

 субакромиальный бурсит

067. Типичное проявление синдрома канала Гийена:

 Нарушение чувствительности в области II и III пальцев кисти

 Гипотрофия мышц возвышения большого пальца

 Парастезии и нарушение чувствительности в области IV и V пальцев кисти

 Отек внутренней поверхности кисти

 Рентгенологически - эрозии в лучезапястном суставе

068. Чем обусловлено формирование "щелкающего" пальца?

 Выраженным остеоартрозом суставов кисти

 Несоответствием между диаметром фиброзного кольца и толщиной сухожилия сгибателя пальца кисти

 Узелковым тендовагинитом сгибателя пальца кисти

 Артритом межфалангового сустава кисти

 Ревматоидным артритом

069. Что неверно в отношении контрактуры Дюпюитрена?

 Представляет собой уплотнение и утолщение ладонного апоневроза

 Приводит к стойкой невоспалительной сгибательной контрактуре пальцев кисти (IV и V)

 Может трансформироваться в системную склеродермию

 Может развиваться при сахарном диабете, циррозе печени, хр. алкоголизме

 Часто встречается у мужчин

070. Что не характерно для синдрома запястного канала?

 Развивается только при наличии у пациента какого-либо серьезного ревматического заболевания

 Отчетливая локализация парастезий в области I, II, III пальцев кисти

 Встречается почти исключительно у женщин

 Локальные инъекции глюкокортикостероидов эффективны для лечения этого синдрома

 Нередко ассоциируется с гипотиреозом у женщин

071. Какие положения, касающиеся наследственных факторов при ревматизме, неверны?

 Отмечается наследственная предрасположенность к заболеванию

 Характерна конкордантность монозиготных близнецов по этому заболеванию

 Часто выявляются различные антигены совместимости у больных ревматизмом в различных генетических популяциях

 Часто выявляется В-лейкоцитарный аллоантиген

 Заболевание наследуется по определенному типу - доминантному или рецессивному

072. Не является показанием к оперативному лечению митрального стеноза:

 Площадь левого предсердно-желудочкового (митрального) отверстия менее 1 см 2

 Максимальный трансмитральный диастолический градиент давления 20 мм рт.ст

 Тромбоэмболические осложнения

 Недостаточность кровообращения IIA стадии

 Постоянная форма мерцательной аритмии

073. Диагностические эхокардиографические критерии ревматического эндокардита:

 Краевое утолщение передней створки митрального клапана

 Митральная регургитация

 Гипокинезия дискордантной задней створки митрального клапана

 Куполообразный диастолический изгиб передней створки митрального клапана

074. Аортальная регургитация не развивается при:

 ревматизме

 тиреотоксикозе

 анкилозирующем спондилоартрите

 инфекционном эндокардите

 системной красной волчанке

075. Какие положения в отношении терапии глюкокортикостероидами при системной красной волчанке неверны?

 Являются препаратами первого ряда при лечении этой болезни

 Показаны на ранних этапах развития болезни

 Доза должна быть достаточной для подавления активности воспалительного процесса

 Длительность лечения не превышает 6-8 недель

 Препараты выбора – преднизолон, метипред

076. Характерные патоморфологические изменения при системной красной волчанке?

 Морфологические феномены, связанные с патологией ядер

 Лимфоцитарная и макрофагальная инфильтрация

 Распад клеток, образующих клеточные инфильтраты в тканях

 Депозиты иммуноглобулинов и иммунных комплексов в ткани почек и кожи

077. Какие препараты могут вызвать лекарственную красную волчанку?

 Гидралазин

 D-пеницилламин

Прокаинамид

 Флугалин

078. Дерматомиозит у детей отличается от дерматомиозита у взрослых более частым развитием:

 кожных язв в местах надавливания в области плечевых, локтевых, голеностопных суставов

 язвенного стоматита

 ретинита

 телеангиоэктазий ногтевого ложа

 тяжелого распространенного кальциноза

079. Для системной красной волчанки у мужчин не характерно:

 подострое течение болезни

 хроническое течение болезни

 снижение содержания в крови тестостерона

 относительное повышение содержания в крови эстрадиола

 острое течение болезни

080. Не характерные признаки дерматомиозита:

 Параорбитальный отек и эритема верхнего века с лиловым оттенком

 Слабость мышц плечевого пояса и проксимальных отделов нижних конечностей

 Повышение активности креатинфосфокиназы

 Дисфагия

 Лимфаденопатия

081. Что имеет значение в патогенезе системной красной волчанки?

 Избыточная активность Т-лимфоцитов

 Нарушение взаимодействия Т- и В-систем иммунитета

 Повреждающее действие антител

 Гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов

082. Наиболее ценный лабораторный критерий, подтверждающий диагноз дерматомиозита:

 Повышение активности креатинфосфокиназы

 Обнаружение в крови ревматоидного фактора

 Обнаружение антител к мышечным антигенам

 Повышение СОЭ

 Обнаружение в крови антинуклеарного фактора

083. Для хронического течения системной красной волчанки характерны:

 фотосенсибилизация

 дискоидная волчанка

 синдром Рейно

 синдром Шегрена

084. Развитие склеродермической нефропатии обусловлено первичным поражением:

 артериол

 клубочков

 чашечно-лоханочной системы

 канальцев

 собирательной трубочки

085. Признаки иммунологических нарушений, выявляемые при системной красной волчанке?

 Антитела к нативной ДНК

 Наличие антифосфолипидных антител

 Ложноположительная реакция Вассермана

 Антинуклеарный фактор

086. Характерные проявления ишемического синдрома при болезни Такаясу:

 Головокружения, обмороки, ортостатический коллапс

 Различный уровень артериального давления на руках и ногах (на ногах выше, чем на руках)

 Боли в верхних конечностях и их «перемежающая хромота»

 Систолический шум над сонными и плечевыми артериями

087. Возможные поражения при болезни Такаясу:

 Нисходящая часть аорты (грудная и брюшная части)

 Дуга аорты и ее ветви

 Коронарные артерии

 Дуга аорты и ее нисходящая часть

088. Не характерно для болезни Бехчета:

 Диффузный гломерулонефрит

 Кожная гиперчувствительность

 Увеит

 Афтозный стоматит

 Язвенно-некротическое поражение мошонки

089. Синдром Рейно может быть следствием:

 системных васкулитов

 стенозирующего атеросклероза

 нейроваскулярных поражений верхних конечностей

 повышенной вязкости крови

090. Не характерные симптомы при височном артериите:

 Глазные симптомы: диплопия, снижение остроты зрения

 Депрессия

 Стойкая гематурия и протеинурия

 Болезненность височных артерий при пальпации

 Ускоренная СОЭ

091. Диагностические признаки гранулематоза Вегенера:

 Болезненные или безболезненные язвы на слизистой оболочке полости рта и(или) носа

 Фиксированные инфильтраты или каверны в легких

 Микрогематурия

 Положительные антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA)

092. Диагностические критерии ревматической полимиалгии:

 Скованность в плечевом поясе на протяжении 1 часа и более

 Симметричность болезненности мышц плечевого пояса при пальпации

 Возраст старше 50 лет

 Ускоренная СОЭ

093. Рекомендуемая суточная доза преднизолона при ревматической полимиалгии:

 10-20 мг

 Более 10-20 мг

 Из расчета 1 мг\кг веса

 Пульс терапия метипредом

 Более 30 мг

094. Не характерные клинические проявления кожного васкулита:

 Витилиго

 Сетчатый ливедо

 Геморрагическая сыпь

 Узловатая эритема

 Капиллярит

095. Для панникулита Вебера - Крисчена не характерно:

 умеренным лейкоцитозом и эозинофилией

 гепатолиенальным синдромом

 повышении температуры тела

 болями в мышцах и костях

 рецидивирующий эрозивный артрит

096. С какими механизмами не связан эффект метотрексата?

 Нарушение метаболизма фолиевой кислоты

 Ингибирование активности интерлейкина-1

 Уменьшение синтеза ДНК

 Торможение активности коллагеназы

 Уменьшение синтеза иммуноглобулина М

097. Какие группы препаратов не применяют при подагре?

 Урикодепрессивные

 Нестероидные противовоспалительные препараты

 Урикозурические

 Иммунодепрессивные

 Глюкокортикоиды

098. Выявление болезненности в области крестцово-подвздошных суставов у больного с длительно текущим рецидивирующим моноартритом крупного сустава осевого скелета свидетельствует о:

 Болезни Бехтерева

 Пояснично-крестцовом остеохондрозе

 Ревматоидном артрите

 Болезни Лайма

 Псориатическом артрите

099. В лабораторной диагностике болезни Бехтерева при клиническом предположении решающим подтверждением диагноза будет:

 Длительное повышение СОЭ

 Гипохромная анемия

 Повышение СРБ и фракций глобулинов в сыворотке крови

 Выявление НLА 27 антигенов

 Повышение активности лизосомальных ферментов

100. В какой период наиболее эффективно начало профилактики развития остеопороза?

 В любом возрасте

 После 35 лет

 После наступления менопаузы

 Через 5 лет после наступления менопаузы

 После 45 лет, приблизительно за 3-5 лет до наступления менопаузы

101. Какова «излюбленная» локализация остеопоретических переломов при болезни Иценко-Кушинга?

 Шейка бедра (бедер) и плеча

 Медиальные лодыжки голеней

 Ребра и тела позвонков

 Лучевые кости в «типичном месте»

 Плоские кости

102. Какие из перечисленных препаратов являются препаратами первой линии терапии раннего ревматоидного артрита:

 Кортикостероиды

 Препараты золота

 Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

 Цитостатики

 Делагил

103. Режим дезинфекции изделий медицинского назначения химическим методом при анаэробной инфекции (столбняк, газовая гангрена):

 3,0% раствор хлорамина - 60 мин

 5,0% раствор хлорамина - 240 мин

 70% раствор этилового спирта - 90 мин

 6,0% раствор перекиси водорода - 60 мин

 промыть проточной водой с мылом

104. Женщина 32 лет, пришла на профилактический осмотр. В анамнезе - в 14 лет первая ревматическая атака, протекающая с поражением суставов и эндокардитом. Жалобы на слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке, к вечеру появляются отеки на тыльной поверхности стоп. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, тоны сердца приглушены, выслушивается довольно грубый пансистолический шум. Голени чуть пастозны. Ваша тактика:

 Наблюдение в динамике

 Направить на консультацию к кардиохирургу

 Направить на консультацию к кардиологу

 Назначение антибиотиков и фуросемида

 Направление на УЗИ сердца с допплерографией

105. Пациент 60 лет, курильщик со стажем более 30 лет, жалуется на упорные длительные артралгии в коленных, голеностопных и тазобедренных суставах. Суставы иногда припухают, при этом движения становятся ограниченными, но эти изменения не держатся долго. В течение трех месяцев похудел на 8 кг, беспокоит снижение аппетита, слабость, вялость, пониженное настроение, плохой сон. В анализе крови - анемия. Не посещал врача около трех лет. Ваша диагностическая тактика должна включать:

 Только наблюдение

 Обследование с целью выявления специфической патологии суставов

 Обследование для выявления опухолевого процесса

 Обследование для выявления туберкулеза

 Обследование для выявления заболевания крови

106. На приеме мальчик 8 лет с мамой. Жалобы на боль при движении и в покое в обоих коленных суставах. Боль возникла около полутора недель назад, к вечеру повышается температура тела до 37,6 0С в течение пяти дней. Месяц назад упал с велосипеда на даче. Объективно: кожа над суставами на ощупь горячее окружающих тканей, видна деформация, отек суставов. Движения и активные, и пассивные болезненны. Выберите первоочередное диагностическое исследование:

 Пункция коленного сустава

 Наблюдение в динамике с измерением размеров суставов

 Клинический анализ крови

 Тепловидение коленных суставов

 Анализ крови на антистрептолизин и антистрептокиназу

107. Мужчина 36 лет предъявляет жалобы на резкие боли в левом коленном суставе с покраснением кожи, припухлостью, ограничением подвижности. При расспросе выясняется, что около месяца назад он лечился у знакомого уролога от «уретрита». Вы назначаете:

 R-грамму коленного сустава и анализ крови

 Мазок на наличие гонококков, реакцию Борде-Жангу и ПЦР на хламидии

 Анализ крови и анализ мочи

 Консультацию травматолога

 Пункцию коленного сустава с введением кортикостероидов

108. Какой синдром при СКВ в наибольшей степени определяет прогноз заболевания:

 Артрит (синовииты)

 Кожная эритема

 Нефрит

 АТ у двуспиральной ДНК

109. У женщины 28 лет наблюдаются боли в мелких суставах кистей с ограничением подвижности. При проведении дифференциальной диагностики между ревматоидным артритом и СКВ какой показатель будет решающим для постановки диагноза:

 Повышение СОЭ

 Рентгенологические признаки эрозивного полиартрита

 Наличие РФ в сыворотке крови

 Наличие LЕ-клеток в крови

 Повышение Lg G, М, А и СРБ

110. Какое нарушение ритма сердца наиболее часто возникает у больных с митральным стенозом?

 Желудочковая тахикардия типа пируэт

 Пароксизмальная предсердная тахикардия

 Фибрилляция предсердий

 Атриовентрикулярная диссоциация

 СА блокада

111. Обследованию на ВИЧ подлежат больные с клиническими проявлениями:

 лихорадящие более 1 месяца имеющие увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца с диареей, длящейся более 1 месяца

 с затяжными и рецидивирующими пневмониями или пневмониями, не поддающимися обычной терапии

 с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными, паразитарными заболеваниями

 с волосатой лейкоплакией языка с рецидивирующей пиодермией

112. Признаки преобладания недостаточности митрального клапана при сочетанном митральном пороке сердца:

 Ослабление I тона на верхушке сердца и продолжительный систолический шум на верхушке сердца

 Мерцательная аритмия

 Хлопающий первый тон на верхушке сердца

 Ритм "перепела"

 Все перечисленное

113. Признаки, не характерные для недостаточности аортального клапана:

 Признаки гипертрофии левого желудочка на ЭКГ

 Ослабление II тона на основании сердца

 Признаки гипертрофии правого желудочка на ЭКГ

 Протодиастолический шум в зоне проекции аортального клапана

 Расщепление 2 тона на основании сердца

114. Признаки, играющие решающую роль в дифференциальной диагностике инфекционного эндокардита и ревматизма:

 "Вегетации" на клапанах сердца

 Увеличение селезенки

 Наличие митральной или аортальной регургитации

 Тромбоэмболический синдром

115. Эндокардит Либмана - Сакса – это:

 инфекционный вальвулит

 ревматический эндокардит

 эндокардит при системной красной волчанке

 асептический тромбэндокардит

 все перечисленное

116. Какие препараты включаются в неотложную терапию отека легких при митральном стенозе и синусовом ритме?

 Лазикс и нитроглицерин под контролем АД внутривенно

 Амлодипин

 Коргликон или строфантин в малых дозах

 Дигиталис

 Амиодарон

117. Не является причиной развития недостаточности аортального клапана:

 Миокардит

 Острая ревматическая лихорадка

 Расслаивающая аневризма аорты

 Инфекционный эндокардит

 Синдром Марфана

118. Большое пульсовое давление, двойной тон Траубе и шум Дюрозье на сосудах, быстрый и высокий пульс, покачивание головы характерны для:

 порока трехстворчатого клапана

 стеноза устья аорты

 недостаточности аортального клапана

 митрального порока сердца

 врожденных «синих» пороков сердца

119. Вторичный инфекционный эндокардит чаще всего развивается при:

 ишемической болезни сердца

 дилатационной кардиомиопатии

 синдроме слабости синусового узла

 ревматических пороках сердца

 пролапсе митрального клапана

120. При СКВ чаще всего в патологический процесс вовлекаются:

 слизистые оболочки

 кожа

 скелетно-мышечная система

 почки

121. Характерные проявления СКВ:

 наличие АТ к двуспиральной ДНК

 снижение компонентов комплимента

 антинуклеарные антитела

 антифосфолипидные антитела

122. Гематологические изменения при СКВ:

 Гемолитическая анемия с ретикулоцитозом

 Лейкопения

 Лимфопения

 Тромбоцитопения

123. Для III класса волчаночного нефрита по классификации (ISN/RPS) характерно:

 Очаговый волчаночный нефрит

 Активные повреждения: локальный пролиферативный волчаночный нефрит

 Активные и хронические очаговые изменения

 Хронические неактивные изменения с рубцеванием

124. Для IV класса волчаночного нефрита по классификации (ISN/RPS) характерно:

 Диффузный сегментарный пролиферативный волчаночный нефрит

 Активные повреждения: диффузный глобальный пролиферативный волчаночный нефрит

 Хронические и неактивные изменения с образованием рубцов

 Хронические и активные изменения

125. Для мезангиального волчаночного нефрита характерно:

 Отложение иммунных комплексов в мезангии

 Протеинурия 200-500 мг/сут

 Содержание креатинина нормальное

 Нет артериальной гипертензии

126. Для мембранозного волчаночного нефрита характерно:

 Отложение иммунных комплексов в мезангии, субэпителиально

 Протеинурия > 3000 мг/сут.

 Незначительное повышение креатинина

 Нормальный уровень АД

127. Что верно в отношении АТ к двуспиральной ДНК при СКВ:

 Частота повышения 40-60%

 Ассоциируется с нефритом

 Предсказывает обострение болезни

 Количество повышается в период обострения

128. Что верно в отношении антител к SSA/Ro:

 Частота 30-45%

 Ассоциируется с сухостью во рту и глазах

 Повышается при подострой красной волчанке и фотосенсибилизации

 Отсутствует корреляция с активностью

129. Что не является критерием антифосфолипидного синдрома:

 Сосудистый тромбоз

 Венозный тромбоз

 Привычное невынашивание беременности

 Положительный волчаночный антикоагулянт

 Активный сифилитический процесс

130. Препараты, на фоне которых возможно развитие лекарственной волчанки:

 Гидралазин

 Изониазид

 Метилопа

 Пеницилламин

131. Препараты, допустимые к применению при беременности у больных СКВ:

 Глюкокортикоиды

 Циклоспорин

 Противомалярийные

 Азатиоприн

132. Характерный признак псориатического артрита:

 Асимметричные синдесмофиты

 Эрозии суставных поверхностей дистальных межфаланговых суставов рук

 Остеолиз суставной локализации

 Эрозии суставных поверхностей дистальных отделов стоп

133. Туберкулезный артрит - это:

 Моноартрит коленного или тазобедренного сустава

 Типичные рентгенологические изменения (ограниченная костная полость, секвестры, выпот в полость сустава, разрушение суставных концов костей)

 Результаты биопсии синовиальной оболочки (обнаружение туберкулезных бугорков)

 Раннее развитие контрактуры сустава

134. При ССД развивается:

 Облитерирующая васкулопатия мелких сосудов

 Патологическое накопление коллагена в коже (фиброз)

 Аутоиммунные реакции

 Фиброзирующее поражение легких и ЖКТ

135. Характерно для диффузной формы ССД:

 Симметричное утолщение кожи, предплечий, лица/шеи

 Феномен Рейно

 Базальный пневмофиброз

 Поражение пищевода по гипомоторному типу

136. Склеродермоподобные заболевания это:

 Нефрогенный системный фиброз

 Эозинофильный фасциит

 Диабетическая склеродерма

 Склеромикседема

137. При идиопатической воспалительной миопатии повышаются:

 Трансаминазы

 Креатинфосфокиназа

 Лактатдегидрогеназа

 СОЭ

138. Оптимальная доза преднизолона для лечения полимиозита:

 0,5-1 мг/кг веса

 10-20 мг/сутки

 Пульс терапия

 5-7,5 мг/сут

 40 мг/сут

139. Для лечения полимиозита используют:

 Глюкокортикоиды

 Внутривенное введение иммуноглобулина

 Метотрексат или азатиоприн

 Циклоспорин

140. При синдроме Шегрена развивается:

 Лимфоцитарная инфильтрация малых слюнных и слезных желез

 Эрозивный полиартрит

 Иридоциклит

 Узловатая эритема

 Все перечисленное

141. Дифференциальный диагноз при синдроме «сухого глаза»:

 Синдром Шегрена

 Трахома

 Действие антихолинергических препаратов

 СПИД ассоциированный сухой кератоконъюнктивит

142. Дифференциальный диагноз при синдроме ксеростомии («сухого рта»):

 Синдром Шегрена

 Саркоидоз/туберкулез

 ВИЧ/гепатит С

 Сахарный диабет

143. Дифференциальный диагноз при двустороннем увеличении слюнных желез:

 Синдром Шегрена

 Вирусные инфекции (эпидемический паротит, вызванные вирусом ЦМВ)

 Саркоидоз

 Цирроз печени

144. Для гигантоклеточного артериита характерно:

 Поражаются ветви аорты 2-5 порядка

 Возникает у людей старше 50 лет

 Сопровождается гранулематозным воспалением стенки сосудов

 Ревматическая полимиалгия часто сочетается с ГКА

145. Клинические варианты гигантоклеточного артериита:

 Краниальный артериит

 Лихорадка

 Ревматическая полимиалгия

 Артериит крупных сосудов

146. Для узелкового полиартериита характерно:

 Преимущественное поражение артерий среднего калибра

 Образование микроаневризм артерий почек, печени или ЖКТ

 Не ассоциирован с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами

 Множественный мононеврит

147. Не характерно для узелкового полиартериита:

 Эрозивный полиартрит

 Миалгии

 Потеря массы тела

 Абдоминальный ишемический синдром

 Моно-полиневропатия.

148. Что не входит в классификационные критерии узелкового полиартериита:

 Сетчатое ливедо

 Боль в яичках

 Гепатит В

 Диастолическое АД выше 90 мм рт.ст.

 Лихорадка

149. ANCA ассоциированными васкулитами являются:

Васкулит Вегенера, Чарджа - Стросса, микроскопический полиангиит

Геморрагический васкулит

Узелковый полиартериит

Синдром Гудпасчера

150. Критериями гранулематоза Вегенера являются:

Воспаление слизистой оболочки носа или ротовой полости

Болезненные язвы в ротовой полости

Изменения мочевого осадка

Микрогематурия

151. Расплавление наполнителя в химических тестах (индикаторы плавления) при осуществлении контроля работы воздушного стерилизатора указывает:

 На обеспечение температурного и временного параметров заданного режима

 Только на достижение температурного параметра заданного режима

 Только на обеспечение временного параметра заданного режима

 На то, что достигнута стерильность стерилизуемых изделий

 Только на достижение ожидаемого результата

152. Клиническими признаками микроскопического полиангиита являются:

 альвеолярное кровотечение

 гломерулонефрит

 невропатия

 ассоциация с ANCA в 70% случаев

153. Иммунокомплексные васкулиты это:

 криоглобулинемический васкулит

 Пурпура Шенлейн Геноха

 гипокомплементемический уртикарный васкулит

 васкулит на фоне гиперчувствительности

154. Наиболее частые причины васкулита гиперчувствительности:

 инфекции

 прием пенициллина

 прием сульфаниламидов

 прием цефалоспоринов

155. Классификационные критерии пурпуры Шенлейн Геноха:

 Пальпируемая пурпура

 Возраст начала заболевания не более 20 лет

 Ишемическая болезнь кишечника

 Гранулоциты в биоптатах артериол или венул

156. Не является критерием болезни Бехчета:

 Рецидивирующие язвы слизистой оболочки ротовой полости

 Рецидивирующие язвы гениталий

 Передний увеит

 Узловатая эритема

 Гломерулонефрит с прогрессирующей ХПН

157. Для синдрома Когана характерно:

 Несифилитический интерстициальный кератит

 Воспаление внутреннего уха

 Аудио-вестибулярная дисфункция

 Эффект от глюкокортикоидов

158. Характерные признаки болезни Кавасаки:

 Лихорадка

 Шейная лимфаденопатия

 Конъюнктивит

 Полиморфная сыпь

159. Не является клиническим проявлением рецидивирующего полихондрита:

 Воспаление ушных раковин

 Воспаление носовых хрящей

 Потеря слуха

 Артрит

 Эрозивный полиартрит

160. Для палиндромного ревматизма характерно:

 Частая трансформация в ревматоидный артрит

 Приступы моноартрита до 2 дней

 Возможно поражение лучезапястных, плечевых, голеностопных суставов

 Семейное сочетание с ревматоидным артритом

161. Для синдрома Марфана характерно:

 Высокий рост

 Изменений пропорций тела

 Длинные пальцы

 Деформация переднего отдела грудной клетки

162. Не относится к подтверждающим ревматоидный артрит тестам:

 Ревматоидный фактор

 АТ к циклическим цитруллинированным пептидам (АЦЦП)

 Повышение СОЭ

 Повышение СРБ

 Анемия

163. Не является классификационным критерием ревматоидного артрита (2010):

 Тесты на РФ и АЦЦП

 Острофазовые показатели(СОЭ, СРБ)

 Длительность синовита >6 недель

 Поражение мелких суставов

 Утренняя скованность

164. Для профилактики НПВП гастропатии:

 принимать НПВП после еды

 запивать НПВП молоком

 использовать свечи

 принимать ЦОГ – 2 селективные НПВП

 все перечисленное

165. Какие ткани не являются производными соединительной ткани?

 Костная ткань

 Хрящ

 Сосуды

 Мышцы

 Нервная ткань

166. Какие клетки не осуществляют биосинтез коллагена?

 Фибробласты

 Остеобласты

 Синовиоциты

 Хондробласты

 Кардиомиоциты

167. Какие вещества контролируют костный обмен?

 Эстрогены

 Кальцитонин

 Паратгормон

 Витамин D3

168. Характерно для остеоартроза:

 Альтерация хондроцитов

 Потеря протеогликанов, разрыв коллагеновых волокон в матриксе суставного хряща

 Выход ферментов, развития реактивного синовита

 Альтерация субхондральной кости

169. Для каких заболеваний характерен гранулематозный тип воспаления?

 Ревматоидный артрит

 Гигантоклеточный височный артериит

 Саркоидоз

 Гранулематоз Вегенера

170. Поражения глаз, характерное для серонегативных спондилоартритов:

 Эписклерит

 Ирит

 Иридоциклит

 Увеит

171. Поражение центральной нервной системы характерное для ревматических заболеваний:

 поражение черепных нервов

 нарушение мозгового кровообращения

 психические расстройства

 менингоэнцефалиты

172. Характерное изменение синовиальной оболочки при ревматоидном артрите:

 Ангиоматоз синовиальной оболочки

 Появление лимфоидных фолликулов в толще синовиальной оболочки

 Пролиферация синовиоцитов

 Клеточная инфильтрация

173. Не характерные изменения в легких у больных системной красной волчанкой:

 Пневмонит

 Дисковидные ателектазы

 Адгезивный плеврит

 Базальный кистовидный пневмосклероз

 Эозинофильная пневмония

174. Для поражения периферической нервной системы при ревматических заболеваниях не характерно:

 компрессия спинного мозга с чувствительными нарушениями

 двигательная полинейропатия

 сенсорная полинейропатия

 асимметричная нейропатия

 диабетическая полинейропатия

175. Поражение глаз характерное для ревматоидного артрита:

 склерит

 сухой кератоконъюнктивит

 иридосклерит

 эписклерит

176. Сакроилеит чаще всего встречается при:

 реактивных артритах

 псориатическом артрите

 болезни Рейтера

 болезни Бехтерева

177. Что характерно для ювенильного артрита?

 Сакроилеит

 Внесуставной остеолиз

 Синдесмофиты позвоночника

 Поражение тазобедренных суставов

178. Характерный признак псориатического артрита:

 Асимметричные синдесмофиты

 Эрозии суставных поверхностей дистальных межфаланговых суставов рук

 Остеолиз суставной локализации

 Эрозии суставных поверхностей дистальных отделов стоп

179. При биопсии мышц у больных дерматомиозитом обнаруживают:

 склероз мелких сосудов

 некроз мышечных волокон

 инфильтрацию лимфоцитами, плазматическими клетками

 потерю поперечной исчерченности мышечных фибрилл

180. Характерные клинические признаки инфекционного эндокардита:

 Тромбоэмболический синдром

 Развитие вновь возникшей клапанной регургитации

 Спленомегалия

 Септический синдром

181. Интермиттирующий гидроартроз - это:

 Поражение сустава возникает остро, выраженность изменений нарастает в течение 12-24 ч

 Как правило, появляется большой выпот в коленном суставе

 Выпот в суставе сохраняется 2-5 дней

 Часто возникают рецидивы

182. Возможные осложнения и побочные эффекты при применении циклоспорина:

 Артериальная гипертензия

 Тошнота

 Токсическое повреждение почек

 Аллергическая реакция

183. Характерно для туберкулезного спондилита?

 Клиновидная деформация позвонков

 Свищи

 Боли в позвоночнике

 Натечные абсцессы

184. Классификационные критерии РА ACR/EULAR 2010 г. в баллах, при наличии которых диагноз ревматоидного артрита является определенным:

 2 балла

3 балла

4 балла

5 баллов

6 баллов

185. Какие проявления составляют тетраду болезни Рейтера:

 Артрит

 Кератодермия

 Уретрит

 Конъюнктивит

186. Что характерно для болезни Лайма?

 Лимфаденопатия

 Мигрирующая эритема

 Артрит, появляющийся через 2 месяца после возникновения эритемы

 Поражение ЦНС

187. Характерные признаки туберкулезного артрита:

 Моноартрит коленного или тазобедренного сустава

 Типичные рентгенологические изменения (ограниченная костная полость, секвестры, выпот в полость сустава, разрушение суставных концов костей)

 Результаты биопсии синовиальной оболочки (обнаружение туберкулезных бугорков)

 Раннее развитие контрактуры сустава

188. Характерные признаки интермиттирующего гидроартроза:

 Поражение сустава возникает остро, выраженность изменений нарастает в течение 12-24 ч

 Как правило, появляется большой выпот в коленном суставе

 Выпот в суставе сохраняется 2-5 дней

 Часто возникают рецидивы

189. Не относится к клиническим формам пирофосфатной артропатии:

 Деструктивная

 Псевдоподагрическая

 Псевдоартрозная

 Псевдоревматоидная

 Септическая

190. Какие изменения в развитии нарушений гуморального иммунитета характерны для ревматоидного артрита?

 Нарастание уровня иммуноглобулинов трех классов (А, M, G) в синовиальной жидкости

 Повышение содержания в синовиальной мембране плазматических клеток

 Повышение содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови

 Выявление иммунных комплексов (IgРФ, IgРФ + комплемент) в синовиальной мембране и сосудах

191. Какие суставы редко поражаются при хондрокальцинозе?

 Коленные

 Тазобедренные

 Пястнофаланговые

 Голеностопные

 Лучезапястные

192. Какие препараты применяют для лечения хондрокальциноза?

 Глюкокортикостероиды внутрисуставно

 Бальнеотерапию (родоновые, сероводородные ванны)

 Колхицин

 Нестероидные противовоспалительные препараты

193. Что характерно для гидроксиапатитной артропатии?

 Поражение коленных суставов

 Периартикулярная кальцификация пораженных суставов

 Кристаллы гидроасиапатита в тканях суставов

 Артриты по типу микрокристаллических

194. В лечении постстрептококкового артрита не целесообразно проводить:

 плазмоферез

 пульс – терапию

 лечение цитостатиками

 лечение фторхинолонами 1-2 поколения

195. Сакроилеит чаще всего встречается при:

 реактивном энтерогенном артрите

 болезни Бехтерева

 псориатическом артрите

 урогенном реактивном артрите

196. Что не характерно для псориатического артрита?

 Связь развития аортита и аортального порока сердца с активностью периферического артрита

 Связь амилоидной нефропатия с характером поражения кожи

 Ярко выраженная атрофия мышц, прилежащих к пораженным суставам

 Внутрисуставной остеолиз дистальных межфаланговых суставах

 Серопозитивность по ревматоидному фактору

197. Вариант суставного синдрома, характерный для псориатического артрита:

 Дистальный

 Остеолитический

 Моно- и олигоартрический

 Спондилоартрический

198. Рентгенологические изменения при болезни Рейтера наиболее часто выявляются в:

 голеностопных суставах

 суставах кисти

 плюснефаланговых и дистальных межфаланговых суставах стоп

 коленных суставах

 сакроилеальных

199. На развитие острого подагрического артрита влияют:

 нарушение режима питания

 значительное физическое перенапряжение

 голодание

 прием некоторых медикаментов

200. Для синдрома Стилла не характерно:

 Макулопапулезная сыпь

 Гепатолиенальный синдром

 Моноцитоз

 Полисерозит

 Лейкопения

201. Характерно для серонегативного ревматоидного артрита:

 Олигоартрит с поражением крупных суставов

 Быстро и рано в процесс вовлекаются суставы запястья

 Редко в процесс вовлекаются проксимальные межфаланговые и пястно- фаланговые кисти

 Часто поражается тазобедренный сустав с развитием асептического некроза

202. Что не характерно для реактивного артрита?

 Полиартрит в дебюте заболевания

 Постепенное начало

 Развитие заболевания преимущественно у лиц молодого возраста

 Ассиметричный сакроилеит

 Преимущественное поражение суставов нижних конечностей

203. Для ревматоидного артрита не характерно поражение:

 крестцово-подвздошных сочленений

 шейного отдела позвоночника

 лучезапястных суставов

 проксимальных межфаланговых суставов

 плечевых суставов

204. Какие препараты применяют при болезни Лайма?

 Тетрациклин

 Пенициллин

 Эритромицин

 Нестероидные противовоспалительные препараты

205. Какой препараты не применяют для лечения подагрической нефропатии?

 Аллопуринол

 Пробенецид

 Нестероидные противовоспалительные препараты

 Бенемид

 Метотрексат

206. Действие медицинских работников при попадании крови или других биологических жидкостей на кожные покровы:

 обрабатывают 70%-м спиртом, обмывают водой с мылом и повторно обрабатывают 70%-м спиртом

 кровь смыть под проточной водой, с последующим мытьём мылом

 кровь смыть под проточной водой, с последующей обработкой 3%-м раствором хлорамина

 кровь смыть под проточной водой с последующей обработкой р-м бриллиантового зеленого

 кровь смыть под проточной водой с последующей, помещение прокварцевать 20 мин

207. Назовите одну из основных задач медицинской службы ГО:

 Защита населения от оружия массового поражения

 Предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний

 Проведение неотложных аварийно-восстановительных работ в очаге поражения

 Эвакуация населения в случае пожара

 Оповещение населения в случае ЧП

208. Назовите одно из правил применения средств транспортной иммобилизации при открытых переломах в очаге поражения:

 Hа рану наложить асептическую повязку и после этого транспортную шину

 При наложении шины вправить выступающие костные отломки

 Наложение шины произвести после дистракции

 Срочная транспортировка пострадавшего

 пациента не трогать до прибытия бригады СП

209. Гидрофильные свойства протеогликана обеспечиваются высоким содержанием в молекуле:

 Гидроксильных групп

 Сульфата

 Карбоната

 Бикарбоната

 Свободных радикалов

210. Основной молекулой, обеспечивающей вязкоэластичные свойства синовиальной жидкости, является:

 Коллаген

 Протеогликан

 Эластин

 Альбумин

 b-макроглобулин

211. Основная функция В-лимфоцитов:

 Фагоцитоз

 Синтез иммуноглобулинов

 Инициация и модулирование иммунного ответа

 Синтез компонентов комплемента

 Регуляция иммунного ответа

212. Ключевым ферментом, участвующим в синтезе простагландинов, является:

 Фосфолипаза

 Циклооксигеназа

 Каталаза

 Протеаза-3

 Металлопротеиназа

213. Укажите цитокин, в наибольшей степени ответственный за индукцию воспалительного процесса:

 Фактор некроза опухоли a

 Интерлейкин 2

 Интерлейкин-10

 Интерферон-g

 Интерферон-b

214. Укажите острофазовый белок, относительная концентрация которого больше всего увеличивается при воспалении в сравнении с нормальным уровнем:

 С3 компонент комплемента

 Церулоплазмин

 С-реактивный белок

 1a-антитрипсин

 Фибриноген

215. Spina bifida – это:

 Увеличение числа поясничных позвонков до 6

 Увеличение числа крестцовых позвонков до 6

 Незаращение дужки позвонка

 Анкилозы нескольких рядом расположенных позвонков

 Аномальный дополнительный позвонок

216. 50-летняя женщина отмечает опухание и тугоподвижность дистальных межфаланговых суставов кистей. В остальном без особенностей. Вероятный диагноз?

 Остеоартроз

 ревматоидный артрит

 системная красная волчанка

 склеродермия

 подагра

217. Место прикрепления сухожилия к костной ткани обозначается термином:

 Синовиальная сумка (бурса)

 Фасция

 Энтезис

 Синовиальная оболочка

 Апофиз

218. Вращение головы происходит в основном за счёт движений в:

 Атланто-аксиальном сочленении

 Атланто-окципитальном сочленении

 Всём шейном отделе позвоночника

 С5-С6 сочленении

 С6-С7 сочленении

219. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении:

 Поясничного отдела позвоночника

 Илеосакральных сочленений

 Тазобедренных суставов

 Симфиза

 Копчика

220. Рентгенологическим симптомом, характерным для ревматоидного артрита, является:

 Сужение суставных щелей

 Субхондральный склероз

 Эрозии костных поверхностей

 Околосуставной остеопороз

 Остеофитоз

221. Какие заболевания необходимо исключать при клинической картине моноартрита:

 Инфекционный артрит

 Асептический некроз субхондральной кости

 Реактивный артрит

 Саркоидоз

222. Микроскопическое исследование синовиальной жидкости в поляризованном свете используется в диагностике:

 Бактериального артрита

 Саркоидоза

 Ревматоидного артрита

 Микрокристаллических артритов

 Асептического некроза прилежащего эпифиза

223. Для оценки минеральной плотности костной ткани наиболее информативным методом является:

 Стандартная рентгенография

 Рентгеновская денситометрия

 Ультразвуковая денситометрия

 Ядерно-магнитный резонанс

 Компьютерная рентгеновская томография

224. Функциональным тестом, определяющим секреторную функцию слёзных желёз при диагностике болезни Шёгрена, является:

 Тест Финкельштейна

 Тест Тинеля

 Тест Адсона

 Тест Эргазона

 Тест Ширмера

225. Вторая фаза синдрома Рейно проявляется:

 Реактивной гиперемией кожи пальцев кистей и стоп

 “Побелением ” пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции

 Цианозом дистальных отделов конечностей

 Парастезиями по всей конечности

 Гипергидратацией

226. Какой из перечисленных показателей суставного синдрома не является объективным:

 Длительность утренней скованности в минутах

 Сила сжатия кисти

 Измерение окружности проксимальных межфаланговых суставов кисти

 Число воспаленных суставов

 Число болезненных суставов

227. Сакроилеит реже всего встречается при одном из перечисленных заболеваний:

 Анкилозирующем спондилоартрите

 Ревматоидном артрите

 Реактивных артритах

 Псориатическом артрите

 Артрите при неспецифическом язвенном колите

228. Частое сочетание с носительством антигеном гистосовместимости В27 установлено при:

 Ревматизме

 Анкилозирующем спондилоартрите

 Синдром Марфана

 Болезни Шегрена

 Остеомаляции

229. Для развития РА является ведущим:

 Генетическая предрасположенность

 Нейроэндокринные нарушения

 Энзимопатии

 Аутоиммунные нарушения

 Образование супероксидных анионов

230. Выберите наиболее достоверную для диагноза ревматоидного артрита комбинацию признаков:

 "летучие" артралгии, вовлечение в патологический процесс преимущественно крупных суставов

 стойкие артралгии, блок сустава, остеофиты

 острый моноартрит сустава большого пальца стопы

 симметричность поражения суставов, утренняя скованность, формирование анкилозов

 артрит первого плюснефалангового сустава

231. С тяжелым эрозивным серопозитивным РА ассоциируются следующий антиген гистосовместимости:

 HLA-B27

 HLA-DR4

 HLA- A11

 HLA-B35

 HLA-B8

232. Возникновению РА способствует повышение уровня:

 Андрогенов

 Эстрогенов

 Адреналина

 Паратгормона

 Тиреоидина

233. В дебюте РА наиболее часто поражаются следующие суставы:

 Пястнофаланговые и проксимальные межфаланговые кистей

 Лучезапястные

 Коленные

 Тазобедренные

 Локтевые

234. Из перечисленного для РА наиболее характерным является:

 Вальгусное отклонение стопы

 Эрозивный артрит

 Hallux valgus – вальгусное отклонение большого пальца стопы

 Поражение шейного отдела позвоночника

 Поражение крестцово-подвздошных суставов

235. Лимфаденопатия при РА ассоциируется с:

 Деструкцией суставных поверхностей

 Дигитальным артериитом

 Синдромом Фелти

 Анемией

 Туннельными синдромами

236. При РА чаще всего встречается вторичный амилоидоз:

 Печени

 Кишечника

 Почек

 Надпочечников

 Сердца

237. Признаком, характерным для РА, является:

 Ахиллодиния

 Талалгия

 Кератодермия

 Двусторонний сакроилеит 4 стадии

 Симметричный артрит проксимальных межфаланговых и пястнофаланговых суставов

238. Для РА характерно:

 90% больных составляют мужчины

 Наличие HLA-B27

 Наличие синдесмофитов

 Высокие значения С-реактивного белка

 Закономерно выявляются криопреципитины

239. К врачу обратилась больная 33 лет с полиартритом. Гемоглобин 90 г/л, количество лейкоцитов 2000, нейтрофилов 2%, эозинофилов 3%, лимфоцитов 90%, моноцитов 5%. Наиболее вероятен диагноз:

 Системная красная волчанка

 Синдром Фелти

 Ревматоидный васкулит

 Смешанное заболевание соединительной ткани

 Хронический активный гепатит

240. Наиболее важным механизмом, обеспечивающим противовоспалительный эффект нестероидных противовоспалительных препаратов, является:

 Подавление миграции макрофагов

 Снижение лизосомальной проницаемости

 Уменьшение сосудистой проницаемости

 Подавление синтеза простагландинов

 Ингибиция супероксидных радикалов

241. Наиболее тяжелыми осложнениями терапии РА хинолиновыми препаратами является:

 Гастроэнтерологические нарушения

 Кожные сыпи

 Обесцвечивание волос

 Ретинопатия

 Миопатия

242. В целях первого шага в устранении выраженной нейтропении при синдроме Фелти наиболее целесообразно применять глюкокортикоиды:

 В малых дозах внутрь

 В средних дозах внутрь

 В больших дозах внутрь

 В виде пульс-терапии большими дозами метилпреднизолона

 В больших дозах в комбинации с цитостатиками

243. Из перечисленных ниже методов подавления активности местного воспаления при РА наиболее эффективно:

 Внутрисуставное введение пролонгированных кортикостероидов

 Внутрисуставное введение ингибиторов протеолитических ферментов

 Криотерапия

 Наружно НПВП

 Иммобилизация конечности

244. Наиболее специфичным лабораторным показателем серонегативных спондилоартритов является:

 Увеличение СОЭ

 Гипергаммаглобулинемия

 HLA-B27 позитивность

 Анемия

 Лейкоцитоз

245. Крестцово-подвздошные сочленения не поражаются:

 При болезни Рейтера

 При псориатическом артрите

 При болезни Бехтерева

 При диффузном идиопатическом гиперостозе

 При болезни Крона

246. При необходимости проведения длительной терапии кортикостероидами отдается предпочтение:

 Преднизолону

 Дексаметазону

 Триамсинолону

 Бетаметазону

 Полькортолону

247. К каким заболеваниям суставов относится ревматоидный артрит:

 воспалительным

 дегенеративным

 метаболическим

 реактивным

 сочетающимся со спондилоартритом

248. Ризомиелическая форма идиопатического анкилозирующего спондилоартрита представляет собой:

 Поражение 1-х пястно-фаланговых суставов

 Поражение тазобедренных и плечевых суставов

 Полиартикулярное поражение

 Заболевание, протекающее с высокой лабораторной активностью

 Заболевание, протекающее с тяжёлым поражением глаз

249. Патогномоничным внесуставным признаком саркоидоза является:

 Диффузный фиброз лёгочной ткани

 Симметричное увеличение внутригрудных лимфоузлов с полициклическим контуром

 Узловатая эритема

 Иридоциклит

 Баланопостит

250. В каком из пищевых продуктов содержание кальция наибольшее?

 Мясо

 Молочные продукты

 Крупы

 Курага

 Орехи

251. У молодого человека 23 лет появилась боль в области пятки. О каком заболевании следует думать?

 Псориатический артрит

 Гипермобильный синдром

 Урогенный реактивный артрит

 Асептический некроз пяточной кости

 Ревматоидный артрит

252. Что наиболее показано больному с умеренным остеоартрозом коленного сустава?

 аминохинолиновые препараты

 колхицин

 нестероидные противовоспалительные средства

 кортикостероиды

 ортопедическая операция

253. Какой из признаков более характерен для артрита в отличие от артроза?

 боли при движении

 хруст в суставе

 разрастание кости

 опухание и повышение кожной температуры

 ограничение подвижности

254. Какой признак наиболее подозрительный в отношении анкилозирующего спондилоартрита?

 ограничение подвижности позвоночника

 напряжение прямых мышц спины

 двусторонний эрозивный сакроилеит при рентгенографии

 сглаженность изгибов позвоночника

 утренняя скованность позвоночника

255. У мужчины 20 лет боли в суставах, уретрит, конъюнктивит. Наиболее вероятный диагноз?

 псориатическая артропатия

 болезнь Рейтера

 гранулематоз Вегенера

 саркоидоз

 РА

256. Что представляют собой тофусы?

 остеофиты

 отложение в тканях уратов

 воспаление гранулемы

 уплотнение подкожной клетчатки

 все перечисленное неверно

257. Проявлением остеоартроза каких суставов являются узелки Бушара?

 проксимальных межфаланговых суставов кисти

 дистальных межфаланговых суставов кисти

 коленного сустава

 первого плюснефалангового сустава

 локтевого сустава

258. Какие лабораторные показатели присущи остеоартрозу?

 анемия

 лейкоцитоз

 лейкопения

 тромбоцитопения

 нормальные показатели крови

259. Какой рентгенологический признак присущ только артрозу дистальных межфаланговых суставов в отличие от артрозов другой локализации?

 костные разрастания

 сужение суставной щели

 расширение суставных поверхностей

 «суставные мыши»

 выраженная узурация суставных поверхностей

260. Синдром «плечо-кисть» представляет собой:

 сочетание ретрактильного капсулита области плечевого сустава и синдрома Зудека

 сочетание простого тендинита области плечевого сустава и синдрома запястного канала

 диффузный отёк верхней конечности от плечевого сустава до кисти

 форму радикулярного синдрома при остеохондрозе шейного отдела позвоночника

 субакромиальный бурсит

261. Киста Бейкера представляет собой:

 Изолированный бурсит подколенной области

 Скопление синовиальной жидкости в подколенной сумке, сообщающейся с полостью коленного сустава

 Врождённую кисту с не воспалительным содержимым

 Доброкачественную опухоль подколенной области

 Препателлярный бурсит

262. Развитие ревматической лихорадки связано с инфицированием:

 Вирусом

 Стафилококком

 Бета-гемолитическим стрептококком группы А

 Микоплазмой

 Бета-гемолитическим стрептококком группы С

263. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через:

 1-2 года

 2-3 недели

 4 дня

 5 месяцев

 6 недель

264. К поздним признакам ревматизма относятся:

 полиартрит

 вальвулит

 хорея

 кардит

 узловатая эритема

265. Среди перечисленных лабораторных изменений укажите входящий в критерии диагноза системной красной волчанки:

 Увеличение СОЭ

 Антитела к тромбоцитам

 Антитела к ДНК

 Ревматоидный фактор в высоком титре

 Антитела к центромере

266. Истинные lе-Е клетки представляют собой:

 Сегментоядерные нейтрофилы, содержащие обломки ядер других клеток

 Моноциты, содержащие ядра других клеток

 Гематоксилиновые тельца

 Моноциты, образующие розетки с эритроцитами

 Плазматические клетки

267. При системной красной волчанке выявляются следующие иммунологические феномены:

 Снижения в крови уровня комплемента СН5О

 Наличия в крови ревматоидного фактора в высоком титре

 Снижения содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов

 Антинейтрофильные цитоплазматические антитела

 Агаммаглобулинемия

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

 амилоидоза

 почечнокаменной болезни

 пиелонефрита

 гломерулонефрита

 папиллярного некроза

269. Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть:

 Себорейный дерматит

 Витилиго

 Эритематиозные очаги над суставами пальцев кистей

 Дискоидные очаги

 Телеангиоэктазии

270. Для артрита при системной красной волчанке справедливо следующее:

 Поражение проксимальных межфаланговых суставов

 Развитие деструктивные изменения в суставах

 Наличие артрита является основным показанием к назначению кортикостероидов

 Подвывихи суставов обусловлены костными деструкциями

 Развитие артрита ассоциируется с высокими титрами антител к Sm-антигену

271. Оптимальным глюкокортикостероидом для проведения длительной терапии системной красной волчанки является:

 Триамцинолон

 Дексаметазон

 Преднизолон

 Бетаметазон

 Гидрокортизон

272. Плазмоферез и гемосорбцию при системной красной противопоказана:

 При язвенной болезни в стадии обострения

 При малой эффективности глюкокортикостероидов и цитостатиков

 При высокой активности люпус-нефрита

 При высоком содержании в крови криопреципитинов и иммунных комплексов

 При высоком содержании СРБ

273. Для проведения больным СКВ пульс-терапии используют:

 Преднизолон

 Дексаметазон

 Метилпреднизолон

 Триамцинолон

 Гидрокортизон

274. Основным функциональным нарушением фибробластов при системной склеродермии является:

 Увеличение продукции коллагена

 Увеличение продукции протеогликанов

 Нарушение мембранной рецепции

 Снижение скорости деления

 Повышение проницаемости мембран

275. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие сосуды:

 Артериолы и капилляры

 Сосуды среднего калибра

 Сосуды любого диаметра

 Крупные сосуды

 Венулы

276. Развитие склеродермической нефропатии обусловлено первичным поражением:

 Клубочков

 Канальцев

 Артериол

 Чашечно-лоханочной системы

 Мезангия

277. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

 Реактивной гиперемией кожи пальцев кистей и стоп

 Цианозом дистальных отделов конечностей

 Побелением пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции

 Парестезиями по всей руке, ноге

 Болью в концевых фалангах пальцев

278. Основное показание для назначения Д-пеницилламина при системной склеродермии – это:

 Выраженные лабораторные показатели активности заболевания

 Высокий титр антинуклеарного фактора

 Распространенное поражение кожи

 Прогрессирующая легочная гипертензия

 Поражение почек

279. При каком заболевании редко наблюдается поражение почек:

 дерматомиозит

 системная склеродермия

 узелковый периартрит

 СКВ

280. В отличие от подострого течения болезни Шегрена, при хроническом течении наблюдаются:

 рецидивирующий паротит

 пурпура

 значительные нарушения функции экзокринных эпителиальных желез

 лейкопения

 более значительное увеличение количества В-лимфоцитов в периферической крови

281. Для дерматомиозита характерны все перечисленные признаки, кроме:

 параорбитального отека и эритемы верхнего века с лиловым оттенком

 слабости мышц плечевого пояса и проксимальных отделов нижних конечностей

 повышение активности КФК

 дисфагии

 лимфоаденопатии

282. Для мышечного синдрома при дерматомиозите характерно все перечисленное, за исключением:

 диплопии, дисфагии, дисфонии, двустороннего птоза

 миалгии и слабости проксимальных мышц конечностей

 уплотнения и увеличения в объеме пораженных мышц

 признаков миастении

 уменьшения признаков миастении от введения прозерина

283. При СКВ антинуклеарный фактор выявляется:

 100%

 10-20%

 70-90%

 50-60%

 30-40%

284. Опухолевый дерматомиозит может протекать:

 остро

 подостро

 хронически

 молниеносно

 по любому из перечисленных вариантов

285. Наиболее ценным лабораторным критерием, подтверждающим диагноз дерматомиозита, является:

 повышение СОЭ

 обнаружение в крови антинуклеарного фактора

 обнаружение в крови РФ

 обнаружение а/т к мышечным а/г

 повышение активности КФК

286. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является:

 В-адреноблокаторы

 Каптоприл

 Нативная плазма

 Глюкокортикостероиды

 НПВС

287. Причина дерматомиозита несомненна при выявлении у больного:

 Персистирующей вирусной инфекции

 Генетической предрасположенности

 Иммунопатологических нарушений

 Злокачественной опухоли

 Токсоплазмоза

288. Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:

 Параорбитальный отек с лиловой эритемой верхнего века и синдром Готтрона

 Эритема на открытых участках кожи

 Пойкилодермия

 Алопеция

 Синдром Рейно

289. Наиболее ценным лабораторным критерием, подтверждающим диагноз дерматомиозита, является:

 Повышение СОЭ

 Обнаружение в крови антинуклеарного фактора

 Обнаружение в крови ревматоидного фактора

 Обнаружение антител к мышечным антигенам

 Повышение активности креатинфосфокиназы

290. Какой препарат является основным в лечении дерматомиозита?

 азатиоприн

 коринфар

 преднизолон

 делагил

 колхицин

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

 80-100 мг

 60 мг

 40 мг

 20 мг

 10 мг

292. Для диагностики узелкового периартериита имеет значение все перечисленное, КРОМЕ:

 быстрого снижения массы тела

 длительной лихорадки

 боли в яичках

 повышения содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови

 эрозивный полиартрит

293. При узелковом периартериите сочетанная терапия преднизолоном и циклофосфаном способствует увеличению продолжительности жизни больных:

 на 3-5 лет

 на 5-10 лет

 1-2 года

 50-60 лет

 10-15 лет

294. При ограниченном варианте гранулематоза Вегенера поражение только верхних дыхательных путей без поражения легких и почек:

 возможно

 не возможно

 всегда

 в 30%

 в 80%

295. Идиопатический дерматомиозит в первую очередь необходимо дифференцировать:

 С злокачественной миастенией

 С ревматической полимиалгией

 С лекарственной миопатией

 С токсической миопатией при хроническом алкоголизме

 С опухолевым дерматомиозитом

296. При лечении дерматомиозита цитостатиками препаратом выбора является:

 Циклоспорин А

 Азатиоприн

 Циклофосфан

 Метотрексат

 Хлорбутин

297. Укажите наиболее частую причину смерти у больных системной красной волчанкой:

 Почечная недостаточность

 Инфекция

 Осложнения лекарственной терапии

 Некупируемый волчаночный криз

 Кровотечение

298. Что относится к основным проявлениям синдрома Черджа-Стросса?

 Любой ревматический синдром, возникший на фоне кожного васкулита

 Сочетание увеличенных внутригрудных лимфоузлов и узловатой эритемы

 Сочетание бронхиальной астмы, эозинофилии и пальпируемой пурпуры

 Сочетание поражения слизистой носа, верхних дыхательных путей и почек

 Некротический кожный васкулит и гломерулонефрит

299. Выявление антител к цитоплазматическим антигенам нейтрофилов (АНЦА) характерно для:

 Системной красной волчанки

 Диффузной формы системной склеродермии

 Гранулематоза Вегенера

 Идиопатической аутоиммунной тромбоцитопении

 Височного артериита

300. Клинически кожный васкулит проявляется:

 Сетчатым ливедо

 Витилиго

 Геморрагической сыпью

 Узловатой эритемой

 Капилляритом

301. Назначение циклофосфана наиболее показано в ранний период одного из следующих системных васкулитов:

 Гранулематоза Вегенера

 Височного артериита

 Ревматической полимиалгии

 Геморрагического васкулита

 Неспецифического аортоартериита

302. Среди внешнесредовых воздействий, фактором риска облитерирующего тромбангиита (болезни Винивартера-Бюргера) является:

 Алкоголь

 Курение

 Опиоидные наркотики

 Избыточное потребление животных жиров

 Ультрафиолетовое излучение

303. Кожный синдром при геморрагическом васкулите проявляется:

 Тестом патергии

 Пальпируемой пурпурой

 Сетчатым ливедо

 Некротическими язвами

 Гангреной

304. Поражение лёгких при гранулематозе Вегенера проявляется:

 Летучими инфильтратами

 Экспираторной одышкой

 Стойкими множественными инфильтратами легких

 Абсцедированием

 Фиброзом

305. Базисным препаратом для лечения ревматоидного артрита является:

 НПВП

 аминохинолиновые препараты

 кортикостероиды

 препараты золота

 метотрексат

306. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относятся все, КРОМЕ:

 эпифизарный остеопороз

 сужение суставной щели

 кисты в костях

 узурация суставных поверхностей эпифиза

 остеофитоз

307. Для какого заболевания характерно наличие остеолиза ногтевых фаланг, множественного кальциноза кожи, нарушения моторики:

 системная склеродермия

 системная красная волчанка

 дерматомиозит

 ревматоидный полиартрит

 смешанное заболевание соединительной ткани

308. Для купирования острого подагрического артрита не показан:

 ибупрофен

 диклофенак

 аспирин

 колхицин

 целекоксиб

309. Какому заболеванию чаще всего сопутствует эозинофилия:

 СКВ

 узелковому периартерииту

 pевматоидному артриту

 склеродермии

 подагре

310. Не типичная локализация асептического остеонекроза:

 Головка бедренной кости

 Позвонки

 Головка плечевой кости

 Коленного сустава

 Таранной кости

311. Болезнь Шейерманна - Мау – это:

 Посттравматическая деформация позвоночника

 Одна из форм анкилозирующего спондилоартрита

 Старческий кифоз

 Дорзальный юношеский кифоз с эпифизарной дисплазией

 Постменопаузальный остеопороз позвоночника

312. Не является признаком миофасциального синдрома:

 Локальные, глубокие боли

 Боли без иррадиации

 Пальпируется болезненная спазмированная мышца

 Имеются болевые триггерные точки

 Имеются парестезии, гипестезия, дизестезия

313. Какие симптомы встречаются при саркоидозе?

 Артралгии

 Медиастенальная лимфаденопатия

 Артрит

 Узловатая эритема

314. Возможные причины аваскулярного некроза кости:

 Избыточная нагрузка на сустав

 Прием глюкокортикоидов

 Системная красная волчанка

 "Инфаркт" кости в результате ее ишемии

315. Что верно в отношении глюкокортикостероидного остеопороза?

 Развивается при применении любых суточных доз глюкокортикостероидов

 Может быть следствием пульс терапии глюкокортикостероидами

 Может развиваться при применении глюкокортикоидов свыше 3 мес

 Может встречаться у мужчин

316. Что характерно для болезни Шейерманна - Мау?

 Отсутствие лабораторных признаков воспалительного процесса

 Выраженная сутулость и умеренные боли в позвоночнике

 Отсутствие поражений крестцово-подвздошных суставов

 Грыжи Шморля

317. При полимиозите применяются иммуносупрессивные препараты:

 Циклофосфамид

 Мофетил микофенолат

 Антималярийные препараты

 Метотрексат

318. Развитие вторичного остеоартроза может быть обусловлено:

 артритом

 метаболическими и эндокринными нарушениями

 микрокристаллическим артритом

 травмой сустава

319. Что характерно для синдрома первичной фибромиалгии?

 Связь симптомов с психоэмоциональным стрессом

 Положительные лабораторные показатели воспалительного процесса

 Множественные болевые точки тела

 Нарушенный сон, депрессия

 Эффект от антидепрессантов

320. Что характерно для кисты Бейкера?

 Накопление жидкости в подколенном углублении

 Может быть двусторонняя локализация

 Сообщение полости кисты с полостью коленного сустава

 Эффект от локальной терапии

321. Наиболее часто при периартритах коленного сустава поражается зона:

 подколенной ямки

 "гусиной лапки"

 бугристости малоберцовой кости

 надколенника

 вертельной сумки

322. Боль в области пятки (талалгия) не могут быть обусловлены:

 энтезопатией в области бугра пяточной кости

 воспалением ахиллова сухожилия

 подпяточным бурситом

 кальцификатом в подошвенном апоневрозе ("шпорой")

 вертельным бурситом

323. Для синдрома Титце не характерно:

 асептическое воспаление реберно-хрящевых суставов

 синдром ускоренной СОЭ

 доброкачественный характер поражения

 рецидивирующий полихондрит

 м.б. самостоятельным синдромом

324. Синдром Гийена это:

 Нарушение чувствительности в области II и III пальцев кисти

 Гипотрофия мышц возвышения большого пальца

 Парастезии и нарушение чувствительности в области IV и V пальцев кисти

 Отек внутренней поверхности кисти

 Рентгенологически - эрозии в лучезапястном суставе

325. Синдром "щелкающего" пальца это:

 Выраженным остеоартрозом суставов кисти

 Несоответствием между диаметром фиброзного кольца и толщиной сухожилия сгибателя пальца кисти

 Узелковым тендовагинитом сгибателя пальца кисти

 Артритом межфалангового сустава кисти

 Ревматоидным артритом

326. Контрактура Дюпюитрена это:

 Представляет собой уплотнение и утолщение ладонного апоневроза

 Приводит к стойкой невоспалительной сгибательной контрактуре пальцев кисти (IV и V)

 Может развиваться при сахарном диабете, циррозе печени, хр. алкоголизме

 Часто встречается у мужчин

327. Для синдрома запястного канала характерно:

 Отчетливая локализация парастезий в области I, II, III пальцев кисти

 Встречается почти исключительно у женщин

 Локальные инъекции глюкокортикостероидов эффективны для лечения этого синдрома

 Нередко ассоциируется с гипотиреозом у женщин

328. Какие положения, при ревматизме верны?

 Отмечается наследственная предрасположенность к заболеванию

 Характерна конкордантность монозиготных близнецов по этому заболеванию

 Часто выявляются различные антигены совместимости у больных ревматизмом в различных генетических популяциях

 Часто выявляется В-лейкоцитарный аллоантиген

329. Показанием к оперативному лечению митрального стеноза является:

 Площадь левого предсердно-желудочкового (митрального) отверстия менее 1 см2

 Максимальный трансмитральный диастолический градиент давления 20 мм рт.ст

 Тромбоэмболические осложнения

 Недостаточность кровообращения IIA стадии

330. Диагностические эхокардиографические критерии ревматического эндокардита:

 Краевое утолщение передней створки митрального клапана

 Митральная регургитация

 Гипокинезия дискордантной задней створки митрального клапана

 Куполообразный диастолический изгиб передней створки митрального клапана

331. Аортальная регургитация развивается при:

 ревматизме

 анкилозирующем спондилоартрите

 инфекционном эндокардите

 системной красной волчанке

332. Какие положения в отношении терапии глюкокортикостероидами при системной красной волчанке верны?

 Являются препаратами первого ряда при лечении этой болезни

 Показаны на ранних этапах развития болезни

 Доза должна быть достаточной для подавления активности воспалительного процесса

 Препараты выбора – преднизолон, метипред

333. Характерные патоморфологические изменения при системной красной волчанке?

 Морфологические феномены, связанные с патологией ядер

 Лимфоцитарная и макрофагальная инфильтрация

 Распад клеток, образующих клеточные инфильтраты в тканях

 Депозиты иммуноглобулинов и иммунных комплексов в ткани почек и кожи

334. Какие препараты не могут вызвать лекарственную красную волчанку?

 Гидралазин

 D-пеницилламин

 Прокаинамид

 Флугалин

 Глюкокортикоиды

335. Дерматомиозит у детей отличается от дерматомиозита у взрослых более частым развитием:

 кожных язв в местах надавливания в области плечевых, локтевых, голеностопных суставов

 язвенного стоматита

 ретинита

 телеангиоэктазий ногтевого ложа

 тяжелого распространенного кальциноза

336. Характерные признаки дерматомиозита:

 Параорбитальный отек и эритема верхнего века с лиловым оттенком

 Слабость мышц плечевого пояса и проксимальных отделов нижних конечностей

 Повышение активности креатинфосфокиназы

 Дисфагия

337. Что имеет значение в патогенезе системной красной волчанки?

 Избыточная активность Т-лимфоцитов

 Нарушение взаимодействия Т- и В-систем иммунитета

 Повреждающее действие антител

 Гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов

338. Для подтверждения диагноза дерматомиозит важно:

 Повышение активности креатинфосфокиназы

 Обнаружение в крови ревматоидного фактора

 Обнаружение антител к мышечным антигенам

 Повышение СОЭ

 Обнаружение в крови антинуклеарного фактора

339. Для хронического течения системной красной волчанки не характерны:

 фотосенсибилизация

 дискоидная волчанка

 синдром Рейно

 синдром Шегрена

 гломерулонефрит

340. Развитие склеродермической нефропатии обусловлено первичным поражением:

 артериол

 клубочков

 чашечно-лоханочной системы

 канальцев

 собирательной трубочки

341. Признаки иммунологических нарушений, не выявляемые при системной красной волчанке?

 Антитела к нативной ДНК

 Наличие антифосфолипидных антител

 Ложноположительная реакция Вассермана

 Антинуклеарный фактор

 Антинейтрофильные цитоплазматические антитела

342. Не характерные проявления ишемического синдрома при болезни Такаясу:

 Головокружения, обмороки, ортостатический коллапс

 Различный уровень артериального давления на руках и ногах (на ногах выше, чем на руках)

 Боли в верхних конечностях и их похолодания

 Систолический шум над сонными и плечевыми артериями

 Синдром Рейно

343. Для болезни Такаясу не характерно поражение:

 Нисходящая часть аорты (грудная и брюшная части)

 Дуга аорты и ее ветви

 Коронарные артерии

 Дуга аорты и ее нисходящая часть

 Темпоральной артерии

344. Для болезни Бехчета характерно:

 Кожная гиперчувствительность

 Увеит

 Афтозный стоматит

 Язвенно-некротическое поражение мошонки

345. Синдром Рейно не может быть следствием:

 системных васкулитов

 стенозирующего атеросклероза

 нейроваскулярных поражений верхних конечностей

 повышенной вязкости крови

 атеросклероза брахиоцефальных артерий

346. Характерные симптомы при височном артериите:

 Глазные симптомы: диплопия, снижение остроты зрения

 Сочетание с ревматической полимиалгией

 Болезненность височных артерий при пальпации

 Ускоренная СОЭ

347. Не относятся к диагностическим признакам гранулематоза Вегенера:

Болезненные или безболезненные язвы на слизистой оболочке полости рта и(или) носа

Фиксированные инфильтраты или каверны в легких

Микрогематурия

Положительные антинейтрофильные цитоплазматические антитела (ANCA)

Гиперэозинофилия

348. Для ревматического митрального стеноза характерно:

 краевое утолщение створок

 сращение по комиссурам

 конкордантный ход створок

 в анамнезе – частые ангины

349. Не рекомендуется при ревматической полимиалгии:

 Преднизолон 10-20 мг/сутки

 Пульс терапия метипредом

 Пульс терапия циклофосфанов

 Метотрексат в дозе 10-25 мг/нед.

 НПВП

350. Характерные клинические проявления кожного васкулита:

 Сетчатый ливедо

 Геморрагическая сыпь

 Узловатая эритема

 Капиллярит

351. Для ревматического артрита характерно:

 связь с носоглоточной инфекцией

 летучий характер

 полная обратимость

 повышение АСЛО

352. С какими механизмами связан эффект метотрексата?

 Нарушение метаболизма фолиевой кислоты

 Ингибирование активности интерлейкина-1

 Уменьшение синтеза ДНК

 Уменьшение синтеза иммуноглобулина М

353. Какие группы препаратов применяют при подагре?

 Урикодепрессивные

 Нестероидные противовоспалительные препараты

 Урикозурические

 Глюкокортикоиды

354. Выявление двустороннего сакроилеита у мужчины 40 лет свидетельствует о:

 Болезни Бехтерева

 Пояснично-крестцовом остеохондрозе

 Ревматоидном артрите

 Болезни Лайма

 Псориатическом артрите

355. В лабораторной диагностике болезни Бехтерева при клиническом предположении решающим подтверждением диагноза будет:

 Длительное повышение СОЭ

 Гипохромная анемия

 Повышение СРБ и фракций глобулинов в сыворотке крови

 Выявление НLА 27 антигенов

 Повышение активности лизосомальных ферментов

356. В какой период наиболее эффективно начало профилактики развития остеопороза?

 В любом возрасте

 После 35 лет

 После наступления менопаузы

 Через 5 лет после наступления менопаузы

 После 45 лет, приблизительно за 3-5 лет до наступления менопаузы

357. Для ревматоидного артрита наиболее характерно поражение:

 крестцово-подвздошных сочленений

 шейного отдела позвоночника

 грудного отдела позвоночника

 крестцового отдела позвоночника

 поясничного отдела позвоночника

358. Препараты, не допустимые к применению при беременности у больных СКВ:

 Глюкокортикоиды

 Циклоспорин

 Противомалярийные

 Азатиоприн

 Циклофосфамид

359. При беременности и АФЛ не назначается:

 Низкомолекулярные гепарин

 Варфарин

 Аспирин

 Курантил

 Плаквенил

360. Для лимитированной формы склеродермии не характерно:

 Утолщение кожи в области локтевых и коленных суставов

 Склеродактилия

 Эзофагит

 Синдром Рейно

 Все перечисленное

361. При ССД не развивается:

 Облитерирующая васкулопатия мелких сосудов

 Патологическое накопление коллагена в коже (фиброз)

 Аутоиммунные реакции

 Фиброзирующее поражение легких и ЖКТ

 Экссудативный плеврит

362. Не характерно для диффузной формы ССД:

 Симметричное утолщение кожи, предплечий, лица/шеи

 Феномен Рейно

 Базальный пневмофиброз

 Поражение пищевода по гипомоторному типу

 Единичное очаговое уплотнение кожи

363. Склеродермоподобные заболевания это:

 Нефрогенный системный фиброз

 Эозинофильный фасциит

 Диабетическая склеродерма

 Склеромикседема

364. При идиопатической воспалительной миопатии не повышаются:

 Трансаминазы

 Креатинфосфокиназа

 Лактатдегидрогеназа

 СОЭ

 Лейкоциты в периферической крови

365. Оптимальная доза преднизолона для лечения полимиозита:

 0,5-1 мг/кг веса

 10-20 мг/сутки

 Пульс терапия

 5-7,5 мг/сут

 40 мг/сут

366. Для лечения полимиозита не используют:

 Глюкокортикоиды

 Внутривенное введение иммуноглобулина

 Метотрексат или азатиоприн

 Циклоспорин

 Ингибиторы фактора некроза опухоли

367. При синдроме Шегрена развивается:

 Лимфоцитарная инфильтрация малых слюнных и слезных желез

 Эрозивный полиартрит

 Иридоциклит

 Узловатая эритема

368. Синдром «сухого глаза» возможен при:

 Синдром Шегрена

 Трахома

 Действие антихолинергических препаратов

 СПИД ассоциированный сухой кератоконъюнктивит

369. Ксеростомия («сухого рта») возможна:

 Синдром Шегрена

 Саркоидоз/туберкулез

 ВИЧ/гепатит С

 Сахарный диабет

370. Двустороннее увеличение слюнных желез возможно при:

 Синдром Шегрена

 Вирусные инфекции (эпидемический паротит, вызванные вирусом ЦМВ)

 Саркоидоз

 Цирроз печени

371. Для гигантоклеточного артериита не характерно:

 Поражаются ветви аорты 2-5 порядка

 Возникает у людей старше 50 лет

 Сопровождается гранулематозным воспалением стенки сосудов

 Ревматическая полимиалгия часто сочетается с ГКА

 Развитие гломерулонефрита

372. Клинические варианты гигантоклеточного артериита

 Краниальный артериит

 Лихорадка

 Ревматическая полимиалгия

 Артериит крупных сосудов

373. Для узелкового полиартериита не характерно:

 Преимущественное поражение артерий среднего калибра

 Образование микроаневризм артерий почек, печени или ЖКТ

 Не ассоциирован с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами

 Множественный мононеврит

 Развитие гломерулонефрита

374. Характерно для узелкового полиартериита:

 Миалгии

 Потеря массы тела

 Абдоминальный ишемический синдром

 Моно-полиневропатия

375. Что входит в классификационные критерии узелкового полиартериита:

 Сетчатое ливедо

 Боль в яичках

 Гепатит В

 Диастолическое АД выше 90 мм рт.ст.

376. ANCA ассоциированными васкулитами не являются:

 Васкулит Вегенера

 Васкулит Чарджа – Стросса

 Микроскопический полиангиит

 Геморрагический васкулит

 Гиперэозинофильный васкулит с астмой

377. Критериями гранулематоза Вегенера не являются:

 Воспаление слизистой оболочки носа или ротовой полости

 Болезненные язвы в ротовой полости

 Изменения мочевого осадка

 Микрогематурия

 Петехиальные высыпания на коже

378. Клиническими признаками микроскопического полиангиита не являются:

 альвеолярное кровотечение

 гломерулонефрит

 невропатия

 ассоциация с ANCA в 70% случаев

 увеит

379. Иммунокомплексные васкулиты это:

 криоглобулинемический васкулит

 Пурпура Шенлейн Геноха

 гипокомплементемический уртикарный васкулит

 васкулит на фоне гиперчувствительности

380. Наиболее частые причины васкулита гиперчувствительности:

 инфекции

 прием пенициллина

 прием сульфаниламидов

 прием цефалоспоринов

381. Не являются классификационными критериями пурпуры Шенлейн Геноха:

 Пальпируемая пурпура

 Возраст начала заболевания не более 20 лет

 Ишемическая болезнь кишечника

 Гранулоциты в биоптатах артериол или венул

 Положительные ANCA

382. Является критерием болезни Бехчета:

 Рецидивирующие язвы слизистой оболочки ротовой полости

 Рецидивирующие язвы гениталий

 Передний увеит

 Узловатая эритема

383. Для синдрома Когана не характерно:

 Несифилитический интерстициальный кератит

 Воспаление внутреннего уха

 Аудио-вестибулярная дисфункция

 Эффект от глюкокортикоидов

 Повышение КФК

384. Не характерно для болезни Кавасаки:

 Лихорадка

 Шейная лимфаденопатия

 Конъюнктивит

 Полиморфная сыпь

 Положительные антитела к двуспиральной ДНК

385. Не является клиническим проявлением рецидивирующего полихондрита:

 Воспаление ушных раковин

 Воспаление носовых хрящей

 Потеря слуха

 Артрит

 Эрозивный полиартрит

386. Для палиндромного ревматизма не характерно:

 Частая трансформация в ревматоидный артрит

 Приступы моноартрита до 2 дней

 Возможно поражение лучезапястных, плечевых, голеностопных суставов

 Семейное сочетание с ревматоидным артритом

 Повышение ревматоидного фактора

387. Для синдрома Марфана не характерно:

 Высокий рост

 Изменений пропорций тела

 Длинные пальцы

 Деформация переднего отдела грудной клетки

 Синдром ускоренной СОЭ

388. К подтверждающим ревматоидный артрит тестам относят:

 Ревматоидный фактор

 АТ к циклическим цитруллинированным пептидам (АЦЦП)

 Повышение СОЭ

 Повышение СРБ

389. Не является классификационным критерием ревматоидного артрита (2010):

 Тесты на РФ и АЦЦП

 Острофазовые показатели(СОЭ, СРБ)

 Длительность синовита >6 недель

 Поражение мелких суставов

 Утренняя скованность

390. Типичное поражение суставов при ревматоидном артрите:

 Лучезапястные

 Плечевые

 локтевые

 Плюснефаланговые

391. Какие препараты используются для патогенетического лечения остеопороза?

 Бисфосфонаты

 Стронция ранелат

 Деносумаб

 Терипаратид

392. Показания для применения бисфосфонатов?

 Первичный остеопороз

 Остеопороз у мужчин

 Вторичный остеопороз, в.т.ч глюкокортикоидный

 Болезнь Педжета

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

 более 0,460 ммоль/л

 более 0,420 ммоль/л

 более 0,400 ммоль/л

 более 0,360 ммоль/л

 более 0,500 ммоль/л

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

 600-900 мг (3,6-5,4 ммоль)

 300-600 мг (1,8-3,6 ммоль)

 900-1100 мг (5,4-6,6 ммоль)

 100-200 мг/сут.

 1500-2000 мг/сут

395. При приеме каких препаратов может возникать гиперурикемия:

 циклоспорин А

 низкие дозы аспирина

 тиазидовые диуретики

 варфарин

396. Отметьте правильные положения, касающиеся тактики назначения аллопуринола:

 аллопуринол противопоказан при остром приступе подагры

 аллопуринол назначают в дозе 50-100 мг в сутки с титрованием до нормализации уровня мочевой кислоты в сыворотке крови

 при развитии на фоне лечения аллопуринолом обострения подагры его необходимо отменить

 доза аллопуринола зависит от уровня клубочковой фильтрации

397. Для купирования острого приступа подагры применяют:

 колхицин

 ГКС внутрисуставно

 ГКС системно

 НПВП

398. Укажите суставы, наиболее часто поражаемые пирофосфатной артропатией:

 суставы кисти

 суставы позвоночника

 коленные суставы

 тазобедренные суставы

399. Укажите клинические и рентгенологические признаки, не характерные для гидроксиапатитной артропатии:

 характерно наличие полиартрита

 частое поражение плечевых суставов

 наличие на рентгенограммах множественных очагов кальцификации в области мягких периартикулярных тканей (сухожилий, связок и капсулы сустава)

 наличие на рентгенограммах кальцификации суставного хряща

 обнаружение в синовиальной жидкости кристаллов гидроксиапатита

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

 суставы позвоночника

 локтевые суставы

 мелкие суставы кистей

 1 плюснефаланговый сустав

 голеностопные суставы

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

 пернициозная анемия

 хронический миелолейкоз

 хроническая почечная недостаточность

 эритремия

 остеоартроз

402. К причинам замедленного выведения мочевой кислоты почками относятся:

 хроническая почечная недостаточность

 прием диуретиков

 обезвоживание

 прием алкоголя

403. Укажите наиболее частые локализации тофусов:

 ушные раковины

 область локтевого сустава

 область пальцев кистей (вокруг суставов)

 область ахиллова сухожилия

404. Какие особенности подагрического артрита у женщин:

 развитие олиго- полиартрита в дебюте

 прием тиазидовых диуретиков

 более частое, чем у мужчин, поражение суставов кистей в дебюте

 в период постменопаузы

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

 лейкоцитоз

 повышение С-реактивного белка

 повышение СОЭ

 гиперурикемия (не всегда)

406. Укажите побочные эффекты колхицина:

 диарея

 миелосупрессия

 нарушение функции печени

 депрессия

407. Лечение «острой подагрической почки» включает:

 форсированный диурез

 ощелачивание мочи

 аллопуринол

 гемодиализ

408. Какой рентгенологический признак характерен для пирофосфатной артропатии:

 эрозирование суставных поверхностей

 остеопороз

 субкортикальные кисты

 хондрокальциноз

409. Хондрокальциноз суставов при пирофосфатной артропатии:

 длительное время не сопровождается клиническими проявлениями

 развивается только в продвинутой стадии заболевания с псевдоподагрическими атаками

 сопровождается повышением ревматоидного фактора

 обнаружение кристаллов уратов в синовиальной жидкости

 эффект от аллопуринола

410. Укажите концентрацию мочевой кислоты в сыворотке крови, при которой диагностируется гиперурикемия у женщин:

 более 0,420 ммоль/л

 более 0,380 ммоль/л

 более 0,350 ммоль/л

 более 0,320 ммоль/л

 более 0,500 ммоль/л

411. Критериями синдрома Чарджа Стросса не являются:

 Астма

 Гиперэозинофилия

 Моно-полиневропатия

 Летучие легочные инфильтраты

 Фотосенсибилизация

412. К урикозурическим средствам не относятся:

 милурит

 аллопуринол

 бензбромарон (дезурик)

 сульфинпиразон

 пробенецид

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

 слабокислую

 кислую

 щелочную

 нейтральную

 слабо щелочную

414. Выберите характерные для подагрического артрита рентгенологические признаки:

 округлые с четкими контурами дефекты в эпифизах

 субкортикальные кисты

 эрозирование суставных поверхностей

 уплотнение мягких околосуставных тканей

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

 низкая вязкость

 наличие кристаллов уратов

 цитоз до 25000 лейкоцитов/мл, нейтрофилов до 65%

 отсутствие роста при посеве на стерильную среду

416. Какие заболевания часто ассоциируются с подагрой:

 ИБС

 гиперлипидемия

 ожирение

 артериальная гипертензия

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

 мочекаменная болезнь

 интерстициальный нефрит

 уратный нефролитиаз

 пиелонефрит

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

 внутривенное введение 3 мг колхицина

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

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

 наращивание дозы колхицина до развития побочных эффектов

 все перечисленное

419. Развитие острого приступа артрита при псевдоподагре могут провоцировать:

 хирургические вмешательства

 инфаркт миокарда

 пневмония

 травмы сустава

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

 тазобедренных или коленных

 1 плюснефаланговом суставе

 плечевых

 запястных

 все перечисленные

421. В лечении псевдоподагры не применяют:

 НПВП

 цитостатики

 колхицин

 глюкокортикостероиды внутрисуставно

 топические формы НПВП

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

 системная склеродермия

 полимиозит

 ревматоидный артрит

 хроническая почечная недостаточность

 локальные инъекции ГКС

423. Наиболее эффективный антибиотик для лечения иерсиниозного артрита:

 Пенициллин

 Тетрациклин

 Эритромицин

 Сумамед

 Доксициклин

424. Для каких заболеваний не характерен гранулематозный тип воспаления?

 Ревматоидный артрит

 Гигантоклеточный височный артериит

 Саркоидоз

 Гранулематоз Вегенера

 Узелковый полиартериит

425. Поражения глаз, не характерное для серонегативных спондилоартритов:

 Эписклерит

 Ирит

 Иридоциклит

 Увеит

 Ксерофтальмия

426. Что не характерно для реактивного артрита?

 Полиартрит в дебюте заболевания

 Постепенное начало

 Развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста

 Преимущественное поражение суставов верхних конечностей

 Преимущественное поражение суставов нижних конечностей

427. Укажите факторы, приводящие к развитию первичного артроза:

 эндокринные нарушения

 функциональная перегрузка с микротравматизацией

 микрокристаллические артриты

 наследственное снижение хряща к обычным нагрузкам

 повторные кровоизлияния в сустав

428. Ведущий патогенетический механизм прогрессирования остеоартроза:

 синовит

 дегенерация суставного хряща

 ремоделирование субхондральной ткани

 вовлечение близлежащих мышечных групп

429. Выберите правильные утверждения, относящиеся к функции хондроцитов:

 при остеоартрозе хондроциты переключаются на синтез аномальных коротких цепей протеогликанов

 основной функцией хондроцитов является синтез коллагеновой сети суставного хряща

 на ранних стадиях развития остеоартроза наступает массовая дегенерация и гибель хондроцитов

 на ранних стадиях остеоартроза толщина суставного хряща увеличивается за счет компенсаторной синтетической гиперфункции хондроцитов

430. Укажите суставы, наиболее редко поражаемые остеоартрозом у женщин:

плечевые

 тазобедренные

 дистальные межфаланговые суставы кистей

 коленные

 плюснефаланговые

431. Развитие «блокады» коленного сустава связано:

 с травмой менисков

 со скоплением жидкости в заворотах сустава

 с разрывом крестообразных связок

 с наличием свободного внутрисуставного тела

 с наличием крупных остеофитов

432. Типичные боли механического типа при остеоартрозе:

 стихают в покое

 усиливаются после нагрузки

 возникают при первых движениях (стартовые боли)

 утренняя скованность 15-20 мин

433. Для остеоартроза тазобедренного сустава характерно:

 иррадиация боли в ягодицы, бедро, коленный сустав

 укорочение конечности с компенсаторным сколиозом, гиперлордозом

 «утиная» походка при двустороннем поражении

 симптом «блокады» сустава

434. Факторами, способствующими прогрессированию остеоартроза коленного сустава являются:

 ожирение

 продольное и поперечное плоскостопие

 повторные травмы

 слабость четырехглавой мышцы бедра

435. Наиболее яркая клиническая картина синовита с частыми обострениями наблюдается при остеоартрозе:

 тазобедренного сустава

 дистальных межфаланговых суставов кистей

 I плюснефалангового сустава

 коленного сустава

 проксимальных межфаланговых суставов

436. Ограничение подвижности в пораженном суставе при остеоартрозе не связано с наличием:

мышечного спазма

подвывихов

костных анкилозов

фиброзом и сморщиванием капсулы сустава

наличием крупных остеофитов

437. Наиболее информативным диагностическим методом при остеоартрозе:

 биопсия синовиальной оболочки

 исследование синовиальной жидкости

 рентгенография суставов

 клинический и биохимический анализ крови

 ультразвуковое исследование

438. Узелки Бушара – это костные утолщения:

 пястнофаланговых суставов

 дистальных межфаланговых суставов кисти

 плюснефаланговых суставов

 проксимальных межфаланговых суставов кисти

 проксимальных межфаланговых суставов стопы

439. При какой из локализаций остеоартроза в наибольшей степени страдает функция кисти:

 дистальные межфаланговые суставы

 первый пястнозапястный сустав (ризартоз)

 проксимальные межфаланговые суставы

 пястнофаланговые суставы

 лучезапястном

440. Для остеоартроза дистальных межфаланговых суставов характерно все, кроме:

 формирование костных утолщений на боковых поверхностях сустава

 явления синовита с повышением кожной температуры, дефигурацией суставов

 появление на коже в области суставов болезненных пузырьков с прозрачным содержимым

 сгибательная контрактура с резким ограничением подвижности

 подвывихи с искривлением фаланг пальцев

441. Какие из перечисленных рентгенологических признаков могут встречаться при остеоартрозе:

 сужение суставной щели

 краевые остеофиты

 субхондральный остеосклероз

 отсутствие анкилозов

442. Выберите правильные утверждения, относящиеся к полиостеоартрозу (болезни Келлгрена):

 чаще развивается у женщин в период наступления менопаузы

 может развиваться у пациентов с пирофосфатной артропатией

 протекает с поражением крупных суставов нижних конечностей

 характерно дегенеративное поражение шейного и поясничного отдела позвоночника

443. Наиболее безопасным методом лекарственной терапии, рекомендованным к самостоятельному применению больными с остеоартрозом является:

 длительный прием хондропротекторов

 локальное применение кремов и мазей с димексидом

 пероральный прием препаратов НПВП короткими курсами при обострении синовита

 применение топических НПВП

444. Выберите препараты, являющиеся селективными ингибиторами ЦОГ-2:

 нимесулид

 целекоксиб

 мелоксикам

 аркоксиа

445. При каких локализациях остеоартроза возможно выполнение протезирования сустава:

 тазобедренный сустав

 голеностопный сустав

 I пястнозапястный сустав

 I плюснефаланговый сустав

 все перечисленное

446. Причинами развития вторичного остеоартроза является все, кроме:

 травма

 гемартроз

 остеопороз

 асептический некроз

 микрокристаллический артрит

447. Патоморфологическими признаками остеоартроза являются:

 поверхностное и глубокое разволокнение суставного хряща

 формирование краевых остеофитов

 формирование субхондральных кист

 фиброз суставной капсулы

448. Укажите суставы, наиболее часто поражаемые остеоартрозом:

 тазобедренные

 дистальные межфаланговые суставы кистей

 коленные

 первые плюснефаланговые

449. Выберите правильные утверждения, касающиеся строения и функции суставного хряща:

 суставной хрящ обеспечивает беспрепятственное скольжение суставных поверхностей

 выполняет функцию амортизатора

 суставной хрящ выдерживает значительные механические нагрузки

 в состав входят хондроциты, коллаген 2 типа, протеогликаны

450. Вариантами болевого синдрома при остеоартрозе могут быть все перечисленные, кроме:

 длительная утренняя скованность

 стартовые боли

 ночные боли, обусловленные внутрикостной гипертензией

 боли при механической нагрузке

 боли, связанные с блокадой сустава

451. К клиническим проявлениям остеоартроза относятся:

 крепитация при движениях

 утренняя скованность до 30 мин.

 деформация сустава

 ограничение подвижности

452. Киста Бейкера – это:

 околосуставное кистовидное просветление костной ткани на рентгенограммах

 скопление воспалительной жидкости в полости сустава

 скопление жидкости в заднем завороте коленного сустава

 скопление жидкости в препателлярной бурсе

 скопление жидкости в заднем завороте плечевого сустава

453. Боль при коксартрозе может иррадиировать:

 в область ягодицы

 в паховую область

 по внутренней поверхности бедра

 в коленный сустав

454. К наследственным (семейным) формам остеоартроза у женщин относятся:

 гонартроз

 узелки Гебердена

 коксартроз

 артроз I плюснефалангового сустава

 все перечисленное

455. Противопоказаниями к внутрисуставному введению кортикостероидов относятся:

 наличие инфекционных заболеваний

 патологическая кровоточивость

 невоспалительный характер боли

 асептический некроз

456. К глюкокортикостероидам длительного действия, применяемым для внутрисуставного введения относятся:

 гидрокортизон

 трикорт

 метипред

 преднизолон

 дипроспан

457. Симптом «блокады» сустава может развиваться при остеоартрозе:

 тазобедренного сустава

 лучезапястного сустава

 коленного сустава

 пястнозапястного сустава

 I плюснефалангового сустава

458. У пациентов с факторами риска НПВП-гастропатии наиболее безопасными являются следующие препараты:

 целекоксиб

 мелоксикам

 нимесулид

 вимово

459. К хондропротекторам относятся следующие препараты:

 терафлекс

 дипроспан

 кеналог

 аркоксиа

 все перечисленные

460. Какие препараты не применяют для лечения хондрокальциноза?

 Глюкокортикостероиды внутрисуставно

 Бальнеотерапию (родоновые, сероводородные ванны)

 Колхицин

 Нестероидные противовоспалительные препараты

 Метотрексат

461. В случае резкого ограничения функции сустава и выраженных рентгенологических изменениях при остеоартрозе предпочтение следует отдать:

 НПВП

 внутрисуставному введению кортикостероидов

 хондропротекторам

 ортопедическим методам

462. Немедикаментозные мероприятиям при остеоартрозе:

 снижение веса

 ортопедическая коррекция скелетных дисплазий

 снижение нагрузки на пораженные суставы

 ношение наколенников

463. Не характерное изменение синовиальной оболочки при ревматоидном артрите:

 Ангиоматоз синовиальной оболочки

 Появление лимфоидных фолликулов в толще синовиальной оболочки

 Пролиферация синовиоцитов

 Клеточная инфильтрация

 Некротический тип воспаления сосудов

464. При системной красной волчанке не развивается:

 Пневмонит

 Дисковидные ателектазы

 Адгезивный плеврит

 Базальный кистовидный пневмосклероз

 Эозинофильная пневмония

465. Для поражения периферической нервной системы при ревматических заболеваниях не характерно:

 компрессия спинного мозга с чувствительными нарушениями

 двигательная полинейропатия

 сенсорная полинейропатия

 асимметричная нейропатия

 диабетическая полинейропатия

466. Поражение глаз не характерное для ревматоидного артрита

 склерит

 сухой кератоконъюнктивит

 иридосклерит

 эписклерит

 бактериальный конъюнктивит

467. Сакроилеит чаще всего встречается при

 реактивных артритах

 псориатическом артрите

 болезни Рейтера

 болезни Бехтерева

468. Что не характерно для ювенильного артрита?

 Сакроилеит

 Внесуставной остеолиз

 Синдесмофиты позвоночника

 Поражение тазобедренных суставов

 Положительный РФ