

## Перечень тестовых заданий (с ответами)

### для итоговой аттестации по специальности «Ревматология»

#### (профессиональная переподготовка) 2020 г.

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 Общие вопросы ревматологии</p>	<p>1 ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ЗДОРОВЬЕ - ЭТО</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) отсутствие болезней</li><li>б) состояние организма человека, когда функции его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения</li><li>в) нормальное функционирование систем организма</li><li>г) <b>состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов</b></li></ul> <p>2.СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА — ЭТО НАУКА</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) <b>о закономерностях общественного здоровья и здравоохранении</b></li><li>б) об общественном здоровье</li><li>в) о системе мероприятий по охране здоровья населения</li><li>г) о социологии здоровья</li></ul> <p>3. ВЕДУЩИЙ КРИТЕРИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) демографические показатели</li><li>б) <b>заболеваемость населения</b></li><li>в) физическое развитие</li><li>г) инвалидность</li></ul> <p>4. ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) биологические</li><li>б) природные</li><li>в) <b>социально-экономические</b></li><li>г) организация медицинской помощи!</li></ul> <p>5. НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ОКАЗЫВАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) генетический риск</li><li>б) окружающая среда</li><li>в) <b>образ жизни населения</b></li><li>г) уровень и качество медицинской помощи</li></ul> <p>6. УНИВЕРСАЛЬНЫМ ИНТЕГРИРОВАННЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) <b>средняя продолжительность предстоящей жизни</b></li><li>б) рождаемость</li><li>в) смертность</li><li>г) естественный прирост (убыль)</li></ul> <p>7. ДОКУМЕНТ, ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ГАРАНТИЕЙ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЕ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) паспорт</li><li>б) <b>страховой полис</b></li><li>в) медицинская карта амбулаторного больного</li><li>г) медицинская карта стационарного больного</li></ul> <p>8. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) <b>1 раз в 3 года</b></li><li>б) каждый год</li><li>в) 1 раз в 2 года</li><li>г) 1 раз в полгода</li></ul> <p>9. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ФОРМИРУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) <b>3 группы</b></li><li>б) 1 группа</li><li>в) 2 группы</li></ul>
---	---

	<p>г) 4 группы</p> <p>10. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ НА ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТ</p> <p>а) <b>врач-терапевт участковый</b>  б) врач отделения медицинской профилактики  в) врач дневного стационара  г) врач-кардиолог поликлиники</p> <p>11. КРАТКОЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЗАНИМАЕТ:</p> <p>а) 30 минут  б) 60 минут  в) <b>10 минут</b>  г) 5 минут</p> <p>12. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) учреждениями медико-социальной экспертизы субъекта РФ  б) городскими учреждениями медико-социальной экспертизы  в) <b>федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы</b>  г) фондами ОМС</p> <p>13. РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЪЕДИНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>а) диффузного поражения соединительной ткани  б) <b>лимфаденопатии</b>  в) стойкого суставного синдрома  г) преходящего суставного синдрома</p> <p>14. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КОМПЕТЕНЦИЮ РЕВМАТОЛОГА НЕ ВХОДЯТ</p> <p>а) ревматизм (ревматическая лихорадка)  б) диффузные заболевания соединительной ткани, системные васкулиты  в) <b>вирусные миокардиты</b>  г) заболевания мягких околосуставных тканей</p> <p>15. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМЫ HLA ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ</p> <p>а) участвует в регуляции иммунного ответа  б) участвует в процессах клеточного распознавания "своего" и "чужого"  в) определяет предрасположенность к заболеваниям  г) <b>все вышеперечисленное верно</b></p> <p>16. СЕМЕЙНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ</p> <p>а) ревматизме  б) <b>синдроме гипермобильности</b>  в) остеоартрите  г) ревматоидном артрите</p> <p>17. СОЧЕТАНИЕ С КОНКРЕТНЫМ АНТИГЕНОМ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ УСТАНОВЛЕНО</p> <p>а) при ревматизме  б) <b>при анкилозирующем спондилоартрите</b>  в) при синдроме Марфана  г) при болезни Шегрена</p> <p>18. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО ЭЛЕМЕНТЫ ПЛОТНОЙ ОФОРМЛЕННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ</p> <p>а) сухожильно-связочный аппарат  б) хрящевая и костная ткань  в) строма внутренних органов  г) <b>все перечисленное</b></p> <p>19. СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ ВЫПОЛНЯЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ФУНКЦИИ, КРОМЕ</p> <p>а) опорной  б) метаболической  в) защитной</p>
--	---

	<p><b>г) нейроэндокринной</b></p> <p>20. СОЕДИНИТЕЛЬНАЯ ТКАНЬ СОСТОИТ ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ, КРОМЕ</p> <p>а) клеток</p> <p><b>б) жировой ткани</b></p> <p>в) коллагеновых</p> <p>г) эластиновых и ретикулярных волокон</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2. Методы диагностики в ревматологии</p>	<p>21. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРИТА</p> <p>а) <b>проксимальных межфаланговых суставов кисти</b></p> <p>б) дистальных межфаланговых суставов кисти</p> <p>в) первого плюснефалангового сустава</p> <p>г) локтевого сустава</p> <p>22. РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ИЛЕОСАКРАЛЬНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА, СИНДЕСМОФИТЫ И КВАДРАТИЗАЦИЯ ПОЗВОНКОВ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ</p> <p>а) деформирующего остеоартрита</p> <p>б) ревматоидного артрита</p> <p><b>в) анкилозирующего спондилита</b></p> <p>г) подагры</p> <p>23. СИМПТОМ КУШЕЛЕВСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОРАЖЕНИИ</p> <p>а) суставов поясничного отдела позвоночника</p> <p><b>б) илеосакральных сочленений</b></p> <p>в) тазобедренных суставов</p> <p>г) лобкового симфиза</p> <p>24. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ВРАЧУ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ТИПИРОВАНИЕ НА</p> <p>а) Антиген HLA B7</p> <p><b>б) Антиген HLA B27</b></p> <p>в) Антиген HLA DR4</p> <p>г) Антиген HLA B5</p> <p>25. АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОЦЕНИВАЮТ</p> <p>а) по клиническим проявлениям</p> <p>б) только по лабораторным показателям</p> <p><b>в) учитывая клиническую картину и результаты лабораторных исследований</b></p> <p>26. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ</p> <p>а) пальцы в виде «шеи лебедя»</p> <p>б) узелки Бушара</p> <p><b>в) хруст в суставах</b></p> <p>г) покраснение в области суставов</p> <p>27. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СУСТАВ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) наличие выраженного воспалительного процесса</p> <p><b>б) инфекционный процесс в суставе</b></p> <p>в) незначительные признаки воспаления в суставе</p> <p>28. СИНДРОМ УТРЕННЕЙ СКОВАННОСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ</p> <p>а) болезни Рейтера</p> <p>б) деформирующего остеоартрита</p> <p>в) подагры</p> <p><b>г) ревматоидного артрита</b></p> <p>29. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРИТА</p> <p>а) эрозии</p> <p><b>б) субхондральный склероз и остеофиты</b></p> <p>в) кистовидные просветления</p> <p>г) остеолиты</p>

<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3  <b>Воспалительные заболевания суставов и позвоночника.</b></p>	<p>30. ЧАСТОТА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ  а) <b>10%</b>  б) 3%  в) 5%  г) 7%</p> <p>31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАБОЛЕВАЮТ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ВОЗРАСТЕ  а) 10-20 лет  <b>б) 20-50 лет</b>  в) 50-60 лет  г) 60-65 лет</p> <p>32. ДЛЯ РАЗВИТИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ  а) генетическая предрасположенность  б) нейроэндокринные нарушения  в) энзимопатии  <b>г) аутоиммунные нарушения</b></p> <p>33. С ТЯЖЕЛЫМ ЭРОЗИВНЫМ СЕРОПОЗИТИВНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ АССОЦИИРУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНТИГЕН ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ  а) HLA-B27  <b>б) HLA-DR4</b>  в) HLA-A11  г) HLA-B35</p> <p>34. ВОЗНИКНОВЕНИЮ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СПОСОБСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ  а) эстрогенов  б) андрогенов  <b>в) адреналина</b>  г) паратгормона</p> <p>35. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛЕТОК ИММУННОЙ СИСТЕМЫ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАСПОЗНАЮТ НЕУСТАНОВЛЕННЫЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ  а) Т-хелперы  б) Т-супрессоры  в) Т-киллеры  <b>г) моноциты/макрофаги</b></p> <p>36. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ЭРОЗИВНОГО РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТА ИМЕЕТ  а) поступление в синовиальную полость антигена  б) поглощение макрофагом антигена  в) активирование интерлейкином-1 и интерлейкином-2 Т-лимфоцитов  <b>г) соединение антигена в комплексе с HLA-DR4 с Т-хелперами и Т-супрессорами</b></p> <p>37. ВЕДУЩИМ ЗВЕНОМ В ПАТОГЕНЕЗЕ АМИЛОИДОЗА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ  а) длительная антигенная стимуляция  б) основной компонент амилоидных фибрилл - белок АА  <b>в) предшественник белка АА в крови - высокомолекулярный белок SAA, синтезируемый в печени</b>  г) синтез ревматоидного фактора</p> <p>38. В ДЕБЮТЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СУСТАВЫ:  а) <b>пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые</b>  б) локтевые  в) коленные</p>

	<p>г) шейный отдел позвоночника</p> <p>39. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕФОРМАЦИИ КИСТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) "рука с лорнетом"</p> <p><b>б) ульнарная девиация</b></p> <p>в) в виде "шеи лебедя"</p> <p>г) в виде "молоткообразного пальца"</p> <p>40. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ</p> <p>а) <b>шейного отдела позвоночника</b></p> <p>б) грудного отдела позвоночника</p> <p>в) поясничного отдела позвоночника</p> <p>г) крестцово-подвздошных сочленений</p> <p>41. ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, КРОМЕ</p> <p>а) артритом межпозвоночных суставов</p> <p>б) подвывихом шейных позвонков</p> <p>в) слабостью в руках</p> <p><b>г) костными анкилозами шейных позвонков</b></p> <p>42. КОЖНЫЙ ВАСКУЛИТ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) дигитальным артериитом, изъязвлением кожи голеней, геморрагической сыпью</p> <p>б) геморрагической сыпью, кольцевидной эритемой</p> <p>в) изъязвлением кожи голеней, угревой сыпью</p> <p><b>г) кольцевидной эритемой</b></p> <p>43. ДЛЯ СИНДРОМА ФЕЛТИ ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>а) склерит, синдром Рейно, полисерозит</p> <p>б) синдром Рейно, полисерозит, кожный васкулит</p> <p>в) альвеолит, кожный васкулит, лейкопения</p> <p><b>г) кожный васкулит, лейкопения, рецидивирующая инфекция</b></p> <p>44. СИНДРОМ ШЕГРЕНА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ БОЛЕЗНИ ШЕГРЕНА</p> <p>а) повышением частоты носительства HLA-B27</p> <p><b>б) повышением частоты носительства HLA-DR4</b></p> <p>в) вположительный ревматоидный фактор</p> <p>г) наличие антинуклеарных антител</p> <p>45. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ВТОРИЧНЫЙ АМИЛОИДОЗ</p> <p>а) печени</p> <p>б) кишечника</p> <p><b>в) почек</b></p> <p>г) надпочечников</p> <p>46. УРЕМИЯ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ РАЗВИВАЕТСЯ</p> <p>а) в течение года</p> <p><b>б) в течение 1-5 лет</b></p> <p>в) через 6 лет</p> <p>г) через 7-10 лет</p> <p>47. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СЕРОНЕГАТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ХАРАКТЕРНО</p> <p>а) начинается с поражения крупных суставов</p> <p><b>б) быстро и рано в процесс вовлекаются мелкие суставы стоп</b></p> <p>в) часто выявляется двусторонний сакроилеит</p> <p>г) часто поражается тазобедренный сустав с развитием асептического некроза</p> <p>48. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) некротизирующий васкулит с вовлечением жизненноважных органов</p> <p>б) поражение легких</p>
--	---

	<p>в) подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга  <b>г) уремия при вторичном амилоидозе почек</b></p> <p>49. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) повышение СОЭ  б) повышение уровня <math>\alpha_2</math>-глобулина  в) наличие в сыворотке крови С-реактивного белка  <b>г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора и / или АЦЦП</b></p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4.  <b>Раздел 4.</b>  <b>Микрористаллические артриты</b></p>	<p>50. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДАГРОЙ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) <b>более 1%</b>  б) менее 1%  в) более 5%  г) менее 5%</p> <p>51. У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ РАНЬШЕ И ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ:</p> <p><b>а) мочекаменная болезнь</b>  б) бинтерстициальный нефрит  в) нефросклероз  г) пиелонефрит</p> <p>52. УКАЖИТЕ, КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ ВТОРИЧНОЙ ПОДАГРЫ:</p> <p>а) пернициозная анемия  б) хронический миелолейкоз  <b>в) хроническая болезнь почек</b>  г) эритремия</p> <p>53. ГИПЕРУРИКЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>а) при подагре  <b>б) ревматоидный артрит</b>  в) болезни Лайма  г) болезни Стилла</p> <p>54. ПАТОГЕНЕЗ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ТИПА ГИПЕРУРИКЕМИИ ИСКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) <b>гиперлипидемию</b>  б) дефицит гипоксантин-гуанин-фосфорибозилтрансферазы  в) повышенный обмен нуклеотидов  г) диету с большим содержанием пуринов</p> <p>55. ПАТОГЕНЕЗ ПОЧЕЧНОГО ТИПА ГИПЕРУРИКЕМИИ ИСКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) почечную недостаточность  б) <b>ожирение</b>  в) избыточное содержания в крови мочевой кислоты, кетоновых соединений  г) прием тиазидов</p> <p>56. ФАКТОР ИСКЛЮЧАЮЩИЙ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ</p> <p>а) лечения тиазидами  б) голодания  в) <b>лечения колхицином</b>  г) употребления большого количества жиров</p> <p>57. НА РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ ВЛИЯЕТ</p> <p>а) <b>носоглоточная инфекция</b>  б) голодание  в) значительное физическое перенапряжение  г) прием некоторых медикаментов</p> <p>58. ТОФУСЫ – ЭТО СИМПТОМ</p> <p>а) Ревматоидного артрита  <b>б) Подагры</b>  в) Синдрома Рейтера  г) Болезни Бехтерева</p>

	<p>59. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) развитие максимума воспаления в течение первых суток</li> <li>б) <b>поражение 3-4 суставов</b></li> <li>в) асимметричность поражения суставов стоп</li> <li>г) стерильность суставной жидкости</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5.  <b>Ревматические проявления при неревматической патологии и редкие формы артропатий</b></p>	<p>60. НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ГНОЙНОГО АРТРИТА ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) лихорадка, озноб</li> <li>б) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево</li> <li>в) изменения синовиальной жидкости в виде высокого цитоза, увеличения числа нейтрофилов, мутности, повышенной вязкости</li> <li>г) <b>полиартрит</b></li> </ul> <p>61. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО АРТРИТА ИСКЛЮЧАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) перевод больного в гнойное хирургическое (ортопедическое) отделение</li> <li>б) введение антибиотиков внутримышечно или внутривенно</li> <li>в) дренирование суставной полости</li> <li>г) проведение синовэктомии</li> </ul> <p>62. ДЛЯ ГОНОРЕЙНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) моно-, олиго- или полиартрит с развитием пролиферативных изменений</li> <li>б) <b>наличие антигена гистосовместимости HLA- B27</b></li> <li>в) уретрит</li> <li>г) положительная реакция Борде - Жангу</li> </ul> <p>63. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ СПОНДИЛИТ ИСКЛЮЧАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) боли в позвоночнике</li> <li>б) натечные абсцессы, и свищи</li> <li>в) <b>сакроилиит</b></li> <li>г) кифоз</li> </ul> <p>64. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО АРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>наличия рагоцитов в синовиальной жидкости</b></li> <li>б) моноартрита коленного или тазобедренного сустава</li> <li>в) рентгенологические изменения (ограниченная костная полость, секвестры, выпот в полость сустава, разрушение суставных концов костей)</li> <li>г) положительной реакции Манту, Диаскинтеста</li> </ul> <p>65. ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАННОЕ ПРИ КОСТНО-СУСТАВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) хирургического вмешательства</li> <li>б) <b>применения глюкокортикостероидов</b></li> <li>в) применения антитуберкулезных препаратов</li> <li>г) иммобилизации пораженной конечности</li> </ul> <p>66. БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА ИСКЛЮЧАЕТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) этиологический фактор спирохеты боррелии</li> <li>б) переносчик болезни - иксодовый клещ</li> <li>в) <b>заболевание начинается с радикулоневрита</b></li> <li>г) заболевание встречается в лесистой местности</li> </ul> <p>67. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА НЕ ХАРАКТЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) мигрирующая эритема</li> <li>б) артрит, появляющийся через 2 месяца после возникновения эритемы</li> <li>в) лимфаденопатия</li> <li>г) <b>подкожные узелки</b></li> </ul> <p>68. ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ ЛАЙМА ОСНОВАНА НА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>клинической картине, выделение культуры к спирохете (IgG)</b></li> <li>б) клинической картине, положительной ревкции Райта</li> <li>в) клинической картине, положительной реакции Вассермана</li> <li>г) клинической картине, положительная реакция Борде - Жангу</li> </ul>

	<p>69. ДЛЯ СИФИЛИТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ , ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>поражения суставов кистей и стоп</b></li> <li>б) моноартрита коленного сустава ("белая опухоль", "саблевидная голень")</li> <li>в) моноартрита голеностопного сустава</li> <li>г) поражения позвоночника</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.6</b> Раздел 6. <b>Невоспалительные заболевания суставов, позвоночника и костей</b></p>	<p>70. ДЛЯ ОСТЕОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) болей "механического" типа в суставах</li> <li>б) периодической "блокады" суставов</li> <li>в) <b>утренней скованности в суставах в течение часа</b></li> <li>г) преимущественного поражения суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей</li> </ul> <p>71. УЗЕЛКИ БУШАРА ПОЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при подагре</li> <li>б) при ревматоидном артрите</li> <li>в) <b>при остеоартрите</b></li> <li>г) при ревматизме</li> </ul> <p>72. НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) болезненность при пальпации коленного сустава</li> <li>б) хруст при движении в коленном суставе</li> <li>в) остеофиты (по данным рентгенограммы)</li> <li>г) <b>поражение надколенно-бедренного сочленения (по данным рентгенограммы)</b></li> </ul> <p>73. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫРАЖЕННОГО ДВУСТОРОННЕГО КОКСАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) нарушение внутренней и наружной ротации бедер</li> <li>б) ограничение отведения и приведения бедер</li> <li>в) гипотрофия мышц бедер</li> <li>г) <b>"утиная походка"</b></li> </ul> <p>74. ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРИТА МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) сужения суставных щелей</li> <li>б) субхондрального остеосклероза</li> <li>в) узурации суставных поверхностей костей</li> <li>г) <b>анкилозов</b></li> </ul> <p>75. ИЗМЕНЕНИЯ КОНФИГУРАЦИИ СУСТАВОВ ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) отсутствуют</li> <li>б) выражены в основном за счет припухлости мягких околоуставных тканей</li> <li>в) <b>выражены в основном за счет костных изменений</b></li> </ul> <p>76. ДЛЯ ОСТЕОХОНДРОЗА И СПОНДИЛЕЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) головных болей</li> <li>б) головокружения и тошнотой и рвотой</li> <li>в) шума в ушах</li> <li>г) базилярного вдавления с ассимиляцией атланта</li> <li>д) <b>синдрома "плечо-кисть"</b></li> </ul> <p>77. ДИСКОГЕННАЯ МИЕЛОПАТИЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ И СПОНДИЛЕЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ощущением покалывания в нижних конечностях</li> <li>б) ощущением ползания мурашек по ногам</li> <li>в) парезом нижних конечностей</li> <li>г) <b>всем перечисленным</b></li> </ul> <p>78. НАИБОЛЕЕ РЕДКО ОСТЕОХОНДРОЗ И СПОНДИЛЕЗ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРОЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) плечелопаточным периартериитом</li> </ul>

	<p>б) синдромом передней лестничной мышцы  в) <b>приступом болей в правом подреберье</b>  г) кардиальным синдромом ("шейная стенокардия")</p> <p>79. КОРЕШКОВЫЙ СИНДРОМ ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ И СПОНДИЛЕЗЕ НЕ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) острую боль в плече, предплечье и пальцах кистей  б) чувствительные и двигательные расстройства в зоне дерматомов  в) нарушение рефлексов на стороне пораженной руки  г) <b>синдром Рейно</b></p> <p>80. АВАСКУЛЯРНЫЙ ОСТЕОНЕКРОЗ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ</p> <p>а) <b>остеоартрита</b>  б) системной красной волчанки  в) ревматоидного артрита  г) хронического алкоголизма</p> <p>81. ТИПИЧНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ АСЕПТИЧЕСКОГО ОСТЕОНЕКРОЗА</p> <p>а) кости таза  б) позвонки  в) <b>головка бедренной кости, головка плечевой кости</b>  г) надмыщелки плечевой кости</p> <p>82. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ АСЕПТИЧЕСКОГО ОСТЕОНЕКРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) <b>длительная разгрузка близлежащего к очагу поражения сустава</b>  б) повторные курсы кальцитонина  в) противовоспалительная терапия  г) препараты, влияющие на венозное кровообращение</p> <p>83. БОЛЕЗНЬ ШЕЙЕРМАННА - МАУ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>а) одну из форм анкилозирующего спондилоартрита  б) <b>следствие нарушения развития опорных площадок многих позвонков</b>  в) врожденную деформацию позвоночника  г) старческий кифоз</p> <p>84. Для болезни Шейерманна - Мау характерно все перечисленное, кроме</p> <p>а) выраженной сутулости и умеренных болей в позвоночнике  б) отсутствия поражений крестцово-подвздошных суставов  в) отсутствия лабораторных признаков воспалительного процесса  г) <b>патологии связочного аппарата</b></p> <p>85. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ШЕЙЕРМАННА - МАУ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) клинический осмотр  б) сцинтиграфия позвоночника  в) <b>рентгенологическое исследование позвоночника</b>  г) биохимическое исследование крови</p> <p>86. ЮНОШЕСКИЙ КИФОЗ И БОЛЕЗНЬ ШЕЙЕРМАННА - МАУ - ЭТО</p> <p>а) <b>одно и то же заболевание</b>  б) разные заболевания</p> <p>87. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ШЕЙЕРМАННА - МАУ ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>а) <b>лечебную гимнастику, сон на жестком ложе</b>  б) противовоспалительную терапию  в) назначение анальгезирующих средств  г) оперативную коррекцию кифоза</p> <p>88. БОЛЕЗНЬ ПЕРТЕСА - ЭТО</p> <p>а) <b>асептический некроз головки бедренной кости в детском возрасте</b>  б) палиндромный ревматизм  в) эпифизиолиз головки бедренной кости  г) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости</p> <p>89. ОБЩИМ ПРИНЦИПОМ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОХОНДРОПАТИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) <b>обеспечение разгрузочного двигательного режима</b>  б) иммобилизация пораженной части скелета</p>
--	--

	<p>в) применение препаратов, влияющих на обмен кальция г) противовоспалительная терапия</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. <b>Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей</b></p>	<p>90. МЕСТОМ ПРИКРЕПЛЕНИЯ СУХОЖИЛИЯ К КОСТНОЙ ТКАНИ ЯВЛЯЕТСЯ а) синовиальная сумка (бурса) б) фасция в) <b>энтезис</b> г) синовиальная оболочка</p> <p>91. В ОТНОШЕНИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКОЛОСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ а) сопутствуют воспалительным заболеваниям суставов б) сопровождают остеоартроз в) могут быть не связаны с заболеваниями суставов г) <b>верно все</b></p> <p>92. СИНДРОМ ТИТЦЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ а) артрит грудино-ключичного сустава б) <b>воспаление реберно-хрящевых суставов</b> в) рецидивирующий полихондрит г) хондроматоз суставов</p> <p>93. БОЛИ В ПЛЕЧЕ НЕ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ а) артритом плечевого сустава б) корешковым синдромом при поражении шейного отдела позвоночника в) поражением сухожилий плеча г) <b>плевритом</b></p> <p>94. СОКРАЩЕНИЕ НАДОСТНОЙ МЫШЦЫ ПРИВОДИТ а) к внутренней ротации плеча б) к наружной ротации плеча в) <b>к отведению плеча</b> г) к сгибанию в локтевом суставе</p> <p>95. ПОРАЖЕНИЕ АКРОМИАЛЬНО-КЛЮЧИЧНОГО СУСТАВА ПРОЯВЛЯЕТСЯ а) болью при ротации плеча б) <b>болью при максимальном подъеме руки вверх</b> в) увеличением объема дельтовидной мышцы г) псевдопараличом</p> <p>96. РЕТРАКТИЛЬНЫЙ КАПСУЛИТ ("ЗАМОРОЖЕННОЕ ПЛЕЧО") - ЭТО а) следствие простого тендиноза б) одно из проявлений синдрома "плечо-кость" в) форма рефлекторной симпатической дистрофии г) <b>все перечисленное</b></p> <p>97. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОСТОГО ТЕНДИНИТА ПЛЕЧА - ЭТО а) иммобилизация конечности б) оперативное вмешательство в) <b>назначение нестероидных противовоспалительных препаратов перорально и локальное введение глюкокортикостероидов</b></p> <p>98. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ РЕТРАКТИЛЬНОМ КАПСУЛИТЕ а) абсолютно противопоказана б) показана после полного стихания болей в) <b>должна осторожно проводиться с начала заболевания</b></p> <p>99. ТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАРУЖНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧА ЯВЛЯЕТСЯ</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>а) дефигурация локтевого сустава</li> <li>б) наличие выпота в синовиальной сумке отростка локтевой кости</li> <li>в) <b>боль при разгибании пальцев кисти</b></li> <li>г) боль при сгибании пальцев кисти</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8 <b>Острая ревматическая лихорадка и ревматические пороки сердца</b></p>	<p>100. РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ (ОРЛ) СВЯЗАНО С ИНФИЦИРОВАНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) вирусом</li> <li>б) стафилококком</li> <li>в) <b>бета-гемолитическим стрептококком группы А</b></li> <li>г) микоплазмой</li> </ul> <p>101. Какие исследования наиболее информативны при острой ревматической лихорадке?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ревматоидный фактор</li> <li>б) <b>антистрептококковые антитела</b></li> <li>в) креатинфосфокиназа</li> <li>г) антинуклеарный фактор</li> </ul> <p>102. ОРЛ - ЭТО СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) преимущественное поражение сердечно-сосудистой системы</li> <li>б) поражение суставов, кожи, центральной нервной системы</li> <li>в) наличие генетического дефекта иммунной системы</li> <li>г) инфицирование гемолитическим стрептококком группы А</li> <li>д) <b>верно все</b></li> </ul> <p>103. В ОТНОШЕНИИ ОРЛ СПРАВЕДЛИВО СЛЕДУЮЩЕЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) связи заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией</li> <li>б) наличия типичных проявлений - "абсолютных признаков ревматизма" (критерии Киселя - Джонса)</li> <li>в) склонности к формированию порока сердца</li> <li>г) <b>развития ревматического полиартрита у всех больных</b></li> </ul> <p>104. ПРИ ОРЛ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ ОДИН ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ПРИЗНАКОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) кардит</li> <li>б) полиартрит или полиартралгия</li> <li>в) повышение титра противострептококковых антител</li> <li>г) <b>подкожные узелки</b></li> </ul> <p>105. КАРДИТ ПРИ ОРЛ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) одышкой при физической нагрузке, болями сердца, сердцебиением</li> <li>б) увеличением размеров сердца, ослаблением тонов сердца</li> <li>в) атриовентрикулярной блокадой, миграцией водителя ритма, экстрасистолией</li> <li>г) небольшим лейкоцитозом, увеличением СОЭ, СРБ, АСЛ-О</li> <li>д) <b>верно все</b></li> </ul> <p>106. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) краевое утолщение передней створки митрального клапана</li> <li>б) митральная регургитация</li> <li>в) рыхлость и утолщение створок пораженных клапанов</li> <li>г) наличие клапанной регургитации</li> <li>д) <b>все перечисленное</b></li> </ul> <p>107. ДЛЯ ПЕРИКАРДИТА НА ФОНЕ ОРЛ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) грубого шума трения перикарда (до появления экссудата)</li> <li>б) расширения границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически</li> <li>в) отсутствия лабораторных показателей активности ревматического процесса</li> <li>г) <b>атрио-вентрикулярной блокады</b></li> </ul>

	<p>108. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ ТИТРОВ АНТИГИАЛУРОНИДАЗЫ, АНТИСТРЕПТОКИНАЗЫ, АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА:</p> <p>а) дерматомиозит  б) системная красная волчанка  <b>в) ревматическая лихорадка</b>  г) системная склеродермия</p> <p>109. АТИПИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТИЗМЕ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ</p> <p>а) моноартрита  б) артрита мелких суставов кистей и стоп  в) олигоартрита  <b>г) анкилозирования проксимальных межфаланговых суставов</b></p>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9.  <b>Диффузные заболевания соединительной ткани</b></p>	<p>110. В ПАТОГЕНЕЗЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ</p> <p>а) избыточная активность Т-лимфоцитов  б) нарушение взаимодействия Т- и В-систем иммунитета  в) повреждающее действие антител  г) гиперпродукция циркулирующих иммунных комплексов  <b>д) все перечисленное</b></p> <p>111. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ АБСОЛЮТНО СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА</p> <p>а) вырабатываются  <b>б) не вырабатываются</b></p> <p>112. ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ВЫЯВЛЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>а) снижения в крови уровня комплемента СН50  б) наличия в крови ревматоидного фактора в низком титре  <b>в) снижения содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов</b>  г) гипергаммаглобулинемии</p> <p>113. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫ</p> <p>а) полигенный тип наследования  б) конкордантность монозиготных близнецов  в) семейная агрегация  г) обнаружение антинуклеарных антител у ближайших родственников  <b>д) все перечисленное</b></p> <p>114. ХАРАКТЕРНЫМИ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) морфологические феномены, связанные с патологией ядер  б) лимфоцитарная и макрофагальная инфильтрация  в) распад клеток, образующих клеточные инфильтраты в тканях  г) депозиты иммуноглобулинов и иммунных комплексов в ткани почек и кожи?  <b>д) все перечисленное</b></p> <p>115. ВЫДЕЛЕНИЕ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ</p> <p>а) <b>да</b>  б) нет</p> <p>116. ПРОЯВЛЕНИЯМИ КОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ МОЖЕТ БЫТЬ</p> <p>а) отрубевидный лишай  <b>б) витилиго</b>  в) узловатая эритема  г) фотодерматоз</p> <p>117. ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) <b>менее 80%</b>  б) более 80%</p>

	<p>118. ДЛЯ АРТРИТА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) сходства с ревматоидным артритом, с симметричным поражением проксимальных межфаланговых суставов</li> <li>б) <b>развития деструктивных изменений в суставах</b></li> <li>в) отсутствие эффекта отнестероидных противовоспалительных препаратов</li> <li>г) ульнарная девиация</li> </ul> <p>119. ДЛЯ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРНО:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит</b></li> <li>б перфорация створок клапанов</li> <li>в) характерна дилатационная кардиомиопатия</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. Системные васкулиты</p>	<p>120. ОСНОВНЫМИ ЗВЕНЬЯМИ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КРОВЕНОСНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) артериолы</li> <li>б) прекапилляры и капилляры</li> <li>в) посткапилляры</li> <li>г) вены</li> <li>д) <b>все перечисленные сосуды</b></li> </ul> <p>121. К ВАСКУЛИТАМ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) артерииты и артериолиты</li> <li>б) капилляриты</li> <li>в) венулиты и флебиты</li> <li>г) лимфангаиты</li> <li>д) <b>все перечисленные локализации воспалительного процесса в сосуде</b></li> </ul> <p>122. ФАКТОР ХАГЕМАНА МЕДИАТОРОМ ВОСПАЛЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) является</li> <li>б) <b>не является</b></li> </ul> <p>123. В ОТНОШЕНИИ ФАКТОРА ХАГЕМАНА ВЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) способствует образованию калликреина и брадикинина</li> <li>б) способствует увеличению синтеза простагландинов</li> <li>в) участвует в процессе свертывания крови</li> <li>г) <b>способствует образованию комплекса антитромбина и гепарина</b></li> </ul> <p>124. БРАДИКИНИН НЕ ОБЛАДАЕТ СПОСОБНОСТЬЮ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) повышать проницаемость капилляров</li> <li>б) расширять артериолы</li> <li>в) увеличивать экссудацию и миграцию лейкоцитов</li> <li>г) <b>уменьшать синтез простагландинов</b></li> </ul> <p>125. СПОСОБСТВУЮТ ПОВЫШЕНИЮ ПРОНИЦАЕМОСТИ КАПИЛЛЯРОВ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СОЕДИНЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) компонента комплемента С3а</li> <li>б) компонента комплемента С5а</li> <li>в) гепарина</li> <li>г) гистамина</li> <li>д) <b><math>\alpha_2</math>-макроглобулина</b></li> </ul> <p>126. КЛИНИЧЕСКИ КОЖНЫЙ ВАСКУЛИТ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) сетчатого ливедо</li> <li>б) <b>витилиго</b></li> <li>в) геморрагической сыпи</li> <li>г) капиллярита</li> </ul> <p>127. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ВАСКУЛИТЕ ВОЗМОЖНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p>

- а) инфаркта миокарда и кишечника
- б) падения остроты зрения
- в) **фиброзирующего альвеолита**
- г) диффузного гломерулонефрита

128. НАЗНАЧЕНИЕ ГЕПАРИНА ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ ПОЗВОЛЯЕТ

- а) устранить гиперкоагуляцию
- б) улучшить почечную гемодинамику
- в) подавить диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови
- г) **добиться всего перечисленного**

129. ГРУППА ГРАНУЛЕМАТОЗНЫХ АРТЕРИИТОВ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) **узелкового периартериита**
- б) эозинофильного гранулематозного васкулита
- в) височного артериита
- г) неспецифического аortoартериита

130. КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- а) острого инфаркта миокарда
- б) диффузных поражений мышцы сердца
- в) **пристеночного эндокардита**
- г) артериальной гипертензии

131. ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ РАЗВИТИЕ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- а) **возможно**
- б) невозможно

132. ДЛЯ КОЖНО-ТРОМБАНГИЧЕСКОГО ВАРИАНТА УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- а) тромбозов легочных и церебральных вен
- б) **геморрагической пурпуры**
- в) узелков по ходу сосудистого пучка на конечностях
- г) гангрены пальцев рук и/или стоп

133. ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ПОЛИАНГИИТЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- а) **легочный васкулит**
- б) диффузный гломерулонефрит
- в) гангрена конечностей

134. ДЛЯ ЭОЗИНОФИЛЬНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ НЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- а) синдрома бронхиальной астмы
- б) летучих легочных инфильтратов
- в) снижения массы тела
- г) **анэозинофилия**

135. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ УЗЕЛКОВОГО ПЕРИАРТЕРИИТА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а) быстрого снижения массы тела
- б) **длительной лихорадки**
- в) боли в яичках
- г) повышения содержания мочевины и креатинина в сыворотке крови

136. ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ СОЧЕТАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕДНИЗОЛОНОМ И ЦИКЛОФОСФАНОМ СПОСОБСТВУЕТ УВЕЛИЧЕНИЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

- а) на 3-5 лет
- б) **на 5-10 лет**
- в) на 1-2 года
- г) на 20 лет

137. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ, ВЕРНЫ, КРОМЕ

- а) верхние дыхательные пути поражаются у всех больных гранулематозом с полиангиитом

	<p>б) поражение верхних дыхательных путей при этом заболевании проявляется ринитом и полисинуситом</p> <p>в) в поздней стадии заболевания разрушаются хрящи и костная ткань носовой перегородки и верхней челюсти</p> <p>г) <b>симптомы поражения верхних дыхательных путей всегда выступают на первый план в клинической картине заболевания</b></p> <p>138. ПРИ ОГРАНИЧЕННОМ ВАРИАНТЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ПОРАЖЕНИЕ ТОЛЬКО ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ И ПОЧЕК</p> <p>а) <b>возможно</b></p> <p>б) не возможно</p> <p>139. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ НИЖЕ, КРОМЕ</p> <p>а) болезненных или безболезненных язв на слизистой оболочке полости рта и/или носа</p> <p>б) фиксированных инфильтратов или каверн в легких</p> <p>в) протеинурии (более 3 г/сут)</p> <p>г) <b>выраженного лейкоцитоза</b></p> <p>140. НАЗНАЧЕНИЕ ИММУНОДЕПРЕССАНТОВ ВСЕМ БОЛЬНЫМ ГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОЛИАНГИИТОМ</p> <p>а) <b>показано</b></p> <p>б) не показано</p> <p>141. ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ТРОМБАНГИИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО</p> <p>а) назначение глюкокортикостероидов в суточной дозе до 30 мг</p> <p>б) применение азатиоприна</p> <p>в) прекращение курения</p> <p>г) применение антикоагулянтов</p> <p>д) <b>все перечисленное</b></p> <p>142. СИНДРОМ ГУДПАСЧЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p> <p>а) быстро прогрессирующим гломерулонефритом</p> <p>б) легочным кровотечением и кровохарканьем</p> <p>в) выявлением антигломерулярных антител</p> <p>г) <b>всем перечисленным</b></p> <p>143. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>а) <b>назначения глюкокортикостероидов в низких дозах - 10-15 мг в сутки</b></p> <p>б) назначения цитостатиков</p> <p>в) плазмафереза</p> <p>г) трансплантации почек</p> <p>144. ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПОРАЖЕНИЕ АРТЕРИЙ СРЕДНЕГО И МЕЛКОГО КАЛИБРА</p> <p>а) <b>характерно</b></p> <p>б) не характерно</p> <p>145. ДЛЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПОРАЖЕНИЕ ВЕН СРЕДНЕГО И МЕЛКОГО КАЛИБРА</p> <p>а) <b>характерно</b></p> <p>б) не характерно</p> <p>146. КОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, КРОМЕ</p> <p>а) узловой эритемы</p> <p>б) <b>экссудативной эритемы</b></p> <p>в) кожной гиперчувствительности</p> <p>147. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ВОЗМОЖНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ</p> <p>а) увеита</p> <p>б) афтозного стоматита</p> <p>в) <b>безболезненных язв половых органов</b></p> <p>г) тромбофлебита поверхностных и глубоких вен</p>
--	---

	<p>148. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ОТНОСЯТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>диффузного гломерулонефрита</b></li> <li>б) язвенно-некротического поражения мошонки</li> <li>в) увеита</li> <li>г) кожной гиперчувствительности</li> </ul> <p>149. ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ УВЕИТОМ И МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО ПОКАЗАНЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) глюкокортикостероиды</li> <li>б) <b>цитостатики</b></li> </ul> <p>150. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ КОЖНЫХ И СУСТАВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>циклофосфана</b></li> <li>б) хлорбутина</li> <li>в) иммуностимуляторов</li> <li>г) колхицина</li> </ul> <p>151. ПРИЧИННЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) стрептококковой инфекции</li> <li>б) <b>персистенции вируса гепатита В</b></li> <li>в) применения антибиотиков и/или сульфаниламидов</li> <li>г) пищевой аллергии</li> </ul> <p>152. ВСЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА, ВЕРНЫ, КРОМЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) кожные проявления часто представлены геморрагической сыпью</li> <li>б) <b>поражаются преимущественно мелкие суставы</b></li> <li>в) развивается диффузный гломерулонефрит</li> <li>г) нередко наблюдается абдоминальный синдром</li> </ul> <p>153. УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>при ревматической лихорадке</b></li> <li>б) при иерсиниозе</li> <li>в) при саркоидозе</li> <li>г) при лекарственной непереносимости</li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.11</b> Раздел 11. <b>Методы лечения ревматических заболеваний</b></p>	<p>154. АНТИЭКССУДАТИВНЫЙ ЭФФЕКТ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБУСЛОВЛЕН ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) уменьшением проницаемости капилляров</li> <li>б) стабилизацией лизосомальных мембран</li> <li>в) <b>ингибированием простагландинсинтеза</b></li> <li>г) инактивацией свободных кислотных радикалов</li> </ul> <p>155. МАЛЫЕ ДОЗЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ (2 Г/СУТ) МОГУТ СПРОВОЦИРОВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ревматизма</li> <li>б) ревматоидного артрита</li> <li>в) остеоартрита</li> <li>г) <b>подагры</b></li> </ul> <p>156. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ В ГРУППЕ ПРОИЗВОДНЫХ ПРОПИОНОВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ибупрофен (бруфен)</li> <li>б) напроксен</li> <li>в) флугалин</li> <li>г) <b>кетопрофен</b></li> </ul> <p>157. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ ИНДОМЕТАЦИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) тошнота</li> <li>б) головокружение</li> <li>в) <b>пребывающее повышение артериального давления</b></li> </ul>

	<p>г) <b>желудочное кровотечение</b></p> <p>158. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>а) гепатотоксические  б) нефротоксические  в) гематологические  г) <b>желудочно-кишечные</b></p> <p>159. ИЗ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</p> <p>а) индометацин  б) <b>диклофенак-натрия (вольтарен)</b>  в) ацетилсалициловая кислота  г) ибупрофен (бруфен)</p> <p>160. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ВЫЗЫВАЕТ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ МИАЛГИИ И ВЫРАЖЕННУЮ АМИОТРОФИЮ</p> <p>а) гидрокортизон  б) преднизолон  в) <b>триамцинолон</b>  г) метилпреднизолон</p> <p>161. ИММУНОСУПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ РЕАЛИЗУЕТСЯ ПУТЕМ</p> <p>а) <b>литического действия на Т- и В-лимфоциты, моноциты</b>  б) уменьшения количества циркулирующих лимфоцитов  в) стимуляции Т-киллеров</p> <p>162. В ОТНОШЕНИИ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ВЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <p>а) связывания с транскортином в плазме крови  б) связывания с альбумином плазмы крови  в) метаболизации в печени  г) выведения с мочой  д) <b>выведения с калом</b></p> <p>163. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОВЫШАЕТСЯ</p> <p>а) при приеме внутрь ударных доз (соответствующих 80-100 мг преднизолона в сутки)  б) при внутривенном введении по 1000 мг в сутки метилпреднизолона в течение трех дней (пульс-терапия)  в) при однократном утреннем приеме внутрь суточной дозы преднизолона  г) <b>во всех перечисленных случаях</b></p> <p>164. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИЕМА ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗЫ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ</p> <p>а) дексаметазон  б) триамцинолон  в) <b>преднизолон</b>  г) бетаметазон</p> <p>165. ОПТИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>а) 20-40 мг  б) <b>40-80 мг</b>  в) 80-100 мг  г) 10-20 мг</p> <p>166. ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ</p> <p>а) <b>при тяжелом кардите</b>  б) при активности III степени  в) при активности I степени</p>
--	---

	<p>167. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) III степень активности процесса</li> <li>б) неэффективность базисной терапии заболевания</li> <li>в) системные проявления заболевания</li> <li>г) <b>амилоидоз почек</b></li> </ul> <p>168. АДЕКВАТНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ОСТРОМ ТЕЧЕНИИ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) 15-25 мг</li> <li>б) 30-40 мг</li> <li>в) 40-60 мг</li> <li>г) <b>80-100 мг</b></li> </ul> <p>169. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПРИМЕНЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) преднизолон</li> <li>б) дексаметазон</li> <li>в) <b>метилпреднизолон</b></li> <li>г) триамцинолон</li> </ul> <p>170. ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ НЕ ПРОВОДИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при системной красной волчанке</li> <li>б) при ревматоидном артрите</li> <li>в) при болезни Шегрена</li> <li>г) <b>при ревматической полимиалгии</b></li> </ul> <p>171. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) высокая активность заболевания</li> <li>б) прогрессирующий люпус-нефрит</li> <li>в) цереброваскулит</li> <li>г) <b>высокая артериальная гипертензия и почечная недостаточность</b></li> </ul> <p>172. ПРИ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) только ударные дозы глюкокортикостероидов</li> <li>б) только ударные дозы цитостатиков - циклофосфана или метотрексата</li> <li>в) ударные дозы глюкокортикостероидов и ударные дозы цитостатиков (циклофосфана или метотрексата) с предварительным проведением плазмафереза или гемосорбции</li> <li>г) <b>все перечисленные</b></li> </ul> <p>173. ПУЛЬС-ТЕРАПИЮ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНОМ ПРЕРЫВАЮТ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) артралгии</li> <li>б) гиперемии лица</li> <li>в) <b>анафилактической реакции</b></li> <li>г) изменений вкусовых ощущений</li> </ul> <p>174. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОТМЕЧАЮТСЯ ВСЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) отставания в росте</li> <li>б) лунообразного лица</li> <li>в) запаздывания полового созревания</li> <li>г) <b>глаукомы</b></li> </ul> <p>175. АЗАТИОПРИН ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ревматоидного артрита</li> <li>б) системной красной волчанки</li> <li>в) <b>ревматической лихорадки</b></li> <li>г) болезни Шегрена</li> </ul> <p>176. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ АЗАТИОПРИНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>агранулоцитоз</b></li> <li>б) активация инфекции</li> </ul>
--	---

	<p>в) нарушение менструального цикла г) кожный зуд</p> <p>177. ЭФФЕКТ МЕТОТРЕКСАТА СВЯЗАН СО ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ МЕХАНИЗМАМИ, КРОМЕ</p> <p>а) ингибирования активности интерлейкина-1 б) уменьшения синтеза иммуноглобулина М в) уменьшения синтеза ДНК г) нарушения метаболизма фолиевой кислоты д) <b>торможения активности коллагеназы</b></p> <p>178. СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ</p> <p>а) токсического гепатита б) интерстициального нефрита в) панцитопении г) <b>пигментации кожи</b></p> <p>179. МЕТОТРЕКСАТ НЕ ВВОДИТСЯ</p> <p>а) перорально б) внутримышечно в) внутривенно г) <b>внутрисуставно</b></p> <p>180. ОПТИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА МЕТОТРЕКСАТА ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>а) 7.5 мг б) 10 мг в) 12.5 мг г) <b>15 мг</b></p>
--	--

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 <b>Воспалительные заболевания суставов и позвоночника.</b></p>	<p><b>Ситуационная задача 1</b></p> <p>Больная 42 лет, домохозяйка, в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад, после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3оС. Боли в области сердца, сердцебиение, одышка. Домашнюю работу выполняет с трудом.</p> <p>Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Пальпируются лимфатические узлы в подчелюстной области, подмышечные размером с горошину, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ослабление I тона, систолический шум на верхушке. ЧСС – 96 в мин. АД = 130/80 мм рт.ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны.</p> <p>Общий анализ крови: лейкоциты 9,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 35 мм/час.</p> <p>Биохимическое исследование крови: С-реактивный белок 25 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 127</p> <p>Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен остеопороз, сужение суставной щели, единичные узурсы костей.</p> <p>Вопросы: Назовите развернутый клинический диагноз. Назначьте план обследования в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией. Ваш план лечения?</p> <p><b>Ситуационная задача 2 (Ревматоидный артрит)</b></p> <p>Больная 34 года, инвалид II группы. Беспокоят боли в мелких суставах кистей, стоп, утренняя скованность в течение всего дня. Больна 4 года. Появились боли и припухлость в мелких суставах, температура 37,8-38 С. Через</p>
---	--

6 месяцев от начала заболевания изменилась форма мелких суставов, нарастала тугоподвижность в них.

Объективно: увеличены подчелюстные и подмышечные лимфоузлы, деформация всех проксимальных межфаланговых суставов. В легких - дыхание жесткое. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 110 уд. в мин. АД = 120/80 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , Hb 100 г/л, лейкоциты  $5,4 \times 10^9/л$ , СОЭ 40 мм/час.

Кровь на СРБ 15 мг/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1015, белок – 0,86 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты – единичные в поле зрения.

R-гр. кистей: резко выраженный остеопороз, сужение суставных щелей в обоих лучезапястных суставах, видны множественные костные эрозии.

Вопросы:

Какой механизм развития анемии у больной?

Поставьте развернутый диагноз.

Назначьте план обследования в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

Ваш план лечения в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

### **Ситуационная задача 3**

Пациент К. 20 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли и припухлость в области правого коленного сустава. На светобоязнь и снижение зрения в левом глазу, периодическое повышение температуры до 37.6 градуса. Выше перечисленные симптомы беспокоят около 3-4 недель. При осмотре правый коленный сустав увеличен в объеме, теплый, чувствительный при пальпации. Остальные суставы без видимой патологии.

Левый глаз полуприкрыт, слезится, имеет инъецированные сосуды.

В полости рта 3 безболезненных язвочки по 2-3 мм.

Офтальмолог диагностировал левосторонний увеит.

На Рентгенограмме илиосакральных сочленений – левосторонний сакроилиит.

На Рентгенограмме коленных суставов патологии не выявлено.

По УЗИ левого коленного сустава – явления синовита и избыточное количество синовиальной жидкости.

СОЭ 37 мм/ч, гемоглобин 109 г/л.

В мазках из уретры обнаружена Ur. Urealiticum

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Назначьте лечение.

3. Поражение глаз требует ли специальной терапии?

4. Какова длительность базисной терапии при этом заболевании?

### **Ситуационная задача 4**

Пациент С. 42 лет, обратился в клинику с болями в области крестца, которые иррадиируют в правую ягодицу, боли беспокоят в основном по ночам или во время отдыха. Болевой синдром нарушает сон, требует просыпания и изменения положения тела в кровати. Периодически беспокоит субфебрилитет. Так же беспокоят не ярко выраженные боли в 3 пальце левой стопы.

Из анамнеза – проявлений псориаза не выявлено.

При осмотре - Кожа чистая, в области пяток и подошв определяется гиперкератоз. Болезненна при пальпации правая илиосакральная область. Функциональные пробы характерные для анкилозирующего спондилита выполняет свободно. При осмотре левой стопы обнаружен увеличенный в объеме весь 3 палец, палец болезненный при пальпации, имеет несколько гиперемизированную окраску. При аускультации сердца определяется диастолический шум в области аорты.

Объективное обследование: МРТ илиосакральных сочленений – односторонний сакроилиит справа. УЗИ стопы – дактилит 3 пальца левой стопы. ЭХОкг – незначительная недостаточность аортального клапана, расширение восходящего отдела аорты.

Лабораторные данные: СОЭ 44 мм/ч, СРБ 100, иммуноглобулины G к хламидиям 5.45,

Мазки из уретры к хламидиям отрицательны.

	<p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сформулируйте диагноз</li> <li>2. Чем можно объяснить изменения на ЭХОКг и при аускультации?</li> <li>3. Назначьте лечение данному пациенту</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 5</b> Больная 42 лет, предъявляет жалобы на боль в коленных суставах, лучезапястных суставах обеих кистей, отечность суставов, похудела на 10 кг за 3 месяца.</p> <p>Указанные жалобы беспокоят 4 месяца.</p> <p>Объективно: в области лучезапястных суставов отмечаются явления экссудации, больше справа, коленные суставы не деформированы. Сила сжатия в кистях немного снижена справа.</p> <p>Сердце не увеличено, тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД – 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=18 в мин. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты 3,2х10<sup>12</sup>/л, Hb 90 г/л, лейкоциты 5,2х10<sup>9</sup>/л, формула без особенностей, СОЭ 63 мм/ч.</p> <p>С-реактивный белок 25 мг/л.</p> <p>Рентгенография кистей: отмечается околосуставной остеопороз, узурь не выявлены</p> <p>Рентгенография коленных суставов: суставная щель сужена, суставные поверхности ровные, субхондральный остеосклероз.</p> <p>Мочевая кислота –300 мкмоль/л.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Какой наиболее вероятный диагноз?</p> <p>Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?</p> <p>Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?</p> <p>Ваш план лечения.</p> <p><b>Ситуационная задача 6</b></p> <p>Больной Ю., 53 года, предъявляет жалобы: на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Болеет с 35 лет, появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°C.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД=150/100 мм рт.ст. ЧСС-74 уд./мин. ЧД-18 в мин. t-37,3°C. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль.</p> <p>Пробы: Симптом Кушелевского I,II - положительна, проба Томайера 65см, Форестье-22 см, проба подбородок-грудина-5см, экскурсия грудной клетки-100-96 см (4 см).</p> <p>Офтальмолог: без патологии (в пределах возрастной нормы).</p> <p>Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленений: Деформирующий спондилёз, двусторонний сакроилеит, St 3.</p> <p>ЭКГ: ритм правильный, признаки гипертрофии левого желудочка.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты 4,2х10<sup>12</sup>/л, Hb 122 г/л, тромбоциты 220х10<sup>3</sup>/л, лейкоциты 10х10<sup>9</sup>/л, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-18 мм/ч.</p> <p>Биохимическое исследование крови: СРБ – 5мг/л , РФ - отриц., HLA-DR4 - отриц., HLA-B27-положителен.</p> <p>Общий анализ мочи – норма.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.</p> <p>Каков характер болевого синдрома у пациента?</p> <p>Какие осложнения возможны у больных с данной патологией?</p> <p>Назначьте лечение больному.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.4</b> Раздел 4 Микрокристаллические артриты</p>	<p><b>Ситуационная задача 7</b></p> <p>Больной 49 лет жалуется на отёчность и сильную боль в I пальце левой стопы. Боль усиливается при малейшем прикосновении к суставу, из-за чего невозможно надеть на эту ногу обувь своего размера. Ходьба затруднена. Из</p>

	<p>анамнеза установлено, что заболел внезапно на фоне относительного благополучия. Ночью проснулся от нестерпимых болей в левой стопе, температура тела повысилась до 38,8. Накануне вечером в семье отмечали день рождения сына. Боли подобного характера в левой стопе были полгода назад. К врачу не обращался. По совету близких принимал диклофенак и вынужден был соблюдать постельный режим. Через 8 дней приступ благополучно закончился. Стопа вернулась к нормальному состоянию. В анамнезе мочекаменная болезнь. Неоднократно с мочой отходили конкременты желтовато-бурого цвета размером до 3 мм. Обследовался у уролога. По данным УЗИ камень в левой почке. Находится на диспансерном наблюдении по поводу гипертонической болезни. Объективно: повышенного питания, вес 95 кг при росте 175 см. В области хрящевой части ушной раковины слева пальпируются плотные безболезненные белесоватые образования величиной 4x3 мм. Левый I плюсно-фаланговый сустав увеличен в объёме, отёчный, синевато-багрового цвета. Кожа над суставом блестящая. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, ЧСС 92 в 1 мин. АД 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края рёберной дуги. Отёков нет. Лабораторные исследования: общий анализ крови без особенностей; креатинин крови 180 мкмоль/л; мочевиная кислота 380 мкмоль/л, но по данным амбулаторной карты полгода назад – 520 мкмоль/л; холестерин 6,4 мкмоль/л; общий анализ мочи: уд. вес 1015, pH – 5,2, ураты в большом количестве, белок 0,05 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 2-3 в п/зр.</p> <p>Вопросы к задаче:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проведите дифференциальную диагностику суставного синдрома</li> <li>2. Сформулируйте предварительный диагноз</li> <li>3. Какое исследование позволит получить достаточный критерий для подтверждения диагноза</li> <li>4. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо провести в случае отсутствия достаточного критерия для верификации диагноза</li> <li>5. Сформулируйте клинический диагноз с учётом коморбидности пациента</li> <li>6. Составьте план лечения (немедикаментозное и медикаментозное)</li> <li>7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.5</b> Раздел 5. .  <b>Ревматические проявления при неревматической патологии и редкие формы артропатий</b></p>	<p><b>Ситуационная задача 8</b></p> <p>Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области и коленных суставах.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная.</p> <p>Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – <math>5,2 \times 10^9</math>/л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.</p> <p>Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.</p> <p>ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извиты, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Край дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Бульбарные отделы без патологии.</p>

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.
6. Определите дальнейшую тактику ведения данного пациента
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 9**

Больная Р. 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше в левых отделах, жидкий стул до 5-7 раз в сутки. В стуле часто примесь слизи и крови. Беспокоит выраженная слабость, снижение трудоспособности, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,5°C, боли в суставах рук, снижение массы тела за последние недели на 5 кг.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Узловатая эритема на медиальной поверхности левого предплечья - 1,5×2 см. Суставы не изменены, функция сохранена. Со стороны легких - без особенностей. Пульс - 96 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные. Язык обложен у корня грязным налетом, суховат. Живот вздут, при пальпации чувствительный в левом нижнем квадранте. Урчание при пальпации в области сигмовидной кишки. Печень, селезенка не увеличены.

Анализ крови: эритроциты -  $3,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 85 г/л, лейкоциты -  $10,0 \times 10^9/л$ , СОЭ - 25 мм/час.

Анализ мочи - без патологии.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах толстого кишечника (до селезеночного изгиба) отмечается потеря гаустрации, уменьшение просвета и ригидность кишки, неравномерность рисунка слизистой оболочки.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определите тактику лечения больной.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

**Ситуационная задача 10**

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул с примесью крови 5-6 раз в сутки, повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, головокружение, боли в голеностопных, локтевых, плечевых суставах. Заболел около 2 месяцев назад, когда повысилась температура тела, появились боли в суставах. Проводилось несколько курсов антибактериальной терапии, на фоне чего появился жидкий стул.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. При пальпации живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. В общем анализе крови: эритроциты -  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 61 г/л, лейкоциты -  $11 \times 10^9/л$ , тромбоциты -  $350 \times 10^9/л$ , СОЭ - 30 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте и обоснуйте тактику ведения.
6. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6. Невоспалительные заболевания суставов, позвоночника и костей</p>	<p><b>Ситуационная задача 11</b>          Больная 56 лет, предъявляет жалобы на боль в коленных суставах, I плюснефаланговом суставе стопы, дистальных межфаланговых суставах кистей, временами опухание коленных суставов.          Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят много лет.          Объективно: повышенного питания, коленные суставы деформированы, в полости правого – небольшое количество выпота. При пальпации суставов во время движения – грубый хруст, активные и пассивные движения болезненны. Дистальные фаланги пальцев кисти искривлены у основания, где пальпируются твердые узелки. Незначительная атрофия мышц бедер. Сердце не увеличено, тоны приглушены, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.          Общий анализ крови: эритроциты <math>4,0 \times 10^{12}/л</math>, Hb 120 г/л, лейкоциты <math>5,2 \times 10^9/л</math>, формула без особенностей, СОЭ 23 мм/ч.          С-реактивный белок 5 мг/л.          Рентгенография коленных суставов: суставная щель сужена, суставные поверхности неровные, субхондральный остеосклероз, остеофиты.          Мочевая кислота –300 мкмоль/л.          Вопросы:          1.Какой наиболее вероятный диагноз?          2.Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?          3.Ваш план лечения.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.7</b> Раздел 7. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей</p>	<p><b>Ситуационная задача 12</b>          Больная 46 лет, предъявляет жалобы на боль в области правого локтевого сустава, больше с латеральной поверхности плечевой кости, усиливается при сжатии руки в кулак. Отмечает резкое ограничение функции правой руки при обычных домашних делах. Из анамнеза известно, что больная работает массажистом, накануне появления жалоб была выраженная физическая активность – мыла окна.          Указанные явления появились впервые.          Объективно: Состояние удовлетворительное, обычного питания. Кожа и слизистые чистые, обычного цвета.          St.localis: правый локтевой сустав не увеличен в объеме, при пальпации отмечается болезненность по латеральной поверхности локтевого сустава. Активные движения в локтевом суставе болезненные, пассивные – безболезненные. Остальные суставы без видимых изменений, движения не ограничены. ССС: Сердце не увеличено, тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД – 120/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=18 в мин          Общий анализ крови: эритроциты <math>4,0 \times 10^{12}/л</math>, Hb 150 г/л, лейкоциты <math>5,2 \times 10^9/л</math>, формула без особенностей, СОЭ 13 мм/ч.          С-реактивный белок 5 мг/л.          Рентгенография правого локтевого сустава: патологии не выявлено.          Вопросы:          4.Какой наиболее вероятный диагноз?          5.Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?          6.Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы пациенту?          7.Ваш план лечения.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.8</b> Раздел 8. Острая ревматическая лихорадка и ревматические пороки сердца</p>	<p><b>Ситуационная задача 13</b>          Больная Б., 41 года, поступила с жалобами на озноб, повышение температуры до <math>39,8^{\circ}C</math>, резкую слабость, одышку и перебои в работе сердца при небольшой физической нагрузке.          Из анамнеза: ревматическая болезнь сердца в течение 15 лет. Почувствовала ухудшение за 3 недели до поступления, когда после значительного переохлаждения начала повышаться температура до <math>38^{\circ}C</math>, стала нарастать одышка.          Объективно: состояние тяжелое. Кожа бледная, на голенях единичные геморрагические высыпания. В легких везикулярное дыхание, в задне-нижних отделах мелкопузырчатые хрипы, ЧД – 24 в мин. Границы сердца: правая – 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – 3-е ребро, левая – 3 см кнаружи</p>

	<p>от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичны, единичные экстрасистолы, ЧСС – 100 уд. в мин. На аорте ослабление второго тона; систолический шум, проводящийся на сосуды шеи; диастолический шум – на аорте и в точке Боткина. АД=140/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см ниже края реберной дуги, селезенка + 1,5 см.</p> <p>ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы. Увеличение зубцов RI, aVL, V5-6; углубление SIII, aVF, V1-2, смещение ST вниз с отрицательным T в V5-6.</p> <p>Рентгенограмма органов грудной клетки: легкие без инфильтративных теней. Тень сердца расширена за счет 4-й дуги левого контура и 1-й дуги правого контура.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О поражении какого клапана можно думать по результатам аускультации сердца?</li> <li>2. С чем Вы связываете ухудшение самочувствия больной?</li> <li>3. Ваш предварительный диагноз.</li> <li>4. Гипертрофия какого отдела сердца выявлена на ЭКГ и рентгенограмме?</li> <li>5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?</li> <li>6. Назначьте лечение в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.</li> </ol> <p><b>Ситуационная задача 14</b></p> <p>Больной 20 лет поступил с жалобами на общую слабость, постоянные тупые боли в области сердца, боли в коленных и голеностопных суставах и их припухлость. За 2 недели до этого перенес ангину.</p> <p>Объективно: температура тела 38оС, припухлость коленных и голеностопных суставов, их гиперемия. Пульс = 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, четкий систолический шум на верхушке. Артериальное давление = 100/60 мм рт. ст. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД = 20 в мин.</p> <p>Общий анализ крови: лейкоцитов – 10х10<sup>9</sup>/л, СОЭ 34 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: СРБ 15 мг/л, АСЛ-О – 625 ед, ревматоидный фактор (РФ) – отриц.</p> <p>ЭКГ: CLC-синдром (PQ=0,11 сек), снижение вольтажа зубцов, желудочковая экстрасистолия.</p> <p>ЭхоКГ: неравномерное утолщение передней створки митрального клапана, ограничение подвижности задней створки. Увеличение амплитуды пульсации межжелудочковой перегородки.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите предполагаемый диагноз.</li> <li>2. Проведите дифференциальный диагноз.</li> <li>3. Назначьте лечение в соответствии со стандартами терапии данной патологии</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.9</b> Раздел 9. <b>Диффузные заболевания соединительной ткани</b></p>	<p><b>Ситуационные задача 15</b></p> <p>Больная З., 23 лет, в течение последних 6-7 месяцев беспокоит слабость, выпадение волос. К врачу не обращалась. В последние 2 месяца усилилась слабость, присоединились боли в суставах (кистей, голеностопных), появилась небольшая одышка, отечность голеней, пастозность лица, периодически возникающие боли в области сердца, частое сердцебиение. Обратилась к врачу. Из анамнеза жизни – хр. пиелонефрит.</p> <p>Объективно: кожные покровы бледноватые, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, аритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 95 в мин. АД = 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Определяется пастозность голеней. Суставы внешне не изменены.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты 3,05х10<sup>12</sup>/л, Hb 95 г/л, лейкоциты 5,2х10<sup>9</sup>/л, СОЭ 60 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: уд. вес – 1010, белок – 1,5 г/л., лейкоциты – 8-9 в поле зрения, эритроциты – 10-12 в поле зрения.</p>

	<p>При исследовании сыворотки крови: ЦИК – 3,0, АНФ ++, СРБ -10 мг/л, антитела к ДНК – 0,74 (N до 0,1).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предполагаемый диагноз?</li> <li>2. Назначьте план обследования.</li> <li>3. Ваш план лечения в соответствии со стандартами терапии данной патологии.</li> </ol> <p><b>Ситуационные задача 16</b></p> <p>1. Больная М. 42 лет поступила с жалобами на слабость, снижение веса на 5-6 кг за 1, 5 месяца, чувство стягивания лица, онемение и покалывание пальцев рук, одышку при умеренной физической нагрузке, нарушение глотания твердой пищи. Боли в области суставов кистей и коленных суставов. Больна в течение 8 лет.</p> <p>Объективно: пониженного питания, кожа в области кистей, предплечий, бедер плотная, в складку не собирается, отмечаются участки атрофии и индурации кожи. Объем движений в области мелких суставов кистей резко ограничен из-за явлений мышечной контрактуры. Обнаруживается укорочение дистальной фаланги 2 пальца правой кисти и дистальной фаланги 3 пальца левой кисти. Фаланги деформированы, имеют вид муляжных. Лицо амимично. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушивается умеренное количество сухих хрипов. Тоны сердца аритмичные, приглушены, единичные экстрасистолы. Артериальное давление = 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени в пределах нормы.</p> <p>Общий анализ крови: СОЭ – 30 мм/ч, эритроциты – 3,5x10<sup>12</sup>/л, Hb – 98 г/л, лейкоциты – 5x10<sup>9</sup>/л. Общий анализ мочи норма.</p> <p>Рентгенография пищевода: нарушение пассажа бария в виде замедления, сужение нижней трети пищевода. Рентгенография легких: явления диффузного пневмосклероза в нижних отделах легких. ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, желудочковые экстрасистолы.</p> <p>Реовазография верхних конечностей: значительное снижение кровенаполнения сосудов предплечий и кистей.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваш предполагаемый диагноз?</li> <li>2. Какие дополнительные исследования необходимы для его подтверждения?</li> <li>3. Ваш план лечения в соответствии со стандартами терапии данной патологии.</li> <li>4. Назовите показания к госпитализации.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.10</b> Раздел 10. <b>Системные васкулиты</b></p>	<p><b>Ситуационные задача 17</b></p> <p>Больной 18 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры.</p> <p>Заболел вчера (со слов больного после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5оС. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.</p> <p>При осмотре: в приемном покое у больного отмечено повышение температуры до 38оС, обложенный сухой язык. Патологии со стороны легких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. На голених петехиальные высыпания. Ярко выраженные симптомы артрита голеностопных, коленных и лучезапястных суставов.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты 4,2x10<sup>12</sup>/л, Hb 136 г/л, тромбоциты 200x10<sup>3</sup>/л, лейкоциты 21x10<sup>9</sup>/л, э – 12, п – 10, с – 68, л – 6, м – 4, СОЭ 42 мм/час, время свертываемости крови – 8 мин, время кровотечения – 2 мин.</p> <p>Общий анализ мочи: уд. вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 10-15 в поле зрения свежие, неизмененные.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. О каком заболевании следует подумать?</li> </ol>

2. Какие дополнительные обследования надо провести в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией?

3. Какая дальнейшая лечебная тактика?

#### **Ситуационные задача 18**

68-летний мужчина жалуется на сильные головные боли, скованность в шейном отделе позвоночника, боли и слабость мышц плечевого пояса, боли в мышцах тазового пояса и затруднение при вставании со стула. Головные боли возникли около 2 месяцев назад, мало поддавались действию анальгетиков и НПВС. Температура тела 37,4. При внешнем осмотре извитой болезненный тяж в области левого виска, АД 130/80 мм рт.ст. Внешне суставы не изменены, сила проксимальных мышц конечностей снижена. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила признаки остеохондроза. В общем анализе крови Нв 140г/л; лейкоциты - 8,0 тыс; СОЭ 48 мм/час. Анализ на ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела не обнаружены.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

#### **Ситуационные задача 19**

Больной 27 лет доставлен в стационар с жалобами на кашель с выделением мокроты, диффузно окрашенной алой кровью, одышку в покое, зуд кожи, сухость во рту, жажду, резкую общую слабость. В течение нескольких лет наблюдается у терапевта по поводу артериальной гипертонии, постоянно определяются патологические изменения в моче. В течение последнего месяца отметил ухудшение общего состояния, прогрессивно нарастала общая слабость, многократно повторялась рвота, жаловался на резкие головные боли и отсутствие аппетита. Постепенно нарастала одышка, появился кашель и в течение последних двух дней обильное кровохарканье. Доставлен с подозрением на крупозную пневмонию.

Объективно - состояние тяжёлое. Кожа сухая, бледная, со следами расчесов. Пастозность лица, небольшие отёки на голенях и пояснице. В легких дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 28 в минуту. Границы сердца расширены влево, ритм сердечных сокращений правильный, тоны глухие, акцент 2-го тона на аорте, короткий систолический шум во всех точках. Пульс 96 в минуту. АД 200/110 мм. рт. ст. Живот мягкий, небольшая болезненность при пальпации без четкой локализации.

Анализ крови: эритроциты  $2,8 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 93 г/л, лейкоциты  $9,6 \times 10^9/л$ , СОЭ- 32 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес 1006, белок 1,32 г/л, в осадке 2-3 лейкоцита и 10-12 эритроцитов в поле зрения, гиалиновые цилиндры. Мочевина крови 25,8 ммоль/л, креатинин- 1,23 ммоль/л. На рентгенограмме лёгких усиление лёгочного рисунка, снижение прозрачности лёгочной ткани в нижних отделах с обеих сторон.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

Какое лечение следует назначить данному больному?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

#### **Ситуационные задача 20**

Больной М.. 36 лет, жалуется на подъемы температуры до  $38^{\circ}C$  с ознобом, припухлость мелких суставов кистей, боли в мышцах нижних конечностей. Заболел остро, 4 мес. назад. Получал аспирин, антибиотики по поводу инфекционно-аллергического полиартрита. Постепенно исчезла припухлость суставов, однако оставались боль, высокая лихорадка, потливость, стал отмечать снижение болевой чувствительности и слабость в левой ноге.

Прогрессивно худел. При осмотре: больной пониженного питания; кожные покровы бледные, суставы внешне не изменены, слегка свисает левая стопа, патологии внутренних органов не выявлено. АД - 150/98 мм.рт.ст.

Анализ крови: НЬ 120 г/л, лейкоц.  $12 \times 10^9$ ., эритроц.  $4,2 \times 10^{12}$  /л, СОЭ 42 мм/ч.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

Какое лечение следует назначить данному больному?

С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

#### **Ситуационные задача 21**

Больной, 18 лет. Месяц назад перенес острое респираторное заболевание. Принимал тетрациклин. При этом отмечал боль в коленных суставах с припуханием, геморрагические высыпания на коже голени, которые исчезли после отмены тетрациклина. Через 2 нед. в связи с субфебрилитетом возобновил прием тетрациклина, после чего состояние резко ухудшилось: повысилась температура до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , появились сливные геморрагические высыпания на голени, бедрах, ягодицах, головная боль. Через 2 дня присоединились резкие схваткообразные боли в животе. Стул 30 раз с примесью крови, повторная рвота цвета "кофейной гущи". Объективно: бледен, истощен. На коже множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения болезненны. Живот втянут, резкая болезненность при пальпации, имеются симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: Нв-80 г/л, Лейкоциты-  $27,6 \times 10^9$ , п/я-17%, СОЭ 54 мм/ч. Анализ мочи- уд. вес 1015, белок. 0,9 г/л, эритроциты- 50-60 в поле зрения.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Как объяснить рвоту цвета "кофейной гущи"?

#### **Ситуационные задача 22**

Женщина 29 лет проходит обследование по поводу артериальной гипертензии. Жалобы на слабость, ухудшение зрения на левый глаз, «летучие» боли в крупных суставах. Во время письма возникает ощущение слабости и дискомфорта в руке, требующее отдыха. Объективно: обнаружена асимметрия пульса (слева пульс слабее) и АД (справа АД 180/100 мм рт.ст., слева 160/90 мм рт.ст.). Над брюшным отделом аорты выслушивается систолический шум.

Анализ крови: Нв - 113 г/л, лейкоц. -  $5,4 \times 10^9$ /л, в формуле - 65 % нейтрофилов, СОЭ - 28 мм/ч.

Антиядерные антитела не выявлены. В б/х анализе крови - холестерин - 4,2 ммоль/л.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

1. Как объяснить слабость и дискомфорт в руке.
2. Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны.
3. Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз артериальной гипертензии.
4. Тактика лечения.