

№ОРД-РЕВМ-19

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра внутренних болезней №1

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания

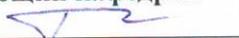
Центрального
координационного
учебно - методического совета
«28» августа 2020 Пр. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к программе Государственной итоговой аттестации (ГИА) основной
профессиональной образовательной программы высшего
образования - программы ординатуры по специальности 31.08.46
Ревматология,
утвержденной 28.08.2020 г.

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «27» августа 2020 г., протокол № 1

Заведующий кафедрой

Д.м.н.  Тотров И.Н.

г. Владикавказ 2020 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к зачету;
 - тестовые задания
 - ситуационные задачи

Паспорт фонда оценочных средств к программе

«Государственная итоговая аттестация»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Итоговый		
1	Государственная итоговая аттестация	УК-1-3, ПК-1-12	Тестовый контроль, вопросы и билеты для зачета, ситуационные задачи

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на фонд оценочных средств**

к программе **«Государственная итоговая аттестация»** для **ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.46 «Ревматология»**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре **внутренних болезней № 1** на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО

Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплен печатью учебно-методического управления.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий, вопросы и билеты для экзамена.

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют **программе «Государственная итоговая аттестация»** и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет **240**. Сложность заданий варьируется. Количество заданий достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Билетов к экзамену **35**, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя **3** вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагаются анализы, электрокардиограммы

Сложность вопросов в билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств **к программе «Государственная итоговая аттестация»** способствует качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств к программе «Государственная итоговая аттестация» может быть рекомендован к использованию для итоговой аттестации ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.46 «Ревматология»

Рецензент:

Зав. кафедрой внутренних болезней №4 д.м.н., профессор З.Т. Астахова

« »

2020г.

М.П.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на фонд оценочных средств**

к программе **«Государственная итоговая аттестация»** для **ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.46 «Ревматология»**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре **внутренних болезней № 1** на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям ФГОС ВО

Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплен печатью учебно-методического управления.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий, вопросы и билеты для экзамена.

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют **программе «Государственная итоговая аттестация»** и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет **240**. Сложность заданий варьируется. Количество заданий достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Билетов к экзамену **35**, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя **3** вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагаются анализы, электрокардиограммы

Сложность вопросов в билетах распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств **к программе «Государственная итоговая аттестация»** способствует качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств к программе «Государственная итоговая аттестация» может быть рекомендован к использованию для итоговой аттестации ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.46 «Ревматология»

Рецензент:

Зав. кафедрой общей врачебной практики, геронтологии, общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО КБГУ им. Х.М. Бербекова д.м.н., профессор А.М. Инарокова

М.П.

« » 2020г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ № 1

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

И.Н. Тотров 

«27» августа 2020 г.

**ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ «ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ
АТТЕСТАЦИЯ»**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

**Перечень вопросов к экзамену «Государственная итоговая
аттестация» для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.46 «Ревматология»**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

1. Ревматоидный артрит: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, диагностические критерии.
2. Подагра: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
3. Подагра: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, диагностические критерии.
4. Системная склеродермия: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
5. Хроническая ревматическая болезнь сердца: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, нарушения гемодинамики при аортальных пороках, клинические проявления, диагностика.
6. Хроническая ревматическая болезнь сердца: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, нарушения гемодинамики при митральных пороках, клинические проявления, диагностика.
7. Хроническая ревматическая болезнь сердца: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
8. Остеоартроз: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
9. Остеоартроз: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, клинические проявления, диагностические критерии.
10. Псориатический артрит: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
11. Реактивные артриты: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, клинические проявления, диагностика (лабораторная и рентгенологическая)
12. ОРЛ: лабораторная и инструментальная диагностика, принципы лечения.
13. Ревматическая полимиалгия: дифференциальная диагностика, принципы лечения.

14. Остеопороз: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, клинические проявления диагностические критерии.
15. Остеопороз: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
16. Серонегативные спондилоартриты: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
17. Болезнь Бехчета: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
18. Бактериальные артриты: дифференциальная диагностика, принципы лечения
19. Анкилозирующий спондилоартрит (Болезнь Бехтерева): определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, диагностические критерии.
20. Ревматическая полимиалгия: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
21. Системная склеродермия: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, клинические проявления, диагностические критерии.
22. Болезнь Бехтерева: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
23. Антифосфолипидный синдром: лабораторная диагностика, принципы лечения.
24. Антифосфолипидный синдром: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, лабораторная диагностика.
25. Лаймская болезнь: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, клинические проявления, диагностические критерии.
26. Идиопатические воспалительные миопатии: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
27. Инфекционный эндокардит: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, клинические проявления, диагностические критерии.
28. Инфекционный эндокардит: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
29. Фибромиалгия: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
30. Системные васкулиты: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
31. Системная красная волчанка: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация, клинические проявления, диагностические критерии.

32. Системные васкулиты: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, классификация клинические проявления, иммунологическая диагностика.
33. Лайма болезнь: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
34. Болезнь Шёгрена: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
35. СКВ: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
36. Бактериальный артрит и инфекции протезированных суставов: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
37. Системные васкулиты (узелковый полиартрит, пурпура Шёнлейна-Геноха): определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
38. Псориатический артрит: дифференциальная диагностика, принципы лечения.

39. Идиопатические воспалительные миопатии: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
40. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей: определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностические критерии.
41. Интенсивная терапия ревматических заболеваний.
42. Артропатии при неревматических заболеваниях (эндокринных заболеваниях, нейроартропатии, паранеопластические артропатии): определение, этиология, факторы риска, патогенетические механизмы, клинические проявления, диагностика.
43. Ювенильный артрит: определение, этиологические факторы, классификация, клинические проявления, варианты течения ювенильного ревматоидного артрита, диагностические критерии.
44. Цитостатики: механизм действия, показания, противопоказания к назначению, осложнения при применении, мониторинг за развитием побочных эффектов, роль препаратов в лечении ревматических заболеваний.
45. Хондропротекторы: механизм действия, показания, противопоказания к назначению, осложнения при применении, мониторинг за развитием побочных эффектов, роль препаратов в лечении ревматических заболеваний.
46. НПВП: механизм действия, показания, противопоказания к назначению, осложнения при применении, мониторинг за развитием побочных эффектов, роль препаратов в лечении ревматических заболеваний.
47. Генно-инженерные биологические препараты: механизм действия, показания, противопоказания к назначению, осложнения при

применении, мониторинг за развитием побочных эффектов, роль препаратов в лечении ревматических заболеваний.

48. Метотрексат: механизм действия, показания, противопоказания к назначению, осложнения при применении, мониторинг за развитием побочных эффектов, роль препаратов в лечении ревматических заболеваний.

49. Глюкокортикоиды: механизм действия, показания, противопоказания к назначению, осложнения при применении, мониторинг за развитием побочных эффектов, роль препаратов в лечении ревматических заболеваний.

50. Организация ревматологической помощи населению.

Перечень вопросов по практическим навыкам.

1. Общие принципы клинического обследования больного с ревматоидным артритом.
2. ЭКГ признаки при нарушениях ритма, блокадах ножек пучка Гиса, синоатриальной и А-V блокаде.
3. Общие принципы клинического обследования больного с ОРЛ.
4. Оценка показателей общего анализа крови в норме и при патологии.
5. Общие принципы клинического обследования больного с подагрой.
6. ЭКГ признаки мелко и крупноочагового инфаркта миокарда.
7. Клиническое обследование ревматологического больного с системной красной волчанкой.
8. Методика измерения АД и интерпретация полученных показателей. Классификация показателей АД.
9. Клиническое обследование ревматологического больного с системной склеродермией.
10. Изменения данных перкуссии и аускультации сердца при приобретенных и врожденных пороках.
11. Клиническое обследование ревматологического больного с антифосфолипидным синдромом.
12. Методика и оценка результатов дуоденального зондирования, фракционного исследования желудочного сока. Показания, противопоказания к проведению.
13. Клиническое обследование ревматологического больного с хронической ревматической болезнью сердца.
14. Показания к проведению плевральной пункции, методика проведения. Оценка результатов исследования плевральной жидкости.
15. Клиническое обследование ревматологического больного с псориатическим артритом.
16. Характеристика мочевого синдрома, биохимических показателей состояния функции почек (общий белок, белковые фракции,

холестерин, мочевины, остаточный азот, скорость фильтрации и реабсорбции мочи) у больных острым и хроническим диффузным гломерулонефритом

17. Клиническое обследование ревматологического больного с ревматической полимиалгией.
18. Лабораторные критерии печечно-клеточной недостаточности, желтух, холестатического синдрома.
19. Клиническое обследование ревматологического больного с анкилозирующим спондилоартритом.
20. Лабораторное исследование мочи. Оценка анализа мочи общего, по Нечипоренко, Зимницкому, пробы Реберга. Диагностическое значение.
21. Клиническое обследование ревматологического больного с системным васкулитом.
22. Изменения общего анализа крови и биохимических показателей при инфаркте миокарда.
23. Клиническое обследование ревматологического больного с ювенильным ревматоидным артритом.
24. Лабораторные критерии активности ревматического процесса, аутоиммунного воспалительного процесса.
25. Определение показаний и противопоказаний, подготовка больного к бронхоскопии, ЭГДС, колоноскопии, цистоскопии, лапароскопии и лапаротомии

26. Клиническое обследование ревматологического больного с реактивными артритами.
27. Основы электрокардиографии. Системы ЭКГ отведений. Методика анализа ЭКГ.
ЭКГ-изменения при перегрузке и гипертрофии различных отделов сердца
28. Клиническое обследование ревматологического больного с инфекционным эндокардитом.
29. Клинико-лабораторные и инструментальные признаки ХПН. Оценка электролитных и кислотно-основных показателей.

30. Клиническое обследование ревматологического больного с остеоартрозом.

Федеральное государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Внутренних болезней №1

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания Цикловой
учебно-методической комиссии
от «28» августа 2020г. Пр. № 1

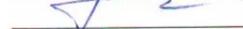
Эталоны тестовых заданий

для Государственной итоговой аттестации
для ординаторов

по специальности 31.08.46 «Ревматология»

Рассмотрено и одобрено на заседании
кафедры
от 27 августа 2020г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой

 д.м.н. И.Н. Тотров

г. Владикавказ 2020 год

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Итоговый			
1	Государственная итоговая аттестация	240	УК-1-3, ПК-1-12	15-49

Тестовые задания

1. Какие выводы о ревматоидном артрите верны?

1. Ревматоидный фактор обнаруживается в сыворотках большинства больных этим заболеванием.
2. У 25% больных в сыворотках присутствует антинуклеарный фактор.
3. Поражение щитовидной железы не характерно, не смотря на частое обнаружение антител к тиреоцитам.
4. Увеличена частота носительства HLA-DR4

2. Какие симптомы имеют значение для ранней диагностики ревматоидного артрита?

1. Утренняя скованность
2. Болезненность при пальпации Ахиллова сухожилия
3. Ослабление силы сжатия кисти
4. Латеральная девиация суставов кистей
5. Подкожные узелки
6. Отек проксимальных межфаланговых суставов

3. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите?

1. Дистальные межфаланговые суставы
2. Проксимальные межфаланговые суставы
3. Первый пястно-запястный сустав
4. Суставы шейного отдела позвоночника
5. Суставы поясничного отдела позвоночника

4. Какие выводы о подкожных ревматоидных узелках верны?

1. Обнаруживаются у 25-30% больных ревматоидным артритом
2. Наиболее часто локализуются в области локтевого "сгиба"
3. Как правило ассоциируются с выявлением ревматоидного фактора
4. Могут исчезать при назначении базисных противоревматических препаратов
5. Могут быть причиной дисфонии
6. Редко ассоциируются с развитием ревматоидного васкулита

5. Какие клинические проявления наиболее часто встречаются у больных ревматоидным васкулитом?

1. Гематурия и протеинурия
2. Инфаркты в области ногтевого ложа
3. Похудание
4. Сенсорномоторная нейропатия
5. Ревматоидные узелки

6. Какие положения о синдроме Фелти верны?

1. Развивается как у мужчин, так и у женщин*
2. Всегда сочетается с высокими титрами ревматоидного фактора
3. После спленэктомии может рецидивировать лейкопения
4. Назначение глюкокортикостероидов приводит к увеличению количества лейкоцитов
5. Может развиваться гепатомегалия
6. Основной причиной смерти больных является сепсис

7. Какие выводы о синдроме Каплана верны?

1. Может развиваться в отсутствие ревматоидного артрита

2. Всегда ассоциируется с обнаружением ревматоидного фактора
3. Чаще развивается у мужчин
4. Гистологические изменения легочного узелка сходны с ревматоидным узелком

8. Какие офтальмологические осложнения могут наблюдаться при ревматоидном артрите?

1. Ирит
2. Эписклерит
3. Хороидоретинит
4. Сухой кератоконъюнктивит

9. Отметить возможные причины анемии при ревматоидном артрите:

1. Дефицит железа
2. Гиперспленизм
3. Хроническое воспаление
4. Лекарственная терапия

10. Имеются данные о том, что некоторые из перечисленных сопутствующие состояний или осложнения могут способствовать снижению активности синовиита у больных ревматоидным артритом.

1. Синдром Фелти
2. Беременность
3. Желтуха
4. Амилоидоз
5. Агранулоцитоз
6. Сепсис

11. Какие из следующих признаков характерны для болезни Стилла взрослых?

1. Лихорадка
2. Сыпь
3. Положительный латекс-тест
4. Спленомегалия
5. Лимфоаденопатия
6. Лейкопения

12. Отметить наиболее характерные признаки серонегативных спондилоартритов

1. Рентгенологические признаки сакроилеита с или без сопутствующего спондилита
2. Семейная агрегация
3. Носительство HLA-B27
4. Отсутствие ревматоидного Фактора
5. Развитие не симметричного периферического артрита
6. Частое развитие переднего увеита*

13. Какие клинические проявления могут встречаться при серонегативных спондилоартропатиях?

1. Изъязвление кожи и слизистых оболочек
2. Воспаление глаз
3. Кожная сыпь.
4. Узловатая эритема

14. Какие признаки позволяют заподозрить анкилозирующий спондилоартрит?

1. Боли в пояснице, крестце и позвоночнике
2. Появление суставных симптомов у мужчин моложе 40 лет

3. Выраженная утренняя скованность
4. Улучшение состояния после физических упражнений
5. Прогрессирование рентгенологических изменений в периферических суставах

15. Что из перечисленного характерно для анкилозирующего спондилита?

1. Чаще развивается у женщин, чем у мужчин
2. Чаще развивается у лиц молодого возраста, чем пожилого возраста
3. Регулярные физические упражнения противопоказаны
4. Возникают затруднения при управлении машиной
5. Более высокая смертность от легочных, сердечно-сосудистых и почечных заболеваний, чем в популяции*
6. Поражение глаз может быть первым проявлением заболевания

16. Какие признаки редко встречаются при анкилозирующем спондилите?

1. Увеличение СОЭ
2. HLA-B27
3. Сакроилеит
4. Энтезопатии
5. Ревматоидный фактор

17. Отметить рентгенологические изменения, характерные для анкилозирующего спондилита?

1. Псевдорасширение щелей крестцово-подвздошных сочленений
2. Субхондральный остеосклероз в области крестцово-подвздошных сочленений.
3. Синдром "квадратизации" позвонков
4. Эрозивный артрит мелких суставов стоп и кистей
5. Образование синдесмофитов

18. Отметить клинические признаки псориатического артрита:

1. Поражение дистальных межфаланговых суставов
2. Мутилирующий артрит
3. Асимметричный олигоартрит
4. Анкилозирующий спондилит

19. Отметить рентгенологические признаки псориатического артрита:

1. Эрозивный артрит
2. Образование синдесмофитов
3. Периостит
4. Акроостеолиз

20. Отметить признаки болезни Рейтера:

1. Болезненность при пальпации Ахиллова сухожилия
2. Частое поражение мелких суставов кистей
3. Рецидивирующий ирит
4. Аортальная недостаточность
5. Частое обнаружение ревматоидного фактора

21. Что из перечисленного характерно для болезни Рейтера?

1. Чаще развивается у мужчин
2. Может быть связана с гонорейной инфекцией
3. Имеет хороший прогноз

4. Поддается лечению тетрациклином
5. Чаще развивается у носителей HLA-B27

22. Отметить заболевания, при которых может развиваться двухсторонний сакроилеит:

1. Синдром Рейтера
2. Псориаз
3. Параплегия
4. Ювенильный хронический артрит
5. Бруцеллез

23. Какие выводы об экстраартикулярных проявлениях анкилозирующего спондилита верны?

1. Острый передний увеит развивается у четверти больных
2. Самой частой формой поражения сердечно-сосудистой системы является аортит
3. Поражение почек может быть связано с амилоидозом и IgA-нефропатией
4. Часто развивается апикальный легочный фиброз

24. Какие из перечисленных инфекционных агентов вызывают развитие синдрома Рейтера или реактивного артрита

1. *Shigella flexneri*
2. *Yersinia enterocolitica*
3. *Salmonella typhimurium*
4. *Campylobacter fetus*
5. *Chlamidia trachomatis*

25. Отметить клинические проявления, входящие в диагностические критерии системной красной волчанки?

1. Дискоидная сыпь 1
2. Феномен Рейно
3. Нефрит
4. Серозит
5. Миозит

26. Какие лабораторные нарушения относятся к диагностическим критериям системной красной волчанки?

1. Увеличение СОЭ
2. Ложноположительная реакция Вассермана
3. Антитела к ДНК
4. Антитела к тромбоцитам
5. Антитела к Sm-антигену

27. Какие гематологические нарушения входят в диагностические критерии системной красной волчанки?

1. Гемолитическая анемия с ретикулоцитозом
2. Лейкопения менее 4000/мл
3. Тромбоцитопения менее 150000/мл
4. Лимфопения менее 1500/мл

28. Отметить признаки нефротического синдрома при системной красной волчанке:

1. Бактериурия.
2. Гипокомплементемия.
3. Лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия

4. Снижение клиренса креатинина

29. На фоне приема каких лекарственных препаратов наиболее часто наблюдается развитие лекарственной красной волчанки?

1. Гидралазин
2. Гипотиазид
3. Пенициллин
4. Новокаионамид
5. Аллопуринол

30. Отметить характерные клинические и лабораторные проявления лекарственной красной волчанки:

1. Артрит мелких суставов кистей
2. Плеврит
3. Нефрит
4. Поражение центральной нервной системы
5. Антитела к ДНК

31. Какие признаки системной склеродермии ассоциируются с повышенным риском развития поражения почек?

1. Изменения при капилляроскопии
2. Антитела к центромере
3. Отек кистей
4. Поражение кожи живота
5. Поражение пищевода

32. Какие признаки позволяют дифференцировать диффузную форму системной склеродермии от CREST-синдрома?

1. Феномен Рейно
2. Телеангиэктазии
3. Подкожный кальциноз
4. Поражение пищевода
5. Ни один из перечисленных

33. Отметить характерные клинические проявления CREST-синдрома

1. Проксимальная миопатия
2. Феномен Рейно
3. Поражение кишечника
4. Телеангиэктазии
5. Поражение почек
6. Легочная гипертензия

34. Какие факторы могут провоцировать феномен Рейно?

1. Кофеин
2. Никотин
3. Эмоциональный стресс
4. Бета-блокаторы*

35. Какие признаки не типичны для первичного феномена Рейно?

1. Обострение на фоне эмоционального стресса
2. Язвы на кончиках пальцев
3. Односторонний вазоспазм

4. Начало в детском возрасте (менее 14 лет)

36. При каких заболеваниях может развиваться феномен Рейно?

1. Системная склеродермия
2. Crest-синдром
3. Синдром Шарпа
4. Подагра.

37. При каких заболеваниях редко встречается с синдромом Шегрена?

1. Ревматоидный артрит
2. Саркоидоз
3. Полимиозит
4. Системная склеродермия
5. Системная красная волчанка

38. Какие признаки характерны для синдрома Шегрена?

1. Антитела к Ro/La-антигенам
2. Поражение ЦНС
3. Поражение малых слюнных желез, подтвержденное при морфологическом исследовании
4. Высокие титры ревматоидного фактора
5. Увеличение частоты лимфопрролиферативных опухолей

39. Какие признаки поражения нервной системы наблюдаются при синдроме Шегрена?

1. Множественный мононеврит
2. Шизофрения
3. Синдром запястного канала
4. Синдром Гийена-Барре

40. Какие клинические признаки следует учитывать при дифференциальной диагностике первичного и вторичного синдрома Шегрена?

1. Симметричный полиартрит с эрозиями
2. Кожный васкулит
3. Множественный мононеврит
4. Ответ на глюкокортикостероиды

41. Отметить заболевания, при которых встречается сухой кератоконъюнктивит:

1. Ювенильный хронический артрит
2. Синдром Шегрена
3. Дефицит витамина А
4. Синдром Рейтера

42. Что из перечисленного не характерно для полимиозита?

1. Атония мочевого пузыря
2. Дисфагия
3. Осиплость голоса
4. Слабость проксимальной мускулатуры конечностей

43. Отметить характерные особенности мышечного синдрома при полимиозите:

1. Симметричность
2. Поражение проксимальной мускулатуры
3. Выраженная мышечная слабость
4. Все выше сказанное верно

44. Отметить наиболее типичные проявления кожного синдрома при дерматомиозите.

1. Фоточувствительная эритематозная сыпь на лице и груди
2. Чешуйчатые пятна, напоминающие псориаз
3. Локализация сыпи в подмышечной ямке и в паху
4. Развитие сыпи сочетается с кожным зудом

45. Какие лабораторные тесты не имеют значения для подтверждения диагноза полимиозит?

1. СОЭ
2. Антинуклеарный фактор
3. Ревматоидный фактор
4. Антитела к мышечным антигенам

46. Какие выводы о дерматомиозите правильны?

1. Всегда развивается на фоне опухолей
2. Симптом Готрона является характерным признаком болезни
3. Часто развиваются мышечные контрактуры
4. Часто развивается подкожный кальциноз
5. Могут развиваться нарушение сердечной проводимости
6. "Рука механика" не характерна для дерматомиозита

47. Какие заболевания наиболее часто развиваются после операции имплантации силиконового протеза молочной железы?

1. Системная красная волчанка
2. Эозинофильный фасциит
3. Системная склеродермия
4. Ревматоидный артрит
5. Реактивный артрит

48. Какие проявления наиболее часто встречаются при смешанном заболевании соединительной ткани?

1. Артралгии
2. Феномен Рейно
3. Плотный отек кистей
4. Гипергаммаглобулинемия
5. Увеличение концентрации мышечных ферментов

49. Отметить признаки эозинофильного фасциита:

1. Отек дистальных отделов конечностей
2. Развитие после непривычной физической нагрузки
3. Связь с гематологическими заболеваниями
4. Частое поражение почек
5. Периферическая эозинофилия

50. Отметить признаки рецидивирующего полихондрита:

1. Резкая болезненность и покраснение наружного отдела ушной раковины
2. Седловидная деформация носа
3. Поражение суставов часто является первым проявлением заболевания
4. Узловатая эритема
5. Хороший эффект при назначении кортикостероидов

51. Отметить диагностические признаки синдрома Бехчета:

1. Афтозные язвы в ротовой полости
2. Васкулит сосудов сетчатки
3. Положительный тест патергии
4. Тромбофлебит
5. Рецидивирующие язвы половых органов

52. Какие клинические и лабораторные нарушения наиболее часто встречаются при антифосфолипидном синдроме?

1. Тромбоцитопения
2. Ревматоидный фактор
3. Поражение клапанов сердца
4. Лимфопения
5. Гангрена подвздошной кишки.
6. Венозный тромбоз

53. Отметить заболевания, при которых может наблюдаться сетчатое ливедо:

1. Системная красная волчанка
2. Синдром Снеддона
3. Антифосфолипидный синдром
4. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
5. Атеросклеротическое поражение сосудов

54. При каких ревматических заболеваниях отмечается наиболее высокая частота развития лимфопролиферативных опухолей?

1. Системная красная волчанка
2. Ревматоидный артрит
3. синдром Шегрена
4. Системная склеродермия
5. Полимиозит

55. Какие клинические проявления и лабораторных нарушений наиболее часто выявляются у больных первичным антифосфолипидным синдромом?

1. Акушерская патология
2. Венозный тромбоз
3. Артериальный тромбоз
4. Нефрит
5. Антитела к ДНК

56. При каких васкулитах поражаются преимущественно сосуды крупного калибра?

1. Болезнь Бюргера
2. Узелковый периартериит
3. Артериит Такаясу
4. Височный артериит
5. Геморрагический васкулит

57. Какие васкулиты встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста?

1. Геморрагический васкулит
2. Височный артериит
3. Болезнь Такаясу
4. Узелковый периартериит

58. Отметить основные проявления гигантоклеточного артериита:

1. Ревматическая полимиалгия
2. Слепота
3. Головная боль
4. Боли в челюсти, усиливающиеся при жевании
5. Лихорадка
6. Расслаивающая аневризма аорты

59. Отметить частые проявления узелкового периартериита:

1. Поражение почек в 80% случаев
2. Образование аневризм в сосудах среднего калибра
3. Эозинофилия
4. Обнаружение HBS-антигена
5. Снижение концентрации С3 компонента комплемента

60. Отметить характерные признаки генерализованного остеоартроза:

1. Узелки Гебердена
2. Узелки Бушара
3. Суставы Клаттона
4. Эрозии тел верхних поясничных и нижних грудных позвонков

61. Какие нарушения метаболизма предрасполагают к развитию остеоартроза?

1. Тучность
2. Гипертиреоз
3. Диабет
4. Акромегалия
5. Гемохроматоз

62. Что из перечисленного не характерно для остеоартроза?

1. Механический тип болей
2. Деформация суставов
3. Ухудшение общего состояния больных
4. Ограничение подвижности суставов
5. Преимущественное поражение нагрузочных суставов

63. Отметить правильное заключение о подагре:

1. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой
2. Пик заболеваемости приходится на 25-35 лет
3. В период подагрических приступов может развиваться лихорадка
4. Выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты
5. Действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты

64. Отметить основные отличия вторичной подагры от первичной подагры:

1. Женщины поражаются чаще, чем мужчины
2. Имеется семейная агрегация
3. Наблюдается более высокая концентрация мочевой кислоты в сыворотке
4. Развивается в более позднем возрасте

65. Отметить правильные заключения, касающиеся концентрации мочевой кислоты в сыворотке:

1. Снижается на фоне голодания
2. Более высокий уровень у мужчин, чем у женщин

3. Увеличивается на фоне лечения глюкокортикостероидами
4. Снижается при приеме аспирина в дозе 2 г в день
5. Увеличивается при полицитемии
6. Снижается на фоне лечения колхицином

66. При каких заболеваниях наблюдается гипермобильность суставов?

1. Синдром Марфана
2. Несовершенный остеогенез
3. Гипертиреоз
4. Синдром Эллерса-Данло

67. Какие заключения о системном амилоидозе верны?

1. Развивается у большинства больных ревматоидным артритом с длительностью более 10 лет
2. Обычно проявляется протеинурией
3. Развитие амилоидоза при ревматоидном артрите существенно ухудшает прогноз болезни
4. Может быть успешно вылечен колхицином
5. Является осложнением хронического гемодиализа

68. Какие выводы о вторичном амилоидозе правильны?

1. Характерным клиническим проявлением является артрит
2. Основным клиническим проявлением является нефропатия
3. Частая причина летальности у больных ювенильным хроническим артритом
4. Основная причина смерти у больных ревматоидным артритом

69. Отметить ситуации, при которых может развиваться синдром запястного канала:

1. Алкогольный цирроз печени
2. Микседема
3. Беременность
4. Первичный амилоидоз
5. Ревматоидный артрит

70. Какие положения о болезни Лайма верны?

1. Причиной заболевания является спирохета
2. Хронический артрит развивается в I стадии заболевания
3. Характерным симптомом является мигрирующая эритема
4. Часто развиваются неврологические осложнения
5. Заболевание особенно часто развивается у городских жителей
6. Причиной заболевания является вирус

71. При каких заболеваниях может развиваться синдром Жаку?

1. Ревматоидный артрит
2. Системная красная волчанка
3. Ревматизм
4. Системная склеродермия

72. Какие выводы о интермиттирующем гидрартрозе верны?

1. Заболевание напоминает палиндромный ревматизм
2. Наиболее часто поражается коленный сустав
3. Строгая периодичность приступов не характерна
4. Как правило развиваются деформации пораженных суставов

73. Отметьте факторы, ассоциирующиеся с развитием остеопороза:

1. Ожирение
2. Курение
3. Злоупотребление кофе
4. Занятия спортом
5. Ранняя менопауза

74. Какие из перечисленных выводов о контрактуре Дюпюитрена не верны?

1. Проявляется болевой сгибательной контрактурой пальцев кисти
2. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин
3. Имеется семейная агрегация
4. Наиболее часто в процесс вовлекается указательный и большой палец
5. Часто развивается у алкоголиков

75. Какие выводы о плечелопаточном периартрите верны?

1. Чаще развивается у больных сахарным диабетом
2. Обычно заканчивается спонтанным выздоровлением
3. Не связан с синдромом плечо-кисть
4. Характерным симптомом является "болезненный сектор"
5. Часто развивается двухстороннее поражение

76. Для каких ревматических заболеваний наиболее характерно увеличение СОЭ?

1. Остеоартроз
2. Системная красная волчанка
3. Ревматоидный артрит
4. Ревматическая полимиалгия
5. Все выше перечисленное

77. При каком заболевании отмечается наиболее существенное увеличение концентрации С-реактивного Белка?

1. Бактериальная инфекция
2. Инфаркт миокарда
3. Перелом костей
4. Ревматоидный артрит
5. Системная красная волчанка

78. Какие выводы, касающиеся антинуклеарного фактора верны?

1. Антинуклеарный фактор обнаруживается у 30% больных серопозитивным ревматоидным артритом
2. Гомогенное свечение антинуклеарного фактора наиболее специфично для системной красной волчанки
3. Частота обнаружения антинуклеарного фактора у здоровых людей не зависит от возраста
4. Отсутствие антинуклеарного фактора полностью исключает диагноз системной красной волчанки*

79. Отметить заболевания, при которых наиболее часто выявляется антинуклеарный фактор:

1. Системная красная волчанка
2. Псориазический артрит
3. Ревматоидный артрит
4. Системная склеродермия
5. Дерматомиозит

80. Какие выводы об антителах к кардиолипину верны?

1. Связаны с ложно положительной реакцией Вассермана
2. Ассоциируются с развитием тромбозов
3. Ассоциируются с развитием акушерской патологии
4. Могут вызывать нарушения проводимости

81. Какие типы аутоантител характерны для полимиозита?

1. Антитела к рибонуклеопротеину
2. Антитела Jo-1
3. Антитела к Ro
4. Антитела к ДНК

82. С выявлением каких иммунологических параметров наиболее часто сочетается. Crest-синдром?

1. Ревматоидным фактором
2. Антителами Scl-70
3. Антинуклеолярными антителами
4. Антителами к центромере

83. При каких заболеваниях наиболее часто выявляются антитела к центромере?

1. Системная красная волчанка
2. Диффузная форма системной склеродермии
3. Crest-синдром
4. Смешанное заболевание соединительной ткани

84. Какие выводы о ревматоидном факторе верны?

1. Относится к диагностическим критериям ревматоидного артрита
2. Высокие титры ассоциируются с тяжелым течением ревматоидного артрита
3. Имеет патогенетическое значение в развитии ревматоидного васкулита
4. Может появляться до развития клинических проявлений ревматоидного артрита
5. Отсутствие ревматоидного фактора позволяет исключить диагноз ревматоидный артрит

85. У больных какими заболеваниями увеличивается частота носительства HLA-B27?

1. Анкилозирующий спондилоартрит
2. Воспалительные заболевания кишечника
3. Псориаз
4. Ювенильный хронический артрит
5. Хронический конъюнктивит
6. Острый передний увеит

86. Отметить заболевания, при которых развитие артрита сопровождается очень выраженным покраснением кожи над суставами?

1. Септический артрит
2. Палиндромный ревматизм
3. Острый синдром Рейтера
4. Остеоартроз
5. Подагра
6. Острая ревматическая лихорадка

87. Какие заболеваний могут сопровождаться болями и деформацией области суставов?

1. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

2. Гемофилия
3. Хронический лимфолейкоз
4. синдром Шенлейна-Геноха
5. Полицитемия
6. Все, перечисленные выше

88. При каких заболеваниях следует избегать инсоляции?

1. Псориатический артрит
2. Ревматоидный артрит
3. Системная красная волчанка
4. Саркоидоз

89. При каких заболеваниях показана бальнеотерапия и терапия сероводородными и родоновыми ваннами

1. Остеоартроз
2. Ревматоидный артрит
3. Болезнь Бехтерева
4. Реактивный артрит
5. Системная красная волчанка
6. Все перечисленные выше

90. Отметить правильные выводы об использовании нестероидных противовоспалительных препаратов в ревматологии:

1. Метод выбора при лечении острой подагры
2. Часто вызывают поражение желудочно-кишечного тракта у лиц пожилого возраста
3. Их не следует применять в течение длительного времени
4. Их можно назначать в свечах
5. Поражение желудочно-кишечного тракта на фоне лечения чаще развивается у мужчин, чем у женщин

91. Отметить частые побочные эффекты нестероидных противовоспалительных препаратов:

1. Головная боль
2. Психические нарушения
3. Интерстициальный нефрит
4. Отеки
5. Повышение креатинина в сыворотке

92. Какие из перечисленных выводов о внутрисуставном введении глюкокортикостероидов правильны?

1. Длительность эффекта зависит от растворимости препарата
2. Кристаллические препараты могут вызывать обострение синовита
3. При внутрисуставном введении глюкокортикостероидов необходим длительный постельный режим
4. Частые повторные инъекции препаратов могут вызывать развитие артропатии, напоминающей артропатию Шарко
5. Не рекомендуется вводить кортикостероиды в связки

93. Какие из перечисленных выводов о лечении ревматоидного артрита солями золота верны? -

1. Курс лечения препаратом проводится до достижения кумулятивной дозы 1г металлического золота

2. После окончания лечения препарат может задерживаться в тканях до 1 года
3. Протеинурия - основная причина отмены препарата
4. Нефротоксичность более вероятна у больных, у которых предшествующая терапия Д-пеницилламином привела к развитию протеинурии

94. Какие положения, касающиеся лечения ревматоидного артрита правильны?

1. Симптоматический эффект при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов ассоциируется со снижением СОЭ и концентрации С-реактивного белка
2. Назначение солей золота может подавить активность болезни
3. Некоторые побочные эффекты при лечении солями золота и Д-пеницилламином при ревматоидном артрите ассоциируются с носительством определенных антигенов HLA
4. Все выше сказанное верно

95. Какие препараты наиболее часто вызывают офтальмологические побочные эффекты?

1. Делагил
2. Аспирин
3. Глюкокортикостероиды
4. Соли золота
5. Анальгин

96. Отметить правильные выводы о лечении аллопуринолом:

1. Может потенцировать эффект аминазина
2. Может вызывать обострение подагры
3. Может назначаться прерывистыми курсами
4. Может вызывать тромбоцитопеническую пурпуру
5. Является средством выбора для лечения гиперурикемии у больных с мочекаменной болезнью

97. Отметить на какие механизмы развития болезни влияют базисные препараты у больных ревматоидным артритом:

1. Генетическая предрасположенность
2. Этиологические факторы
3. Нарушения иммунитета
4. Хроническое воспаление

98. Какие препараты используются для лечения первичного феномена Рейно?

1. Низкие дозы аспирина
2. Нифедипины
3. Празозин
4. Кетансерин

99. Отметить показания для назначения цитотоксической терапии при системной красной волчанке

1. Волчаночный нефрит
2. Волчаночный цереброваскулит
3. Полисерозит
4. Артрит
5. Алопеция.

100. Какие препараты относятся к базисным средствам при лечении васкулитов?

1. Глюкокортикостероиды
2. Нестероидные противовоспалительные препараты

3. Соли золота
4. Цитостатики
5. Пеницилламин

101. Ревматизм вызывается:

- 1) стафилококком
- 2) β -гемолитическим стрептококком группы С
- 3) пневмококком
- 4) β -гемолитическим стрептококком группы А
- 5) возбудитель неизвестен

102. В патогенезе ревматизма участвуют механизмы: а) склерозирования; б) тромбообразования; в) токсико-воспалительные; г) иммунные; д) аллергические. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

103. Лабораторная диагностика, применяемая при ревматизме, позволяет: а) уточнить характер электролитных нарушений;

б) поставить диагноз ревматизма; в) определить степень выраженности воспалительных процессов; г) обнаружить иммунологические нарушения; д) определить нарушение соединительной ткани. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

104. После перенесенной стрептококковой инфекции ревматизм возникает через:

- 1) 1-2 года
- 2) 2-3 недели
- 3) 4 дня
- 4) 5 месяцев
- 5) 6 недель

105. К ранним признакам ревматизма относятся: а) малая хорея; б) диастолический шум над аортой; в) артрит; г) кольцевидная эритема; д) узловатая эритема. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

106. К поздним признакам ревматизма относится:

- 1) полиартрит
- 2) вальвулит
- 3) хорея
- 4) кардит

5) узловатая эритема

107. Для ревматического полиартрита характерно: а) стойкая деформация суставов; б) нестойкая деформация суставов; в) поражение крупных и средних суставов; г) летучесть болей; д) исчезновение болей после приема НПВП. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

108. Для малой хореи характерно: а) развитие симптомов через 7- 10 дней после стрептококковой инфекции; б) головная боль; в) гипотония мышц; г) судорожные сокращения мимической мускулатуры; д) эпилептики. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

109. Для первичного ревмокардита характерно: а) экстрасистолия; б) систолический шум на верхушке; в) нарушение предсердно-желудочковой проводимости; г) протодиастолический шум на верхушке; д) мерцательная аритмия. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

110. Ревматическому эндокардиту соответствует: а) вальвулит; б) формирование пороков; в) нарушение атриовентрикулярной проводимости; г) деформация в суставах; д) отрицательный зубец Т на ЭКГ. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

111. Ревматическому миокардиту соответствует: а) нарушение ат-риовентрикулярной проводимости; б) расширение полостей сердца; в) добавочный третий тон; г) формирование пороков; д) вальвулит. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

112. Воспалительные изменения при ревматизме проявляются в следующих лабораторных изменениях: а) серомукоид; о) фибриноген; в) СРБ; г) церулоплазмин; д) ДФА-пробы. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

113. Поражение соединительной ткани при ревматизме проявляется в следующих лабораторных изменениях: а) РФ; б) ДФА - проба; в) церулоплазмин; г) ускорение СО); д) лейкоцитарный сдвиг влево. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

114. Какие препараты показаны при затяжном течении ревматизма? а) кортикостероиды; б) цитостатики; в) нестероидные противовоспалительные средства; г) аминохинолоновые производные; д) антибиотики. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

115. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ ВАСКУЛИТЫ

- 1) поражением артериального сосудистого русла
- 2) поражением венозного сосудистого русла
- 3) поражения капиллярного сосудистого русла
- 4) поражение микроциркуляторного русла

116. ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ ВАСКУЛИТЫ МОГУТ БЫТЬ

- 1) первичными
- 2) вторичными
- 3) неизвестного происхождения

117. К КАКОЙ ГРУППЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ

- 1) к группе болезней с нарушением обмена
- 2) к группе ревматических заболеваний
- 3) к группе заболеваний с нарушением кровообращения

118. ЭТИОЛОГИЯ ВАСКУЛИТОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) физические факторы
- 2) инфекционные факторы
- 3) применение лекарственных препаратов
- 4) экзогенные факторы
- 5) другие невыясненные факторы
- б) верно всё

119. В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ ВАСКУЛИТОВ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) иммунитету
- 2) нарушению свёртывающей системы крови
- 3) ишемии органов и тканей
- 4) участвуют все эти механизмы

120. КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ В КЛИНИКЕ ТЕЧЕНИЯ ВАСКУЛИТОВ

- 1) лихорадка
- 2) цианоз конечностей

- 3) мраморность кожных покровов
- 4) сыпь
- 5) трофические нарушения
- 6) полиневриты
- 7) мышечные боли
- 8) все ответы правильны
- 9) правильные ответы 1,3,5

121. ПРИ РАЗВИТИИ ПРОЦЕССА В БАССЕЙНЕ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ РАЗОВЬЁТСЯ

- 1) стенокардия
- 2) инфаркт миокарда
- 3) миокардит
- 4) миокардиосклероз
- 5) все ответы верны
- 6) правильны 1,3

122. ПРИ ПАТОЛОГИИ СО СТОРОНЫ ЛЁГОЧНЫХ СОСУДОВ ВОЗНИКАЕТ

- 1) бронхоспастический синдром
- 2) пневмония
- 3) пневмосклероз
- 4) инфаркт лёгкого
- 5) лёгочная гипертензия с формированием легочного сердца
- 6) правильны все ответы
- 7) правильными следует считать ответы 1,2,3

123. Для дерматомиозита наиболее характерны следующие клинические симптомы:

- 1.уплотнение, болезненность мышц
- 2.сгибательная контрактура, тугоподвижность суставов
- 3.периорбитальная эритема
- 4.поражение кожи (отек, эритема)

124. При дерматомиозите наиболее часто наблюдается:

- 1.синдром Рейно
- 2.генерализованное поражение мышц
- 3.нейропатия
- 4.нефропатия

125. При дерматомиозите наиболее часто наблюдается:

- 1.синдром Рейно
- 2.генерализованное поражение мышц
- 3.нейропатия
- 4.нефропатия

126. Для дерматомиозита характерны все перечисленные симптомы, за исключением:

- 1.лиловой эритемы вокруг глаз
- 2.красной сыпи на лице, напоминающей бабочку
- 3.мышечных поражений (полимиозита)
- 4.креатинурии

127. При дерматомиозите чаще возникает

- 1.Мышечная слабость
- 2.Мышечная атрофия

3. Гелиотропная сыпь при дерматомиозите возникает на:
Верхних веках
Нижних веках

128. Диагностическое значение при дерматомиозите имеет

1. Повышение уровня белков острой фазы
2. Высокая активность креатинфосфокиназы
3. Умеренный лейкоцитоз
4. Наличие гемолитической анемии

129. Признаки, характерные для дерматомиозита

1. «Бабочка» на лице
2. Остеолиз ногтевых фаланг
3. Резкая мышечная слабость
4. Деформация суставов

130. Альдолаза и креатинфосфокиназа в сыворотке выше при

1. Дерматомиозите
2. Ревматоидном артрите
3. Системной красной волчанке

131. Для дерматомиозита характерны все перечисленные признаки, кроме:

1. параорбитального отека и эритемы верхнего века с лиловым оттенком
2. слабости мышц плечевого пояса и проксимальных отделов нижних конечностей
3. повышение активности КФК
4. дисфагии
5. лимфаденопатии

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

1. повышение СОЭ
2. обнаружение в крови антинуклеарного фактора
3. обнаружение в крови РФ
4. обнаружение а/т к мышечным а/г
5. повышение активности КФК

133. Причина дерматомиозита несомненна при выявлении у больного:

1. Персистирующей вирусной инфекции
2. Генетической предрасположенности
3. Иммунопатологических нарушений
4. Злокачественной опухоли
5. Токсоплазмоза

134. Патогномичным проявлением дерматомиозита служит:

1. Параорбитальный отек с лиловой эритемой верхнего века и синдром Готтрона.
2. Эритема на открытых участках кожи
3. Пойкилодермия
4. Аллопеция
5. Синдром Рейно

135.Идиопатический дерматомиозит в первую очередь необходимо дифференцировать:

- 1.С злокачественной миастенией
- 2.С ревматической полимиалгией
- 3.С лекарственной миопатией
- 4.С токсической миопатией при хроническом алкоголизме
- 5.С опухолевым дерматомиозитом

136.Признак, не характерный для дерматомиозита:

- 1.кальциноз мышц
- 2.дисфагия
- 3.сохранение движений в дистальных отделах конечностей
- 4.геморрагическая сыпь

137.Грубая крепитация в суставе характерна для:

- 1.реактивного артрита
- 2.ревматоидного артрита
- 3.деформирующего остеоартроза

138.Тазобедренные суставы чаще вовлекаются при:

- 1.деформирующем остеоартрозе
- 2.ревматоидном артрите

139.Паннус – это...

- 1.Агрессивная грануляционную ткань
- 2.Утренняя скованность больше 1 часа
- 3.Повышение АЛТ
- 4.Узелок Гебердена
- 5.Высокий титр АСЛ-О

140.Для остеоартроза характерны

- 1.Механические боли
- 2.Хруст в суставе
- 3.Повышение кожной температуры над суставом
- 4.Припухлость сустава
- 5.Гиперпигментация кожи над пораженным суставом

141.При деформирующем остеоартрозе возникают

- 1.Узуры
- 2.Hallux valgus

142.При деформирующем остеоартрозе

- 1.Рано возникают выраженные деформации
- 2.Характерны выраженные костные анкилозы
- 3.Характерны системные проявления
- 4.Обычно суставные выпоты малы по объему или отсутствуют

143.Необходимо ли ортопедическое лечение при остеоартрозе в случаях с резким ограничением функции сустава и выраженными рентгенологическими изменениями

- 1.Да
- 2.Нет

144.Факторами, приводящими к развитию остеоартроза, являются

1. Дисплазия суставов
2. Эндокринные нарушения
3. Функциональная перегрузка с микротравматизацией
4. Наследственное снижение резистентности хряща к обычным нагрузкам
5. Частое или хроническое воспаление сустава

145. Факторами, приводящими к развитию остеоартроза, являются

1. Метаболические нарушения
2. Нарушение субхондрального кровообращения
3. Нарушение статики
4. Травма сустава

146. Для генерализованного остеоартроза не характерно поражение

1. Дистальных межфаланговых суставов
2. Проксимальных межфаланговых суставов
3. Лучезапястных суставов
4. Коленных суставов

147. Ведущим патогенетическим механизмом прогрессирования остеоартроза является

1. синовит
2. Дегенерация суставного хряща
3. Отложение кристаллов пирофосфата кальция
4. Ремоделирование костной ткани
5. Атрофия близлежащих мышечных групп

148. Патоморфологическими признаками остеоартроза являются

1. Поверхностное и глубокое разволокнение суставного хряща
2. Формирование краевых остеофитов
3. Формирование субхондральных кист
4. Костное анкилозирование
5. Фиброз суставной капсулы

149. Укажите суставы, наиболее часто поражаемые при остеоартрозе

1. Дистальные межфаланговые
2. Проксимальные межфаланговые
3. I запястно-пястные
4. Тазобедренные
5. Локтевые
6. Коленные
7. Пястно-фаланговые
8. Позвоночника
9. Крестцово-подвздошные сочленения
10. Голеностопные

150. Какие виды движения ограничиваются в тазобедренном суставе в первую очередь при остеоартрозе

1. Разгибание
2. Отведение
3. Приведение
4. Сгибание
5. Внутренняя ротация
6. Наружная ротация

151. Развитие блокады коленного сустава связано

1. С травмой менисков
2. Со скоплением синовиальной жидкости
3. С разрывом крестообразных связок
4. С наличием свободного внутрисуставного тела
5. С наличием крупных остеофитов

152. Как правило, боли при остеоартрозе

1. Стихают в покое
2. Усиливаются после нагрузки
3. Уменьшаются на фоне нагрузки
4. «Стартовые»

153. При остеоартрозе вариантами болевого синдрома могут быть все, кроме

1. Утренней скованности более 1 часа
2. Стартовых болей
3. Ночных болей, обусловленных внутрикостной гипертензией
4. Болей при механической нагрузке
5. Болей, связанных с блокадой сустава

154. Изменения конфигурации сустава при остеоартрозе

1. Отсутствуют
2. Выражены за счет припухлости мягких тканей
3. Выражены за счет костных изменений

155. К клиническим проявлениям остеоартроза относятся

1. Крепитация при движениях
2. Утренняя скованность менее 30 мин
3. Утренняя скованность не менее 1 часа
4. Энтезопатии
5. Деформации суставов
6. Ограничение подвижности в суставах

156. Киста Бейкера – это

1. Околосуставное кистовидное просветление костной ткани на рентгенограммах
2. Скопление воспалительной жидкости в полости сустава
3. Скопление жидкости в заднем завороте коленного сустава
4. Скопление жидкости в препателлярной бурсе
5. Скопление жидкости в верхнем завороте плечевого сустава

157. Воспалительные изменения крови при остеоартрозе, как правило,

1. Выражены значительно
2. Выражены незначительно

158. Для синовиальной жидкости при остеоартрозе характерны

1. Пониженная вязкость
2. Повышенная вязкость
3. Содержание белка 40 – 60 г/л
4. Содержание белка 20 – 30 г/л
5. Клеток 1000 – 5000/мл, нейтрофилов не более 50%
6. Клеток 5000 – 25000/мл, нейтрофилов не более 75%
7. Плохое образование муцинового сгустка

8.Сниженное содержание глюкозы

159.Для остеоартроза наиболее характерны боли

- 1.Механического типа
- 2.Воспалительного типа

160.Стартовые боли при остеоартрозе наблюдаются в случаях, осложненных

- 1.Реактивным синовитом
- 2.Ущемлением некротизированного хряща между суставными поверхностями

161.Укажите клинические признаки трохантерита (периартрита тазобедренного сустава), позволяющие дифференцировать его от коксартроза

- 1.Ограничение и болезненность активных и пассивных движений в суставе
- 2.Отсутствие ограничения и болезненности пассивных движений в суставе
- 3.Острое развитие болевого синдрома
- 4.Усиление болей при отведении бедра
- 5.Усиление болей в ночное время

162.Узелки Гебердена – это костные утолщения

- 1.Проксимальных межфаланговых суставов
- 2.Дистальных межфаланговых суставов

163.Узелки Бушара – это костные утолщения

- 1.Проксимальных межфаланговых суставов
- 2.Дистальных межфаланговых суставов
- 3.Пястно-фаланговых суставов

164.Какая деформация чаще возникает при гонартрозе

- 1.Genu valgum
- 2.Genu varum
- 3.Genu recurvatum

165.Укажите рентгенологические признаки остеоартроза, входящие в критерии постановки диагноза

- 1.Сужение суставной щели
- 2.Околосуставной остеопороз
- 3.Остеофиты
- 4.Уплотнение замыкательных пластин (остеосклероз)
- 5.Подвывихи суставов

166.В каком отделе бедренно-большеберцового сочленения чаще развиваются изменения при гонартрозе

- 1.Медиальном
- 2.Латеральном

167.В классификации остеоартроза по Kellgren и Lawrence выделяют

- 1.Три стадии (I, II, III)
- 2.Четыре стадии (0, I, II, III)
- 3.Пять стадий (0, I, II, III, IV)

168.Лечебная программа при остеоартрозе включает

- 1.Снижение массы тела

- 2.Снижение нагрузки на пораженный сустав
- 3.Дозированные нагрузки на пораженный сустав
- 4.Лечебную физкультуру для укрепления мышц

169.Абсолютными противопоказаниями к внутрисуставному введению глюкокортикостероидов являются

- 1.Общие инфекционные заболевания
- 2.Патологическая кровоточивость
- 3.Невоспалительный характер боли
- 4.Асептический некроз

170.Вязкость суставной жидкости выше при

- 1.Деформирующем остеоартрозе
- 2.Ревматоидном артрите

171.Остеосклероз более характерен для

- 1.Ревматоидного артрита
- 2.Остеоартроза

172.Грубая крепитация в суставе характерна для

- 1.Реактивного артрита
- 2.Ревматоидного артрита
- 3.Деформирующего остеоартроза

173.Геберденовы узелки – это

- 1.Признак остеоартроза
- 2.Явление, сопутствующее ревматоидному артриту
- 3.Отложение мочевой кислоты при подагре
- 4.Фиброзные изменения после тендовагинита
- 5.Проявление особой реакции организма при бронхитах и бронхоэктазах

174.Узелки Гебердена – это костные утолщения

- 1.Проксимальных межфаланговых суставов при ревматоидном артрите
- 2.Проксимальных межфаланговых суставов при остеоартрозе
- 3.Дистальных межфаланговых суставов при ревматоидном артрите
- 4.Дистальных межфаланговых суставов при деформирующем остеоартрозе

175.При септическом артрите наиболее часто поражаются

- 1.Один крупный сустав
- 2.Несколько крупных суставов
- 3.Один малый сустав
- 4.Несколько малых суставов

176.Тазобедренные суставы чаще вовлекаются при

- 1.Деформирующем остеоартрозе
- 2.Ревматоидном артрите
- 3.Синдроме Рейтера
- 4.Псориатическом артрите

177.Укажите факторы, приводящие к развитию первичного деформирующего артроза:

- 1.эндокринные нарушения
- 2.функциональная перегрузка с микротравматизацией

- 3.микрорекристаллические артриты
- 4.наследственное снижение хряща к обычным нагрузкам
- 5.повторные кровоизлияния в сустав
- 6.асептический некроз

178.Ведущий патогенетический механизм прогрессирования остеоартроза:

- 1.синовит
- 2.дегенерация суставного хряща
- 3.выпадение в полость сустава кристаллов гидроксиапатита кальция
- 4.ремоделирование костной ткани
- 5.атрофия близлежащих мышечных групп

179.Выберите правильные утверждения, относящиеся к функции хондроцитов:

- 1.для хондроцитов характерен анаэробный тип метаболизма
- 2.при остеоартрозе хондроциты переключаются на синтез аномальных коротких цепей протеогликанов
- 3.основной функцией хондроцитов является синтез коллагеновой сети суставного хряща
- 4.на ранних стадиях развития остеоартроза наступает массовая дегенерация и гибель хондроцитов
- 5.на ранних стадиях остеоартроза толщина суставного хряща увеличивается за счет компенсаторной синтетической гиперфункции хондроцитов

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

- 1.плечевые
- 2.тазобедренные
- 3.дистальные межфаланговые суставы кистей
- 4.коленные
- 5.плюснефаланговые

181.Развитие «блокады» коленного сустава связано:

- 1.с травмой менисков
- 2.со скоплением жидкости в заворотах сустава
- 3.с разрывом крестообразных связок
- 4.с наличием свободного внутрисуставного тела
- 5.с наличием крупных остеофитов

182.Типичные боли механического типа при остеоартрозе:

- 1.стихают в покое
- 2.усиливаются после нагрузки
- 3.уменьшаются после нагрузки
- 4.возникают при первых движениях (стартовые боли)

183.Для остеоартроза тазобедренного сустава характерно все, кроме:

- 1.иррадиация боли в ягодицы, бедро, коленный сустав
- 2.укорочение конечности с компенсаторным сколиозом, гиперлордозом
- 3.«утиная» походка при двустороннем поражении
- 4.атрофия четырехглавой мышцы бедра

184.Факторами, способствующими прогрессированию остеоартроза коленного сустава являются:

- 1.ожирение
- 2.продольное и поперечное плоскостопие

- 3.повторные травмы
- 4.слабость четырехглавой мышцы бедра
- 5.вальгусная и варусная деформации коленного сустава
- 6.хроническая артериальная недостаточность

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

- 1.тазобедренного сустава
- 2.дистальных межфаланговых суставов кистей
- 3.I плюснефалангового сустава
- 4.коленного сустава
- 5.проксимальных межфаланговых суставов

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

- 1.мышечного спазма
- 2.подвывихов
- 3.костных анкилозов
- 4.фиброзом и сморщиванием капсулы сустава
- 5.наличием крупных остеофитов

187.Наиболее информативным диагностическим методом при остеоартрозе:

- 1.биопсия синовиальной оболочки
- 2.исследование синовиальной жидкости
- 3.рентгенография суставов
- 4.клинический и биохимический анализ крови
- 5.ультразвуковое исследование

188.Узелки Бушара – это костные утолщения:

- 1.пястнофаланговых суставов
- 2.дистальных межфаланговых суставов кисти
- 3.плюснефаланговых суставов
- 4.проксимальных межфаланговых суставов кисти
- 5.проксимальных межфаланговых суставов стопы

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

- 1.дистальные межфаланговые суставы
- 2.первый пястнозапястный сустав (ризартроз)
- 3.проксимальные межфаланговые суставы
- 4.пястнофаланговые суставы

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

- 1.формирование костных утолщений на боковых поверхностях сустава
- 2.явления синовита с повышением кожной температуры, деформацией суставов
- 3.появление на коже в области суставов болезненных пузырьков с прозрачным содержимым
- 4.сгибательная контрактура с резким ограничением подвижности
- 5.подвывихи с искривлением фаланг пальцев

191. Укажите, в каком отделе бедренно-большеберцового сочленения чаще развиваются изменения при гонартрозе:

1. в медиальном
2. в латеральном

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

1. сужение суставной щели
2. околосуставной остеопороз
3. краевые остеофиты
4. подвывихи суставов
5. краевые эрозии суставных поверхностей
6. субхондральный остеосклероз
7. остеолит

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

1. чаще развивается у женщин в период наступления менопаузы
2. может развиваться у пациентов с пирофосфатной артропатией
3. развивается у больных, перенесших полиартриты различной этиологии
4. протекает с поражением крупных суставов нижних конечностей
5. поражение мелких суставов кисти при полиостеоартрозе встречается редко
6. характерно дегенеративное поражение шейного и поясничного отдела позвоночника
7. может наблюдаться поражение околосуставных мягких тканей (тендиниты, тендовагиниты, бурситы)

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

1. тазобедренного сустава
2. лучезапястного сустава
3. коленного сустава

195. Болезнь Келлгрена (полиостеоартроз) включает:

1. дегенеративное поражение суставов позвоночника
2. остеоартроз крупных суставов нижних конечностей и суставов кистей
3. синостозы поперечных отростков позвонков
4. синдром карпального канала
5. множественные периартриты
6. двусторонний сакроилеит

196. К врачебным мероприятиям при остеоартрозе относятся:

1. снижение веса
2. ортопедическая коррекция скелетных дисплазий
3. повышение нагрузки на пораженные суставы
4. постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов
5. длительный прием хондропротекторов
6. коррекция гиперурикемии, гипергликемии

197. Больная 64 лет, жалуется на ограничение подвижности в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которое возникло около 12 лет назад и постепенно прогрессирует. При осмотре обращают на себя внимание узловатые утолщения в области дистальных

межфаланговых суставах обеих кистей, пальцы деформированы, подвижность в них ограничена. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Поставьте диагноз:

- 1.Ревматоидный полиартрит
- 2.Деформирующий остеоартроз суставов
- 3.Ревматический полиартрит
- 4.Реактивный артрит
- 5.Туберкулезный артрит

198.Больная 53 лет, жалуется на боли в мелких суставах кистей, ограничение их подвижности. При осмотре плотные симметричные узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей. При рентгенографии определяются краевые расрастания костной ткани концевых фаланг пальцев. Название узловатых образований:

- 1.узелки Бушара
- 2.узелки Гебердена
- 3.тофусы
- 4.ревматоидные узелки
- 5.ксантомы

199.50-летняя женщина отмечает опухание и тугоподвижность дистальных межфаланговых суставов кистей. В остальном без особенностей. Вероятный диагноз:

- 1.деформирующий остеоартроз
- 2.ревматоидный артрит
- 3.системная красная волчанка
- 4.склеродермия
- 5.подагра

200.Какой из перечисленных признаков свидетельствует о наличии острого синовита:

- 1.отек
- 2.гиперемия
- 3.нарушение функции
- 4.болезненность при пальпации в проекции сустава
- 5.повышение локальной температуры

201.Поражение каких суставов не типично для первичного остеоартроза:

- 1.тазобедренные
- 2.коленных
- 3.первые пястно-запястные
- 4.пястно-фаланговые суставы кисти
- 5.дистальные межфаланговые

202.Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются

- 1.при гемофилической артропатии
- 2.при псевдоподагре
- 3.при остеоартрозе
- 4.при ревматоидном артрите
- 5.при болезни Бехтерева

203.Место прикрепления сухожилия к костной ткани обозначается термином:

- 1.Синовиальная сумка (бурса).
- 2.Фасция.
- 3.Энтезис.

4.Синовиальная оболочка.

5.Апофиз

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

1.боли при движении

2.хруст в суставе

3.разрастание кости

4.опухание и повышение кожной температуры

5.граничение подвижности

205.Проявлением остеоартроза каких суставов являются узелки Бушара?

1.проксимальных межфаланговых суставов кисти

2.дистальных межфаланговых суставов кисти

3.коленного сустава

4.первого плюснефалангового сустава

5.локтевого сустава

206.Какие лабораторные показатели присущи остеоартрозу?

1.анемия

2.лейкоцитоз

3.лейкопения

4.тромбоцитопения

5.нормальные показатели крови

207.При каких локализациях остеоартроза возможно выполнение протезирования сустава:

1.тазобедренный сустав

2.голеностопный сустав

3.коленный сустав

4.I пястнозапястный сустав

208.Причинами развития вторичного остеоартроза является все, кроме:

1.травма

2.гемартроз

3.остеопороз

4.асептический некроз

5.микрористаллический артрит

209.Патоморфологическими признаками остеоартроза являются:

1.поверхностное и глубокое разволокнение суставного хряща

2.формирование краевых остеофитов

3.формирование субхондральных кист

4.костное анкилозирование

5.фиброз суставной капсулы

210.Укажите суставы, наиболее часто поражаемые остеоартрозом:

1.плечевые

2.тазобедренные

3.дистальные межфаланговые суставы кистей

4.коленные

5.первые плюснефаланговые

211.Выберите правильные утверждения, касающиеся строения и функции суставного

хряща:

- 1.суставной хрящ обеспечивает беспрепятственное скольжение суставных поверхностей
- 2.содержит значительное количество нервных окончаний, определяющих развитие болевого синдрома
- 3.выполняет функцию амортизатора
- 4.хорошо развитая капиллярная сеть хряща обеспечивает его высокую регенераторную способность
- 5.суставной хрящ выдерживает значительные механические нагрузки

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

- 1.суставные боли в ранние утренние часы
- 2.стартовые боли
- 3.ночные боли, обусловленные внутрикостной гипертензией
- 4.боли при механической нагрузке
- 5.боли, связанные с блокадой сустава

213.Изменения конфигурации суставов при остеоартрозе:

- 1.отсутствуют
- 2.выражены в основном за счет припухлости мягких околосуставных тканей
- 3.выражены в основном за счет костных изменений

214.К клиническим проявлениям остеоартроза относятся:

- 1.крепитация при движениях
- 2.утренняя скованность
- 3.энтезопатии
- 4.деформация сустава
- 5.ограничение подвижности

215.Киста Бейкера – это:

- 1.околосуставное кистовидное просветление костной ткани на рентгенограммах
- 2.скопление воспалительной жидкости в полости сустава
- 3.скопление жидкости в заднем завороте коленного сустава
- 4.скопление жидкости в препателлярной бурсе
- 5.скопление жидкости в заднем завороте плечевого сустава

216.Боль при коксартрозе может иррадиировать:

- 1.в область ягодицы
- 2.в паховую область
- 3.по внутренней поверхности бедра
- 4.в область крестца

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

- 1.гонартроз
- 2.узелки Гебердена
- 3.коксартроз
- 4.артроз I плюснефалангового сустава

218.Назовите наиболее типичные для остеоартроза рентгенологические признаки:

- 1.сужение суставной щели
- 2.околосуставной остеопороз
- 3.краевые остеофиты

4.уплотнение замыкательных пластин (субхондральный остеосклероз)

5.подвывихи суставов

219.Артрит на 2-3-й неделе заболевания чаще развивается:

1.при иерсиниозе

2.деструктивной пневмонии

3.сальмонеллезе

4.дифтерии

220.Костные кисты более типичны для:

1.ревматоидного артрита

2.остеоартроза

3.синдрома Рейтера

4.болезни Бехтерева

221.Повышенная подвижность в суставах выявляется при

1.Синдроме Рейтера

2.Анкилозирующем спондилите (болезни Бехтерева)

3.Синдроме Марфана

4.Ревматоидном артрите

5.Острой ревматической лихорадке

222.Анатомическим субстратом рентгеновской суставной щели являются

1.Костная ткань

2.Хрящевая ткань

3.Соединительная ткань

223.Рентгенологические симптомы склерозирования костной ткани более характерны для

1.Остеоартроза

2.Ревматоидного артрита

3.Ревматической лихорадки

4.Склеродермии

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

1.Коллаген.

2.Протеогликан.

3.Эластин.

225.Концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови, при которой диагностируется гиперурикемия

1.У женщин более 420 мкмоль/л, у мужчин более 460 мкмоль/л

2.У женщин более 350 мкмоль/л, у мужчин более 420 мкмоль/л

3.У женщин более 400 мкмоль/л, у мужчин более 420 мкмоль/л

4.У женщин более 360 мкмоль/л, у мужчин более 400 мкмоль/л

5.Нормальная суточная экскреция уратов с мочой при обычном питании

6.600 – 900 мг (3,6 – 5,4 ммоль)

7.300 – 600 мг (1,8 – 3,6 ммоль)

8.900 – 1100 мг (5,4 – 6,6 ммоль)

226.При приеме каких препаратов может возникать гиперурикемия:

1.Циклоспорин А

2. Низкие дозы аспирина
3. Высокие дозы аспирина
4. Фуросемид
5. Метотрексат

227. Укажите пищевые продукты, содержащие наибольшее количество мочевой кислоты и пуринов

1. Мясо птицы
2. Бобовые
3. говядина, свинина, телятина
4. Куриные яйца
5. Шпроты, сардины

228. Выберите правильные положения, касающиеся тактики назначения аллопуринола

1. Аллопуринол противопоказан при нефролитиазе
2. Аллопуринол противопоказан при остром приступе подагры
3. Аллопуринол назначают в дозе 0,1 г в сутки с титрованием до нормализации уровня мочевой кислоты в сыворотке крови
4. Аллопуринол противопоказан при гиперурикозурии
5. Необходимо обеспечить щелочной диурез
6. Доза аллопуринола зависит от уровня клубочковой фильтрации

229. Укажите заболевания, при которых развивается вторичная пирофосфатная артропатия

1. Несахарный диабет
2. Гемохроматоз
3. ОРВИ
4. Гипотиреоз
5. Первичный гиперпаратиреоз
6. Болезнь Вильсона-Коновалова

230. Укажите клинические и рентгенологические признаки, характерные для гидроксипатитной артропатии, позволяющие дифференцировать ее от других форм микрокристаллических артропатий

1. Частое поражение коленных суставов
2. Характерно наличие полиартрита
3. Частое поражение плечевых суставов
4. Наличие на рентгенограммах множественных очагов кальцификации в области мягких периартикулярных тканей (сухожилий, связок и капсулы сустава)
5. Наличие на рентгенограммах кальцификации суставного гиалинового хряща
6. Обнаружение в синовиальной жидкости кристаллов гидроксипатита
7. Развитие деформации пораженных суставов

231. Укажите суставы, наиболее часто поражаемые пирофосфатной артропатией:

1. суставы кисти
2. суставы позвоночника
3. сакроилеальные сочленения
4. суставы стопы
5. коленные суставы
6. тазобедренные суставы

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

1. суставы позвоночника

2. локтевые суставы
3. мелкие суставы кистей
4. тазобедренные суставы

233. Укажите наиболее частые локализации тофусов:

1. пяточное сухожилие
2. ушные раковины
3. область локтевого сустава
4. область пальцев кистей (вокруг суставов)
5. веки

234. Какие особенности подагрического артрита у женщин:

1. развитие моноартрита в дебюте
2. развитие олиго- или полиартрита в дебюте
3. более частое, чем у мужчин, поражение суставов кистей в дебюте
4. более частое, чем у мужчин, поражение суставов стоп в дебюте

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

1. лейкоцитоз
2. повышение С-реактивного белка
3. лейкопения
4. повышение СОЭ

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

1. метаболическом
2. почечном
3. смешанном

237. Лечение «острой подагрической почки» включает:

1. форсированный диурез
2. ощелачивание мочи
3. аллопуринол
4. гемодиализ

238. Условиями для назначения урикозурических средств являются:

1. нормальная скорость клубочковой фильтрации
2. наличие гиперэкскреции мочевой кислоты
3. наличие нефролитиаза

239. Какие заболевания часто ассоциируются с подагрой:

1. ИБС
2. язвенная болезнь желудка
3. гиперлипидемия
4. ожирение
5. артериальная гипертензия
6. хронический пиелонефрит

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

1. мочекаменная болезнь

2.интерстициальный нефрит

3.нефросклероз

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1.

Больная Б., 23 года. С 18-ти летнего возраста беспокоят боли в лучезапястных суставах без изменения их конфигурации. В 20 лет перенесла желтуху. Была выписана из инфекционной больницы в удовлетворительном состоянии, однако сохранялась увеличение печени и селезенки. В 22 года после инсоляции вновь отмечены желтуха, гепатолиенальный синдром. На фоне лечения преднизолоном (60 мг/сут) желтуха исчезла. После отмены преднизолона 3 месяца назад появились боли и припухлость в коленных и лучезапястных суставах, рецидив желтухи, увеличение живота в объеме. Объективно: желтушность кожных покровов. Асцит. Печень + 8 см, край плотный, пальпируется селезенка. СОЭ 60 мм/ч, билирубин 150 мкм/л (прямой-105 мкм/л). Общий белок-75 г/л, альбумины-45%, а-глобулины-5%, протромбиновый индекс-60%, HBSAg- отр. Выявлены LE-клетки 4:1000.

1. Предварительный диагноз? Его обоснование.
2. План обследования, план лечения.
3. Какой синдром является ведущим?
4. Какие заболевания необходимо исключить при дифференциальной диагностике?

Ситуационная задача № 2

Мужчина 26 лет 10 лет назад почувствовал тупые боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливавшиеся при физической работе. К врачу не обращался. Позднее боли стали постоянными, временами принимая острый характер. Больного лечили от радикулита анальгетиками, которые уменьшали боли. Три года тому назад появились боли в шейном и грудном отделах позвоночника особенно при кашле и чихании, а также боли в тазобедренных и коленных суставах. Стало трудно наклоняться.

Объективно: туловище фиксировано в положении сгибания вперед с опущенной головой (поза «просителя»). Сердце и лёгкие без особенностей. Атрофия ягодичных мышц. Дорсальный кифоз. Spina в виде «гладильной доски». Болезненность остистых отростков грудного, шейного, крестцового отделов позвоночника. Рентгенологически: остеопороз тел позвонков и особенно их поперечных отростков, окостенение продольных межостистых связок, позвонки в пояснично-крестцовом отделе спаяны. В общем анализе крови: лейкоцитов $9,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 32 мм/час.

1. О каком заболевании идёт речь?
2. Сформулируйте полный клинический диагноз?
3. Какие исследования нужно назначить больному?
4. Наметьте лечебные мероприятия.

Ситуационная задача №3.

Больной П. 42 лет, поступил в клинику с жалобами на внезапное появление приступов резчайшей боли в большом пальце стопы, его припухлость и покраснение, головную боль, утомляемость, слабость, повышение температуры тела до 38°C .

Из анамнеза: ухудшение связывает с употреблением алкоголя в последние дни. Ночью появилась острая боль в большом пальце стопы, припухлость, покраснение.

Объективно: Состояние средней тяжести, нормального питания. Кожные покровы влажные, температура тела 38°C . Лимфоузлы не увеличены. Кожа над суставом блестящая, синевато- багрово-го цвета, горячая. Движения в суставе резко ограничены из-за болей. В легких - дыхание везикулярное. ЧД 20 в 1 мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 90 в 1мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 128 г/л, лейкоциты $11,8 \times 10^9$ /л,

п/яд 10%, сегм/яд 70%, эоз 1%, лимф- 14%, мон 5%, СОЭ 36 мм/ч. *Общий анализ мочи:* прозр. реакция кислая, плотность мочи 1017, белок - отр., лейкоциты 1-2-1 в п/зрения, единичные клетки почечного эпителия. *Биохим. анализ крови:* белок - 78 г/л, холестерин 4,8 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, мочевая кислота 0,65 ммоль/л, сиаловые кислоты 180 ед. ЭКГ: синусовый ритм, частота 90 в 1 мин., электрическая ось сердца не отклонена *Исследование синовиальной жидкости:* цвет - прозрачный, вязкость не изменена, лейкоциты 12×10^9 /л, гранулоциты составляют 70%, кристаллы урата натрия. Рентгенография стопы: в области 1 плюснефалангового сустава деструкция субхондрального участка кости и эпифиза, очаги просветления величиной 1,2-1,6 см в диаметре, окруженные склеротической каймой.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Какой синдром является ведущим?

Ситуационная задача № 4.

Больная 35 лет. Поступила в стационар с жалобами на боли и ограничение движений в лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей рук, коленных, голеностопных суставах, утреннюю скованность до полудня. Больна 3 года. Принимала найз без видимого эффекта.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Положение активное. Нормостенического телосложения. Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы чистые, бледные. Отмечается периартикулярный отек, локальная гиперемия и гипертермия кожных покровов над пястнофаланговыми, проксимальными межфаланговыми суставами кистей рук, коленными, голеностопными суставами. Активные и пассивные движения в суставах ограничены из-за болезненности. Атрофия межкостных мышц. В легких дыхание везикулярное. ЧД - 18 в 1 мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 80 в 1 мин., пульс ритмичный, частота 80 в 1 мин, полный, мягкий, симметричный. АД 130/80 мм рт.ст. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 139 г/л, лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л палочкояд. 5%, сегментояд- 67%, эоз. 2%, лимфоц. 19%, мон. 7%, СОЭ 35 мм/ч. *Общий анализ мочи:* прозр., реакция кислая, плотность 1015, белок -отр., лейкоциты 2-0-1 в п/зрения. *Биох. анализ крови:* белок - 78 г/л, альбумины 38%, альфа1-глобулины 11%, α-глобулины 20%, β-глобулины 7%, γ-глобулины 22%, холестерин 5,8 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 108 мкмоль/л, мочевина 5,67 ммоль/л, фибриноген- 5г/л, латекс -тест 1/160. Иммунограмма: Ig A- 2,9 г/л, Ig M- 2,0 г/л, Ig G - 25,6 г/л. АЦПП 40 ЕД/мл. Рентгенография суставов: сужение межсуставных щелей, множественные узур, остеопороз эпифизов.

1. Какой синдром является ведущим при данном заболевании?
2. Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями, имеющими сходные клинические симптомы
3. Сформулируйте полный диагноз.

Ситуационная задача № 5.

Больная 52 лет, поступила в отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, перебои в работе сердца, отеки на нижних конечностях и увеличение живота, слабость, кашель, кровохарканье, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнеза: в детстве перенесла полиартрит. В возрасте 26 лет обнаружен порок сердца. В течение 10 лет отмечает перебои в работе сердца и одышку при физической нагрузке. В последние два года появились отеки, усилилась одышка, кашель.

Объективно: Состояние средней тяжести, астенического телосложения, пониженного питания. На лице - румянец с цианотичным оттенком, акроцианоз. Кожные покровы желтушные, сухие, горячие на ощупь, отмечаются отеки нижних конечностей до середины бедер. При перкуссии над легкими - притупление перкуторного звука в нижних отделах. Аускультативно: жесткое дыхание, в задненижних отделах легких - влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в 1 мин. Шейные вены набухшие, пульсируют. При осмотре области сердца определяется сердечный толчок в эпигастральной области. При пальпации верхушечный толчок смещен влево, вниз, не усилен, ограниченный. Определяется «кошачье мурлыканье» над верхушкой. Перкуторно - левая граница сердца - в 5 межреберье по среднеключичной линии, правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне II межреберья. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - хлопающий I тон, ритм "перепела", диастолический шум, у основания мечевидного отростка - систолический шум более грубый, усиливающийся на вдохе. Акцент II тона во II межреберье слева у грудины. ЧСС - 115 в мин., пульс - 90 в мин. малый, аритмичный, частый. АД - 110/75 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет свободной жидкости. Печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, плотная с острым краем, пульсирует.

Общий анализ крови: Эритроциты- $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин- 100 г/л, лейкоциты- $10 \times 10^9/л$ п/яд - 3%, сегм/яд - 59%, эоз - 3%, лимф- 25%, мон - 10%, СОЭ 21 мм/ч. *Общий анализ мочи:* прозр., относительная плотность 1014, белок -отр. *Биох. анализ крови:* белок-85 г/л, СРБ ++, билирубин общий - 38 мкмоль/л. ЭКГ: ритм неправильный, частота 100 в 1 мин., признаки гипертрофии обоих желудочков, интервалы R-R различной величины, зубцы P отсутствуют, волны ff, комплексы QRS не расширены.

1. Как можно оценить изменения на ЭКГ?

2. Как объяснить шум у мечевидного отростка, усиливающийся на вдохе, и изменения печени? 3. Ваш предварительный диагноз?

4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача № 6.

Больная 24 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, потерю аппетита, потливость, ознобы, боли в суставах, одышку при малейшей физической нагрузке, боли в правой поясничной области.

В анамнезе: две недели назад после произведенного аборта стала отмечать подъемы температуры тела до $39^{\circ}C$.

В прошлом - ничем не болела.

Объективно: Состояние средней тяжести. Температура тела $37,5^{\circ}C$. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Петехии и геморрагии на коже, слизистых оболочках, конъюнктиве, мелкие болезненные красноватые узелки на пальцах, ладонях. Над легкими перкуторно - легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 22 в 1 мин. При осмотре области сердца: пульсация верхушки в 6 межреберье. Пальпаторно: верхушечный толчок смещен вниз и влево, усиленный, приподнимающий, разлитой. Границы сердца расширены влево, на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации: тахикардия, ослабление I тона на верхушке, грубый диастолический шум над аортой, в V точке, ослабление II тона на аорте. ЧСС 90 в мин. Пульс ритмичный, скорый, высокий, большой. АД 140/60 мм рт.ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом и левом подреберьях. Печень увеличена, на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

Общий анализ крови: Эритроциты- $3,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин-94 г/л, лейкоциты- $14,8 \times 10^9/л$ п/яд 12%, сегм/яд 54%, эоз 3%, лимф- 29%, мон 2% СОЭ 40 мм/ч *Общий анализ мочи:* прозр., плотность 1023, белок -0,068%, лейкоциты единичные в поле зрения, эритроциты 8-10-12 в поле зрения *Биох. анализ крови:* белок - 80 г/л, холестерин 4,8

ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий 18 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, частота 90 в 1 мин., электрическая ось сердца отклонена влево, $R1 > R2 > R3$, в грудных отведениях смещение переходной зоны влево, $Sv1 + Rv5 = 36$ мм В посеве крови выделен энтерококк, чувствительный к ампициллину, гентамицину.

1. Назовите клинические синдромы заболевания у данной больной.
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Каков ваш предварительный диагноз, его обоснование?

Ситуационная задача № 7.

Больной 61 года, поступил в клинику с жалобами на боль в 1 плюснефаланговой суставе стопы, припухлость и покраснение сустава, головную боль, утомляемость, слабость. В прошлом году перенес два приступа почечной колики. Ухудшение связывает с употреблением алкоголя. Ночью появилась острая боль в 1 плюснефаланговом суставе стопы, припухлость, покраснение.

Объективно: Состояние средней тяжести, повышенного питания. Кожные покровы влажные, температура тела 38°C . Лимфоузлы не увеличены. Кожа над суставом блестит, синевато-багрового цвета, горячая. Движения в суставе резко ограничены из-за болей. На правой ушной раковине плотное, безболезненное, бугристое выступающее образование диаметром 5-6 мм, кожа над ним не изменена. В легких дыхание везикулярное. ЧД 20 в 1 мин. Границы сердца расширены влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 78 в мин. АД 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: Эритроциты- $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин- 128 г/л, лейкоциты $10,8 \times 10^9/\text{л}$, п/яд 6%, сегм/яд 70%, эоз 1%, лимф- 18%, мон 5%, СОЭ 30 мм/ч. *Общий анализ мочи:* прозр. реакция кислая, плотность 1015, белок -0,033%, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., эрит. 4-6-4 в п/зр., соли ураты +++ *Биох. анализ крови:* белок - 68 г/л, холестерин 5,8 ммоль/л, СРБ +, билирубин общий 18 мкмоль/л, креатинин 78 мкмоль/л, мочевая кислота 880 мкмоль/л (N-до 420 мкмоль/л) *ЭКГ:* синусовый ритм, частота 90 в 1 мин., электрическая ось сердца отклонена влево, $R1 > R2 > R3$, в грудных отведениях смещение переходной зоны влево, $Sv_1 + Rv_5 = 38$ мм. *Исследование синовиальной жидкости:* лейкоциты $10 \times 10^9/\text{л}$, кристаллы урата натрия. *УЗИ почек:* Обнаружены конкременты в ткани почек. *Рентгенография стопы:* в области 1 плюснефалангового сустава - деструкция субхондрального участка кости и эпифиза, очаги просветления величиной 1,5 см в диаметре, окруженные склеротической каймой.

1. Какие синдромы являются ведущими при этом заболевании?
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Проведите дифференциальную диагностику суставного синдрома.
4. Сформулируйте диагноз.
5. Ваши назначения.

Ситуационная задача № 8.

20-летняя медсестра во время летнего отпуска на море ежедневно по несколько часов находилась на пляже. Через две недели появились боли в мелких суставах кистей рук, голеностопных суставах, субфебрильная температура, сухой кашель, слабость, анорексия. Принимала антибиотики без эффекта, самочувствие ухудшалось, продолжали беспокоить артралгии, температура повысилась до 38°C , лечилась сульфаниламидами, аспирином.

Через два месяца обратилась в поликлинику и была госпитализирована.

При осмотре состояние больной средней тяжести. В области щёк и спинки носа эритематозные высыпания в форме «бабочки». В нижнебоковых отделах грудной клетки с обеих сторон немного звонких влажных мелкопузырчатых хрипов на фоне жёсткого дыхания, под правой лопаткой нежный шум трения плевры. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены, ритмичны, 94 уд/мин. На верхушке и в точке Боткина систолический шум. АД 110/65 мм рт.ст. Со стороны других органов патологических изменений не выявлено.

На рентгенограмме грудной клетки обнаружено усиление сосудистого рисунка в нижних отделах лёгких. ЭКГ – синусовая тахикардия, умеренное снижение амплитуды зубца Т в грудных отведениях. Анализ крови: Нв 101 г/л, эр $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц 6,0 $\times 10^9$ /л, цв. показатель 0,9, эоз 5%, п/я 6%, сегм 68%, лимф 15%, мон 6%, СОЭ 48 мм/час. При исследовании мочи 0,066‰, 103 эритроцита и 1-2 гиалиновых цилиндра в п/зр.

1. Какие синдромы являются ведущими при этом заболевании?
2. Укажите возможные причины заболевания
3. Сформулируйте диагноз.

Ситуационная задача № 9

Женщина 32 лет заболела остро 2 месяца назад после ангины. Появились боли в суставах, сначала в межфаланговых, затем в правом коленном, слабость, повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$. Через две недели суставы припухли, после приёма салицилатов боли и припухлость уменьшились, температура нормализовалась. При осмотре патологии внутренних органов нет. Суставы межфаланговые, пястно-фаланговые 2-3 пальцев припухшие, тугоподвижные. Коленный сустав отёчный, горячий на ощупь. Небольшая атрофия межкостных мышц кистей.

В анализе крови лейкоц $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 35 мм/час, СРБ +++.

1. О каких заболеваниях можно думать прежде всего?
2. Назначьте обследование больной для уточнения диагноза.
3. Какие препараты необходимо назначить больной?

Ситуационная задача №10.

Больная 24 лет. *Жалобы при поступлении*: головная боль, тошнота, резчайшая слабость, боли в суставах, одышка при физической нагрузке.

Больна 2 года. Заболевание началось с высокой температуры, эритематозной сыпи на лице, макрогематурии. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфатических узлов. Полгода назад больная находилась на стационарном лечении по поводу выраженных болей в области сердца, был диагностирован перикардит. В течение полугода принимает 10 мг преднизолона ежедневно. Ухудшение состояния отмечает последние два месяца.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы сухие. В области скуловых дуг и спинки носа-эритематозные высыпания-разлитое покраснение кожи с цианотичным оттенком, (усиливающееся при волнении, на холоде). Пальпируются увеличенные лимфатические узлы размерами до 1 см в диаметре, мягкие, безболезненные. Суставы: Определяется периартикулярный отёк, гиперемия проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных суставов кисти, локтевых суставов; кожа над суставами горячая на ощупь, движения активные и пассивные ограничены. В легких - дыхание везикулярное. ЧД -18 в 1 мин. Левая граница сердца расположена на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке. Пульс - 108 в 1 мин., ритмичный. АД 160/100 мм рт.ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, край ее плотный, чувствителен, заострен. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты- $2,6 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин- 72 г/л, лейкоциты- $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ- 56 мм/ч. *Общий анализ мочи:* мутн., реакция кислая, плотность 1015, белок -1,2%, лейкоциты 2-0-1 в п/зр., гиалиновые цилиндры 2-4-6 в п/зр., эритроциты - 40-26-40 в п/зр. *Биох. анализ крови:* белок - 75 г/л, альбумины 45%, α_1 -глобулины 8%, α_2 -глобулины 12%, β -глобулины 10%, γ -глобулины 25%, холестерин 4,8 ммоль/л, СРБ +++ , билирубин общий - 28 мкмоль/л, креатинин -115 мкмоль/л, мочевины - 6,3 ммоль/л. АсАТ - 89 МЕ/л, АлАТ - 120 МЕ/л. Иммунограмма: Ig А- 4,5г/л, Ig М- 2,0г/л, Ig G - 5,35г/л. АНФ 1:360 (Н 1:40). АНА (антитела к двуспиральной /нативной/ ДНК) 80 МЕ/мл. ЭКГ: Синусовый ритм, тахикардия ЧСС 108 в мин., ЭОС отклонена влево, снижение вольтажа зубцов, депрессия сегмента ST, инверсия зубца Т во всех отведениях.

1. Какие синдромы являются ведущими при этом заболевании?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Сформулируйте диагноз.