Ситуационные задачи

Ревматология

medkeys.ru/product/revmatologiya/

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 58 лет обратилась в поликлинику.
Жалобы
на периодические боли в коленных суставах, больше справа, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, подъеме по лестнице; ухудшение в течение 2 недель, беспокоят интенсивные боли при спуске по лестнице, ощущение утренней скованности в коленных суставах около получаса, треск в них при движениях.
Анамнез заболевания
Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием более 8 лет. Начало заболевания постепенное, изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов, больше справа, отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после уменьшения нагрузки и применения вольтареновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось ощущение утренней скованности.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: отрицает. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.
Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования
Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования
Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом больной является
Диагноз

Основная немедикаментозная терапия включает

- ходьбу на длинные дистанции
- эластичное бинтование нижних конечностей
- грязевые апликации
- снижение массы тела

При наличии боли в коленном суставе может быть назначен на I этапе лечения

- аспирин
- парацетамол
- ксефокам
- анальгин

При неэффективности парацетамола больным остеоартрозом назначают

- аллопуринол
- колхицин
- нестероидные противовоспалительные средства
- антибактериальные препараты

Для уменьшения риска развития желудочно-кишечного кровотечения назначают

- селективные ингибиторы циклооксигеназы-1
- селективные ингибиторы циклооксигеназы-2
- неселективные ингибиторы циклооксигеназы-1 и -2
- селективные ингибиторы циклооксигеназы-3

При наличии синовита коленных суставов с выраженной ночной болью назначают внутрисуставное введение

- кристасталлического глюкозамина сульфата
- метилпреднизолона
- гидрокортизона
- преднизолона

Для внурисуставного введения используют

- производные гиалуроната
- препараты, содержащие глюкозамин
- диацереин
- препараты, содержащие хондроитина сульфат

Терапевтической дозой глюкозамина сульфата является +_____+ мг/сут

- 500
- 800
- 1500
- 1000

К симптоматическим лекарственным средствам замедленного действия относится

- пироксикам
- фебуксостат
- глюкозамин

- колхицин

Лабораторные воспалительные изменения при остеоартрозе

- пироксикам
- фебуксостат
- глюкозамин
- колхицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больной 45 лет обратился в поликлинику
Жалобы
На припухание и боль в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении
Анамнез заболевания
Считает себя больным 1,5 года, когда впервые появились интенсивные боли в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению и исчезновению болевого синдрома и восстановлению функции сустава в течение 5 дней. В последующем эпизоды подобных болей возникали после праздничных застолий.
Анамнез жизни
* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкогольными напитками (пиво). * Сопутствующая патология: страдает 3 года артериальной гипертензией с максимальными подъемами до 170/90 мм рт.ст., постоянной терапии не имеет.
Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- пироксикам
- фебуксостат
- глюкозамин
- колхицин

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- пироксикам
- фебуксостат

- глюкозамин
- колхицин

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом у больного является

- пироксикам
- фебуксостат
- глюкозамин
- колхицин

Диагноз

При подагре увеличивается риск развития

- сердечно-сосудистой патологии
- язвенного колита
- язвенной болезни желудка
- хронической обструктивной болезни легких

Основная терапия при остром приступе подагры включает назначение

- аллопуринола и диклофенака
- фебуксостата и диклофенака
- диклофенака или колхицина
- аллопуринола и кортизона ацетата

Глюкокортикостероиды для купирования острого приступа подагры применяются при

- наличии противопоказаний к назначению НПВС и колхицина
- неконтролируемой артериальной гипертензии
- наличии у пациента поражения почек (выраженной протеинурии)
- выраженном болевом приступе

При наличии противопоказаний и/или неэффективности назначенной терапии данному пациенту можно выбрать

- внутрисуставное введение метилпреднизолона
- введение инфликсимаба
- внутривенное введение метотрексата
- внутрисуставное введение метотрексата

Для длительного лечения больным подагрой назначают

- мелоксикам
- аллопуринол

- диклофенак
- преднизолон

Для длительного лечения подагры, осложнившейся хронической почечной недостаточностью, назначают

- аллопуринол
- колхицин
- фебуксостат
- диклофенак

Учитывая основное заболевание, в качестве гипотензивного средства, пациенту следует назначить

- фуросемид
- бисопролол
- нифедипин
- лозартан

Больным подагрой нельзя назначать колхицин при

- заболеваниях желудочно-кишечного тракта
- заболеваниях щитовидной железы
- хронической обструктивной болезнью легких
- тяжелом поражении почек

Индикатором эффективности лечения подагры служит снижение уровня

- заболеваниях желудочно-кишечного тракта
- заболеваниях щитовидной железы
- хронической обструктивной болезнью легких
- тяжелом поражении почек

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 35 лет обратилась в поликлинику.
Жалобы
на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов; на боли при жевании; утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся 8 часов; на субфебрилитет; потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца; выраженную общую слабость.
Анамнез заболевания
Около 7 месяцев назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем в коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин

без существенного эффекта. Ухудшение состояния в последние 4 месяца, когда значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы, развились скованность, субфебрилитет, похудание. По совету соседки принимала аспирин, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции нет. * Были 2 беременности, дети 10 и 7 лет здоровы. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Температура тела 37,4ºС. + Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5х0,5 см. + Отмечается припухлость пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставов, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. + Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. + Коленные суставы дефигурированы, увеличены в объеме, гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников, ограничение сгибания до 90°. + В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Частота дыханий 17 в мин. + Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. + Частота сердечных сокращений - 78 в мин. Артериальное давление -132/80 мм рт.ст. + Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. + Печень и селезенка не увеличены.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- заболеваниях желудочно-кишечного тракта
- заболеваниях щитовидной железы
- хронической обструктивной болезнью легких
- тяжелом поражении почек

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- заболеваниях желудочно-кишечного тракта
- заболеваниях щитовидной железы
- хронической обструктивной болезнью легких
- тяжелом поражении почек

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом больной является

- заболеваниях желудочно-кишечного тракта

- заболеваниях щитовидной железы
- хронической обструктивной болезнью легких
- тяжелом поражении почек

Диагноз

Стадия и степень активности заболевания соответствуют критериям

- I рентгенологической стадии, II степень активности с системными проявлениями
- III рентгенологической стадии, III степени активности с системными проявлениями
- II рентгенологической стадии, I степени активности с системными проявлениями
- II рентгенологической стадии, II степени активности с системными проявлениями

У пациентки в качестве системных проявлений заболевания обнаружены

- I рентгенологической стадии, II степень активности с системными проявлениями
- III рентгенологической стадии, III степени активности с системными проявлениями
- II рентгенологической стадии, I степени активности с системными проявлениями
- II рентгенологической стадии, II степени активности с системными проявлениями

Эзофагогастродуоденоскопия
Пищевод свободно проходим, стенки эластичные. Слизистая оболочка бледно-розовая. Розетка кардии полностью смыкается. В желудке небольшое количество светлой слизи. Просвет желудка при инсуфляции кислородом расправляется хорошо, стенки эластичные. Слизистая оболочка желудка диффузно гиперемирована, отечна во всех отделах. Привратник зияет, не деформирован, проходим. Луковица 12-перстной кишкине деформирована. Слизистая оболочка бледно-розовая, бархатистая. Постбульбарный отдел проходим, без особенностей. В просвете 12-перстной кишки светлая желчь.
У пациентки развилась нежелательная лекарственная реакция в виде

- стриктуры пищевода
- гастропатии, ассоциированной с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- язвенной болезни желудка

Препаратом первой линии для лечения основного заболевания в данном случае является

- сульфасалазин
- метотрексат
- гидроксихлорохин
- преднизолон в малых дозах

Пациентке в качестве обезболивающей терапии можно рекомендовать

- кеторолак
- диклофенак
- целекоксиб
- напроксен

При наличии плохой переносимости метотрексата следует назначить

- циклофосфан
- мофетила микофеналат
- лефлуномид
- гидроксихлорохин

При назначении метотрексата необходимо контролировать

- уровень щелочной фосфатазы, билирубина
- клинический анализ крови, уровень ферментов цитолиза
- уровень билирубина, холестерина
- общий белок сыворотки крови, холестерин

Для снижения риска нежелательных реакций терапии метотрексатом его следует комбинировать с

- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой
- иммуномодуляторами
- антацидами

При непереносимости терапии синтетическими базисными противовоспалительными средствами следует назначить

- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой
- иммуномодуляторами
- антацидами

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 23 лет обратилась в поликлинику

Жалобы
на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство «скованности» в них, общую слабость, повышение температуры тела до 38,3ºС.
Анамнез заболевания
Заболела остро 3 месяца назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, повышение температуры тела до 38,3ºС. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами, температура тела снизилась до субфебрильных значений, однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: не курит, не злоупотребляет алкоголем. * Заболевания систем органов отрицает
Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой
- иммуномодуляторами
- антацидами

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой
- иммуномодуляторами
- антацидами

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом у больной является

- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой
- иммуномодуляторами
- антацидами

Активность заболевания соответствует _____ степени

- очень высокой

- высокой
- средней
- низкой

Проявления заболевания представлены поражением

- почек, гемолитической анемией, слизистых, суставов
- суставов, анемией, сердца, легких
- слизистых, суставов, гемолитической анемией, цитопенией
- суставов, почек, нормохромной анемией, сердца

Лечение основного заболевания проводят

- гидроксихлорохином – 200 мг внутрь 2 раза в сутки, в течение 3 месяцев и далее 200 мг ежедневно; преднизолон – 0,1 мг/кг, внутрь
- гидроксихлорохином – 200 мг внутрь 2 таблетки в сутки, в течение 3 месяцев и далее 200 мг ежедневно; преднизолоном по 25 мг/сут, внутрь
- циклофосфамидом – 1000 мг в/в ежемесячно, в течении 6 мес
- метилпреднизолоном в виде пульс-терапии по 15-20 мг/кг, в/в 3 дня

При резистентности к лекарственной терапии назначают

- пульс-терапию метилпреднизолоном
- нестероидные противовоспалительные средства
- аминохинолиновые препараты
- глюкокортикоиды в дозе 0,5 мг/кг

У больных системной красной волчанкой с высокой иммунологической активностью следует применять

- преднизолон в малых дозах
- нестероидные противовоспалительные средства
- белимумаб
- преднизолон в высоких дозах

При данном диагнозе больную должен наблюдать

- терапевт
- врач общей практики
- ревматолог
- нефролог

При высокой степени активности и поражении органов и систем больным системной красной волчанкой назначают

- цитостатические иммунодепрессанты
- глюкокортикоиды в дозе 1 мг/кг
- аминохинолиновые препараты

- глюкокортикоиды в средних дозах

Обязательным компонентом индукционной терапии при волчаночном нефрите является

- циклофосфамид
- белимумаб
- преднизолон внутрь
- гидроксихлорохин

Беременным с волчаночным нефритом противопоказано назначать

- циклофосфамид
- белимумаб
- преднизолон внутрь
- гидроксихлорохин

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 58 лет обратилась в поликлинику
Жалобы
на нарушение глотания, чувство кома за грудиной после еды, стойкой изжоги, усиливающейся в горизонтальном положении, общую слабость, отеки кистей, периодическую потерю чувствительности и выраженную бледность кончиков пальцев рук на холоде.
Анамнез заболевания
Отеки кистей, периодическая потеря чувствительности и выраженная бледность кончиков пальцев рук на холоде беспокоят длительное время, к врачам не обращалась. Месяц назад появилось нарушение глотания, чувство кома за грудиной после еды, стойкой изжоги, усиливающейся в горизонтальном положении
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. * Наследственность: отец умер в возрасте 56 лет. * Вредные привычки: курит 1/2 пачки сигарет в день, алкоголь не употребляет
Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- циклофосфамид
- белимумаб
- преднизолон внутрь
- гидроксихлорохин

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- циклофосфамид
- белимумаб
- преднизолон внутрь
- гидроксихлорохин

Результаты инструментальных методов обследования

Показанием для консультации ревматолога служит наличие

- феномена Рейно
- складчатости кожи вокруг губ
- повышенного ревматоидного фактора
- телеангиэктазий

Основным диагнозом у больной является

- феномена Рейно
- складчатости кожи вокруг губ
- повышенного ревматоидного фактора
- телеангиэктазий

Диагноз

Течение, форма и активность данного заболевания соответствуют

- подострому течению, висцеральной форме, умеренной активности
- хроническому течению, диффузной форме, умеренной активности
- острому течению, диффузной форме, высокой активности
- хроническому течению, лимитированной форме, низкой активности

У пациента выявлено поражение желудочно-кишечного тракта в виде

- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- стриктуры пищевода
- эзофагита
- гипотонии пищевода

У пациента обнаружены признаки

- миокардита
- легочной артериальной гипертензии
- рестриктивной кардимиопатии
- перикардита

Препаратом первого ряда для лечения синдрома Рейно является

- бозентан
- изоптин
- преднизолон
- производное дигидропиридина

При тяжелом синдроме Рейно и неэффективности стандартной терапии назначают

- силденафил
- преднизолон
- нифедипин
- илопрост

В качестве специфической терапии легочной артериальной гипертензии применяется

- дилтиазем
- бозентан
- амиодарон
- нипертен

При поражении кожи для лечения диффузной формы заболевания назначают

- азатиоприн
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

В зависимости от течения и степени активности склеродермии реабилитация показана при

- азатиоприн
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больной 52 лет обратился в поликлинику к врачу-ревматологу
Жалобы
* припухание и боль в левом голеностопном суставе, * припухание и боль в

мелких суставах правой стопы, * покраснение кожи над этими же суставами, ограничение движений в них, * боли в поясничной области

Анамнез заболевания

* Страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 10 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в правом голеностопном суставе и первых плюснефаланговых суставах. Одновременно было обнаружено припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что после праздничных застолий или интенсивной физической работы, охлаждения развивается артрит голеностопного, первых плюснефаланговых суставов, а затем коленного сустава. Пациент знает о своей болезни, однако постоянной терапии не принимает. * Боль в области левого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически при ходьбе, особенно по неровной поверхности, в области поражённых суставов отмечается хруст. * Месяц назад отмечал эпизод болей в поясничной области, боли купировались самостоятельно.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: нет. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: курит, часто употребляет алкоголь.

Объективный статус

* Телосложение правильное, повышенного питания * Рост – 180 см, вес – 115 кг, ИМТ – 35 кг/м^2^. * Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. * В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 х 0,2 см, белесоватые на изгибе. * Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1 см. Тоны сердца чистые, ритм правильный, ЧСС 62 в минуту, АД 150/95 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объёме за счет подкожно жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации, селезенка не пальпируется. Реагирует на поколачивание по поясничной области слева. Отеков нет. * Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов обеих стоп с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. * Симптом бокового сжатия правой стопы - положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Левый голеностопный сустав припухший, горячий и резко болезненный при пальпации, кожа гиперемирована. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными исследованиями являются

- азатиоприн
- метотрексат
- преднизолон

- инфликсимаб

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- азатиоприн
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные клинико-лабораторных и инструментальных исследований, данному больному можно поставить диагноз

- азатиоприн
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

Внесуставным проявлением основного заболевания у больного является

- уратный нефролитиаз
- нефролитиаз
- туннельный синдром
- сахарный диабет

При остром приступе данного заболевания с учетом сопутствующей патологии пациенту показан

- фебуксостат
- канакинумаб
- аллопуринол
- бензбромарон

Для длительного лечения пациенту рекомендуется проведение коррекции максимальной дозы аллопуринола в зависимости от

- концентрации мочевины и креатинина
- сывороточного уровня мочевой кислоты
- скорости клубочковой фильтрации
- уровня протеинурии

Индикатором эффективности лечения у данного больного является снижение концентрации мочевой кислоты до +_____+ мкмоль/л

- 360
- 150
- 300
- 500

При недостаточном эффекте аллопуринола, невозможности достижения целевого уровня мочевой кислоты или развитии нежелательных явлений больному необходимо назначить

- парекоксиб
- канакинумаб
- колхицин
- фебуксостат

При развитии гастропатии препаратом выбора, облегчающим суставную боль, является

- кеторолак
- целекоксиб
- кетопрофен
- напроксен

При наличии показаний к уратснижающей терапии аллопуринол рекомендовано назначать

- только в низких дозах (50-100 мг ежедневно)
- с максимальной суточной дозы (900 мг ежедневно) с последующим снижением по 100 мг каждые две-четыре недели
- в исходно низкой дозе (50-100 мг ежедневно) с последующим увеличением (при необходимости) по 100 мг каждые две-четыре недели
- в исходно низкой дозе (50-100 мг ежедневно) с последующим увеличением по 100 мг через день до дозы 900 мг ежедневно

В питании таких пациентов следует отдать предпочтение

- молочным продуктам с низким содержанием жира
- продуктам с повышенным содержанием фруктозы
- морепродуктам
- богатым пуринами продуктам животного происхождения

Для антигипертензивной терапии у данного пациента следует предпочесть назначение

- молочным продуктам с низким содержанием жира
- продуктам с повышенным содержанием фруктозы
- морепродуктам
- богатым пуринами продуктам животного происхождения

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 68 лет обратилась в поликлинику к врачу-ревматологу.
Жалобы
* На ограничение подвижности, припухание и боль в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которые усиливаются к концу дня и ночью; * сильные боли в коленных суставах при ходьбе (особенно при спуске по лестнице); * припухлость коленных суставов (более выраженная справа), ограничение движений в них.
Анамнез заболевания
* Появление болей в суставах связывает с механической нагрузкой, в покое боли стихают. * Кроме того, в последние три года больная отмечает появление плотных симметричных узловатых утолщений в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей и II проксимального межфалангового сустава справа.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: удаление левого яичника по поводу кисты, удаление миоматозных узлов матки. * Наследственность: мать страдает остеохондрозом позвоночника много лет, болят суставы рук. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.
Объективный статус

К лабораторным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относятся

- молочным продуктам с низким содержанием жира
- продуктам с повышенным содержанием фруктозы
- морепродуктам
- богатым пуринами продуктам животного происхождения

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза следует выполнить

- молочным продуктам с низким содержанием жира
- продуктам с повышенным содержанием фруктозы
- морепродуктам
- богатым пуринами продуктам животного происхождения

Результаты дополнительных методов обследования

Данной больной можно поставить диагноз

- молочным продуктам с низким содержанием жира
- продуктам с повышенным содержанием фруктозы

- морепродуктам
- богатым пуринами продуктам животного происхождения

Диагноз

Немедикаментозная терапия включает

- массаж кистей
- тейпирование внутренней части колена
- обучение пациентки
- эластичное бинтование коленных суставов

При слабых или умеренных болях в суставах без признаков воспаления показан

- трамадол
- ацеклофенак
- парацетамол
- пироксикам

При наличии признаков воспаления в период усиления болей для купирования болей применяют препараты

- антифиброзирующие противовоспалительные
- местные противовоспалительные
- стероидные противовоспалительные
- нестероидные противовоспалительные (НПВП)

При болях в суставах и риске развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта средствами выбора являются

- неселективные ингибиторы моноаминоксидазы
- местнораздражающие средства природного происхождения
- селективные ингибиторы циклооксигеназы-2
- неселективные нестероидные противовоспалительные препараты

При наличии синовита коленных суставов назначают внутрисуставное введение

- аутоплазмы
- гиалуроновой кислоты
- культуры клеток человека
- глюкокортикоидов

Симптоматическими лекарственными средствами медленного действия со структурно модифицирующим воздействием на хрящ являются

- хлорохин фосфат и гидроксихлорохин сульфат

- синтетические базисные противовоспалительные препараты
- генно-инженерные биологические препараты
- кристаллический глюкозамин сульфат

При наличии выраженного синовита коленных суставов противопоказано внутрисуставное введение

- гидрокортизона ацетата суспензии
- гиалуроновой кислоты
- триамцинолона ацетонида
- бетаметазона дипропионата

Узелки гебердена являются проявлением остеоартроза

- первого запястно-пястного сустава кисти
- первого плюснефалангового сустава стопы
- дистальных межфаланговых суставов кисти
- проксимальных межфаланговых суставов кисти

Узелки Бушара являются проявлением остеоартроза

- первого запястно-пястного сустава кисти
- первого плюснефалангового сустава стопы
- дистальных межфаланговых суставов кисти
- проксимальных межфаланговых суставов кисти

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больной 23 лет обратился в поликлинику к врачу-ревматологу
Жалобы
* на развитие артрита суставов II, III, IV пальцев левой стопы с сосискообразной дефигурацией, I пальца правой стопы, * боли в пятках, своде стопы, болезненность и припухание в области ахиллова сухожилия и голеностопного сустава справа, * повышение температуры тела до 37,8°С, * болезненность при мочеиспускании, * чувство песка в глазах, выделение в углах глаз по утрам.
Анамнез заболевания
• Заболел неделю назад, когда повысилась температура тела, затем стали беспокоить нерезкие боли при мочеиспускании, развилась картина асимметричного артрита, конъюнктивита.
Анамнез жизни
* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет. * За 2 месяца до заболевания отметил выделения из мочеиспускательного канала. Был в командировке, к врачам не обращался.

Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- первого запястно-пястного сустава кисти
- первого плюснефалангового сустава стопы
- дистальных межфаланговых суставов кисти
- проксимальных межфаланговых суставов кисти

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- первого запястно-пястного сустава кисти
- первого плюснефалангового сустава стопы
- дистальных межфаланговых суставов кисти
- проксимальных межфаланговых суставов кисти

Результаты инструментальных методов обследования

Больному нужно назначить консультацию

- инфекциониста
- травматолога
- невролога
- ортопеда

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- инфекциониста
- травматолога
- невролога
- ортопеда

Диагноз

Препаратами первого ряда для лечения пациента являются

- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
- иммуностимуляторы
- глюкокортикоиды (ГК)
- антибиотики

В качестве препаратов выбора пациенту рекомендуются производные

- макролидов, тетрациклинов, фторхинолонов

- интерлейкинов, интерферонов, индукторов интерферонов
- оксикамов, коксибов, пиразолонов
- цефалоспоринов II поколения, пенициллинов, аминогликозидов

Для купирования артрита пациенту показан

- прием НПВП
- прием колхицина внутрь в нагрузочной дозе 1 мг
- дренаж содержимого суставной сумки и назначение антибиотиков
- 6-метилпреднизолон внутривенно (пульс-терапия 3 дня подряд по 15-20 мг/кг)

Все пациенты с суставным синдромом, ассоциированным с урогенитальной инфекцией, должны быть обследованы на наличие вируса

- контагиозного моллюска
- иммунодефицита человека
- простого герпеса второго типа
- папилломы человека

Внесуставным и экстрагенитальным проявлением заболевания может быть

- дилятационная кардиомиопатия
- легочная артериальная гипертензия
- инфаркт миокарда
- миокардит

В случае возникновения прогностически неблагоприятных системных проявлений (кардит, нефрит и др.) эффективна терапия

- глюкокортикоидами внутрь не более 10 мг/сутки
- метилпреднизолоном в виде пульс-терапии
- циклоспорином внутрь в дозе не более 5 мг/кг/сут.
- циклофосфаном по 500 мг внутривенно один раз в 2 недели

При хроническом течении заболевания назначают

- гидроксихлорохин /пеницилламин / лефлуномид
- метотрексат / сульфасалазин / азатиоприн
- циклофосфамид / циклоспорин / микофенолата мофетил
- тоцилизумаб / устекинумаб / анакинра

Наиболее эффективные меры профилактики заболевания включают

- гидроксихлорохин /пеницилламин / лефлуномид
- метотрексат / сульфасалазин / азатиоприн
- циклофосфамид / циклоспорин / микофенолата мофетил

- тоцилизумаб / устекинумаб / анакинра

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 52 лет, по профессии делопроизводитель, обратилась в поликлинику
Жалобы
на припухание и боль в области локтевого отростка справа
Анамнез заболевания
* Считает себя больной около 2-х месяцев. После небольшой травмы и ношения тяжелой сумки впервые появились припухлость размером примерно 3х4 см в области правого локтевого сустава с незначительной болезненностью. В последующем отметила невозможность носить в этой руке сумку из-за усиления боли, затруднения при разгибании, увеличение припухлости в объеме. * Обратилась в связи с появлением преходящей эритемы над областью припухлости.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: удаление кисты яичника, внематочная беременность. * Наследственность: у матери сахарный диабет. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. * Сопутствующая патология: страдает 4 года артериальной гипертензией, с максимальными подъемами АД до 160/90 мм рт.ст., постоянной терапии не имеет.
Объективный статус

Для постановки диагноза необходимо определить

- гидроксихлорохин /пеницилламин / лефлуномид
- метотрексат / сульфасалазин / азатиоприн
- циклофосфамид / циклоспорин / микофенолата мофетил
- тоцилизумаб / устекинумаб / анакинра

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- гидроксихлорохин /пеницилламин / лефлуномид
- метотрексат / сульфасалазин / азатиоприн
- циклофосфамид / циклоспорин / микофенолата мофетил
- тоцилизумаб / устекинумаб / анакинра

Результаты инструментальных методов обследования

На основании внешнего обследования, лабораторных и инструментальных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

- гидроксихлорохин /пеницилламин / лефлуномид
- метотрексат / сульфасалазин / азатиоприн
- циклофосфамид / циклоспорин / микофенолата мофетил
- тоцилизумаб / устекинумаб / анакинра

Диагноз

Для исключения инфекционной природы бурсита дополнительные исследования включают

- терапевтическую аспирацию содержимого и дренирование
- аспирацию жидкости с микроскопией и посевом
- УЗИ локтевого сустава с цветной дуплексной эхосонографией
- артроскопию локтевого сустава с тонкоигольной аспирационной биопсией

Дифференциальный диагноз в этом случае следует проводить с

- остеомиелитом локтевого отростка
- асептическим некрозом головки лучевой кости
- ревматоидным артритом и подагрой
- кальцифицирующимся бурситом надсухожильной сумки локтевого сустава

Лечение в данном случае включает

- местное применение антибактериальных средств
- местное применение согревающих компрессов
- иммобилизация локтевого сустава гипсовой лангетой
- компрессирующую повязку (эластичный ортез) и местное применение нестероидных противовоспалительных средств

При неэффективности местного лечения с НПВС оптимальным является

- вскрытие и удаление содержимого сумки и назначение антибиотиков
- хирургическое иссечение сумки и иммобилизацию гипсовой лангетой
- радионуклидная синовэктомия
- аспирация жидкости и однократное введение глюкокортикоидов в полость сумки

Больной следует предоставить медицинскую помощь

- в приемном отделении больницы
- в хирургическом отделении больницы
- амбулаторно
- в условиях неотложной помощи

Больной показана консультация

- клинического фармаколога
- ревматолога
- хирурга
- травматолога-ортопеда

При остром гнойном бурсите наблюдают

- подкожные гнойные затеки в области плеча или предплечья
- ограничение активного разгибания в суставе и местное истирание кожи
- формирование свища в пораженной области с истечением гноя
- болезненность, гиперемию, гипертермию, прогрессирующее набухание бурсы

Бурсит олекранона может быть проявлением

- эпикондилита локтевого сустава
- капсулита локтевого сустава
- хронической подагры
- только острого приступа подагры

Хирургическое лечение острого бурсита локтевого отростка

- эпикондилита локтевого сустава
- капсулита локтевого сустава
- хронической подагры
- только острого приступа подагры

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 24 лет обратилась в поликлинику к ревматологу
Жалобы
На боли в коленных, межфаланговых суставах кистей, чувство скованности в них, прогрессирующую общую слабость, повышение температуры тела до 38,3^o^C., появление заед в уголках рта
Анамнез заболевания
Заболела остро 3 месяца назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство скованности в них, слабость в руках и ногах, повышение температуры тела до 38,3^o^C. Лечилась самостоятельно жаропонижающими средствами, температура тела снизилась до субфебрильных значений, однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей. Отметила усиливающуюся общую слабость, появление «заед» в уголках рта.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: медицинский аборт 4 месяца назад. * Наследственность не отягощена. *

Вредные привычки: не курит, не злоупотребляет алкоголем. * Сопутствующая патология: отрицает.
Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются

- эпикондилита локтевого сустава
- капсулита локтевого сустава
- хронической подагры
- только острого приступа подагры

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- эпикондилита локтевого сустава
- капсулита локтевого сустава
- хронической подагры
- только острого приступа подагры

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- эпикондилита локтевого сустава
- капсулита локтевого сустава
- хронической подагры
- только острого приступа подагры

Диагноз

Активность заболевания соответствует +_____+ степени

- низкой
- высокой
- очень высокой
- средней

У больной имеются поражение суставов и

- слизистых, цитопения
- серозитов, анемии
- цитопении, почек
- почек, серозиты

Лечение основного заболевания проводят

- метилпреднизолоном в виде пульс-терапии по 15-20 мг/кг, в/в 3 дня
- циклофосфамидом – 1000 мг в/в ежемесячно, в течении 6 мес
- гидроксихлорохином – 200 мг внутрь 2 раза в сутки, в течение 3 месяцев и далее 200 мг ежедневно; преднизолон – 0,1 мг/кг, внутрь
- гидроксихлорохином – 200 мг внутрь 2 таблетки в сутки, в течение 3 месяцев и далее 200 мг ежедневно; преднизолоном по 25 мг/сут, внутрь

При резистентности к лекарственной терапии назначают

- глюкокортикоиды в дозе 0,5 мг/кг
- пульс-терапию метилпреднизолоном
- метотрексат
- аминохиноловые препараты

У больных с высокой иммунологической активностью при отсутствии клинически значимого нефрита и поражения ЦНС следует применять

- белимумаб
- преднизолон в высоких дозах
- инфликсимаб
- преднизолон в малых дозах

При данном диагнозе больную должен наблюдать

- врач общей практики
- ревматолог
- терапевт
- нефролог

При высокой степени активности и поражении органов и систем назначают

- глюкокортикоиды в дозе 1 мг/кг
- аминохиноловые препараты + преднизолон
- иммунодепрессанты
- глюкокортикоиды в средних дозах изолированно

Обязательным компонентом индукционной терапии при волчаночном нефрите является

- адалимумаб
- этанерцепт
- циклофосфамид
- белимумаб

Беременным с волчаночным нефритом противопоказано назначать

- адалимумаб
- этанерцепт
- циклофосфамид
- белимумаб

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 68 лет обратилась в поликлинику к ревматологу
Жалобы
на нарушение глотания, чувство кома за грудиной после еды, стойкой изжоги, усиливающейся в горизонтальном положении, общую слабость, отеки кистей, периодическую потерю чувствительности и выраженную бледность кончиков пальцев рук на холоде, появление рубчиков на кончиках пальцев кистей.
Анамнез заболевания
Отеки кистей, периодическая потеря чувствительности и выраженная бледность кончиков пальцев рук, посинение на холоде беспокоят около 10 лет, к врачам не обращалась. Три года появляются рубчики на кончиках пальцев. Месяц назад отметила нарушение глотания, появление чувства кома за грудиной после еды, стойкой изжоги, усиливающейся в горизонтальном положении.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. * Наследственность: отец умер в возрасте 55 лет. * Вредные привычки: курит1/2 пачки сигарет в день, алкоголь не употребляет.
Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение

- адалимумаб
- этанерцепт
- циклофосфамид
- белимумаб

Результаты определения

Необходимыми для выявления поражения внутренних органов инструментальными методами обследования являются

- адалимумаб
- этанерцепт
- циклофосфамид
- белимумаб

Результаты

Показанием для консультации ревматолога служит наличие феномена Рейно, позитивного теста на антинуклеарный фактор и

- отек кистей
- складчатость кожи вокруг губ
- телеангиоэктазии
- повышенный С-реактивный белок

Данной больной можно поставить диагноз

- отек кистей
- складчатость кожи вокруг губ
- телеангиоэктазии
- повышенный С-реактивный белок

Диагноз

Течение, форма и активность данного заболевания соответстуют

- хроническому течению, диффузной форме, умеренной активности
- хроническому течению, лимитированной форме, низкой активности
- острому течению, диффузной форме, высокой активности
- подострому течению, висцеральной форме, умеренной активности

У пациента выявлено следующее поражение желудочно-кишечного тракта

- эзофагит
- гипотония пищевода
- стриктура пищевода
- ахалазия кардии

У пациента обнаружены признаки

- рестриктивной кардиопатии
- легочной артериальной гипертензии
- миокардита
- кардиомиопатии

Препаратом первого ряда для лечения синдрома Рейно является

- преднизолон
- нифедипин
- фелодипин
- дилтиазем

При тяжелом синдроме Рейно и неэффективности стандартной терапии назначают

- энаприлат
- абциксимаб
- ридогрель
- илопрост

Для проведения ЛАГ-специфической терапии назначают

- амиодарон
- нифедипин
- энаприлат
- бозентан

При поражении кожи для лечения диффузной формы заболевания назначают

- метотрексат
- этанерцепт
- инфликсимаб
- преднизолон

В зависимости от течения и степени активности реабилитация показана при

- метотрексат
- этанерцепт
- инфликсимаб
- преднизолон

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 66 лет обратилась в поликлинику.
Жалобы
На периодические боли в коленных суставах, больше справа, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, подъеме по лестнице. Ухудшение в течение 2-х месяцев, беспокоят интенсивные боли при спуске по лестнице, ощущение утренней скованности в них около получаса, треск при движениях.
Анамнез заболевания
Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием более 10 лет. Начало заболевания постепенное, изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов, больше справа, отмечалась припухлость, которая держалась в течение 2-3 дней и исчезала после уменьшения нагрузки и местного

применения мази (ибупрофен, диклофенак). В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось ощущение утренней скованности до 20 мин, отмечает «стартовые боли».

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: отрицает. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- метотрексат
- этанерцепт
- инфликсимаб
- преднизолон

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- метотрексат
- этанерцепт
- инфликсимаб
- преднизолон

Результаты инструментального метода обследования

На основании лабораторных и инструментальных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

- метотрексат
- этанерцепт
- инфликсимаб
- преднизолон

Диагноз

Основная немедикаментозная терапия включает

- длительную ходьбу
- тепловые процедуры (компрессы на коленные суставы)
- снижение массы тела
- эластичное бинтование нижних конечностей

При неэффективности/наличии противопоказаний к НПВП рекомендуется

- парацетамол
- анальгин
- глюкокортикоиды
- пироксикам

Для уменьшения болей в суставах при ОА рекомендовано назначение

- мелоксикама
- хондропротекторов
- аллопуринола
- колхицина

При риске развития желудочнокишечного кровотечения назначают

- анальгин
- напроксен
- парацетамол
- эторикоксиб

При наличии синовита коленных суставов с выраженной ночной болью назначают

- хондропротекторы
- внутрисуставное введение метилпреднизолона
- внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты
- внутрисуставное введение аналгетиков

При неэффективности консервативной терапии назначают консультацию

- хирурга
- невролога
- ортопеда-травматолога
- физиотерапевта

Терапевтической дозой глюкозамина сульфата является +_____+ мг/сут

- 750
- 800
- 500
- 1500

Для купирования сильной боли в случае неэффективности предшествующей терапии, или невозможности назначения оптимальных доз этих лекарственных средств в течение короткого периода, рекомендован

- трамадол
- пироксикам

- диацереин
- колхицин

Для внутрисуставного введения и улучшения функции коленного сустава при остеоартрозе назначают

- трамадол
- пироксикам
- диацереин
- колхицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 34 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
На постоянные ноющие боли в пястно-фаланговых суставах кистей, утреннюю скованность до часа, слабость, быструю утомляемость.
Анамнез заболевания
Боли и припухание в пятно-фаланговых суставах начали беспокоить 6 месяцев назад, через некоторое время присоединилась скованность и припухание в кистях и запястьях. Боли беспокоят преимущественно в утреннее и ночное время. Пациентка принимает диклофенак с непродолжительным эффектом.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * родители здоровы, отмечает, что у бабушки имелись выраженные деформации суставов кистей.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пястно-фаланговые суставы 2,3,4,5 пальцев обеих кистей болезненны при пальпации, проксимальные межфаланговые суставы 2, 3 пальцев справа и 2, 3, 4 пальцев слева, а также лучезапястные суставы припухшие и болезненные при пальпации.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- трамадол
- пироксикам
- диацереин
- колхицин

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- трамадол
- пироксикам
- диацереин
- колхицин

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- трамадол
- пироксикам
- диацереин
- колхицин

Диагноз

Для ранней стадии ревматоидного артрита характерна длительность заболевания

- 6 - 12 месяцев
- 12 - 18 месяцев
- менее 4 недель
- 2 - 3 года

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- ASDAS
- DAS 28
- BASDAI
- SLEDAI

Индекс DAS 28 у пациентки составил 6.78. Активность заболевания можно расценить как

- 3 (высокая)
- 2 (умеренная)
- 1 (низкая)
- 0 (ремиссия)

При оценке суставного синдрома у пациентки с ревматоидным артритом, суставами исключения являются

- коленные суставы
- проксимальные межфаланговые суставы кистей

- первые плюснефаланговые суставы
- плечевые суставы

Пациентке следует начать терапию

- лефлуномидом
- азатиоприном
- метотрексатом
- сульфасалазином

Пациентке следуется назначить фолиевую кислоту в дозе

- не менее 5 мг в неделю
- не более 5 мг в неделю
- 5 мг в день
- 1 мг в неделю

Помимо метотрексата, пациентке с высокой активностью раннего ревматоидного артрита следует назначить

- глюкокортикоиды до 3 месяцев
- лефлуномид
- сульфасалазин
- гидроксихлорохин

После инициации терапии метотрексатом рекомендовано провести контроль АЛТ, АСТ, креатинина, клинического анализа крови через +_____+ недели

- 12
- 2 – 4
- 24
- 8

При контрольном анализе крови через месяц у пациентки выявлено повышение АЛТ 215 Ед/л (норма до 15 Ед\л) и АСТ 186 Ед/л (норма до 17 Ед\л). В данном случае следует

- 12
- 2 – 4
- 24
- 8

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Молодой человек 23 лет обратился к ревматологу.
Жалобы
Боли и припухлость левого голеностопного сустава, возникшие около 3 месяцев назад, ноющие боли в нижней части спины преимущественно в ночное время, утренняя скованность длительностью 30-40 минут.
Анамнез заболевания
Боли в нижней части спины преимущественно в ночное время, утренняя скованность длительностью до часа беспокоили в течение года. Самостоятельно нерегулярно принимал ибупрофен 400 мг с положительным кратковременным эффектом. Не обследовался. Боли и припухлость левого голеностопного сустава возникла около 3 месяцев назад после занятий спортом. Обратился к терапевту по месту жительства, была выполнена рентгенография левого голеностопного сустава – выявлены признаки остеоартроза 1 стадии, рекомендован прием хондропротекторов без эффекта. В связи с сохранением болей в спине, артрита левого ГСС, обратился к ревматологу.
Анамнез жизни
* хронический гастрит, вне обострения; * курит по 6-7 сигарет в день в течение 3 лет, алкоголем не злоупотребляет; * студент; * аллергических реакций не было; * родители здоровы.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 62 в 1 мин, АД 117/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Левый ГСС припухший, болезненный при пальпации, остальные суставы интактны. Отмечается болезненность при пальпации ахилловых сухожилий. Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника 9 см. Расстояние от козелка до стены 10 см. Сгибание в поясничном отделе позвоночника (модифицированный тест Шобера) 3 см. Максимальное расстояние между лодыжками 80 см. Ротация в шейном отделе позвоночника 80°.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- 12
- 2 – 4
- 24
- 8

Результаты инструментальных методов исследования

УЗИ щитовидной железы
Щитовидная железа обычно расположена, контуры ровные, нормальных размеров, объем – 13 см3 (норма до 17 см3), паренхима обычной степени эхогенности. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Васкуляризация тканей в норме. Линейные и спектральные

характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Регионарные лимфатические узла без особенностей.
Денситометрия
Минеральная плотность костной ткани осевого скелета соответствует норме.
К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- 12
- 2 – 4
- 24
- 8

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительным диагнозом у данного пациента является

- 12
- 2 – 4
- 24
- 8

Диагноз

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- SELENA - SLEDAI
- DAS 28
- SLEDAI
- BASDAI

Индекс BASDAI у пациента 4.9, активность заболевания можно расценить как

- высокую
- низкую
- умеренную
- очень высокую

В качестве первой линии терапии с учетом наличия эрозивной гастропатии по данным ФГДС пациенту следует назначить

- низкие дозы преднизолона
- селективные НПВП в постоянном режиме
- НПВП при болях
- неселективные НПВП в постоянном режиме

В качестве базисной терапии пациенту следует назначить

- метилпреднизолон

- азатиоприн
- сульфасалазин
- парацетамол

Среди генно-инженерных препаратов первой линии терапии рекомендованы

- анти В-клеточные моноклональные антитела
- ингибиторы интерлейкина 1
- ингибиторы интерлейкина 6
- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа

Оценка эффективности терапии генно-инженерным препаратом оценивается через +_____+ недель/недели

- 4
- 12
- 24
- 2

С учетом наличия у пациента моноартрита голеностопного сустава рекомендуется применение глюкокортикоидов в виде

- таблетированных форм в постоянном режиме
- пульс-терапии метилпреднизолоном в суммарной дозе 2000 мг
- внутрисуставного введения в левый голеностопный сустав
- пульс-терапии метилпреднизолоном в суммарной дозе 750 мг

При анкилозирующим спондилите чаще всего может поражаться

- митральный клапан
- аортальный клапан
- брюшной отдел аорты
- трикуспидальный клапан

Внескелетным проявлением основного заболевания может быть

- митральный клапан
- аортальный клапан
- брюшной отдел аорты
- трикуспидальный клапан

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 35 лет обратился к врачу-ревматологу.

Жалобы
* Боль в нижней части спины. * Утренняя скованность до 2 часов. * Перемежающиеся боли в ягодицах.
Анамнез заболевания
Пациент отмечает нарастание выраженности болей в спине в течение последних 3 месяцев, а также наличие ночной боли, из-за которой он просыпается. Отмечает, что боль стихает после утренней пробежки, но во время рабочего дня может возникать боль в области ягодиц попеременно, то с одной, то с другой стороны.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания, онкологические заболевание отрицает * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * Профессиональных вредностей не имеет * Мать страдала болезнью Крона
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 85кг, рост 182 см. Температура тела 36,6°С. * Видимые слизистые физиологической окраски. * Дыхание везикулярное. ЧДД– 17 в минуту. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Умеренная болезненность при пальпации паравертебральных точек в шейном, верхнегрудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника, в проекции сакроилиальных сочленений. Синдром грушевидной мышцы положительный с обеих сторон. * Парезов, параличей и нарушения чувствительности конечностей не определяется. * Снижение объема движений при наклоне вперед, не достает пальцами до пола примерно 30 см.
В качестве лабораторного обследования для постановки диагноза в данном клиническом случае необходимо определить уровень

- митральный клапан
- аортальный клапан
- брюшной отдел аорты
- трикуспидальный клапан

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми методами диагностики для постановки диагноза в данном клиническом случае является

- митральный клапан
- аортальный клапан
- брюшной отдел аорты
- трикуспидальный клапан

Результаты обследования

Для диагностики данного заболевания при отсутствии достоверных признаков сакроилеита на рентгенограммах необходимо провести

- КТ костей таза
- сцинтиграфию
- УЗИ тазобедренных суставов
- МРТ крестцово-подвздошных суставов

Наиболее вероятным диагнозом в данном клиническом случае с учетом лабораторных и инструментальных исследований является

- КТ костей таза
- сцинтиграфию
- УЗИ тазобедренных суставов
- МРТ крестцово-подвздошных суставов

Диагноз

Лечение данного пациента с анкилозирующим спондилитом рекомендуется проводить

- врачом-ревматологом
- врачом-физиотерапевтом
- врачом-неврологом
- врачом-терапевтом

Данному пациенту в первую очередь показано +_____+ лечение

- хирургическое
- консервативное
- лучевое
- физиотерапевтическое

В качестве противовоспалительной терапии первой линии рекомендовано применение препаратов группы _____

- НПВС - нестероидных противовоспалительных препаратов
- глюкокортикостероидов
- цитостатиков
- с-БПВП - синтетических базисных противовоспалительных препаратов

Дополнением комплексного лечения данного пациента с анкилозирующим спондилитом является

- прохождение обязательной диспансеризации по месту жительства
- МРТ крестцово-подвздошных суставов 1 раз в 6 месяцев
- посещение школы больных

- вовлечение родственников в процесс лечения в целях психологической поддержки

В качестве реабилитации данному пациенту рекомендовано регулярное проведение

- занятий ЛФК
- сеансов психотерапии
- тренировок в спортивном зале с интенсивными нагрузками
- лечебного массажа

Анкилозирующий спондилит является +_____+ заболеванием

- приобретенным
- мультифакториальным
- профессиональным
- генетическим

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- SLEDAI
- BASDAI
- DAS 28
- SELENA - SLEDAI

Наиболее частым системным проявлением анкилозирующего спондилита является

- SLEDAI
- BASDAI
- DAS 28
- SELENA - SLEDAI

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 44 лет обратилась к ревматологу.
Жалобы
Боли в нижней части спины в ночное время, возникшие около 3 месяцев назад, утренняя скованность длительностью 30-40 минут, облегчение болей после физической нагрузки.
Анамнез заболевания
Боли в нижней части спины преимущественно в ночное время, утренняя скованность длительностью до часа беспокоили в течение 3 месяцев. Самостоятельно нерегулярно принимала ибупрофен 400 мг с положительным кратковременным эффектом. Также из анамнеза выяснилось, что за последний

год дважды был диагностирован увеит. Полгода назад, во время обострения увеита отмечала припухание и боли указательного пальца правой кисти, «как сосиска. Проводилось лечение увеита офтальмологом по месту жительства. Было рекомендовано обратиться к ревматологу.

Анамнез жизни

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Хронические заболевания: Миома матки. Аутоиммунный тиреоидит. Эутиреоз. * Постоянно принимает: левотироксин 75 мкг в сутки. * Работает инженером, профессиональных вредностей нет. * Аллергических реакций не было. * Родители здоровы, псориаз отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 62 в 1 мин, АД 127/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Припухших, болезненных суставов на момент осмотра нет. Отмечается болезненность при пальпации ахилловых сухожилий. Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника 9 см. Расстояние от козелка до стены 10 см. Сгибание в поясничном отделе позвоночника (модифицированный тест Шобера) 3 см. Максимальное расстояние между лодыжками 80 см. Ротация в шейном отделе позвоночника 80°.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- SLEDAI
- BASDAI
- DAS 28
- SELENA - SLEDAI

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- SLEDAI
- BASDAI
- DAS 28
- SELENA - SLEDAI

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительным диагнозом у данного пациента является

- SLEDAI
- BASDAI
- DAS 28
- SELENA - SLEDAI

Диагноз

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- SELENA - SLEDAI
- BASDAI
- DAS 28
- SLEDAI

Индекс BASDAI у пациентки 4.9, активность заболевания можно расценить как

- низкую
- очень высокую
- умеренную
- высокую

Характеристика функционального класса 1

- ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность
- полностью сохранены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность
- сохранено: самообслуживание, ограничены: непрофессиональная и профессиональная деятельность
- сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность

При анкилозирующим спондилите чаще всего может поражаться

- трикуспидальный клапан
- аортальный клапан
- брюшной отдел аорты
- митральный клапан

Внескелетным проявлением основного заболевания является

- увеит
- миопия
- миома матки
- аутоиммунный тиреодит

В качестве первой линии терапии пациенту следует назначить

- НПВП при болях
- НПВП в постоянном режиме
- НПВП до 10 дней
- низкие дозы преднизолона

Среди генно-инженерных препаратов первой линии терапии рекомендованы

- анти-В-клеточные моноклональные антитела
- ингибиторы интерлейкина 1
- ингибиторы интерлейкина 6
- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа

Оценка эффективности терапии генно-инженерным препаратом оценивается через

- 4 недели
- 12 недель
- 24 недели
- 2 недели

Перед назначением генно-инженерных биологических препаратов необходимо провести пробу

- 4 недели
- 12 недель
- 24 недели
- 2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 30 лет обратилась к ревматологу.
Жалобы
Боли в нижней части спины в ночное время, возникшие около 3 месяцев назад, утренняя скованность длительностью 30-40 минут, облегчение болей после физической нагрузки, припухание и боли в обоих коленных суставах и левом голеностопном суставе.
Анамнез заболевания
Боли в нижней части спины преимущественно в ночное время, утренняя скованность длительностью до часа беспокоили в течение 3 месяцев. В течение месяца начали беспокоить артриты крупных суставов. Самостоятельно нерегулярно принимала ибупрофен 400 мг с положительным кратковременным эффектом. Также из анамнеза выяснилось, что за последний год дважды был диагностирован увеит. Проводилось лечение увеита офтальмологом по месту жительства. Было рекомендовано обратиться к ревматологу.
Анамнез жизни
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Хронические заболевания: нет. * Работает инженером, профессиональных вредностей нет. * Аллергических реакций не было. * Родители здоровы, псориаз отрицает.

Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 51 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 63 в 1 мин, АД 127/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отмечается болезненность при пальпации и припухание обоих коленных суставов и левого голеностопного сустава. Отмечается болезненность при пальпации ахилловых сухожилий. Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника 9 см. Расстояние от козелка до стены 15 см. Сгибание в поясничном отделе позвоночника (модифицированный тест Шобера) 3 см. Максимальное расстояние между лодыжками 90 см. Ротация в шейном отделе позвоночника 80°.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- 4 недели
- 12 недель
- 24 недели
- 2 недели

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- 4 недели
- 12 недель
- 24 недели
- 2 недели

Результаты лабораторных методов обследования

Предположительный диагноз

- 4 недели
- 12 недель
- 24 недели
- 2 недели

Диагноз

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- SELENA - SLEDAI
- SLEDAI
- DAS 28
- BASDAI

Стадия заболевания у пациентки

- поздняя
- высокая
- ранняя
- развернутая

Характеристика функционального класса 1

- сохранено: самообслуживание, ограничены: непрофессиональная и профессиональная деятельность
- полностью сохранены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность
- ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность
- сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность

Внескелетным проявлением основного заболевания является

- миопия
- увеит
- сухой синдром
- глаукома

В качестве первой линии терапии пациенту следует назначить

- низкие дозы преднизолона
- НПВП при болях
- НПВП до 10 дней
- НПВП в постоянном режиме

С учетом наличия артритов пациентке показано начать терапию

- сульфасалазином
- преднизолоном
- азатиоприном
- мофетилом микофенолата

С учетом наличия у пациентки артритов крупных суставов рекомендуется примнение глюкокортикоидов в виде

- пульс-терапии метилпреднизолоном в суммарной дозе 2000 мг
- таблетированных форм в постоянном режиме
- внутрисуставного введения
- пульс-терапии метилпреднизолоном в суммарной дозе 750 мг

При беременности у пациентки не рекомендуется прием

- парацетамола

- неселективных НПВП
- сульфасалазина
- селективных НПВП

При беременности у пациентки рекомендуемая доза сульфасалазина

- парацетамола
- неселективных НПВП
- сульфасалазина
- селективных НПВП

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 39 лет обратилась к ревматологу.
Жалобы
Боли в нижней части спины в ночное время, утренняя скованность длительностью несколько часов.
Анамнез заболевания
Боли в нижней части спины преимущественно в ночное время, утренняя скованность длительностью до часа беспокоят в течение нескольких лет. Наблюдалась у терапевта по поводу остеохондроза. Постоянно требуется прием НПВП, эффект от приема которых кратковременный, недостаточный. Также из анамнеза выяснилось, что за последний год дважды был диагностирован увеит. Полгода назад, во время обострения увеита отмечала припухание и боли указательного пальца правой кисти, «как сосиска». Проводилось лечение увеита офтальмологом по месту жительства. Было рекомендовано обратиться к ревматологу.
Анамнез жизни
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Хронические заболевания: Миома матки. Аутоиммунный тиреоидит. Эутиреоз. * Постоянно принимает: левотироксин 75 мкг в сутки. * Работает инженером, профессиональных вредностей нет. * Аллергических реакций не было. * Родители здоровы, псориаз отрицает.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 130/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Припухших, болезненных суставов на момент осмотра нет. Отмечается болезненность при пальпации ахилловых сухожилий. Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника 9 см. Расстояние от козелка до стены 9 см. Сгибание в поясничном отделе позвоночника (модифицированный тест Шобера) 2 см. Максимальное расстояние между лодыжками 80 см. Ротация в шейном отделе позвоночника 80°.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- парацетамола
- неселективных НПВП
- сульфасалазина
- селективных НПВП

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- парацетамола
- неселективных НПВП
- сульфасалазина
- селективных НПВП

Результаты лабораторных методов обследования

Предположительный диагноз

- парацетамола
- неселективных НПВП
- сульфасалазина
- селективных НПВП

Диагноз

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- BASDAI
- SLEDAI
- DAS 28
- SELENA - SLEDAI

Индекс BASDAI у пациентки 6.9, активность заболевания можно расценить как

- очень высокую
- умеренную
- низкую
- высокую

Характеристика функционального класса 3

- сохранено: самообслуживание, ограничены: непрофессиональная и профессиональная деятельность

- ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность
- полностью сохранены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность
- сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность

Перед назначением генно-инженерных биологических препаратов необходимо провести пробу

- Манту
- Кумбса
- Реберга
- Зимницкого

Внескелетным проявлением основного заболевания является

- миопия
- миома матки
- увеит
- аутоиммунный тиреодит

Среди генно-инженерных препаратов первой линии терапии рекомендованы

- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа
- анти-В-клеточные моноклональные антитела
- ингибиторы интерлейкина 1
- ингибиторы интерлейкина 6

Среди генно-инженерных препаратов первой линии терапии рекомендованы

- ингибиторы интерлейкина 1
- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа
- анти-В-клеточные моноклональные антитела
- ингибиторы интерлейкина 6

Оценка эффективности терапии генно-инженерным препаратом оценивается через +_____+ недель/недели

- 24
- 4
- 12
- 2

При неэффективности одного ингибитора ФНО-альфа рекомендовано перевести пацента на

- 24
- 4
- 12
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент Д., 31 год, слесарь. Поступил в ревматологическое отделение.
Жалобы
На одышку при небольшой физической нагрузке, сухой кашель, сердцебиение, отеки на ногах.
Анамнез заболевания
Несколько лет назад появились боли в правой ноге, она увеличилась в размерах, пациент находился на лечении в хирургическом отделении с диагнозом – илеофеморальный флеботромбоз справа. Ухудшение состояния, сопровождающееся одышкой при незначительной физической нагрузке. Пациент находился на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: ТЭЛА мелких ветвей, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, ДН II ст.; постфлебитический синдром н/конечностей с трофическими расстройствами правой н/конечности, хр. лимфовенозная недостаточность н/конечностей. Следующее обострение на фоне тромбоза воротной вены (УЗИ– воротная вена в диаметре 12,7 мм, содержит единичные гиперэхогенные структуры, кровоток в вене восстановлен на 2/3 просвета. Варфарин назначался только в стационаре и некоторое время после выписки.
Анамнез жизни
Из анамнеза выяснено, что в армии не служил, т.к. было варикозное расширение вен правой голени, но активно занимался спортом – вольной борьбой. В 25-летнем возрасте после очередной тренировки заметил, что распухла правая голень, нижняя треть, постепенно стала меняться окраска кожи над ней, стала синеватой. Через пару лет стало происходить похожее и с левой голенью. За медицинской помощью не обращался, но перестал заниматься борьбой. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственный анамнез неизвестен.
Объективный статус
Состояние при поступлении – средней степени тяжести. Отмечаются отеки голеней, больше правой, кожа голеней гиперемирована с цианотичным оттенком. В легких – дыхание везикулярное, число дыханий в 1′ – 22. Границы сердца расширены: правая – на 3 см от правого края грудины, левая – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС в 1′ – 96, акцент и расщепление II тона над легочной артерией, систолический шум над мечевидным отростком, АД – 110/60 мм рт. столба. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотноватая, умеренно болезненная.
Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 24
- 4
- 12
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 24
- 4
- 12
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая полученные данные, у пациента нельзя исключить

- 24
- 4
- 12
- 2

Диагноз

Пациенту показана длительная антитромботическая терапия

- варфарином под контролем МНО (2,0–3,0)
- варфарином под контролем МНО (2,5–3,0)
- клопидогрелем под контролем МНО (1,5–2,5)
- ацетилсалициловой кислотой (аспирин) под контролем МНО (2,5–3,5)

Для назначения нефракционированного или низкомолекулярного гепарина в терапевтических дозах в комбинации с глюкокортикоидами необходимо выполнить

- дообследование на предмет геморрагических нарушений, обусловленных циркулирующими в крови антикоагулянтами
- гистологическую диагностику на предмет тромботической микроангиопатии, характеризующейся диффузной тромботической микроваскулопатией
- диагностику наследственных нарушений гемостаза
- дообследование на предмет приобретенного дефицита фактора свертывания

Высокий уровень выздоровления при катастрофическом антифосфолипидном синдроме наблюдается при комбинации

- варфарина, фуросемида, эналаприла
- варфарина, глюкокортикоидов, плазмафереза
- варфарина, апиксабана, аспирина
- варфарина, гепарина, валсартана

При передозировке антикоагулянтный эффект варфарина можно устранить введением

- витамина К
- протамина сульфата
- андексанета альфа
- идаруцизумаба

Отмена варфарина показана при уровне МНО

- >3,5
- >4
- > 9
- >4,5

Относительным противопоказанием к назначению варфарина у данного пациента с АФС-нефропатией является

- СКФ ≤ 60 мл/мин
- МНО >2
- предшествующий тромбоз
- ХПН на преддиализной стадии

Лечение варфарином проводится под контролем МНО, которое рассчитывается по формуле

- МНО = (ПВ больного/ ПВ контроль)^МИЧ^ где ПВ больного – протромбиновое время больного; ПВ контроль – протромбиновое время контроля; МИЧ – показатель чувствительности тромбопластина относительно международного стандарта, что указывается в паспорте набора
- МНО =(ПВ больного+ ПВ контроль)^МИЧ^ где ПВ больного – протромбиновое время больного; ПВ контроль – протромбиновое время контроля; МИЧ – показатель чувствительности тромбопластина относительно международного стандарта, что указывается в паспорте набора
- МНО = ПВ больного/ ПВ контроль, где ПВ больного – протромбиновое время больного; ПВ контроль – протромбиновое время контроля
- МНО = ПВ больного* ПВ контроль^МИЧ^ где ПВ больного – протромбиновое время больного; ПВ контроль – протромбиновое время контроля; МИЧ – показатель чувствительности тромбопластина

относительно международного стандарта, что указывается в паспорте набора

Осложнением лечения варфарином может быть

- синдром Шегрена
- ладонно-подошвенный псориаз
- гипотиреоз
- кумариновый некроз

Начальная доза варфарина

- синдром Шегрена
- ладонно-подошвенный псориаз
- гипотиреоз
- кумариновый некроз

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 28 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
Периодически возникающие язвенные образования в полости рта, на гениталиях, покраснение кожи кисти, лица, покраснение глаз, зуд покрасневшей кожи и глаз. Периодические ноющие боли вдоль всего позвоночника, преимущественно в области копчика, усиливающиеся при длительном сидячем положении, боли в левом коленном суставе ноющего характера при длительной ходьбе, боли в области лучезапястных, локтевых суставах после физической активности. Снижение остроты зрения, появление «мутности» зрения вечером. Частые головные боли по типу мигрени.
Анамнез заболевания
Заболела остро год назад, когда впервые появились язвы в полости рта, на гениталиях, покраснение кожных покровов и зуд. За день до появления вышеописанных симптомов почувствовала озноб. Дерматолог выставил диагноз герпетическая инфекция и назначил противовирусную терапию ацикловиром. Симптомы прошли через 1,5 месяца. Вновь эти же симптомы появились через месяц после переохлаждения. Симптомы стали более выраженными: пациентке трудно было открыть рот, повысилась температура до 420С. Лечилась ацикловиром. Симптомы также прошли через 1,5 месяца. Следующее обострение заболевания произошло через 2 месяца без видимой причины. Пациентка также стала испытывать боль при дефекации. При каждом очередном обострении заболевания за день до появления симптомов пациентка чувствовала озноб. Пациентка направлена к ревматологу для верификации диагноза.
Анамнез жизни
* не курит, алкоголем не злоупотребляет * менструации регулярные,

беременностей 0 * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * родители здоровы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 169 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- синдром Шегрена
- ладонно-подошвенный псориаз
- гипотиреоз
- кумариновый некроз

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- синдром Шегрена
- ладонно-подошвенный псориаз
- гипотиреоз
- кумариновый некроз

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- синдром Шегрена
- ладонно-подошвенный псориаз
- гипотиреоз
- кумариновый некроз

Диагноз

Обязательным симптомом Болезни Бехчета является

- поражение кишечника
- неврологические нарушения
- афтозный стоматит
- увеит

При проведении теста патергии делается укол стерильной иглой

- в области передней поверхности бедра в 4-х точках
- в области предплечья в 4-х точках
- в области предплечья однократно

- в области живота в 2-х точках

Для оценки общей активности Болезни Бехчета экспертами рекомендовано использовать индекс

- DAS 28
- BDCAF
- BASDAI
- ASDAS

Частота рецидивов афтозного стоматита при Болезни Бехчета

- раз в 2-3 года
- не менее 3 раз в год
- 1 раз в год
- не менее 2 раз в год

Противопоказанием для назначения генно-инженерных биологических препаратов является

- наличие злокачественных новообразований
- сахарный диабет 1 типа
- сахарный диабет 2 типа
- острый инфаркт миокарда в анамнезе

При рецидивирующем афтозном стоматите рекомендован

- парацетамол
- метотрексат
- гидроксихлорохин
- колхицин

Рекомендовано использование глюкокортикоидов для лечения язв на слизистой рта и гениталиях в виде

- внутримышечных инъекций
- пульс-терапии глюкокортикоидов
- топических форм
- таблетированных форм

Рекомендовано каждому больному болезнью Бехчета с воспалительным процессом в задних сегментах глаз, первичным или рекуррентным острым увеитом, угрожаемым по потере зрения назначать

- гидроксихлорохин 400 мг/сутки
- метотрексат 15 мг в неделю
- преднизолон в дозе 5-10 мг/сутки
- преднизолон в дозе 0.5-1 мг/кг/сутки

Среди генно-инженерных препаратов для лечения болззни Бехчета используются

- гидроксихлорохин 400 мг/сутки
- метотрексат 15 мг в неделю
- преднизолон в дозе 5-10 мг/сутки
- преднизолон в дозе 0.5-1 мг/кг/сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 35 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
Периодически возникающие язвенные образования в полости рта, на гениталиях, покраснение кожи кисти, лица, покраснение глаз, зуд покрасневшей кожи и глаз, снижение остроты зрения, появление «мутности» зрения, искажение предметов, мушки перед глазами, частые головные боли по типу мигрени.
Анамнез заболевания
Заболела остро год назад, когда впервые появились язвы в полости рта, на гениталиях, покраснение кожных покровов и зуд. За день до появления вышеописанных симптомов почувствовала озноб. Дерматолог выставил диагноз герпетическая инфекция и назначил противовирусную терапию ацикловиром. Симптомы прошли через 1,5 месяца. Вновь эти же симптомы появились через месяц после переохлаждения. Симптомы стали более выраженными: пациентке трудно было открыть рот, повысилась температура до 39°С. Лечилась ацикловиром. Симптомы также прошли через 1,5 месяца. Следующее обострение заболевания произошло через 2 месяца без видимой причины. Пациентка также стала испытывать боль при дефекации. При каждом очередном обострении заболевания за день до появления симптомов пациентка чувствовала озноб. Месяц назад появились жалобы со стороны зрительного аппарата. Пациентка осмотрена офтальмологом, диагностирован задний увеит. Пациентка направлена к ревматологу для верификации диагноза.
Анамнез жизни
* не курит, алкоголем не злоупотребляет * менструации регулярные, беременностей 0 * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * отец уроженец Северного Кавказа
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. На слизистой рта визуализируется язвочка в области внутренней поверхности правой щеки. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- гидроксихлорохин 400 мг/сутки
- метотрексат 15 мг в неделю
- преднизолон в дозе 5-10 мг/сутки
- преднизолон в дозе 0.5-1 мг/кг/сутки

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- гидроксихлорохин 400 мг/сутки
- метотрексат 15 мг в неделю
- преднизолон в дозе 5-10 мг/сутки
- преднизолон в дозе 0.5-1 мг/кг/сутки

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- гидроксихлорохин 400 мг/сутки
- метотрексат 15 мг в неделю
- преднизолон в дозе 5-10 мг/сутки
- преднизолон в дозе 0.5-1 мг/кг/сутки

Диагноз

Обязательным симптомом болезни Бехчета является

- афтозный стоматит
- увеит
- неврологические нарушения
- поражение кишечника

Оценка папулы/пустулы при проведении теста патергии проводится

- через 30-40 минут
- через 24-48 часов на месте укола возникает папула или пустула до 2 мм в диаметре, исчезающая через 3-4 дня
- через 2-3 часа
- через 5-7 дней

Для оценки общей активности Болезни Бехчета экспертами рекомендовано использовать индекс

- DAS 28
- BDCAF

- BASDAI
- ASDAS

Рекомендовано каждому больному болезнью Бехчета с воспалительным процессом в задних сегментах глаз, первичным или рекуррентным острым увеитом, угрожаемым по потере зрения назначать

- преднизолон в дозе 0.5-1 мг/кг/сутки
- преднизолон в дозе 5-10 мг/сутки
- гидроксихлорохин 400 мг/сутки
- метотрексат 15 мг в неделю

Противопоказанием для назначения генно-инженерных биологических препаратов является

- сахарный диабет 2 типа
- наличие злокачественных новообразований
- сахарный диабет 1 типа
- острый инфаркт миокарда в анамнезе

При резистентных случаях (сохранение симптоматики на фоне проводимой терапии, частые рецидивы) рекомендованы

- гидрокихлорохин
- колхицин
- сульфасалазин
- ингибиторы-ФНО-α

При легком и умеренном поражении желудочно-кишечного тракта показано назначение

- месалазина
- лактулозы
- колхицина
- ингибиторов-ФНО-α

Для лечения болезни Бехчета из генно-инженерных препаратов используются

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы интерлейкина-1
- ингибиторы-ФНО-α
- ингибиторы интерлейкина-6

Режим введения адалимумаба

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы интерлейкина-1

- ингибиторы-ФНО-α
- ингибиторы интерлейкина-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 43 лет направлена к ревматологу.
Жалобы
Постоянная заложенность носа, периодические носовые кровотечения, гаймориты, отечность лица в утреннее время, слабость, повышение температуры до 37°С.
Анамнез заболевания
Синуситы беспокоят в течение последних 2-х лет, неоднократно проводились пункции гайморовых пазух, антибиотикотерапия. Наблюдалась у ЛОР-а. По данным анализов крови выявлялись высокие острофазовые показатели, что связывалось с обострением гайморита. Последний год беспокоят отеки лица и голеней. Терапевтом по месту жительства выявлена протеинурия 0.5 г/сутки, в связи с чем пациентка направлена к ревматологу.
Анамнез жизни
* хронический гастрит, вне обострения * не курит, алкоголем не злоупотребляет * работает бухгалтером * аллергических реакций не было * менструации регулярные * родители здоровы
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 54 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней и стоп. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 62 в 1 мин, АД 135/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Затруднено носовое дыхание. Артритов нет.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы интерлейкина-1
- ингибиторы-ФНО-α
- ингибиторы интерлейкина-6

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы интерлейкина-1
- ингибиторы-ФНО-α
- ингибиторы интерлейкина-6

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы интерлейкина-1
- ингибиторы-ФНО-α
- ингибиторы интерлейкина-6

Диагноз

Пациентам с фебрилльной лихорадкой для провденения дифференциальной диагностики с сепсисом рекомендовано выполнение

- прокальцитонинового теста
- пробы Реберга
- пробы Кумбса
- теста патергии

Одним из характерных для циклофосфамида побочных эффектов является

- железодефицитная анемия
- фолиеводефицитная анемия
- геморрагический цистит
- обострение хронического гастрита

Контроль эффективности терапии проводится через

- 12 недель, 6 месяцев и ладее каждый год
- 4 недели, 12 недель, и дажее каждый год
- 2 недели, и далее каждые 6 месяцев
- 1 неделю, 1, 3 месяца и далее каждые 6 месяцев

Мочевой синдром включает в себя

- протеинурию и лейкоцитурию
- протеинурию, гематурию, цилиндрурию
- глюкозурию, протеинурию
- бактериурию, протеинурию, лейкоцитурию

С учетом длительного приема глюкокортикоидов в высоких дозах рекомендовано выполнение

- рентгенографии тазобедренных суставов
- ультразвуковой денситомтерии
- рентгеновской денситометрии
- рентгенографии позвоночника

Для индукции ремиссии рекомендована терапия

- азатиоприном
- глюкокортикоидами
- метотрексатом
- лефлуномидом

Рекомендуемая доза преднизолона

- 0.5 мг/кг в сутки
- 1-2 мг/кг в сутки
- 15 мг в сутки
- 5 мг в сутки

Помимо глюкокортикоидов проводится терапия

- метотрексатом
- азатиоприном
- циклоспорином
- циклофосфамидом

Для поддержания ремиссии применяется преднизолон в дозе

- метотрексатом
- азатиоприном
- циклоспорином
- циклофосфамидом

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 40 лет обратился к ревматологу.
Жалобы
Постоянная заложенность носа, слабость.
Анамнез заболевания
Год назад стала повышаться температура до 38°С, появились слизистые выделения из носа, боли в мышцах верхних и нижних конечностей и спины, слабость, снижение аппетита и массы тела до 10 кг за 2 мес. Сам пациент заболевание ни с чем не связывал. Обратился к участковому терапевту, который выставил предварительный диагноз ОРЗ, назначил парацетамол. После лечения в течение 7 дней улучшения не наступило. В августе к данным жалобам присоединилось кровохарканье, появились изменения в моче и отеки на ногах. С целью уточнения диагноза был госпитализирован в терапевтическое отделение. Проведен онкопоиск: ФГДС, ирригография, стернальная пункция, УЗИ органов брюшной полости, КТ органов грудной клетки. Онкозаболеваний не выявлено. Однако по результатам КТ органов грудной клетки выявлены

изменения, не обнаруженные при рентгенографии легких: слева в верхней доле буллы диаметром до 2,7 см, плевродиафрагмальные шварты, дорзальная плевра уплотнена, с элементами кальциноза, апикально в S6 очаг диаметром 1,25 см с полостью 0,54 см, в S5 очаг диаметром 0,58 см. Справа в латеральных и медиальных синусах плевральные шварты. В S2 участок плотности до 20 ед. неправильной формы, с неровными нечеткими контурами, распадом 0,55×0,95 см, с утолщением прилегающей плевры. Заключение по данным КТ: инфильтративный туберкулез S II справа и S VI слева в фазе распада. Анализ мокроты на ВК отрицательный. В связи с подозрением на туберкулез легких больной отправлен в противотуберкулезный диспансер. Назначена терапия изониазидом, рифампицином, пиразиламидом и этамбутолом. На фоне проводимой терапии состояние продолжало ухудшаться: нарастали потеря веса, боли в мышцах; сохранялись фебрильная температура, анорексия, общая слабость, отеки на голенях, изменения в крови и моче. Больной проконсультирован нефрологом. На основании признаков системности клинико-лабораторных проявлений: лихорадка, высокое СОЭ, похудание, боли в мышцах, общая слабость, сочетанное поражение легких и почек (в моче протеинурия, эритроцитурия — 15—20 в поле зрения; креатинин крови —167 мкмоль/л) заподозрено системное заболевание соединительной ткани. Проведены исследования: антитела к ДНК — отрицательные; антитела к антигенам базальной мембраны клубочков почек — отрицательные; волчаночные LE-клетки — отрицательные; антинейтрофильные цитоплазматические антитела — положительные. В протеинограмме — гипергаммаглобулинемия. Пациент переведен в ревматологическое отделение. Проведено лечение: преднизолон 40 мг /сут внутрь; циклофосфан 400 мг в/в через день. При выписке через 45 дней: состояние удовлетворительное. Кровь: снижение СОЭ до 12—15 мм/ч, повышение гемоглобина до 144—150 г/л, мочевина —7,7 ммоль/л, креатинин — 109 мкмоль/л (положительная динамика), холестерин — 6,5 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации — 71,5 мл/мин. Моча: снижение протеинурии до 0,495, отсутствие эритроцитов. Пациент обратился к ревматологу через 6 месяцев после выписки для оценки эффективности терапии.

Анамнез жизни

* хронический гастрит, вне обострения * не курит, алкоголем не злоупотребляет * работает бухгалтером * аллергических реакций не было * родители здоровы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней и стоп. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 62 в 1 мин, АД 135/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Затруднено носовое дыхание. Артритов нет.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- метотрексатом
- азатиоприном
- циклоспорином

- циклофосфамидом

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- метотрексатом
- азатиоприном
- циклоспорином
- циклофосфамидом

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- метотрексатом
- азатиоприном
- циклоспорином
- циклофосфамидом

Диагноз

Пациентам с фебрилльной лихорадкой для проведения дифференциальной диагностики с сепсисом рекомендовано выполнение

- теста патергии
- пробы Реберга
- прокальцитонинового теста
- пробы Кумбса

Одним из характерных для циклофосфамида побочных эффектов является

- фолиеводефицитная анемия
- железодефицитная анемия
- геморрагический цистит
- обострение хронического гастрита

Контроль эффективности терапии в период ремисси заболевания проводится каждые

- 6 месяцев
- 12 недель
- месяц
- год

Мочевой синдром включает в себя

- глюкозурию, протеинурию

- бактериурию, протеинурию, лейкоцитурию
- протеинурию, гематурию, цилиндрурию
- протеинурию и лейкоцитурию

Для поддержания ремиссии применяется преднизолон в дозе

- 1000 мг метилпреднизолона №3
- 0.5-1 мг/кг в сутки
- 0.2-0.3 мг/кг в сутки
- 1-2 мг/кг в сутки

После окончания терапии циклофосфамидом для поддержания ремиссии в сочетании с преднизолоном рекомендован прием

- голимумабома
- гидроксихлорохина
- азатиоприна
- аллопуринола

Рекомендуется отмена азатиоприна при снижении уровня тромбоцитов ниже

- 150 × 10^9^/л
- 200 × 10^9^/л
- 90 × 10^9^/л
- 50 × 10^9^/л

Всем пациентам с гранулематозом Вегенера рекомендуется проведение консультации

- гастроэнтеролога
- отоларинголога
- ортопеда
- гинеколога

При возникновении острой инфекции рекомендовано

- гастроэнтеролога
- отоларинголога
- ортопеда
- гинеколога

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 55 лет обратилась к ревматологу.

Жалобы
Острые боли в поясничном отделе позвоночника без эффекта от НПВП, частая изжога.
Анамнез заболевания
Боли в спине возникли остро 6 месяцев назад после подъема тяжелой сумки. Других переломов не было.
Анамнез жизни
* Курит по 5 сигарет в день в течение 30 лет * Менопауза с 45 лет * Не употребляет алкоголь * Аллергических реакций не было * Наследственность не отягощена * Сопутствующие заболевания: ГЭРБ. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск ССО 3. Двусторонний гонартроз 2 ст. ФНС 1.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 69 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Температура 36,6°С. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 71 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Артритов нет.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- гастроэнтеролога
- отоларинголога
- ортопеда
- гинеколога

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- гастроэнтеролога
- отоларинголога
- ортопеда
- гинеколога

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- гастроэнтеролога
- отоларинголога
- ортопеда
- гинеколога

Диагноз

Учитывая наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, пациентке рекомендовано исключить прием

- стронция ранелата
- деносумаба
- алендроната
- золедроната

Наиболее информативным инструментальным методом топической диагностики первичного гиперпаратиреоза является

- рентгенография
- УЗИ оклощитовидных желез
- МРТ шейнокого отдела
- сцинтиграфия

Рекомендуется продолжать непрерывное лечение остеопороза внутривенными бисфосфонатами в течение

- 1 года
- 5 лет
- 3 лет
- 6 месяцев

Режим введения золедроновой кислоты при лечении остеопороза

- один раз в год
- один раз в неделю
- два раза в год
- один раз в месяц

Наиболее опасным осложнением первичного гиперпаратиреоза является

- гипертонический криз
- острая почечная недостаточность
- гиперкальциемический криз
- гипокальциемия

Пациентам с остеопорозом рекомендовано

- проводить умеренные силовые тренировки, заниматься плаваньем
- заниматься тяжелой атлетикой
- проводить тренировки с осевой нагрузкой (бег, прыжки)
- минимизировать любые физические нагрузки, не выходить из дома

Менопаузальная гормональная терапия рекомендована для профилактики остеопороза у женщин в возрасте

- до 60 лет
- старше 70 лет
- до 45 лет
- старше 60 лет

Для оценки 10-летней вероятности остеопоротического перелома, используется алгоритм

- FRAX
- ASDAS
- HAQ
- BASDAI

Наиболее точным ранним методом диагностики остеопороза является

- FRAX
- ASDAS
- HAQ
- BASDAI

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 65 лет обратилась к ревматологу.
Жалобы
Боли в коленных суставах при подъеме по лестнице, в левом тазобедренном суставе после физической нагрузки.
Анамнез заболевания
Боли коленных суставах беспокоят около 10 лет, усилились за последние полгода, а также присоединились боли в тазобедренных суставах. Суставы не припухали, утреннюю скованность отрицает. Пациентка использовала мази с НПВП с кратковременным положительным эффектом. Обратилась к ревматологу в связи с усилением болей.
Анамнез жизни
* Не курит. * Не употребляет алкоголь. * Аллергических реакций не было. * У матери был перелом шейки бедра. * Сопутствующие заболевания: ЖКБ. Хронический холецистит, вне обострения. Гипертоническая болезнь 2 ст. Ожирение 2 ст. Риск ССО 3.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Температура 36.6 С. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Артритов нет. Узелки Гебердена. Объем движений в тазобедренных суставах ограничен из-за боли при отведении бедра. Крепитация

в коленных суставах при сгибании, левый коленный сустав теплый при пальпации, умеренная припухлость левого коленного сустава.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- FRAX
- ASDAS
- HAQ
- BASDAI

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- FRAX
- ASDAS
- HAQ
- BASDAI

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- FRAX
- ASDAS
- HAQ
- BASDAI

Диагноз

Для боли при остеоартрозе характерным признаком является

- боль уменьшается после физической нагрузки
- боль всегда сопровождается утренней скованностью
- боль беспокоит преимущественно в ночное время
- боль усиливается при нагрузке

Крепитация проявляется

- ограничением объема движений в суставе
- припуханием сустава
- хрустом, треском в суставе при движении
- увеличением объема сустава

Узелки Гебердена представляют собой

- деформации проксимальных межфаланговых суставов кистей
- тофусы в области локтевых суставов

- деформации дистальных межфаланговых суставов кистей
- синовиты проксимальных межфаланговых суставов кистей

Пациентке в плане модификации образа жизни рекомендована

- ограничение белка в рационе
- ограничение потребления продуктов, богатых пуринами (мясо, рыба)
- ограничение потребления продуктов, содержащих глютен
- нормализация массы тела

У пациентки выявлен дефицит витамина D (15 нг/мл при референсных значениях:30 - 100нг/мл), в связи с чем рекомендуемая схема насыщающей терапии

- 2 капели препарата витамина D ежедневно 12 недель
- 14 капель препарата витамина D ежедневно 8 недель
- 14 капель препарата витамина D в неделю в течение 8 недель
- 14 капель препарата витамина D ежедневно 4 недели

Для уменьшения болей в суставах из перечисленных препаратов предпочтительнее

- метипред
- гидроксихлорохин
- парацетамол
- преднизолон

При выраженных болях, наличии воспалительного компонента, с учетом наличия у пациентки язвенной болезни в анамнезе, рекомендован прием

- кетопрофена
- преднизолона
- ибупрофена
- целекоксиба

При наличии синовита коленного сустава можно рекомендовать лечение глюкокортикоидами в форме

- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона
- внутрисуставного введения
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Число внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов в год не должно превышать

- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона

- внутрисуставного введения
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 65 лет обратилась к ревматологу.
Жалобы
Боли в грудном отделе позвоночника, постоянные ноющие, с кратковременным положительным эффектом от приема нимесулида.
Анамнез заболевания
Боли в спине беспокоят около 20 лет, однако 3 месяца назад после подъема тяжелой сумки, боли усилились. За последний год рост уменьшился на 4 см.
Анамнез жизни
* Не курит * Не употребляет алкоголь * Аллергических реакций не было * У матери был перелом шейки бедра * Сопутствующие заболевания: ЖКБ. Хронический холецистит, вне обострения. Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск ССО 3. Двусторонний коксартроз 2 ст. ФНС 1.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Температура 36.6 С. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 125/73 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Артритов нет.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона
- внутрисуставного введения
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона
- внутрисуставного введения
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- приема высоких доз преднизолона

- приема низких доз преднизолона
- внутрисуставного введения
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Диагноз

Для оценки 10-летней вероятности остеопоротического перелома используется алгоритм

- BASDAI
- ASDAS
- FRAX
- HAQ

Пациентке в качестве первой линии терапии рекомендовано начать прием

- терипаратида
- стронция ранелат
- деносумаба
- бисфосфонатов

Рекомендуется продолжать непрерывное лечение остеопороза пероральными бисфосфонатами в течение

- 3 лет
- 1 года
- 5 лет
- 6 месяцев

Все препараты для лечения остеопороза рекомендуется назначать в сочетании с препаратами

- железа и фолиевой кислоты
- витамина В 12
- магния и витамина С
- кальция и витамина D

У пациентки выявлен дефицит витамина D (15 нг/мл при референсные значениях: 30 - 100 нг/мл), в связи с чем рекомендуемая схема насыщающей терапии

- 2 капели препарата витамина D ежедневно 12 недель
- 14 капель препарата витамина D ежедневно 8 недель
- 14 капель препарата витамина D ежедневно 4 недели
- 14 капель препарата витамина D в неделю в течение 8 недель

Далее поддерживающая доза витамина D у пациентки должна составлять минимум (МЕ в сутки)

- 200
- 5000
- 800
- 400

Алендронат необходимо принимать

- утром, после завтрака
- перед сном, через 30 минут после ужина
- утром, натощак
- во время обеда

Пациентка отмечает боли в животе, изжогу после приема алендроната, в связи с чем пациентке следует рекомендовать

- принимать алендронат совместно с антацидами
- прекратить лечение любыми бисфофонатами
- перейти на терапию золедроновой кислотой
- принимать алендронат после еды

Режим введения золедроновой кислоты при лечении остеопороза

- принимать алендронат совместно с антацидами
- прекратить лечение любыми бисфофонатами
- перейти на терапию золедроновой кислотой
- принимать алендронат после еды

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 20 лет обратился к ревматологу.
Жалобы
Боль в нижней части спины преимущественно в ночное время, утренняя скованность в спине, боль и припухлость левого голеностопного сустава.
Анамнез заболевания
Боль в нижней части спины преимущественно в ночное время, утренняя скованность длительностью до часа беспокоили в течение года. Самостоятельно нерегулярно принимал ибупрофен 400 мг с положительным кратковременным эффектом. Не обследовался. Боль и припухлость левого голеностопного сустава возникла около 3 месяцев назад после занятий спортом. Обратился к терапевту по месту жительства, была выполнена рентгенография левого голеностопного сустава – выявлены признаки остеоартроза 1 стадии, рекомендован прием хондропротекторов, который оказался без эффекта. В связи с сохранением болей в спине, артрита левого, голеностопного сустава обратился к ревматологу.

Анамнез жизни
* хронический гастрит, вне обострения; * курит по 6-7 сигарет в день в течение 3 лет, алкоголем не злоупотребляет; * студент; * аллергических реакций не было; * родители здоровы.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 62 в 1 мин, АД 117/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Левый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации, остальные суставы интактны. Отмечается болезненность при пальпации ахилловых сухожилий. Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника 9 см Расстояние от козелка до стены 10 см Сгибание в поясничном отделе позвоночника (модифицированный тест Шобера) 3 см Максимальное расстояние между лодыжками 80 см Ротация в шейном отделе позвоночника 80°
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- принимать алендронат совместно с антацидами
- прекратить лечение любыми бисфофонатами
- перейти на терапию золедроновой кислотой
- принимать алендронат после еды

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- принимать алендронат совместно с антацидами
- прекратить лечение любыми бисфофонатами
- перейти на терапию золедроновой кислотой
- принимать алендронат после еды

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- принимать алендронат совместно с антацидами
- прекратить лечение любыми бисфофонатами
- перейти на терапию золедроновой кислотой
- принимать алендронат после еды

Диагноз

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- SLEDAI
- SELENA - SLEDAI

- BASDAI
- DAS 28

Индекс BASDAI у пациента 4.9, активность заболевания можно расценить как

- высокую
- очень высокую
- умеренную
- низкую

В качестве первой линии терапии с учетом наличия эрозивной гастропатии по данным ФГДС пациенту следует назначить

- НПВП при болях
- низкие дозы преднизолона
- неселективные НПВП в постоянном режиме
- селективные НПВП в постоянном режиме

В качестве базисной терапии пациенту следует назначить

- сульфасалазин
- метилпреднизолон
- азатиоприн
- парацетамол

Среди генно-инженерных препаратов первой линии терапии рекомендованы

- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа
- ингибиторы интерлейкина 6
- анти В-клеточные моноклональные антитела
- ингибиторы интерлейкина 1

Оценка эффективности терапии генно-инженерным препаратом оценивается через

- 2 недели
- 24 недели
- 4 недели
- 12 недель

С учетом наличия у пациента моноартрита голеностопного сустава рекомендуется примнение глюкокортикоидов в виде

- внутрисуставного введения в левый голеностопный сустав
- пульс-терапии метилпреднизолоном в суммарной дозе 750 мг
- таблетированных форм в постоянном режиме

- пульс-терапии метилпреднизолоном в суммарной дозе 2000 мг

При анкилозирующим спондилите чаще всего может поражаться

- трикуспидальный клапан
- аортальный клапан
- митральный клапан
- брюшной отдел аорты

Внеаксиальным проявлением основного заболевания может быть

- трикуспидальный клапан
- аортальный клапан
- митральный клапан
- брюшной отдел аорты

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 56 лет обратился к ревматологу.
Жалобы
Боли, покраснение и припухлость правого коленного сустава, озноб.
Анамнез заболевания
Боли в правом коленном суставе, припухлость и гиперемия возникли остро 2 дня назад после застолья. Наличие травмы отрицает. При опросе, выяснено, что около года назад также после застолья отмечался артрит 1-го плюснефалангового сустава большого пальца правой стопы. К врачу пациент не обращался, приступ купировал приемом обезболивающий препаратов (каких, не помнит). Также последние 10 лет отмечаются эпизоды повышения артериального давления. Пациент нерегулярно принимает рамиприл, фуросемид, ацетилсалициловую кислоту, аторвастатин и омепразол при болях в животе.
Анамнез жизни
* курит по 10-15 сигарет в день * употребляет 30 единиц алкоголя в неделю * аллергических реакций не было * родители страдали гипертонической болезнью
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 186 см, масса тела 89 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Температура 37,1°С. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в 1 мин, АД 145/83 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Правое колено гиперемированное, горячее, имеется выпот в правый коленный сустав, пассивные и активные движения в суставе болезненны. Остальные суставы интактны. При осмотре в области ушной раковины имеется безболезненное образование каменистой плотности диаметром 0.3 см.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- трикуспидальный клапан
- аортальный клапан
- митральный клапан
- брюшной отдел аорты

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- трикуспидальный клапан
- аортальный клапан
- митральный клапан
- брюшной отдел аорты

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- трикуспидальный клапан
- аортальный клапан
- митральный клапан
- брюшной отдел аорты

Диагноз

Рекомендации по модификации диеты, которые необходимо дать пациенту

- снижение потребления соли, алкогольных напитков, ограничение продуктов, содержащих глютен
- ограничение продуктов животного происхождения, алкогольных напитков
- снижение потребления жидкости, безхолестериновая и безуглеводная диета
- диета с исключением молочных и кисломолочных продуктов продуктов

В качестве первой линии терапии пациенту предпочтительнее назначить

- парацетамол
- колхицин
- метотрексат
- трамадол

Генно-инженерный биологический препарат, рекомендованный для лечения подагрического артрита, относится к группе

- ингибиторов интерлейкина 1
- ингибиторов интерлейкина-17
- ингибиторов интерлейкина-6
- ингибиторов фактора некроза опухоли-альфа

Рекомендуемые целевые значения уровня мочевой кислоты при назначении уратснижающей терапии (в мкмоль/л)

- от 360 до 420
- менее 360
- менее 420
- менее 180

Начинать уратснижающую терапию следует

- после купирования острого приступа
- в период затихания обострения
- как можно раньше
- на вторые сутки после начала приступа

Рекомендуемая начальная доза аллопуринола составляет (в мг)

- 150-200
- 25-50
- 100-150
- 50-100

После начала уратснижающей терапии рекомендована оценка уровня мочевой кислоты через

- 48 часов
- 2 недели
- 24 часа
- 12 недель

Для усиления антигипертензивного эффекта вместо рамиприла рационально добавить к принимаемой терапии

- анаприлин
- лозартан
- лизиноприл
- бисопролол

Рационально рекомендовать пациенту отменить прием препарата

- анаприлин
- лозартан
- лизиноприл

- бисопролол

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 70 лет обратилась к ревматологу.
Жалобы
Боли в коленных суставах при спуске по лестнице, при физической нагрузке, усиливающиеся к вечеру
Анамнез заболевания
Боли в коленных суставах беспокоят около 10 лет.
Анамнез жизни
* Сопутствующие заболевания: Хронический гастрит, вне обострения. Гипертоническая болезнь 2 ст. Дислипидемия. Ожирение 1 ст. Риск ССО 3. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * Наследственность по ревматологическим заболеваниям не отягощена
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 62 в 1 мин, АД 135/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отмечаются боли в коленных суставах при активных и пассивных движениях. Движения в остальных суставах безболезненны в полном объеме.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- анаприлин
- лозартан
- лизиноприл
- бисопролол

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- анаприлин
- лозартан
- лизиноприл
- бисопролол

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- анаприлин
- лозартан

- лизиноприл
- бисопролол

Диагноз

Для боли при остеоартрозе характерным признаком является

- боль всегда сопровождается утренней скованностью
- боль уменьшается после физической нагрузки
- боль беспокоит преимущественно в ночное время
- боль усиливается при нагрузке

Крепитация проявляется

- увеличением объема сустава
- припуханием сустава
- хрустом, треском в суставе при движении
- ограничением объема движений в суставе

Узелки Бушара представляют собой

- деформации проксимальных межфаланговых суставов кистей
- синовиты проксимальных межфаланговых суставов кистей
- тофусы в области локтевых суставов
- деформации дистальных межфаланговых суставов кистей

Пациентке в плане модификации образа жизни рекомендована

- ограничение потребления продуктов, богатых пуринами (мясо, рыба)
- ограничение потребления продуктов, содержащих глютен
- ограничение белка в рационе
- нормализация веса

При сильной боли в суставах лечение следует начинать сразу с

- трамадола
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- глюкокортикоидов
- парацетамола

Для уменьшения болей в суставах из перечисленных препаратов предпочтительнее

- парацетамол
- гидроксихлорохин
- метипред
- преднизолон

При выраженных болях, наличии воспалительного компонента, с учетом наличия у пациентки язвенной болезни в анамнезе, рекомендован прием

- целекоксиба
- преднизолона
- ибупрофена
- кетопрофена

При наличии синовита коленного сустава можно рекомендовать лечение глюкокортикоидами в форме

- внутрисуставного введения
- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Для лечения гонартроза можно использовать

- внутрисуставного введения
- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 35 лет обратился к врачу-ревматологу.
Жалобы
Утренняя скованность 60 минут, припухание и боли в обоих коленных суставах, обоих голеностопных суставах, в нижней части спины в ночное и утреннее время
Анамнез заболевания
С 29 лет беспокоят боли в нижней части спины, длительная утренняя скованность. Наблюдался у терапевта с диагнозом остеохондроз позвоночника, принимал диклофенак нерегулярно с положительным эффектом, хондропротекторы без эффекта. Затем присоединились артриты коленных и голеностопных суставов, дактилиты. Выявлен HLA B27 положительный, ревматоидный фактор отрицательный. Пациенту были назначены НПВП в постоянном режиме, сульфасалазин. На фоне приема сульфасалазина – диарея, сыпь. Был назначен метотрексат в дозе 25 мг в неделю, с недостаточным эффектом. Было принято решение в связи с сохранением высокой активности заболевания, неэффективностью базисной терапии, инициировать терапию генно-инженерными биологическими препаратами в варианте инфликсимаба. В течение 5 лет пациент получал инфликсимаб с положительным эффектом. Однако полгода назад рецидивировали артриты, усилились боли в спине, в связи с чем обратился к ревматологу.

Анамнез жизни
* Не курит * алкоголем не злоупотребляет * работает инженером * аллергических реакций не было * у матери и брата – псориаз
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, вздут, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При осмотре отмечаются синовиты обоих коленных суставов, обоих голеностопных суставов. Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника 9 см Расстояние от козелка до стены 10 см Сгибание в поясничном отделе позвоночника (модифицированный тест Шобера) 3 см Максимальное расстояние между лодыжками 80 см Ротация в шейном отделе позвоночника 80°
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- внутрисуставного введения
- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- внутрисуставного введения
- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительным диагнозом пациента является

- внутрисуставного введения
- приема высоких доз преднизолона
- приема низких доз преднизолона
- пульс-терапии метилпреднизолоном

Диагноз

Дактилит представляет собой

- воспаление ахиллова сухожилия
- воспаление пальца
- киста подколенной области

- артрит 1-го плюснефалангового сустава стопы

Для воспалительной боли в спине характерно

- усиление болей при подъеме по лестнице
- уменьшение болей после сна
- улучшение после физических упражнений
- усиление болей при нагрузке

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- DAS 28
- BASDAI
- SLEDAI
- SELENA - SLEDAI

Индекс BASDAI у пациента 6.9, активность заболевания можно расценить как

- очень высокую
- умеренную
- высокую
- низкую

Одним из критериев CASPAR (CLASsification criteria for Psoriatic ARthritis, 2006) является

- положительные АЦЦП
- отрицательный ревматоидный фактор
- отрицательный HLA B 51
- положительный ревматоидный фактор

Среди генно-инженерных препаратов в качестве первой линии терапии используются

- ингибиторы интерлейкина - 1
- анти-В-клеточная терапия
- ингибиторы интерлейкина - 6
- ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа

На фоне применения всех генно-инженерных биологических препаратов с целью снижения риска образования нейтрализующих антител показано применение

- преднизолона
- сульфасалазина
- метотрексата
- лефлуномида

При неэффективности одного ингибитора ФНО-α пациента переводят на лечение

- анти-В-клеточный препарат
- ингибитор интерлейкина - 1
- циклофосфан
- другим ингибитором ФНО-α

Режим введения голимумаба

- анти-В-клеточный препарат
- ингибитор интерлейкина - 1
- циклофосфан
- другим ингибитором ФНО-α

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 37 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
Утренняя скованность 90 минут, припухание и боли в дистальных межфаланговых суставах кистей, правом голеностопном суставе, в нижней части спины в ночное и утреннее время.
Анамнез заболевания
Боли в спине беспокоят в течение 10 лет. Пациент наблюдался у терапевта с диагнозом «Распространенный остеохондроз позвоночника», получал лечение хондропротекторами, нестероидными противовоспалительными препаратами без эффекта. 6 месяцев назад отметил появление артритов суставов кистей, «сосискообразные пальцы». Принимал НПВП с положительным эффектом. Однако в связи с сохранением припухлости дистальных межфаланговых суставов, был направлен к ревматологу.
Анамнез жизни
* не курит * алкоголем не злоупотребляет * работает водителем * аллергических реакций не было * Сопутствующие заболевания: Псориаз волосистой части головы. Хронический гастрит, вне обострения. Хронический холецистит, вне обострения.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, вздут, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. На волосистой части головы имеются псориатические бляшки. При осмотре отмечаются болезненность и припухлость дистальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев правой кисти и 2,3 пальцев левой кисти. Болезненность при пальпации ахилловых сухожилий с двух сторон. Расстояние от козелка до стены 10 см Сгибание в поясничном отделе позвоночника

(модифицированный тест Шобера) 3 см Максимальное расстояние между лодыжками 80 см Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника 5 см Ротация в шейном отделе позвоночника 50°

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- анти-В-клеточный препарат
- ингибитор интерлейкина - 1
- циклофосфан
- другим ингибитором ФНО-α

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- анти-В-клеточный препарат
- ингибитор интерлейкина - 1
- циклофосфан
- другим ингибитором ФНО-α

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- анти-В-клеточный препарат
- ингибитор интерлейкина - 1
- циклофосфан
- другим ингибитором ФНО-α

Диагноз

Дактилит представляет собой

- кисту подколенной области
- воспаление пальца
- воспаление ахиллова сухожилия
- артрит 1-го плюснефалангового сустава стопы

Характерным рентгенологическим признаком для псориатического артрита является

- диффузный остеопороз
- карандаш в стакане
- симптом пробойника
- ульнарная девиация

Для воспалительной боли характерно

- улучшение в покое
- отсутствие улучшения в покое
- улучшение после длительного сна
- улучшение после длительного нахождения в положении сидя

Для воспалительной боли в спине характерно

- уменьшение болей после сна
- улучшение после физических упражнений
- усиление болей при подъеме по лестнице
- усиление болей при нагрузке

В качестве базисного препарата с учетом периферических артритов рекомендован прием

- азатиоприна
- метипреда
- метотрексата
- гидроксихлорохина

На фоне лечения метотрексатом необходим прием

- ибандроновой кислоты
- фолиевой кислоты
- золедроновой кислоты
- аскорбиновой кислоты

Среди генно-инженерных препаратов в качестве первой линии терапии используются

- ингибиторы интерлейкина - 1
- анти-В-клеточная терапия
- ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа
- ингибиторы интерлейкина - 6

На фоне применения всех генно-инженерных биологических препаратов с целью снижения риска образования нейтрализующих антител показано применение

- лефлуномида
- сульфасалазина
- преднизолона
- метотрексата

Режим введения адалимумаба

- лефлуномида
- сульфасалазина

- преднизолона
- метотрексата

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 26 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
Утренняя скованность 40 минут, припухание и боли в обоих коленных суставах, правом голеностопном суставе, в нижней части спины в ночное и утреннее время.
Анамнез заболевания
Год назад появились боли в нижней части спины, утренняя скованность до 20 минут. Пациент обратился к терапевту по м/ж, был диагностирован остеохондроз позвоночника, принимал диклофенак нерегулярно с положительным эффектом, хондропротекторы. Три месяца назад присоединились боли в голеностопных суставах,
Анамнез жизни
* курит по ½ пачки сигарет в день 2 года * алкоголем не злоупотребляет * работает программистом * аллергических реакций не было * наследственность – у отца псориаз
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 59 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. При осмотре определяются точечные вдавления на ногтевых пластинах. (симптом наперстка). Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, вздут, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При осмотре отмечаются синовиты обоих коленных суставов, ограничение подвижности грудной клетки, боли при пальпации ахилловых сухожилий
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- лефлуномида
- сульфасалазина
- преднизолона
- метотрексата

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- лефлуномида
- сульфасалазина
- преднизолона
- метотрексата

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- лефлуномида
- сульфасалазина
- преднизолона
- метотрексата

Диагноз

Дактилит представляет собой

- киста подколенной области
- воспаление ахиллова сухожилия
- артрит 1-го плюснефалангового сустава стопы
- воспаление пальца

Наличие воспалительной боли в спине определяется по критериям

- ASAS
- ASDAS
- DAS 28
- SLEDAI

Для воспалительной боли в спине характерно начало в возрасте

- до 18 лет
- до 40 лет
- после 60 лет
- 5-14 лет

Пациенту следует рекомендовать постоянный прием

- наркотических анальгетиков
- метилпреднизолона
- парацетамола
- нестероидных противовоспалительных препаратов

Пациенту следует рекомендовать прием

- азатиоприна
- гидроксихлорохина
- сульфасалазина
- циклофосфана

Начальная доза сульфасалазина составляет

- 3 г
- 500 мг
- 2 г
- 250 мг

Учитывая наличие артритов коленных суставов, рекомендована терапия глюкокортикоидами в форме

- приема маленьких доз преднизолона
- пульс-терапии метилпреднизолоном
- локального введения в коленные суставы
- приема высоких доз преднизолона

Для лечения псориатического артрита первой линией терапии среди генно-инженерных биологических препаратов являются

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы янус-киназ
- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа
- ингибиторы интерлейкина - 1

Перед назначением генно-инженерных биологических препаратов необходимо провести пробу

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы янус-киназ
- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа
- ингибиторы интерлейкина - 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 49 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
Утренняя скованность 15 минут, периодические боли в проксимальных межфаланговых суставах кистей в ночное время, припухание и боли правого коленного сустава, выраженная боль в грудном отделе позвоночника.
Анамнез заболевания

Анамнез жизни
* курит по ½ пачки сигарет в день 15 лет; * алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * менструации регулярные; * наследственность по ревматическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 50 кг. Кожные покровы

обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, вздут, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При осмотре отмечается синовит правого коленного сустава.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы янус-киназ
- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа
- ингибиторы интерлейкина - 1

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы янус-киназ
- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа
- ингибиторы интерлейкина - 1

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз пациентки

- анти-В-клеточные препараты
- ингибиторы янус-киназ
- ингибиторы фактора некроза опухоли - альфа
- ингибиторы интерлейкина - 1

Диагноз

Длительность приема глюкокортикоидов, способствующая развитию остеопороза

- более 3 месяцев
- более 1 года
- 1 месяц
- более 6 месяцев

Ключевым осложнением остеопороза является

- обострение ревматоидного артрита
- усиление суставного синдрома
- гипокальциемия
- патологический перелом

Для оценки активности ревматоидного артрита следует использовать индекс

- SLEDAI
- BASDAI
- ASDAS
- DAS 28

Поддерживающая доза витамина D у пациентки должна составлять минимум (МЕ в сутки)

- 200
- 5000
- 10
- 1000

Пациентка должна принимать фолиевую кислоту в дозе

- 1 мг в неделю
- 5 мг в день
- не более 5 мг в неделю
- не менее 5 мг в неделю

Пациентке в качестве первой линии терапии рекомендовано начать прием

- деносумаба
- бисфосфонатов
- терипаратида
- стронция ранелата

Алендронат необходимо принимать

- утром, после завтрака
- перед сном, через 30 минут после ужина
- во время обеда
- утром, натощак

Режим приема алендроната

- 1 раз в месяц
- 1 раз в неделю
- 1 раз в 3 месяца
- ежедневно

Противопоказанием для приема алендроната является

- 1 раз в месяц
- 1 раз в неделю

- 1 раз в 3 месяца
- ежедневно

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 55 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
на боли в мелких суставах кистей, которые в большей степени беспокоят по утрам, умеренную отечность в них, утреннюю скованность в мелких суставах кистей.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы – в течение года. В последнее утренняя скованность достигла 2 часов, что и стало поводом для обращения к врачу.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * отец – ишемическая болезнь сердца, мать - полиартроз.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. ИМТ 24,2. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При пальпации суставов определяется болезненность и припухлость в области проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных суставов, всего 8 болезненных суставов, 7 припухших. Оценка активности заболевания по ВАШ – 50 мм.
К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования для установления диагноза и определения его стадии относятся

- 1 раз в месяц
- 1 раз в неделю
- 1 раз в 3 месяца
- ежедневно

Результаты лабораторных методов исследования

К необходимым исследованиям для определения отсутствия противопоказаний к началу терапии относятся

- 1 раз в месяц
- 1 раз в неделю
- 1 раз в 3 месяца
- ежедневно

Результаты исследования

Количество баллов в данной ситуации, согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 года, равно +____+ баллов

- 9
- 7
- 8
- 6

Выявленное заболевание является

- 9
- 7
- 8
- 6

Диагноз

Пациентке выполнена рентгенография кистей. В области проксимальных межфаланговых суставов, лучезапястных суставов, лучезапястных суставов определяется: околосуставной остеопороз, множественные кистовидные просветления костной ткани, сужение суставных щелей, единичные эрозии. Рентгенологическая стадия заболевания является

- первой
- третьей
- четвертой
- второй

Активность заболевания соответствует

- умеренной активности
- ремиссии
- высокой активности
- низкой активности

Терапию заболевания следует начинать с основного болезнь-модифицирующего препарата, которым является

- метотрексат
- ритуксимаб
- преднизолон
- нимесулид

С учетом высокой активности заболевания возможно проведение

- метотрексат
- ритуксимаб
- преднизолон
- нимесулид

Дополнительная информация
Через месяц пациентке выполнен общий анализ крови: Лейкоциты – 2,4 тыс/мкл, Эритроциты – 4,61 млн/мкл, Гематокрит – 36,7%, Гемоглобин – 129 г/л, Тромбоциты – 312 тыс/мкл, СОЭ – 45 мм/ч.
Выявленные изменения расценены как побочный эффект от приема метотрексата в виде

- тромбоцитопении
- лейкопении
- лейкоцитоза
- анемии

Пациентке проведена смена терапии на лефлуномид. Доза препарата составляет

- тромбоцитопении
- лейкопении
- лейкоцитоза
- анемии

Дополнительная информация
Через 6 месяцев пациентка обратилась на контрольный осмотр ревматолога. При пальпации суставов болезненности и припухлости в суставах не отмечается. Оценка активности заболевания по ВАШ – 20 мм. По данным общего анализа крови: Лейкоциты – 4,4 тыс/мкл, Эритроциты – 4,56 млн/мкл, Гематокрит – 36,6%, Гемоглобин – 130 г/л, Тромбоциты – 328 тыс/мкл, СОЭ – 8 мм/ч.
Таким образом, активность заболевания расценена как

- ремиссия
- умеренная
- высокая
- низкая

После достижения ремиссии пациентке рекомендован осмотр ревматолога с периодичностью

- ремиссия
- умеренная
- высокая
- низкая

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 48 лет обратился к врачу-ревматологу.
Жалобы
На боли в коленных, плечевых, локтевых суставах, которые в большей степени беспокоят по утрам, умеренную отечность в них, утреннюю скованность в указанных суставах около 1 часа.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы – в течение 7 месяцев.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает; * курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имел; * аллергических реакций не было; * отец – ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, мать – гипертоническая болезнь.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 87 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При пальпации суставов определяется болезненность и припухлость в области коленных, плечевых, локтевых суставов, всего 6 болезненных суставов, 3 припухших. Оценка активности заболевания по ВАШ – 40 мм.
К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования для установления диагноза и определения его стадии относятся

- ремиссия
- умеренная
- высокая
- низкая

Результаты лабораторных методов исследования

К необходимым исследованиям для исключения противопоказаний к началу терапии относятся

- ремиссия
- умеренная
- высокая
- низкая

Результаты обследований

Количество баллов в данной ситуации, согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 года, равно

- 8
- 7
- 9
- 6

Диагноз пациента может быть сформулирован как

- 8
- 7
- 9
- 6

Диагноз

Пациенту выполнена рентгенография кистей и стоп. В области проксимальных межфаланговых суставов, пястнофаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, лучезапястных суставов определяется: околосуставной остеопороз, единичные кистовидные просветления костной ткани, сужение отдельных суставных щелей Рентгенологическая стадия заболевания является

- первой
- второй
- третьей
- четвертой

При расчете индекс активности DAS28 составил 5,07. Активность заболевания соответствует

- высокой активности
- ремиссии
- низкой активности
- средней активности

Терапию заболевания следует начинать с основного болезнь-модифицирующего препарата, которым является

- преднизолон
- ритуксимаб
- нимесулид
- метотрексат

С учетом умеренной активности заболевания возможно проведение

- комбинированной терапии метотрексатом и лефлуномидом
- терапии ритуксимабом
- санаторно-курортного лечения
- бридж-терапии глюкокортикоидами

При приеме метотрексата менее 3 месяцев рекомендован контроль клинического анализа крови, трансаминаз, креатинина с периодичностью

- комбинированной терапии метотрексатом и лефлуномидом
- терапии ритуксимабом
- санаторно-курортного лечения
- бридж-терапии глюкокортикоидами

Дополнительная информация
Через 3 месяца пациент обратился на контрольный осмотр. По данным лабораторных исследований: Лейкоциты – 6,8 тыс/мкл, Нейтрофилы – 52,7%, Лимфоциты – 36,6%, Моноциты – 8,7%, Эозинофилы – 1,4% , Базофилы – 0,6%, Эритроциты – 5,04 млн/мкл, Гематокрит – 38,1%, Гемоглобин – 138 г/л, Тромбоциты – 314 тыс/мкл, СОЭ – 6 мм/ч, С-реактивный белок – 2 мг/л, АЛТ 201 Ед/л, АСТ 168 Ед/л, Креатинин 91 мкмоль/л.
Указанные изменения свидетельствуют о таком побочном эффекте от приема метотрексата, как развитии у пациента

- комбинированной терапии метотрексатом и лефлуномидом
- терапии ритуксимабом
- санаторно-курортного лечения
- бридж-терапии глюкокортикоидами

Дополнительная информация
Пациенту проведена смена терапии метотрексатом на лефлуномид. Через 8 месяцев пациент обратился на контрольный осмотр ревматолога. При пальпации суставов болезненности и припухлости в суставах не отмечается. Оценка активности заболевания по ВАШ – 30 мм. По данным общего анализа крови: Лейкоциты – 5,4 тыс/мкл, Эритроциты – 5,12 млн/мкл, Гематокрит – 37,6%, Гемоглобин – 138 г/л, Тромбоциты – 324 тыс/мкл, СОЭ – 12 мм/ч. При расчете DAS28 составил 2,16.
Таким образом, активность заболевания расценена как

- ремиссия
- высокая
- низкая
- умеренная

После достижения ремиссии пациенту рекомендован осмотр ревматолога с периодичностью

- ремиссия
- высокая
- низкая
- умеренная

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 29 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
На боли в мелких суставах кистей, которые в большей степени беспокоят по утрам и во вторую половину ночи, отечность в указанных суставах, утреннюю скованность в мелких суставах кистей около часа.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы – около 2 лет, впервые возникли после родов. Грудное вскармливание окончено. Ранее обращалась к терапевту, но из-за грудного вскармливания терапия не проводилась, и было принято решение дообследование и старт терапии отложить.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * отец – атеросклероз, мать - здорова.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 57 кг. ИМТ 20,2. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При пальпации суставов определяется болезненность и припухлость в области проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных суставов, всего 10 болезненных суставов, 9 припухших. Симптом поперечного сжатия кистей положительный. Оценка активности заболевания по ВАШ – 60 мм.
К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования для установления диагноза и определения его стадии относятся

- ремиссия
- высокая
- низкая
- умеренная

Результаты лабораторных методов исследования

К необходимым исследованиям для определения отсутствия противопоказаний к началу терапии относятся

- ремиссия
- высокая
- низкая
- умеренная

Результаты обследований

Количество баллов, согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 года, в данном случае равно

- 8
- 7
- 6
- 9

По данным клинико-лабораторных проявлений заболевания, диагноз можно сформулировать как

- 8
- 7
- 6
- 9

Диагноз

Активность заболевания соответствует

- ремиссии
- умеренной активности
- высокой активности
- низкой активности

Терапию заболевания следует начинать с основного болезнь-модифицирующего препарата, которым является

- преднизолон
- нимесулид
- ритуксимаб
- метотрексат

С учетом высокой активности заболевания возможно проведение

- преднизолон
- нимесулид
- ритуксимаб
- метотрексат

Дополнительная информация
Через месяц пациентке выполнен общий анализ крови: Лейкоциты – 4,7 тыс/мкл, Эритроциты – 4,76 млн/мкл, Гематокрит – 36,8%, Гемоглобин – 130 г/л, Тромбоциты – 98 тыс/мкл, СОЭ – 36 мм/ч.
Выявленные изменения расценены как побочный эффект от приема метотрексата, называемое в виде

- тромбоцитопении

- лейкопении
- анемии
- лейкоцитоза

Пациентке проведена смена терапии с метотрексата на лефлуномид. Доза препарата составляет

- тромбоцитопении
- лейкопении
- анемии
- лейкоцитоза

Дополнительная информация
Через полгода пациентка обратилась на контрольный осмотр ревматолога. При пальпации суставов болезненности и припухлости в суставах не отмечается. Оценка активности заболевания по ВАШ – 10 мм. По данным общего анализа крови: Лейкоциты – 4,4 тыс/мкл, Эритроциты – 4,51 млн/мкл, Гематокрит – 36,6%, Гемоглобин – 129 г/л, Тромбоциты – 313 тыс/мкл, СОЭ – 6 мм/ч.
Таким образом, активность заболевания расценена как

- ремиссия
- низкая
- высокая
- умеренная

После достижения ремиссии пациентке рекомендован осмотр ревматолога с периодичностью

- 1 раз в год
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца

Через год пациентка обратилась на повторную консультацию перед планированием беременности. Активность заболевания соответствует ремиссии. Для усиления выведения лефлуномида проводят процедуру отмывания

- 1 раз в год
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 44 лет обратился к врачу-ревматологу.
Жалобы
На боли в мелких суставах кистей, локтевых суставах, беспокоящие по утрам, отечность в указанных суставах, утреннюю скованность в суставах около до обеда.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы – около года. Принимал нестероидные противовоспалительные препараты с умеренным эффектом по потребности. В последние 2 месяца стали беспокоить ежедневно, отметил угасание эффекта от приема нестероидных противовоспалительных препаратов.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает; * курит до 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имел; * аллергических реакций не было; * отец – гипертоническая болезнь, мать - здорова.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 66 кг. ИМТ 20,8. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При пальпации суставов определяется болезненность и припухлость в области проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых, лучезапястных суставов, всего 6 болезненных суставов, 5 припухших. Оценка активности заболевания по ВАШ – 50 мм.
Для верификации заболевания и определения степени его активности следует выполнить

- 1 раз в год
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца

Результаты обследования

К необходимым исследованиям для определения отсутствия противопоказаний к началу терапии относятся

- 1 раз в год
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца

Результаты обследования

Количество баллов в данной ситуации, согласно классификационным критериям ревматоидного артрита ACR/EULAR 2010 года, равно

- 9
- 6
- 8
- 7

По данным рентгенографии кистей, установлено наличие околосуставного остеопороза, множественных кистовидных просветлений костной ткани, сужение суставных щелей, единичные эрозии. На основании клинико-лабораторных и рентгенологических проявлений сформулирован диагноз

- 9
- 6
- 8
- 7

Диагноз

Активность заболевания соответствует

- ремиссии
- низкой
- высокой
- умеренной

Терапию заболевания следует начинать с основного болезнь-модифицирующего препарата, которым является

- ритуксимаб
- нимесулид
- метотрексат
- преднизолон

С учетом высокой активности заболевания возможно проведение

- ритуксимаб
- нимесулид
- метотрексат
- преднизолон

Дополнительная информация
Через месяц пациенту выполнен общий анализ крови: Лейкоциты – 4,7 тыс/мкл, Эритроциты – 4,76 млн/мкл, Цветовой показатель – 1,25, Гемоглобин – 98 г/л, Тромбоциты – 318 тыс/мкл, СОЭ – 36 мм/ч.
Выявленные изменения расценены, как побочный эффект от приема метотрексата, называемое

- тромбоцитопенией
- лейкопенией

- гиперхромной анемией
- лейкоцитозом

Пациенту проведено лечение фолиеводефицитной анемии, после чего, в связи с неэффективностью метотрексата проведена смена терапии с метотрексата на лефлуномид. Доза препарата составляет

- тромбоцитопенией
- лейкопенией
- гиперхромной анемией
- лейкоцитозом

Дополнительная информация
Через полгода пациентка обратилась на контрольный осмотр ревматолога. При пальпации суставов отмечается 4 болезненных сустава, 2 припухших. Оценка активности заболевания по ВАШ – 30 мм. По данным общего анализа крови: Лейкоциты – 5,4 тыс/мкл, Эритроциты – 4,56 млн/мкл, Гематокрит – 36,8%, Гемоглобин – 139 г/л, Тромбоциты – 318 тыс/мкл, СОЭ – 51 мм/ч.
Таким образом, активность заболевания расценена как

- умеренная
- низкая
- ремиссия
- высокая

С учетом умеренной активности заболевания целесообразно

- проведение курса терапии сосудорасширяющими препаратами
- смена терапии базисными противовоспалительными препаратами на терапию глюкокортикостероидами
- назначение генно-инженерных биологических препаратов
- проведение санаторно-курортного лечения

При недостаточной эффективности терапии генно-инженерным биологическим препаратом рекомендуется

- проведение курса терапии сосудорасширяющими препаратами
- смена терапии базисными противовоспалительными препаратами на терапию глюкокортикостероидами
- назначение генно-инженерных биологических препаратов
- проведение санаторно-курортного лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 42 лет обратилась к врачу-ревматологу.

Жалобы
На постоянные ноющие боли в пястно-фаланговых суставах кистей, утреннюю скованность до часа, слабость, быструю утомляемость.
Анамнез заболевания
Боли в пятно-фаланговых суставах начали беспокоить около года назад назад, через некоторое время присоединилась скованность в кистях и запястьях преимущественно в утреннее время. Пациентка принимала диклофенак с непродолжительным эффектом. Получала хондропротекторы без эффекта в течение года. В связи с сохранением болей обратилась к ревматологу.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * родители здоровы, отмечает, что у бабушки имелись выраженные деформации суставов кистей.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 69 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 65 в 1 мин, АД 112/71 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пястно-фаланговые суставы 2,3,4,5 пальцев обеих кистей, проксимальные межфаланговые суставы 2, 3 пальцев справа и 2, 3, 4 пальцев слева болезненны при пальпации, лучезапястные суставы припухшие и болезненные при пальпации. ВАШ 40 мм
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- проведение курса терапии сосудорасширяющими препаратами
- смена терапии базисными противовоспалительными препаратами на терапию глюкокортикостероидами
- назначение генно-инженерных биологических препаратов
- проведение санаторно-курортного лечения

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- проведение курса терапии сосудорасширяющими препаратами
- смена терапии базисными противовоспалительными препаратами на терапию глюкокортикостероидами
- назначение генно-инженерных биологических препаратов
- проведение санаторно-курортного лечения

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- проведение курса терапии сосудорасширяющими препаратами

- смена терапии базисными противовоспалительными препаратами на терапию глюкокортикостероидами
- назначение генно-инженерных биологических препаратов
- проведение санаторно-курортного лечения

Диагноз

У данной пациентки +_____+ стадия заболевания

- развернутая
- персистирующая
- ранняя
- поздняя

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- SLEDAI
- ASDAS
- BASDAI
- DAS 28

Индекс DAS 28 у пациентки составил 4.98. Активность заболевания можно расценить как

- 2
- 3
- 1
- 0

При оценке суставного синдрома у пациентки с ревматоидным артритом, суставами исключения являются

- проксимальные межфаланговые суставы кистей
- плечевые суставы
- первые плюснефаланговые суставы
- коленные суставы

Пациентке следует начать терапию

- лефлуномидом
- сульфасалазином
- метотрексатом
- азатиоприном

Пациентке следует назначить фолиевую кислоту в дозе

- не менее 5 мг в неделю
- 5 мг в день

- 1 мг в неделю
- не более 5 мг в неделю

Помимо метотрексата, пациентке с высокой активностью раннего ревматоидного артрита следует назначить

- лефлуномид
- гидроксихлорохин
- сульфасалазин
- глюкокортикоиды

После инициации терапии метотрексатом рекомендовано провести контроль АЛТ, АСТ, креатинина, клинического анализа крови через

- 8 недель
- 12 недель
- 6 месяцев
- 2 – 4 недели

При контрольном анализе крови через месяц у пациентки выявлено повышение АЛТ 215 Ед/л (норма до 15 Ед\л) и АСТ 186 Ед/л (норма до 17 Ед\л). В данном случае следует

- 8 недель
- 12 недель
- 6 месяцев
- 2 – 4 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 39 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
Утренняя скованность 45 минут, периодические боли в проксимальных межфаланговых суставах кистей и стоп в ночное время, припухание и боли правого коленного сустава, ограничение подвижности в суставах кистей, деформации суставов стоп.
Анамнез заболевания
15 лет назад впервые начали беспокоить боли и припухание в симметричных проксимальных межфаланговых суставах кистей, утренняя скованность до 2 часов. Пациентка к врачу не обращалась, принимала диклофенак ежедневно с положительным эффектом. Прогрессировали деформации суставов. Обратилась к ревматологу в связи с появление болей и припухлости коленного сустава, невозможности ходить.
Анамнез жизни
* не курит; * алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не

имела; * аллергических реакций не было; * менструации регулярные; * наследственность по ревматическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 54 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, вздут, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При осмотре отмечается синовит правого коленного сустава, деформации суставов кистей, боли при пальпации проксимальных МФС 2 3 4 5 пальцев обеих кистей, ПФС 2 3 4 пальцев обеих кистей. ВАШ 60 мм
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- 8 недель
- 12 недель
- 6 месяцев
- 2 – 4 недели

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- 8 недель
- 12 недель
- 6 месяцев
- 2 – 4 недели

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- 8 недель
- 12 недель
- 6 месяцев
- 2 – 4 недели

Диагноз

Назовите стадию заболевания у данной пациентки

- ранняя
- дорентгенологическая
- поздняя
- развернутая

Для оценки активности заболевания следует использовать индекс

- ASDAS

- SLEDAI
- BASDAI
- DAS 28

Индекс DAS 28 у пациентки составил 6.78. Активность заболевания можно расценить как

- 2
- 3
- 0
- 1

При оценке суставного синдрома у пациентки с ревматоидным артритом, суставами исключения являются

- первые плюснефаланговые суставы
- коленные суставы
- проксимальные межфаланговые суставы кистей
- плечевые суставы

Для синдрома Фелти характерно

- нейтропения, спленомегалия, гепатомегалия, тяжёлое поражение суставов, внесуставные проявления (васкулит, нейропатия, лёгочный фиброз, синдром Шёгрена)
- умеренное интермиттирующее повышение содержания свободного билирубина в крови
- рвота, субфебрилитет, гипотония, полиурия, остеомаляция, деформация костей и гипокалиемические параличи
- нарушение функции почек, сопровождающееся поражением слухового и зрительного анализаторов

Пациентке в качестве первой линии терапии рекомендовано начать прем

- метотрексата
- лефлуномида
- сульфасалазина
- азатиоприна

Пациентка должна принимать фолиевую кислоту в дозе

- 1 мг в неделю
- 5 мг в день
- не более 5 мг в неделю
- не менее 5 мг в неделю

После инициации терапии метотрексатом рекомендовано провести контроль АЛТ, АСТ, креатинина, клинического анализа крови через

- 6 месяцев
- 12 недель
- 2 – 4 недели
- 8 недель

При планировании беременности у пациентки с РА ей рекомендовано отменить метотрексат за +_____+ до зачатия

- 6 месяцев
- 12 недель
- 2 – 4 недели
- 8 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 32 лет обратилась к ревматологу.
Жалобы
Боли в мелких суставах кистей, повышение температуры до 37°С к вечеру.
Анамнез заболевания
Артралгии начали беспокоить полгода назад, также обратила внимание на повышение температуры до 37°С к вечеру. Обратилась к терапевту, по данным общего анализа крови была выявлена тромбоцитопения. Пациентка направлена на консультацию к ревматологу.
Анамнез жизни
* Не курит * Не употребляет алкоголь * Фотосенсибилизация * Родители страдали гипертонической болезнью * Сопутствующие заболевания: ЖКБ. Хронический холецистит, вне обострения. Хронический гастрит, вне обострения.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Температура 37,1°С. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 115/73 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Артритов нет. При осмотре наблюдается выбухание височных артерий с двух сторон, стенка плотная при пальпации. Боли при пальпации проксимальных межфаланговых суставов 2 3 4 пальцев правой и левой кисти. Отмечаются синовиты проксимальных межфаланговых суставов 2 и 3 пальцев левой кисти.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- 6 месяцев
- 12 недель
- 2 – 4 недели
- 8 недель

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- 6 месяцев
- 12 недель
- 2 – 4 недели
- 8 недель

Результаты лабораторных исследований

Предположительный диагноз

- 6 месяцев
- 12 недель
- 2 – 4 недели
- 8 недель

Диагноз

Оценка эффективности терапии основывается на индексе

- ASDAS
- BASDAI
- SLEDAI
- DAS28

Пациентке следует избегать

- простых углеводов
- продуктов, содержащих пурины
- физической нагрузки
- солнечных лучей

Одним из критериев СКВ (ACR, 1997) является тромбоцитопения менее

- < 300 x10^9^ /л
- < 250 x10^9^ /л
- < 100 x10^9^ /л
- < 180 x10^9^ /л

Специфичными аутоантителами для СКВ являются

- Ro-52
- SM
- Scl-70
- AMA-M2

Для СКВ характерна +_____+ анемия

- постгеморрагическая
- гемолитическая
- В12-дефицитная
- фолиеводефицитная

Гидроксихлорохин назначается в дозе (в мг/сут)

- 50-100
- 400-600
- 200-400
- 1200

Среди генно-инжеренерных биологических препаратов при СКВ может использоваться

- белимумаб
- адалимумаб
- голимумаб
- инфликсимаб

При планировании беременности у пациентки с СКВ, метотрексат должен быть отменен за +_____+ до планируемой беременности

- 3 месяца
- 2 года
- 2 недели
- год

Во время беременности разрешена терапия

- 3 месяца
- 2 года
- 2 недели
- год

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 59 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
Посинение, побеление, покраснение пальцев на холоде, язвочки на кончиках пальцев, нарастающая одышка при минимальной физической нагрузке, ощущение стянутости кожи в области губ, пальцев кистей и стоп.

Анамнез заболевания
В возрасте 25 лет начал беспокоить синдром Рейно. Последние 5 лет отмечает нарастание одышки. На КТ грудной клетки выявлен интерстициальный пневмонит. Проведена пульс-терапия ГКС, проводилось лечение циклофосфаном, суммарная доза 3 г. Назначен азатиоприн 100 мг/сут, преднизолон 15 мг/сут с положительным эффектом. В настоящее время доза преднизолона 1 таблетка в сутки. Обратилась к ревматологу для контроля эффективности терапии, коррекции терапии по показаниям.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания : Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск ССО 3. Мастопатия. Двусторонний гонартроз, рентгенологическая стадия 2, ФНС 2. * не курит, алкоголем не злоупотребляет. * профессиональных вредностей не имела. * аллергических реакций не было. * родители здоровы.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 169 см, масса тела 61 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 69 в 1 мин, АД 111/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отмечается уплотнение пальцев кистей и стоп, лица, симптом «кисета», уплотнение кожи голеней, грудной клетки, верхней части спины, живота. Болезненных, припухших суставов нет.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- 3 месяца
- 2 года
- 2 недели
- год

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- 3 месяца
- 2 года
- 2 недели
- год

Результаты лабораторных методов обследования

Предположительный диагноз

- 3 месяца
- 2 года
- 2 недели
- год

Диагноз

Антитела к топоизомеразе I (Scl-70) ассоциируются с

- развитием перекрестных синдромов и смешанного заболевания соединительной ткани
- кальцинозом и телеангиоэктазиями
- только поражением почек
- развитием тяжелого поражения периферических сосудов, интерстициального фиброза легких, поражением почек

Степень активности заболевания у данной пациентки

- 4 — очень высокая
- 1 — минимальная
- 2 - умеренная
- 3 — высокая

У пациентки имеет место

- лимитированная кожная форма
- склеродермия без склеродермы
- диффузная кожная форма
- перекрестный синдром

К аутоантителам, характерным для системной склеродермии, относятся

- Ro-52
- Scl-70
- Jo-1
- dsDNA

Наиболее характерные изменения на рентгене кистей для склеродермии описаны как

- выраженный диффузный остеопороз, уплотнение периартикулярных мягких тканей проксимальных межфаланговых суставов кистей, участки кистозной перестройки эпифиза лучевых костей (субхондрально), костях запястьев, основании и головках пястных костей, эпифизах фаланг пальцев
- сужение суставных щелей лучезапястных суставов и мелких суставов фаланг пальцев с наличием субхондрального склероза суставных поверхностей сочленяющихся костей
- остеолиз дистальных фаланг пальцев, участки кальциноза в подкожной клетчатке, сужение суставных щелей, периартикулярный остеопороз

- субхондральный склероз межфаланговых и пястно-фаланговых суставных поверхностей, подвывихи основных фаланг первых пальцев, и основной фаланги 2 пальцев кистей

Пациентке следует избегать приема препаратов, относящихся к группе

- ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- β-адреноблокаторов
- агонисты I-1-имидазолиновых рецепторов
- диуретиков

Для феномена Рейно характерно поражение

- аорты и ее ветвей
- мелких сосудов
- сосудов среднего калибра
- височной артерии

При выраженной ишемии, множественных и рецидивирующих пальцевых (или иной локализации) язвах показана инфузионная терапия

- 5% раствором глюкозы
- метилпреднизолоном 1000 мг в течение 3 дней
- антиоксидантными средствами
- простаноидами

Наиболее эффективными сосудорасширяющими препаратами являются

- 5% раствором глюкозы
- метилпреднизолоном 1000 мг в течение 3 дней
- антиоксидантными средствами
- простаноидами

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 59 лет обратилась к врачу-ревматологу
Жалобы
Посинение, побеление, покраснение пальцев на холоде, язвочки на кончиках пальцев, нарастающая одышка при минимальной физической нагрузке, ощущение стянутости кожи в области губ, пальцев кистей и стоп, боли в спине.
Анамнез заболевания
В возрасте 25 лет начал беспокоить синдром Рейно. Последние 5 лет отмечает нарастание одышки. На КТ грудной клетки выявлен интерстициальный пневмонит. Проведена пульс-терапия ГКС, проводилось лечение циклофосфаном, суммарная доза 3 г. Назначен азатиоприн 100 мг/сут,

преднизолон 15мг/сут с положительным эффектом с постепенным снижением дозы. В настоящее время доза преднизолона 1 таблетка в сутки. Месяц назад появились боли в спине, был выполнен рентген позвоночника, выявлен компрессионный перелом L2. Выполнена денситометрия, показатели соответствуют остеопорозу Т-критерий в шейке бедра -2.5.Обратилась к ревматологу для оценки эффективности терапии основного заболевания, назначения терапии в связи с выявленным остеопорозом.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания : Склеродегенеративный умеренный аортальный стеноз. Гипертоническая болезнь 2 ст. Риск 3. Кисты почек. Мастопатия. Двусторонний гонартроз, рентгенологическая стадия 2, ФНС 2. * не курит, алкоголем не злоупотребляет * менопауза с 45 лет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * родители здоровы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 169 см, масса тела 61 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое,хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отмечается уплотнение пальцев кистей и стоп, лица, симптом «кисета», уплотнение кожи голеней, грудной клетки, верхней части спины, живота. Имеется рубец на подушечке 2 пальца правой кисти, гиперпигментация кожи лица, шеи. Болезненных, припухших суставов нет.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- 5% раствором глюкозы
- метилпреднизолоном 1000 мг в течение 3 дней
- антиоксидантными средствами
- простаноидами

Результаты инструментальных методов исследования

К необходимым лабораторным исследованиям относятся

- 5% раствором глюкозы
- метилпреднизолоном 1000 мг в течение 3 дней
- антиоксидантными средствами
- простаноидами

Результаты лабораторных методов исследования

Предположительный диагноз

- 5% раствором глюкозы
- метилпреднизолоном 1000 мг в течение 3 дней
- антиоксидантными средствами
- простаноидами

Диагноз

Антитела к топоизомеразе I (Scl-70) ассоциируются

- с развитием перекрестных синдромов и смешанного заболевания соединительной ткани
- с развитием тяжелого поражения периферических сосудов, интерстициального фиброза легких, поражением почек
- только с поражением почек
- с кальцинозом и телеангиоэктазиями

Длительность приема глюкокортикоидов, способствующая развитию остеопороза

- 1 месяц
- более 6 месяцев
- более 1 года
- более 3 месяцев

Ключевым осложнением остеопороза является

- обострение ревматоидного артрита
- усиление суставного синдрома
- гипокальциемия
- патологический перелом

К аутоантителам, характерным для системной склеродермии, относятся

- Scl-70
- dsDNA
- Ro-52
- Jo-1

Для феномена Рейно характерно поражение

- височной артерии
- сосудов среднего калибра
- мелких сосудов
- аорты и ее ветвей

Пациентке следует избегать приема препаратов, относящихся к группе

- ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента
- β-адреноблокаторов
- диуретиков
- Агонисты I-1-имидазолиновых рецепторов

Алендронат необходимо принимать

- утром, натощак
- утром, после завтрака
- перед сном, через 30 минут после ужина
- во время обеда

Режим приема алендроната

- 1 раз в неделю
- 1 раз в 3 месяца
- ежедневно
- 1 раз в месяц

Наиболее эффективными сосудорасширяющими препаратами являются

- 1 раз в неделю
- 1 раз в 3 месяца
- ежедневно
- 1 раз в месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 68 лет обратилась в поликлинику к ревматологу.
Жалобы
На нарушение глотания, чувство кома за грудиной после еды, стойкой изжоги, усиливающейся в горизонтальном положении, общую слабость, отеки кистей, периодическую потерю чувствительности и выраженную бледность кончиков пальцев рук на холоде, появление рубчиков на кончиках пальцев кистей.
Анамнез заболевания
Отеки кистей, периодическая потеря чувствительности и выраженная бледность кончиков пальцев рук, посинение на холоде беспокоят около 10 лет, к врачам не обращалась. Три года появляются рубчики на кончиках пальцев. Месяц назад отметила нарушение глотания, появление чувства кома за грудиной после еды, стойкой изжоги, усиливающейся в горизонтальном положении.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия. * Наследственность: отец умер в возрасте 55 лет. * Вредные привычки: курит 1/2 пачки сигарет в день, алкоголь не употребляет.
Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение

- 1 раз в неделю
- 1 раз в 3 месяца
- ежедневно

- 1 раз в месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для выявления поражения внутренних органов инструментальными методами обследования являются

- 1 раз в неделю
- 1 раз в 3 месяца
- ежедневно
- 1 раз в месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Показанием для консультации ревматолога служит наличие

- складчатости кожи вокруг губ
- отека кистей
- позитивного теста на антинуклеарный фактор
- феномена Рейно
- повышенного С-реактивного белка
- телеангиоэктазий

Какой диагноз можно поставить данной больной?

- складчатости кожи вокруг губ
- отека кистей
- позитивного теста на антинуклеарный фактор
- феномена Рейно
- повышенного С-реактивного белка
- телеангиоэктазий

Диагноз

Течение, форма и активность данного заболевания соответствуют

- хроническому течению, диффузной форме, умеренной активности
- острому течению, диффузной форме, высокой активности
- подострому течению, висцеральной форме, умеренной активности
- хроническому течению, лимитированной форме, низкой активности

У пациента выявлено следующее поражение желудочно-кишечного тракта

- стриктура пищевода
- гипотония пищевода
- эзофагит
- гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь

У пациента обнаружены признаки

- рестриктивной кардиопатии
- кардиомиопатии
- миокардита
- легочной артериальной гипертензии

Препаратом первого ряда для лечения синдрома Рейно является

- фелодипин
- амлодипин
- дилтиазем
- преднизолон

При тяжелом синдроме Рейно и неэффективности стандартной терапии назначают

- бозентан
- илопрост
- силденафил
- дилтиазем

ЛАГ-специфической терапией является назначение

- нифедипина
- бозентана
- амиодарона
- циклофосфана

При поражении кожи для лечения диффузной формы заболевания назначают

- этанерцепт
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

В зависимости от течения и степени активности реабилитация показана при

- этанерцепт
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 68 лет обратился в поликлинику к ревматологу.
Жалобы
На боли в плечевых суставах с обеих сторон, боль в шее, скованность более 2 часов, снижение фона настроения, подавленность, похудение на 5 кг за 2-3 месяца
Анамнез заболевания
Заболела 5 месяцев назад, когда появилась боль с ограничением функции обоих плечевых суставов. Принимала периодически диклофенак по 50 мг с небольшим эффектом. Боль постепенно усиливалась, стало трудно одеваться, появилась скованность к концу ночи и утром не менее 2 часов. Стала печальной, подавленной из-за своего состояния, снизился вес. В поликлинику уже обращалась. Поставлен диагноз остеоартроза плечевых суставов, назначен препарат Дона.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции нет. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.
Объективный статус
* Температура тела 37,2ºС. * Кожные покровы и видимые слизистые бледные. * Отмечается ограничение объема активных и пассивных движений плечевых суставов, боль при пальпации шейного отдела позвоночника, плечевых суставов. * В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=18 в мин. * Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. * ЧСС=84 в мин. АД=135 и 80 мм рт.ст. * Живот при пальпации мягкий, безболезненный. * Печень, селезенка не увеличены.
Необходимыми для постановки диагноза являются

- этанерцепт
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

Результаты обследования

Для постановки диагноза ревматической полимиалгии необходимо проведение

- этанерцепт
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- этанерцепт
- метотрексат
- преднизолон
- инфликсимаб

Диагноз

К факторам риска неблагоприятных исходов ревматической полимиалгии относят СОЭ более +_____+ мм/час

- > 50
- > 60
- > 40
- ≥ 30

С ревматической полимиалгией часто сочетается

- болезнь Кавасаки
- вариабельный васкулит
- артериит Такаясу
- гигантоклеточный артериит

Гигантоклеточный артериит относится к васкулитам с поражением сосудов

- мелкого калибра
- единственного органа
- крупного калибра
- среднего калибра

Лечение больных с ревматической полимиалгией должен проводить

- врач общей практики
- врач участковый терапевт
- врач-ревматолог
- врач-невролог

Основная терапия ревматической полимиалгии проводится

- диклофенаком
- азатиоприном
- глюкокортикоидами
- метотрексатом

К стероидсберегающим препаратам при лечении ревматической полимиалгии относится

- гидроксихлорохин
- метотрексат
- лефлюномид
- мофетила микофеналат

При рефрактерном к терапии глюкокортикоидами течении ревматической полимиалгии назначают

- бенлиста
- тофацитиниб
- ритуксимаб
- тоцилизумаб

НПВП применяются для

- снижения дозы глюкокортикоидов
- снижения уровня воспалительных тестов
- уменьшения боли, связанной с сопутствующими заболеваниями
- уменьшения симптомов основного заболевания

При сочетании ревматической полимиалгии с гигантоклеточным артериитом с поражением глаз используют

- снижения дозы глюкокортикоидов
- снижения уровня воспалительных тестов
- уменьшения боли, связанной с сопутствующими заболеваниями
- уменьшения симптомов основного заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 43 лет обратился в поликлинику к врачу ревматологу.
Жалобы
На боль и припухлость суставов пальцев рук, шейного и поясничного отделов позвоночника, припухлость и болезненность подошвы справа, скованность более 2 часов.
Анамнез заболевания
Заболел 6 лет назад, когда впервые появилась отёчность правого коленного сустава. Обращался в травмпункт, думая, что повредил колено во время катания на горных лыжах. В травмпункте была выполнена пункция сустава (удалено 50 мл жидкости) и внутрисуставное введение Дипроспана. Через год возникла отёчность левого коленного сустава, а также дистального межфалангового сустава пятого пальца правой кисти. Снова получил внутрисуставную инъекцию

дипроспана с хорошим эффектом. Проводилось внутрисуставное введение Дипроспана. Состояние ухудшилось полгода назад. Стал испытывать затруднения при ходьбе в связи с тем, что появилась болезненность в пятках, особенно выраженная в утренние часы, болезненная припухлость правой подошвы, боль в области прикрепления подошвенного апоневроза. Вскоре появилась отёчность и болезненность движений в суставах первого пальца правой кисти, дистальных межфаланговых суставах четвёртого и пятого пальцев левой кисти. Стал отмечать боль и ограничение движений в шее, пояснице. Боль усиливалась после состояния покоя, наиболее выраженной была в утренние часы, уменьшалась после гимнастики.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет * Работает в офисе.

Объективный статус

Температура тела 36,6ºС. Имеется дефигурация за счет припухлости суставов I пальца правой кисти, припухлость дистальных межфаланговых суставов (2-3) левой кисти, припухлость левого коленного сустава. Кожа над суставами горячая, в области поражённых суставов кистей имеется гиперемия; при осмотре стоп - резкая болезненность при надавливании в проекции пяточных бугров. На коленных суставах имеются участки гиперемии с шелушением. Шелушащиеся пятна впервые стали появляться 8 лет назад после стресса. Похожие кожные изменения отмечает на коже головы, считает это себорейным дерматитом. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД=16 в мин. Ограничена дыхательная экскурсия грудной клетки (±1,5 см). Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=88 в мин. АД=125/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный Печень и селезенка не увеличены.

Диагностика заболевания основывается на

- снижения дозы глюкокортикоидов
- снижения уровня воспалительных тестов
- уменьшения боли, связанной с сопутствующими заболеваниями
- уменьшения симптомов основного заболевания

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо проведение

- снижения дозы глюкокортикоидов
- снижения уровня воспалительных тестов
- уменьшения боли, связанной с сопутствующими заболеваниями
- уменьшения симптомов основного заболевания

Результаты обследования

На основании клинико-лабораторных и рентгенологических признаков больному можно сформулировать диагноз

- снижения дозы глюкокортикоидов
- снижения уровня воспалительных тестов
- уменьшения боли, связанной с сопутствующими заболеваниями
- уменьшения симптомов основного заболевания

Диагноз

Лечение больных псориатическим артритом с преимущественным поражением суставов осуществляется

- ревматологом при консультировании дерматолога
- дерматологом и физиотерапевтом
- дерматологом
- врачом общей практики

Сакроилиит соответствует критериям

- I стадии с минимальными изменениями
- IV стадии с развитием анкилоза
- III стадии с выраженными изменениями
- II стадии с умеренными изменениями

Основная медикаментозная терапия включает

- метотрексат
- азатиоприн
- преднизолон
- мофетила микофеналат

При сочетании псориатического артрита и тяжелых кожных форм псориаза препаратом выбора является

- метотрексат и циклоспорин А
- лефлюномид
- сульфасалазин
- циклоспорин А

Ингибиторы ФНО--α назначают больным с псориатическим артритом и при

- проявлениях атеросклероза
- признаках гепатоза
- неэффективности негормональных противовоспалительных препаратов

- активном спондилите с функциональными нарушениями, при отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 4–12-ти недель

Моноклональные антитела к интерлейкину 12/23 представлены

- устекинумабом
- голимумабом
- секукинумаб
- этанерцептом

Для уменьшения симптомов артрита и наличием гастрита в анамнезе целесообразно назначение

- селективных ингибиторов циклооксигеназы 2
- трамадола
- парацетамола
- циклоспорина

При недостаточной эффективности НПВП и наличии энтезитов назначают

- ксефокам
- сульфасалазин
- преднизолон внутрь
- локальное введение глюкокортикоидов

При наличии множественных дактилитов с функциональными нарушениями, несмотря на лечение НПВП, БПВП и локальное введение глюкокортикостероидов, назначают

- ксефокам
- сульфасалазин
- преднизолон внутрь
- локальное введение глюкокортикоидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 68 лет обратилась в поликлинику к врачу общей практики.
Жалобы
Жалуется на ограничение подвижности, припухание и боль в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которые усиливаются к концу дня и ночью, сильные интенсивные боли в коленных суставах и ограничение движений в них, появление припухлости коленных, дистальных межфаланговых суставов кистей.

Анамнез заболевания
Появление болей в суставах связывает с механической нагрузкой, в покое боли стихают. В последние месяцы боли интенсивные, боль в коленном суставе не дает спать, трудно найти положение для ноги в постели. К утру боль уменьшается, припухлость постоянная. Кроме того, больная отмечает появление плотных симметричных узловатых утолщений в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей и II проксимального межфалангового сустава справа в последние три года.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: удаление левого яичника по поводу кисты, удаление миоматозных узлов матки. * Наследственность: мать страдает остеохондрозом позвоночника много лет, болят суставы рук. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.
Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ксефокам
- сульфасалазин
- преднизолон внутрь
- локальное введение глюкокортикоидов

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза следует выполнить

- ксефокам
- сульфасалазин
- преднизолон внутрь
- локальное введение глюкокортикоидов

Результаты обследования

Данной больной можно поставить диагноз

- ксефокам
- сульфасалазин
- преднизолон внутрь
- локальное введение глюкокортикоидов

Диагноз

Основная немедикаментозная терапия включает

- ходьбу со скандинавскими палками
- снижение массы тела
- ультрафиолетовое облучение

- сауну

В связи с стойкими болями в коленных суставах, ограничением при ходьбе пациентка обратилась к ортопеду. Пациентке рекомендовано

- ограничить нагрузку
- ношение ортеза с жесткой фиксацией
- подобрать обувь с поддержкой стопы
- ношение эластичного надколенника

При сильной боли в суставах лечение начинают с

- внутрисуставного введения метотрексата
- внутрисуставного введения гиалуроновой кислоты
- НПВП в максимальных дозах внутримышечно
- НПВП в средних дозах перорально

При приеме НПВП необходим контроль за

- уровнем артериального давления
- пульсоксиметрией
- частотой сердечных сокращений
- динамикой ЭКГ

При наличии выраженного синовита коленных суставов назначают

- внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты высокой молекулярной массы
- внутрисуставное введение диклофенака
- внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты
- внутрисуставное введение триамцинолона

Остеоартроз проявляется рентгенологическими признаками сужения суставной щели и

- эрозиями
- развития остеофитов
- хрящевой деструкцией
- хондрокальцинозом

Для лечения ОА коленных и тазобедренных суставов в качестве симптоматического средства замедленного действия для уменьшения боли назначают

- экстракт имбиря
- диацереин
- колхицин
- дулоксетин

При наличии синовита коленного сустава и ночной боли следует назначить внутрисуставное введение

- метотрексата
- гидрокортизона
- метилпреднизолона
- рифампицина

Препараты гиалуроната и глюкокортикоидов при внутрисуставном введении одинаково эффективны через +_____+ нед. после инъекции

- метотрексата
- гидрокортизона
- метилпреднизолона
- рифампицина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная 73 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому.
Жалобы
Жалуется на ограничение подвижности, припухание и боль в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которые усиливаются к концу дня и ночью, сильную боль в правом коленном суставе, затрудняющую ходьбу.
Анамнез заболевания
Появление болей в суставах связывает с механической нагрузкой, в покое к утру боли стихают. Кроме того, в последние годы отмечает появление плотных симметричных узловатых утолщений в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей и II-III проксимального межфалангового сустава справа.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: удаление миоматозных узлов матки. * Наследственность: мать страдала остеохондрозом позвоночника много лет, были деформированы суставы рук. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.
Объективный статус

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- метотрексата
- гидрокортизона
- метилпреднизолона
- рифампицина

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза следует выполнить

- метотрексата
- гидрокортизона
- метилпреднизолона
- рифампицина

Результаты обследования

По результатам обследования, пациентке можно поставить диагноз

- метотрексата
- гидрокортизона
- метилпреднизолона
- рифампицина

Диагноз

Основная немедикаментозная терапия включает

- ношение ортезов
- массаж кистей
- обучение пациентов
- эластичное бинтование нижних конечностей

При незначительном болевом синдроме в качестве основной медикаментозной терапии назначают симптоматические средства замедленного действия (SYSADOAs) в комбинации с

- диклофенаком
- пироксикамом
- трамадолом
- парацетамолом

При неэффективности обезболивающей терапии и наличии признаков воспаления назначают

- трамадол
- метотрексат
- гидроксихлорохин
- нестероидные проотивовоспалительные препараты

При сильной боли в суставах лечение следует начинать с

- комплексных аналгетиков
- НПВП
- трамадола
- преднизолона

При наличии синовита коленных суставов назначают

- внутрисуставное введение триамцинолона ацетонида
- гиалуронат
- внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты
- внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты высокой молекулярной массы

Остеоартроз проявляется рентгенологическими признаками сужения суставной щели и

- остеопорозом
- хондрокальцинозом
- эрозиями, узурами
- развитием остеофитов

Препаратами замедленного действия в лечении остеоартроза служат

- нестероидные противовоспалительные препараты
- глюкокортикостероиды
- хондропротекторы
- аминохинолиновые препараты

При наличии синовита коленных суставов не следует назначать внутрисуставное введение

- препаратов гиалуроновой кислоты
- гидрокортизона
- батаметазона
- метилпреднизолона

Узелки Гебердена и Бушара являются проявлением остеоартроза

- препаратов гиалуроновой кислоты
- гидрокортизона
- батаметазона
- метилпреднизолона

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Врач-терапевт участковый вызван к больному 40 лет на дом.
Жалобы
Сильная боль в поясничном и грудном отделах позвоночника, затрудняющая вставание с постели, ходьбу, однако, при движении в течение дня боль в позвоночнике уменьшается и вновь усиливается в покое и ночью, значительно

нарушая сон. Отмечает боль и припухлость правого коленного сустава с неполным разгибанием. Скованность более 30 минут.

Анамнез заболевания

Ухудшение состояния в течение 3-х дней. 5 лет наблюдался у невролога по поводу поясничного остеохондроза, усиление боли отмечал преимущественно в утренние часы, периодически лечился различными противовоспалительными средствами, получал сирдалуд, инъекции витаминов. Год назад обращался к хирургу в связи с болью и припухлостью правого коленного сустава. Однократно вводили 40 мг кеналога с улучшением.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: курит, алкоголь употребляет умеренно. * Работает на стройке прорабом.

Объективный статус

* Температура тела 36,7ºС. * Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. * Правый коленный сустав дефигурирован, увеличен в объеме, определяется гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенника. Сгибательная (20°) контрактура коленного сустава (валик под коленом). Выраженная болезненность при пальпации крестцово-подвздошных суставов. Поясничный лордоз сглажен. Гипотрофия околопозвоночных мышц. Расстояние пальцы-пол - 48 см. * В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД=16 в мин. Ограничена дыхательная экскурсия грудной клетки. * Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. * ЧСС=88 в мин. АД=125 и 80 мм рт.ст. * Живот при пальпации мягкий, безболезненный. * Печень и селезенка не увеличены. Осмотрев больного, врач рекомендовал обратиться к ревматологу

Необходимым для постановки диагноза больному лабораторным методом обследования является определение

- препаратов гиалуроновой кислоты
- гидрокортизона
- батаметазона
- метилпреднизолона

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- препаратов гиалуроновой кислоты
- гидрокортизона
- батаметазона
- метилпреднизолона

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно сформулировать больному на основании клинико-инструментальных обследований?

- препаратов гиалуроновой кислоты
- гидрокортизона
- батаметазона
- метилпреднизолона

Диагноз

У больного рентгенологические признаки сакроилеита +____+ стадии

- I
- II
- IV
- III

Основная немедикаментозная терапия включает

- ходьбу на длинные дистанции
- курортотерапию с грязелечением
- курортотерапию с проведением родоновых ванн
- ежедневное выполнение комплекса ЛФК

Основная медикаментозная терапия включает

- прием НПВП по требованию
- курсовой прием НПВП
- постоянный прием НПВП
- терапию БПВП

Ингибиторы ФНО-α больным с установленным диагнозом анкилозирующего спондилоартрита назначают при

- неэффективности НПВС
- рецидивирующем или резистентном увеите
- наличии внеаксиальных проявлений
- сочетании с синтетическими базисными противовоспалительными препаратами (сБПВП)

В качестве базового метода оценки активности анкилозирующего спондилоартрита рекомендуется применять индекс

- ASDAS-СРБ
- BASDAI
- DAS28-СРБ
- PsARC

Риск развития НПВП-гастропатии ассоциирован с

- приемом антагонистов рецепторов АТ2
- использованием диуретиков
- приемом антибиотиков
- инфекцией H.pylori

При недостаточной эффективности НПВП и наличии энтезитов назначают

- метотрексат 15 мг/нед
- преднизолон внутрь
- пульс-терапию преднизолоном
- локальное введение глюкокортикоидов

При недостаточной эффективности НПВП и периферических артритах назначают

- лефлюномид 20 мг/сут
- сульфасалазин по 2-3 гр/сут
- мофетила микофенолат 1000 мг/сут
- гидроксихлорохин 200 мг/сут

Глюкокортикоиды внутрь при анкилозирующем спондилите назначают при

- лефлюномид 20 мг/сут
- сульфасалазин по 2-3 гр/сут
- мофетила микофенолат 1000 мг/сут
- гидроксихлорохин 200 мг/сут

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 67 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
На постоянные боли в пояснице умеренной интенсивности, снижение роста на 2 см по сравнению с показателем до менопаузы.
Анамнез заболевания
Длительность болевого синдрома в пояснице – в течение последних 6 месяцев. Уменьшение роста было выявлено при обращении к терапевту в рамках плановой диспансеризации. Хирургическая менопауза в возрасте 51 года.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * отец – хронический гастрит, мать – хронический пиелонефрит

Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 162 (ранее 164) см, масса тела 52 кг. ИМТ 19,8. Кожные покровы телесного цвета, тургор и влажность не изменены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования для исключения осложнений предполагаемого заболевания относят

- лефлюномид 20 мг/сут
- сульфасалазин по 2-3 гр/сут
- мофетила микофенолат 1000 мг/сут
- гидроксихлорохин 200 мг/сут

Результаты инструментальных методов обследования

Снижение минеральной плотности кости отражается изменениями, обнаруженными при проведении

- лефлюномид 20 мг/сут
- сульфасалазин по 2-3 гр/сут
- мофетила микофенолат 1000 мг/сут
- гидроксихлорохин 200 мг/сут

Результаты

Для уточнения риска вероятности возможных переломов у пациентки следует использовать алгоритм

- BoneHealth
- FRAX
- EULAR
- OSTEORAP

При выполнении рентгеновской денситометрии установлено: Т-критерий в шейке бедра составил -2.6 SD, что соответствует

- BoneHealth
- FRAX
- EULAR
- OSTEORAP

Диагноз

При невозможности проведения контрольной денситометрии маркером эффективности терапии может быть

- BoneHealth
- FRAX
- EULAR
- OSTEORAP

Результаты

Вариантами медикаментозной терапии остеопороза являются

- ритуксимаб
- бисфосфонаты
- ингибиторы неприлизина
- ипилимумаб

Рекомендованной дневной нормой потребления витамина D для пациентки является +_____+ МЕ/сут

- 600
- 800-1000
- 2000-4000
- 600-800

У пациентки был исследован уровень 25(OH)D крови – 20.1 нг/мл, что соответствует

- недостаточности витамина Д
- выраженному дефициту витамина Д
- уровню с возможным проявлением токсичности витамина Д
- дефициту витамина Д

Пациентке не следует назначать заместительную гормональную терапию с целью лечения остеопороза из-за

- отсутствия переломов в анамнезе
- низкого уровня витамина D
- отягощенного наследственного анамнеза
- возраста

Отсутствием эффекта проводимой терапии остеопороза считается

- потеря минеральной плотности кости 4% в бедре и 5% в позвонках в ходе двух последовательных измерений при денситометрии
- отсутствие адекватного прироста уровня витамина D
- развитие одного перелома
- отсутствие увеличения показателей МПК в бедре и в позвонках в ходе двух последовательных измерений при денситометрии

У пациентки возникли аллергические реакции на два препарата из группы бисфосфонатов, в связи с чем проведена смена терапии на Деносумаб. Доза и способ введения препарата 60 мг 1 раз в

- год
- месяц
- сутки
- 6 месяцев

При отсутствии эффективности от применения деносумаба у пациентки наиболее эффективном следует считать назначение

- год
- месяц
- сутки
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 39 лет обратился к врачу-ревматологу.
Жалобы
На боли в нижней части спины, беспокоящие в покое, уменьшающиеся при выполнении физических упражнений, боли и отечность в области голеностопных, коленных суставов.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы на боли в спине – в течение 2 лет, усиливались постепенно. В последние 3 месяца присоединились боли в голеностопных и коленных суставах, появилась отечность в них, что послужило поводом обращения к врачу.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * отец – хронический гепатит С, мать - здорова
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 79 кг. ИМТ 25,8. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При пальпации крестцово-подвздошных сочленений определяется умеренная болезненность, болезненность при пальпации голеностопных и коленных суставов. Экскурсия грудной клетки – 2 см. Проба Шобера – 2 см. Симптомы Кушелевского I, II, III положительные. Отечность голеностопных и коленных суставов, местная гиперемия, местная гипертермия. Оценка активности заболевания по ВАШ – 65 мм.
Имеющиеся у пациента боли являются

- механическими
- воспалительными
- отраженными
- нейропатическими

Для определения активности заболевания рекомендуется выполнить лабораторные исследования, к которым относятся

- механическими
- воспалительными
- отраженными
- нейропатическими

Результаты лабораторных методов обследования

Пациентам с жалобами на воспалительную боль в спине рекомендуется однократно проводить анализ крови на наличие антигена гистосовместимости

- HLA B7
- HLA DR4
- HLA DR1
- HLA B27

Неделю назад пациент обратился к неврологу, был направлен на рентгенографию костей таза. По данным рентгенографии: подозрение на двусторонний сакроилеит II стадии. Наличие указанных изменений, наряду с имеющимися симптомами, достаточно для установления диагноза

- HLA B7
- HLA DR4
- HLA DR1
- HLA B27

Диагноз

Пациентом заполнена анкета по оценке уровня боли в спине и суставах и по определению качества жизни. По данным анкеты у пациента: уровень боли в спине – 5 баллов, уровень периферической боли и воспаления – 8 баллов, длительность утренней скованности – 6 баллов, глобальная оценка состояния – 8 баллов. Таким образом, активность заболевания у данного пациента является

- низкой
- очень высокой
- умеренной
- высокой

Для выявления противопоказаний, потенциальных факторов риска развития нежелательных реакций перед назначением противоревматической терапии рекомендуется провести исследование биохимических показателей, к которым относятся

- низкой
- очень высокой
- умеренной
- высокой

Результаты

В качестве первой линии терапии пациенту рекомендуется назначить

- препараты, снижающие уровень мочевой кислоты
- глюкокортикостероиды
- нестероидные противовоспалительные препараты
- генно-инженерные биологические препараты

Пациенту также был назначен сульфасалазин, на фоне приема которого отмечено появление аллергической реакции. Пациенту рекомендуется начать прием

- азатиоприна
- циклоспорина А
- циклофосфана
- метотрексата

В процессе лечения нестероидными противовоспалительными препаратами для мониторинга переносимости и безопасности терапии всем пациентам с анкилозирующим спондилитом рекомендуется проводить лабораторное обследование не реже

- 1 раза в месяц
- 1 раза в год
- 1 раза в полгода
- 1 раза в 3 месяца

Данному пациенту рекомендуется определение СОЭ для оценки эффективности терапии провести через

- 6 месяцев
- год
- 3 месяца
- месяц

В терапии анкилозирующего спондилита нестероидные противовоспалительные препараты не рекомендуется назначать при +_____+ риске кардиоваскулярных осложнений

- низком
- умеренном
- высоком
- очень высоком

Пациентам, принимающим нестероидные противовоспалительные препараты постоянно, можно перейти в режим "по требованию" при

- низком
- умеренном
- высоком
- очень высоком

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 48 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
На изменение цвета пальцев на холоде (побеление, посинение, покраснение), уплотнение кожи лица, изменение рта и носа, уплотнение кожи плеч, бедер, поперхивание твердой пищей, нарушение глотания.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы на изменение цвета пальцев, уплотнение кожи – в течение 2 лет. За медицинской помощью не обращалась, терапия не назначалась. В последние последних 3 месяцев стало беспокоить нарушение глотания, поперхивание твердой пищей, в связи с чем обратилась к врачу
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * отец – хронический простатит, мать – здорова
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 54 кг. ИМТ 19,6. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Кожа лица, плеч, бедер не собирается в складку. Отмечается побеление дистальных фаланг 3,4 пальцев правой кисти. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
К необходимым в данной ситуации иммунологическим исследованиям для установления диагноза относятся исследования

- низком
- умеренном

- высоком
- очень высоком

Результаты

После получения результата титра антинуклеарного фактора, проведен скрининг антинуклеарных антител в иммуноблоте, где выявлено наличие антител к топоизомеразе I (+++). Также к второй ступени диагностики относится

- низком
- умеренном
- высоком
- очень высоком

Результаты

Капилляроскопический паттерн у данной пациентки является

- поздним
- нормальным
- ранним
- активным

Выявленная патология является

- поздним
- нормальным
- ранним
- активным

Диагноз

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, органической патологии не выявлено, фиброзных изменений нет. По данным эхокардиографии, значимых изменений не обнаружено. Количество баллов, согласно классификационным критериям системной склеродермии EULAR 2013 года, равно

- 13
- 17
- 7
- 9

Форма системной склеродермии у данной пациентки является

- перекрестной
- ограниченной

- диффузной
- лимитированной

Синдром Рейно у данной пациентки является

- четырехфазным
- двухфазным
- трехфазным
- однофазным

В лечении синдрома Рейно препаратами первой линии являются

- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- блокаторы кальциевых каналов
- блокаторы эндотелиновых рецепторов
- системные глюкокортикоиды

С учетом жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта, пациентке выполнена фиброгастродуоденоскопия. По данным проведенного исследования: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, рефлюкс-эзофагит. Пациентке рекомендована терапия

- циклофосфамидом
- диосмектитом
- преднизолоном
- омепразолом

При развитии синдрома мальабсорбции, обусловленного избыточным бактериальном ростом, показано проведение

- хирургического лечения
- антибиотикотерапии
- санаторно-курортного лечения
- терапии системными глюкокортикостероидами

Длительность антибиотикотерапии при развитии синдрома мальабсорбции у пациентов с системной склеродермией составляет +_____+ дней

- 7
- 5
- 10
- 14

При недостаточной эффективности антибиотикотерапии при развитии синдрома мальабсорбции у пациентов с системной склеродермией курс продлевают до

- 7

- 5
- 10
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 27 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
На изменение цвета пальцев на холоде (побеление, посинение, покраснение), появление язв на кончиках пальцев, уплотнение кожи лица, изменение рта и носа, уплотнение кожи плеч, бедер, живота, груди, изменение цвета кожи в указанных областях до бронзового, одышку при физических нагрузках.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы на изменение цвета пальцев, уплотнение кожи – в течение 8 лет. За медицинской помощью не обращалась, терапия не назначалась. В последние 4 месяца стала беспокоить одышка, отметила появление язв на кончиках пальцев. Обратилась к врачу в связи с нарастанием одышки и медленным заживлением язв на кончиках пальцев.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * отец – ишемическая болезнь сердца, мать – здорова
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 161 см, масса тела 50 кг. ИМТ 19,3. Кожные покровы обычной влажности. Кожа лица, груди, живота, плеч, бедер не собирается в складку, имеет бронзовый оттенок. Язвенные дефекты на кончиках пальцев кистей рук. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 21 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов нет. ЧСС 78 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
К необходимым для установления диагноза иммунологическим исследованиям относятся определение

- 7
- 5
- 10
- 14

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом исследования является

- 7
- 5
- 10

- 14

Результаты обследования

Капилляроскопический паттерн у данной пациентки является

- ранним
- активным
- поздним
- нормальным

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- ранним
- активным
- поздним
- нормальным

Диагноз

По данные компьютерной томографии органов грудной клетки, у пациентки выявлено изменение легочной ткани по типу «матового стекла», по данным эхокардиографии значимых изменений не обнаружено, учитывая данные обследования и согласно классификационным критериям системной склеродермии EULAR 2013 года, количество баллов равно

- 16
- 9
- 21
- 12

Форма системной склеродермии у данной пациентки является

- лимитированной
- ограниченной
- перекрестной
- диффузной

Синдром Рейно у данной пациентки является

- четырехфазным
- трехфазным
- однофазным
- двухфазным

В лечении синдрома Рейно препаратами первой линии являются

- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- системные глюкокортикостероиды
- блокаторы кальциевых каналов
- блокаторы эндотелиновых рецепторов

При прогрессировании синдрома Рейно и неэффективности блокаторов кальциевых каналов рекомендуется назначить

- Д-пеницилламин
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- системные глюкокортикостероиды
- микофенолата мофетил

Для лечения тяжелого синдрома Рейно и неэффективности ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа рекомендуется назначить

- циклофосфамид
- системные глюкокортикостероиды
- сикофенолата мофетил
- простаноиды для внутривенного введения

К побочным эффектам от терапии циклофосфамидом относят

- бесплодие
- фиброз печени
- интерстициальный пневмонит
- глюкозо-галактозная мальабсорбция

Применение глюкокортикоидов при системной склеродермии в дозе более 15 мг/сут ассоциируется с высоким риском развития

- бесплодие
- фиброз печени
- интерстициальный пневмонит
- глюкозо-галактозная мальабсорбция

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 62 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
На изменение цвета пальцев на холоде и при физических нагрузках (побеление, посинение, покраснение), уплотнение кожи лица, отечность пальцев, появление высыпаний по типу «сосудистых звездочек» на коже лица, одышка при умеренных физических нагрузках.

Анамнез заболевания
Указанные жалобы на изменение цвета пальцев – в течение 12 лет. За медицинской помощью не обращалась, терапия не назначалась. В последние полгода появилась отечность пальцев, высыпания по типу «сосудистых звездочек» на коже лица. В последний месяц стала отмечать появление одышки при умеренных физических нагрузках, что и стало поводом для обращения к врачу.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * отец – сахарный диабет тип 2, мать – гипертоническая болезнь
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 171 см, масса тела 56 кг. ИМТ 19,2. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пальцы отечные. Уплотнение кожи лица. Пальцы синюшные. Дигитальных изменений нет. Отмечается наличие расширенных капилляров на коже лица, груди. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 115/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
К необходимым в данной ситуации иммунологическим исследованиям для установления диагноза относятся исследования

- бесплодие
- фиброз печени
- интерстициальный пневмонит
- глюкозо-галактозная мальабсорбция

Результаты

Помимо обнаружения антител к центромере В (+++), ко второй ступени диагностики относится

- бесплодие
- фиброз печени
- интерстициальный пневмонит
- глюкозо-галактозная мальабсорбция

Результаты

Капилляроскопический паттерн у данной пациентки является

- ранним
- нормальным
- активным
- поздним

По данным эхокардиографии выявлено: трикуспидальная регургитация 3 степени, скорость трикуспидальной регургитации 4,2 м/сек, расчетное систолическое давление в легочной артерии 80 мм рт.ст., диаметр легочной артерии 40 мм, площадь правого предсердия в систолу 23.4 см^2^. Указанные эхокардиографические данные указывают на наличие у пациентки

- ишемической болезни сердца
- атеросклеротического кардиосклероза
- стеноза аортального клапана
- легочной гипертензии

Выявленная патология является

- ишемической болезни сердца
- атеросклеротического кардиосклероза
- стеноза аортального клапана
- легочной гипертензии

Диагноз

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, данных за органическую патологию не выявлено, фиброзных изменений нет. Количество баллов, согласно классификационным критериям системной склеродермии EULAR 2013 года, равно +_____+ баллов

- 7
- 9
- 10
- 14

Форма системной склеродермии у данной пациентки является

- лимитированной
- ограниченной
- диффузной
- перекрестной

Синдром Рейно у данной пациентки является

- двухфазным
- четырехфазным
- трехфазным
- однофазным

Верифицировать диагноз легочной гипертензии можно с помощью

- бодиплетизмографии

- катетеризации правых камер сердца
- стресс-эхокардиографии
- магнитно-резонансной томографии сердца

Препаратами первой линии лечения синдрома Рейно являются

- блокаторы кальциевых каналов
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- системные глюкокортикостероиды
- блокаторы эндотелиновых рецепторов

При прогрессировании синдрома Рейно и неэффективности блокаторов кальциевых каналов рекомендуется назначить

- актовегин
- пентоксифиллин
- циклофосфамид
- внутривенные простаноиды

К ЛАГ-специфической терапии относят группу препаратов, называемую ингибиторами фосфодиэстеразы типа 5. К ингибиторам фосфодиэстеразы типа 5 относят

- актовегин
- пентоксифиллин
- циклофосфамид
- внутривенные простаноиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 42 лет обратился к врачу-ревматологу.
Жалобы
На изменение цвета пальцев на холоде (побеление, посинение, покраснение), уплотнение кожи бедер, груди, плеч.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы на изменение цвета пальцев – в течение 10 лет. К врачу не обращался. В последние 2 месяца отметил появление уплотнения кожи бедер, груди, плеч, что и стало поводом для обращения к врачу.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * отец – рак кишечника, мать – ревматоидный артрит
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 65 кг. ИМТ 20,5. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пальцы кистей в момент

осмотра не отечные. Дигитальных изменений нет. Кожные покровы пальцев собираются в складку. Кожа бедер, плеч и груди гиперпигментирована. Кожа обеих рук выше пястно-фаланговых суставов, бедер, груди не собирается в складку. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 125/75 мм рт. Ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации иммунологическим исследованиям для установления диагноза относятся исследования

- актовегин
- пентоксифиллин
- циклофосфамид
- внутривенные простаноиды

Результаты

Помимо исследования антинуклеарных антител в иммуноблоте, ко второй ступени диагностики относится

- актовегин
- пентоксифиллин
- циклофосфамид
- внутривенные простаноиды

Результаты

Капилляроскопический паттерн у данного пациента является

- ранним
- нормальным
- активным
- поздним

Выявленная патология является

- ранним
- нормальным
- активным
- поздним

Диагноз

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, данных за органическую патологию не выявлено, обнаружено интерстициальное поражение легких по типу «матового стекла». Эхокардиография не проводилась. Количество баллов, согласно классификационным критериям системной склеродермии EULAR 2013 года, равно +_____+ баллов

- 11
- 19
- 15
- 9

Форма системной склеродермии у данного пациента является

- диффузной
- ограниченной
- перекрестной
- лимитированной

Синдром Рейно у данного пациента является

- трехфазным
- однофазным
- двухфазным
- четырехфазным

В лечении синдрома Рейно препаратами первой линии являются

- дигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
- блокаторы эндотелиновых рецепторов
- системные глюкокортикостероиды
- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа

При прогрессировании синдрома Рейно и неэффективности блокаторов кальциевых каналов рекомендуется назначить

- внутривенные простаноиды
- микофенолата мофетил
- Д-пеницилламин
- системные глюкокортикостероиды

С учетом наличия поражения легких по данным компьютерной томографии органов грудной клетки, пациенту в терапии необходимо назначить

- циклоспорин А
- Д-пеницилламин
- циклофосфамид
- метотрексат

Вариантами приема циклофосфамида являются

- внутривенное введение в дозе 2000 мг/м^2^ - 4000 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 0,1-0,2 мг/кг/день
- внутривенное введение в дозе 500 мг/м^2^ - 750 мг/м^2^ в месяц

- пероральный прием в дозах 100-200 мг/кг/день

Длительность курса терапии циклофосфамидом должны быть не менее +_____+ месяцев

- внутривенное введение в дозе 2000 мг/м^2^ - 4000 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 0,1-0,2 мг/кг/день
- внутривенное введение в дозе 500 мг/м^2^ - 750 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 100-200 мг/кг/день

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 35 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
На изменение цвета пальцев на холоде и при физических нагрузках (побеление, посинение, покраснение), отечность пальцев, появление высыпаний по типу «сосудистых звездочек» на коже лица, груди.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы на изменение цвета пальцев – в течение 5 лет. Обращалась к терапевту – выставлялся диагноз вегето-сосудистой дистонии, терапия не назначалась. В последние 3 месяца появилась отечность пальцев, высыпания по типу «сосудистых звездочек» на коже лица, груди, что и стало поводом для обращения к врачу.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * отец – гипертоническая болезнь, мать - полиартроз
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 55 кг. ИМТ 19,5. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пальцы отечные. Дигитальных изменений нет. Отмечается наличие расширенных капилляров на коже лица, груди. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
К необходимым в данной ситуации иммунологическим исследованиям для установления диагноза относятся исследования

- внутривенное введение в дозе 2000 мг/м^2^ - 4000 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 0,1-0,2 мг/кг/день
- внутривенное введение в дозе 500 мг/м^2^ - 750 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 100-200 мг/кг/день

Результаты

После получения результата титра антинуклеарного фактора, проведен скрининг антинуклеарных антител в иммуноблоте, где выявлено наличие антител к центромере В (+++). Также к второй ступени диагностики относится

- внутривенное введение в дозе 2000 мг/м^2^ - 4000 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 0,1-0,2 мг/кг/день
- внутривенное введение в дозе 500 мг/м^2^ - 750 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 100-200 мг/кг/день

Результаты

Выявленная патология является

- внутривенное введение в дозе 2000 мг/м^2^ - 4000 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 0,1-0,2 мг/кг/день
- внутривенное введение в дозе 500 мг/м^2^ - 750 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 100-200 мг/кг/день

Диагноз

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, данных за органическую патологию не выявлено, фиброзных изменений нет. Эхокардиография не проводилась. Количество баллов, согласно классификационным критериям системной склеродермии EULAR 2013 года, равно +_____+ баллов

- 7
- 10
- 6
- 12

Форма системной склеродермии у данной пациентки является

- ограниченной
- лимитированной
- диффузной
- перекрестной

Синдром Рейно у данной пациентки является

- двухфазным
- четырехфазным
- однофазным
- трехфазным

В лечении синдрома Рейно препаратами первой линии являются

- ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
- системные глюкокортикостероиды
- дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
- блокаторы эндотелиновых рецепторов

При прогрессировании синдрома Рейно и неэффективности блокаторов кальциевых каналов рекомендуется назначить

- микофенолата мофетил
- Д-пеницилламин
- системные глюкокортикостероиды
- внутривенные простаноиды

Через год у пациентки появилась одышка. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, обнаружено интерстициальное поражение легких. Основным препаратом в терапии такого состояния является

- метотрексат
- циклоспорин А
- Д-пеницилламин
- циклофосфамид

Вариантами приема циклофосфамида являются

- внутривенное введение в дозе 500 мг/м^2^- 750 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 100- 200 мг/кг/день
- внутривенное введение в дозе 2000 мг/м^2^ - 4000 мг/м^2^ в месяц
- пероральный прием в дозах 0,1- 0,2 мг/кг/день

Длительность курса терапии циклофосфамидом должна быть не менее +_____+ месяцев

- 24
- 3
- 6
- 12

К побочным эффектам от терапии циклофосфамидом относят

- 24
- 3
- 6
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 39 лет обратился к врачу-ревматологу.
Жалобы
На боли в нижней части спины, беспокоящие в покое, уменьшающиеся при выполнении физических упражнений, боли и отечность в области голеностопных, коленных суставов.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы на боли в спине – в течение 2 лет, усиливались постепенно. В последние 3 месяца присоединились боли в голеностопных и коленных суставах, появилась отечность в них, что послужило поводом обращения к врачу.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имел; * аллергических реакций не было; * отец – хронический гепатит С, мать – здорова.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 79 кг. ИМТ 25,8. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При пальпации крестцово-подвздошных сочленений определяется умеренная болезненность, болезненность при пальпации голеностопных и коленных суставов. Отечность голеностопных и коленных суставов, местная гиперемия, местная гипертермия. Экскурсия грудной клетки – 1 см. Проба Шобера – 1 см. Симптомы Кушелевского I, II, III положительные. Оценка активности заболевания по ВАШ – 65 мм.
Имеющиеся у пациента боли являются

- нейропатическими
- отраженными
- механическими
- воспалительными

Для определения активности заболевания рекомендуется выполнить лабораторные исследования, к которым относятся

- нейропатическими
- отраженными
- механическими
- воспалительными

Результаты лабораторных методов обследования

Пациентам с жалобами на воспалительную боль в спине рекомендуется однократно проводить анализ крови на наличие антигена гистосовместимости

- HLA B7
- HLA DR4
- HLA B27
- HLA DR1

Неделю назад пациент обратился к неврологу, был направлен на рентгенографию костей таза. По данным рентгенографии: подозрение на двусторонний сакроилеит II стадии. Наличие указанных изменений, наряду с имеющимися симптомами, достаточно для установления диагноза

- HLA B7
- HLA DR4
- HLA B27
- HLA DR1

Диагноз

Пациенту предложено заполнить анкету и оценить уровень боли и качество жизни. Выставленные пациентом оценки: уровень боли в спине – 5 баллов, уровень периферической боли и воспаления – 8 баллов, длительность утренней скованности – 6 баллов, глобальная оценка состояния – 8 баллов. Активность заболевания у пациента является

- низкой
- умеренной
- очень высокой
- высокой

Для выявления противопоказаний, потенциальных факторов риска развития нежелательных реакций перед назначением противоревматической терапии рекомендуется провести исследование биохимических показателей, к которым относятся

- низкой
- умеренной
- очень высокой
- высокой

Результаты обследования

В качестве первой линии терапии пациенту рекомендуется назначить

- глюкокортикостероиды
- препараты, снижающие уровень мочевой кислоты
- нестероидные противовоспалительные препараты
- генно-инженерные биологические препараты

Пациенту также был назначен сульфасалазин, на фоне приема которого отмечено появление аллергической реакции. Пациенту рекомендуется начать прием

- циклоспорина А
- циклофосфана
- метотрексата
- азатиоприна

В процессе лечения нестероидными противовоспалительными препаратами для мониторинга переносимости и безопасности терапии всем пациентам с анкилозирующим спондилитом рекомендуется проводить лабораторное обследование не реже 1 раза в

- год
- 3 месяца
- месяц
- полгода

Данному пациенту рекомендуется определение СОЭ для оценки эффективности терапии провести через

- 6 месяцев
- год
- 3 месяца
- месяц

В терапии анкилозирующего спондилита нестероидные противовоспалительные препараты не рекомендуется назначать при +_____+ риске кардиоваскулярных осложнений

- высоком
- очень высоком
- низком
- умеренном

Пациентам, принимающим нестероидные противовоспалительные препараты постоянно, можно перейти в режим "по требованию" при

- высоком
- очень высоком
- низком
- умеренном

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 72 лет обратилась к врачу-ревматологу.
Жалобы
На снижение роста на 5 см по сравнению с показателем до менопаузы.
Анамнез заболевания
Уменьшение роста было выявлено при обращении к терапевту в рамках плановой диспансеризации. Менопауза с 55 лет.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает * курит 10 сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * отец – рак кишечника, мать – гипертоническая болезнь, перелом шейки бедра
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 172 (ранее 177) см, масса тела 50 кг. ИМТ 15,9 кг/м² Кожные покровы телесного цвета. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.
К необходимым инструментальным методам исследования для исключения осложнений предполагаемого заболевания относят

- высоком
- очень высоком
- низком
- умеренном

Результаты инструментального метода обследования

Для уточнения риска возможных переломов у пациентки следует использовать алгоритм

- _BoneHealth_
- _EULAR_
- _OSTEORAP_
- _FRAX_

Клиническими факторами риска, включенными в инструмент FRAX, являются

- преждевременная менопауза
- низкий индекс массы тела
- рак кишечника у отца
- курение
- гипертоническая болезнь у матери
- перелом шейки бедра у матери

При выполнении рентгеновской денситометрии установлено: Т-критерий в шейке бедра составил -2.8 SD, что соответствует

- преждевременная менопауза
- низкий индекс массы тела
- рак кишечника у отца
- курение
- гипертоническая болезнь у матери
- перелом шейки бедра у матери

Диагноз

При невозможности проведения денситометрии суррогатным критерием эффективности проводимой терапии могут быть

- преждевременная менопауза
- низкий индекс массы тела
- рак кишечника у отца
- курение
- гипертоническая болезнь у матери
- перелом шейки бедра у матери

Результаты обследования

При лечении постменопаузального остеопороза используют

- ингибиторы неприлизина
- адекватные доз кальция
- азотсодержащие бисфосфонаты
- достаточные дозы витамина D

Рекомендованной дневной нормой потребления витамина D для пациентки является +_____+ МЕ/сут

- 600
- 2000-4000
- 600-800
- 800-1000

У пациентки был исследован уровень 25(OH)D крови – 9.1 нг/мл, что соответствует

- выраженному дефициту
- дефициту
- адекватному уровню
- недостаточности

Пациентке не следует назначать заместительную гормональную терапию с целью лечения остеопороза из-за

- продолжительности менопаузы
- низкого уровня витамина D
- отсутствия переломов в анамнезе
- отягощенного наследственного анамнеза

Отсутствием эффекта от проводимой терапии остеопороза считается

- отсутствие адекватного прироста уровня витамина D
- развитие одного перелома в области фаланговой кости кисти или стопы
- развитие 2 и более низкотравматических перелома за время лечения
- отсутствие увеличения показателей минеральной плотности костной ткани в бедре и в позвонках в ходе двух последовательных измерения денситометрии

У пациентки возникли аллергические реакции на два препарата из группы бисфосфонатов, в связи с чем проведена смена терапии на Деносумаб. Способ введения препарата является

- пероральным
- внутривенным
- внутримышечным
- подкожным

При отсутствии эффективности деносумаба наиболее показано назначение

- пероральным
- внутривенным
- внутримышечным
- подкожным

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 69 лет обратился к врачу-ревматологу.
Жалобы
На боль в плюснефаланговом суставе 1 пальца левой стопы, которая в большей степени беспокоит ночью и утром, выраженную отечность в нем.
Анамнез заболевания
Жалобы на боль и отечность в плюснефаланговом суставе 1 пальца левой стопы — в течение 2 дней. Пациент упоминает, что в течение последних 20 лет периодически беспокоили похожие симптомы в плюснефаланговых суставах 1 пальцев стоп, которые длились по 2-3 дня и самостоятельно купировались.

Анамнез жизни
* Сахарный диабет тип 2 (принимает метформин 750 мг 1 раз в сутки) * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * отец – ишемическая болезнь сердца, мать - гипертоническая болезнь, полиартроз
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 173 см, масса тела 83 кг. ИМТ 27,7 кг/м² Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При пальпации суставов определяется выраженная болезненность и отечность, местная гиперемия в области плюснефалангового сустава 1 пальца левой стопы. Оценка активности заболевания по ВАШ – 90 мм.
Пациент самостоятельно обратился в службу лабораторной диагностики
Пациент самостоятельно обратился в службу лабораторной диагностики, где был выполнен клинический анализ крови. Результаты: Лейкоциты – 6,6 тыс/мкл, Нейтрофилы – 56,9%, Лимфоциты – 35,9%, Моноциты – 4,5%, Эозинофилы – 1,9%, Базофилы – 0,8%, Эритроциты – 5,11 млн/мкл, Гематокрит – 38,7%, Гемоглобин – 134 г/л, Тромбоциты – 297 тыс/мкл, СОЭ – 74 мм/ч.
Необходимыми лабораторными исследованиями являются

- пероральным
- внутривенным
- внутримышечным
- подкожным

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым дополнительным лабораторным исследованием для подтверждения диагноза является

- пероральным
- внутривенным
- внутримышечным
- подкожным

Результаты обследования

Достаточным критерием для установления диагноза является

- обнаружение кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости
- ускорение СОЭ и односторонне поражение суставов стопы
- гиперурикемия и гиперемия кожи над суставом
- характерная рентгенологическая картина

На основании результатов клинико-лабораторных исследований больному можно сформулировать диагноз

- обнаружение кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости
- ускорение СОЭ и односторонне поражение суставов стопы
- гиперурикемия и гиперемия кожи над суставом
- характерная рентгенологическая картина

Диагноз

Данная форма подагры является

- хронической тофусной подагрой
- бессимптомной гиперурикемией
- острым подагрическим артритом
- свинцовой подагрой

Пациентам с подагрой рекомендуется проводить компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию только

- с целью контроля эффективности терапии
- для оценки деструктивных изменений
- для контроля выраженности артрита
- при подозрении на атипичное расположение тофусов

В качестве первой линии терапии пациенту рекомендуется назначить

- с целью контроля эффективности терапии
- для оценки деструктивных изменений
- для контроля выраженности артрита
- при подозрении на атипичное расположение тофусов

Пациенту рекомендуется

- с целью контроля эффективности терапии
- для оценки деструктивных изменений
- для контроля выраженности артрита
- при подозрении на атипичное расположение тофусов

Согласно данным обследования, помимо гиперурикемии, у пациента выявлен дополнительный признак метаболического синдрома, являющийся

- гепатитом
- гиперлипидемией
- хронической почечной недостаточностью
- гипергликемией

Пациенту предпочтительно назначить

- колхицин

- канакинумаб
- аллопуринол
- фебуксостат

Целевым уровнем мочевой кислоты считают менее +_____+ мкмоль/л

- 420
- 360
- 460
- 300

Смена Аллопуринола на Фебуксостат необходима при

- 420
- 360
- 460
- 300

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 48 лет обратился к врачу-ревматологу.
Жалобы
На боль в левом коленном суставе, которая в большей степени беспокоит ночью и утром, выраженную отечность сустава.
Анамнез заболевания
Жалобы на боль и отечность в левом коленном суставе — в течение 5 дней. Возникли впервые.
Анамнез жизни
* Сопутствующие заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * отец – сахарный диабет тип 2, мать - здорова
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 82 кг. ИМТ 27,7 кг/м² Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При пальпации суставов определяется выраженная болезненность и отечность в области левого коленного сустава. Оценка активности заболевания по ВАШ – 80 мм.
К необходимыми для установления диагноза лабораторными исследованиями являются

- 420
- 360
- 460

- 300

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве дополнительного лабораторного исследования для подтверждения диагноза необходимо проведение

- 420
- 360
- 460
- 300

Результаты обследования

Достаточным критерием для установления диагноза является

- обнаружение кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости
- гиперурикемия
- увеличение СОЭ
- увеличение уровня С-реактивного белка

При невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии рекомендуется проведение

- рентгенографии сустава
- компьютерной томографии сустава
- магнитно-резонансной томографии сустава
- ультразвукового исследования сустава

На основании клинико-лабораторных и инструментальных исследований больному может быть сформулирован диагноз

- рентгенографии сустава
- компьютерной томографии сустава
- магнитно-резонансной томографии сустава
- ультразвукового исследования сустава

Диагноз

Данная форма подагры является

- острым подагрическим моноартритом
- свинцовой подагрой
- хронической тофусной подагрой
- бессимптомной гиперурикемией

В качестве первой линии терапии пациенту рекомендуется назначить

- диклофенак
- канакинумаб
- аллопуринол
- ритуксимаб

Через 2 недели пациент обратился повторно. На фоне терапии – без эффекта. Рекомендована смена терапии на

- диклофенак
- канакинумаб
- аллопуринол
- ритуксимаб

Согласно данным обследования, помимо гиперурикемии, у пациента выявлен дополнительный признак метаболического синдрома, являющийся

- гепатитом
- гиперлипидемией
- гипергликемией
- хронической почечной недостаточностью

Пациенту следует назначить

- фебуксостат
- аллопуринол
- колхицин
- преднизолон

При подагре проведение уратснижающей терапии необходимо всем пациентам

- со снижением уровня мочевой кислоты менее 300 мкмоль/л
- со стойкой гиперурикемией и острыми атаками артрита
- с впервые выявленным артритом и увеличением СОЭ
- при обнаружении гиперурикемии и увеличением СОЭ

Смена Аллопуринола на Фебуксостат необходима при

- со снижением уровня мочевой кислоты менее 300 мкмоль/л
- со стойкой гиперурикемией и острыми атаками артрита
- с впервые выявленным артритом и увеличением СОЭ
- при обнаружении гиперурикемии и увеличением СОЭ

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 57 лет обратился к врачу-терапевту в связи с временной утратой трудоспособности.
Жалобы
На интенсивные постоянные боли в области первого плюснефалангового сустава правой ноги в покое, усиливающиеся при движении.
Анамнез заболевания
Отмечает склонность к употреблению мясной пищи (ежедневно) и пива (около 1 литра 3-4 раза в неделю).
Анамнез жизни
Работа связана со значительными стрессовыми нагрузками. Ведет малоактивный образ жизни, имеет избыточную массу тела в течение 15 лет. У отца пациента отмечались болезненные ощущения в суставах пальцев стоп, он страдал заболеванием почек.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. В области первого плюснефалангового сустава правой ноги отчетливая гиперемия и припухлость, болезненная при пальпации. Рост 170 см, масса тела 92 кг. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 140 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 78 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания слабоположительный слева.
Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют заподозрить у пациента

- со снижением уровня мочевой кислоты менее 300 мкмоль/л
- со стойкой гиперурикемией и острыми атаками артрита
- с впервые выявленным артритом и увеличением СОЭ
- при обнаружении гиперурикемии и увеличением СОЭ

Диагноз

Достоверным критерием острого подагрического артрита служит выявление

- сужения суставной щели при рентгенологическом исследовании
- гнойного экссудата в суставной жидкости
- кристаллов моноурата натрия в суставной жидкости
- остеофитов при рентгенологическом исследовании

Для подтверждения диагноза у всех пациентов рекомендуется, помимо визуальной оценки выраженности артрита, отдельно осматривать места возможной локализации

- остеофитов
- тофусов
- ксантелазм
- узелков Гебердена

У всех пациентов с подозрением на подагру рекомендуется определять сывороточный уровень

- креатинина
- мочевины
- железа
- мочевой кислоты

Всем пациентам для постановки определенного диагноза подагры рекомендуется выявление в синовиальной жидкости кристаллов

- фосфатов
- Шарко-Лейдена
- моноурата натрия
- оксалатов

Основной целью фармакотерапии подагры является

- купирование приступов острого артрита
- устранение факторов риска
- предотвращение развития инвалидности
- нормализация лабораторных показателей

Всем пациентам в качестве «первой линии» терапии острого подагрического артрита рекомендуется назначать

- гентамицин
- лейцин
- ниацин
- колхицин

Пациентам с абсолютными противопоказаниями и/или неэффективностью нестероидных противовоспалительных препаратов, колхицина для купирования острого приступа артрита рекомендуется назначение

- интерлейкина -1
- цитостатиков
- интерфероногенов
- моноклональных антител к интерлейкину -1 (канакинумаб)

Всем пациентам со стойкой гиперурикемией, тофусами и острыми атаками артрита более 2 в год рекомендуется проведение терапии

- глюкокортикоидными препаратами
- нестероидными противовоспалительными средствами
- уратснижающими средствами
- моноклональными антителами

Снижению сывороточного уровня мочевой кислоты способствует ограничение в пищевом рационе продуктов животного происхождения, богатых

- пуринами
- аминокислотами
- витаминами
- пиримидинами

Независимым фактором риска развития подагры служит

- гиподинамия
- психоэмоциональный дистресс
- курение
- алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

У всех пациентов с подагрой рекомендуется ограничить использование

- гиподинамия
- психоэмоциональный дистресс
- курение
- алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 50 лет обратился к врачу общей практики в связи с невозможностью продолжать трудовую деятельность.
Жалобы
На интенсивные боли в первом плюснефаланговом суставе правой ноги в покое, усиливающиеся при движении.
Анамнез заболевания
Отмечает частое употребление мясной пищи и алкоголя (3-4 раза в неделю).
Анамнез жизни
Работа связана со значительными стрессовыми нагрузками. Ведет малоактивный образ жизни, имеет избыточную массу тела в течение 10 лет. Отец пациента страдал болезнью суставов стоп и мочекаменной болезнью.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. В области первого плюснефалангового сустава правой ноги отчетливая гиперемия и припухлость, болезненная при пальпации. Рост 170 см, масса тела 92 кг.

Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания положительный справа.
Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют заподозрить у пациента

- гиподинамия
- психоэмоциональный дистресс
- курение
- алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

Диагноз

Достоверным критерием острого подагрического артрита служит выявление

- кристаллов моноурата натрия в суставной жидкости
- остеофитов при рентгенологическом исследовании
- гнойного экссудата в суставной жидкости
- сужения суставной щели при рентгенологическом исследовании

Для подтверждения диагноза у всех пациентов рекомендуется, помимо визуальной оценки выраженности артрита, отдельно осматривать места возможной локализации

- ксантелазм
- узелков Гебердена
- тофусов
- остеофитов

У всех пациентов с подозрением на подагру рекомендуется определять сывороточный уровень

- креатинина
- железа
- мочевой кислоты
- мочевины

Всем пациентам для постановки определенного диагноза подагры рекомендуется выявление в синовиальной жидкости кристаллов

- моноурата натрия
- оксалатов
- фосфатов
- Шарко-Лейдена

Основной целью фармакотерапии подагры является

- устранение факторов риска
- нормализация лабораторных показателей
- предотвращение развития инвалидности
- купирование приступов острого артрита

Всем пациентам в качестве «первой линии» терапии острого подагрического артрита рекомендуется назначать

- лейцин
- ниацин
- гентамицин
- колхицин

Пациентам с абсолютными противопоказаниями и/или неэффективностью нестероидных противовоспалительных препаратов, колхицина для купирования острого приступа артрита рекомендуется назначение

- интерлейкина -1
- моноклональных антител к интерлейкину -1 (канакинумаб)
- интерфероногенов
- цитостатиков

Всем пациентам со стойкой гиперурикемией, тофусами и острыми атаками артрита более 2 в год рекомендуется проведение терапии

- нестероидными противовоспалительными средствами
- моноклональными антителами
- уратснижающими средствами
- глюкокортикоидными препаратами

Снижению сывороточного уровня мочевой кислоты способствует ограничение в пищевом рационе продуктов животного происхождения, богатых

- витаминами
- пуринами
- аминокислотами
- пиримидинами

Независимым фактором риска развития подагры служит

- гиподинамия
- алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)
- психоэмоциональный дистресс
- курение

У всех пациентов с подагрой рекомендуется ограничить использование

- гиподинамия
- алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)
- психоэмоциональный дистресс
- курение

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 48 лет обратился к врачу общей практики.
Жалобы
* выраженная боль в правом коленном суставе, постоянного характера, усиливающаяся после физической нагрузки и ослабевающая в покое (выраженность боли по визуальной аналоговой шкале 6 баллов),сопровождающаяся утренней скованностью около 15 минут, * ограничение подвижности в суставе, * появление «хруста», «треска» при резких движениях в правом коленном суставе.
Анамнез заболевания
Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились боли в правом коленном суставе. Свое заболевание связывает с профессиональным спортом в молодости, травмой сустава. Сначала боли носили умеренный характер и возникали после физической нагрузки, затем приобрели выраженный характер, появилось ограничение в движении в правом коленном суставе. За медицинской помощью с данными симптомами ранее не обращался.
Анамнез жизни
* Работает тренером в детско-юношеской спортивной школе. * Семейный анамнез: без особенностей. * Аллергических реакций не было. * Из перенесенных заболеваний: полгода назад выставлен диагноз: "функциональная диспепсия, ассоциированная с H.pylori", от эрадикации отказался. * Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. * Не курит, алкоголь не употребляет.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Рост 176, вес 98 кг (ИМТ 31,6 кг/м^2^). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 движений в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не изменен. Костно-мышечная система: контуры правого коленного сустава сглажены, отечны, определяется болезненность при пальпации, при активных и пассивных движениях.
Для выявления воспаления необходимо исследовать

- гиподинамия
- алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)
- психоэмоциональный дистресс
- курение

Результаты обследования

При обзорной рентгенограмме коленных суставов, в соответствии с клинической картиной, ожидается обнаружить

- небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты
- единичные краевые эрозии
- акральный остеолиз
- единичные субхондральные кисты

Наиболее вероятным диагнозом является

- небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты
- единичные краевые эрозии
- акральный остеолиз
- единичные субхондральные кисты

Диагноз

Данные рентгенологического исследования (небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты, заострение мыщелков большеберцовой кости, субхондральный склероз) соответствуют +_____+ стадии остеоартрита

- IV
- III
- II
- I

Пациенту можно выставить +_____+ функциональный класс

- III
- IV
- II
- I

Из нефармакологических методов лечения больному показано

- снижение массы тела
- прекращение курения
- диета с низким содержанием соли (менее 1 грамма в сутки)
- ограничение алкоголя

Предпочтительным препаратом является

- опиоидный анальгетик
- препарат гиалуроновой кислоты
- глюкокортикоид
- нестероидный противовоспалительный препарат

Перед началом лечения с целью выявления возможных противопоказаний для назначения лекарственных средств необходимо провести лабораторные исследования, включающие

- КФК (МВ фракция), СРБ, глюкозу сыворотки, АСЛО
- общий анализ крови и мочи, креатинин сыворотки крови, сывороточные трансаминазы
- суточную протеинурию, уровень тропонинов
- коагулограмму (АЧТВ, МНО), липидограмму, натрий-уретический пептид

Препаратом выбора из группы нестероидных противовоспалительных препаратов у данного пациента является

- целекоксиб
- кетопрофен
- диклофенак
- напроксен

Предпочтительно использовать НПВП

- внутримышечно
- перорально
- внутривенно
- в ректальных свечах

При персистировании воспаления возможно внутрисуставное введение глюкокортикоидов в количестве +_____+ инъекций в год

- 3-4
- 4-5
- 5-6
- 2-3

К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия относятся

- 3-4
- 4-5
- 5-6
- 2-3

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 67 лет обратилась к врачу общей практики.
Жалобы
Сильная боль в коленных суставах, суставах кистей, стоп, в паху и ягодицах, усиливающая после физической активности и уменьшающаяся в покое (выраженность боли по визуальной аналоговой шкале 7 баллов), "стартовая" боль в этих суставах.
Анамнез заболевания
Считает себя больной около 13 лет, когда впервые появились неинтенсивные боли в коленных суставах и паху, возникающие после значительной нагрузки (работа в саду). В течение последних 3-х лет присоединились боли в суставах кистей и стоп, интенсивность их возросла, что заставило ее обратиться к врачу. Заболевание связывает с постоянной физической нагрузкой: живет в своем доме, работает на приусадебном участке. Год назад выставлен диагноз: "Стенокардия напряжения, ФК 2", принимает постоянно бисопролол и низкие дозы аспирина.
Анамнез жизни
* Пенсионер. * Семейный анамнез: у матери было заболевание суставов, какое не знает. * Аллергических реакций не было. * Из хронических заболеваний: Стенокардия напряжения, ФК 2. * Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (не чаще 5-6 раз в год).
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Рост 166, вес 68 кг (ИМТ 24,7 кг/м^2^), ОТ 88 см. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 движений в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные, шумов нет. АД 128/64мм рт. ст. ЧСС 58 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не изменен. Костно-мышечная система: суставы внешне не изменены, пальпируются узелки Гебердена, болезненность при пальпации межфаланговых суставов в проекции щели, коленных суставов в области "гусиной лапки", объем активных и пассивных движений не изменен.
Для постановки диагноза и уточнения стадии заболевания необходимо провести

- 3-4
- 4-5
- 5-6
- 2-3

Результаты обследования

Одной из целей лабораторной диагностики является

- определение функционального класса заболевания
- дифференциальный диагноз заболевания, выявления противопоказаний к лечению
- определение стадии заболевания
- определение степени активности заболевания

Наиболее вероятным диагнозом является

- определение функционального класса заболевания
- дифференциальный диагноз заболевания, выявления противопоказаний к лечению
- определение стадии заболевания
- определение степени активности заболевания

Диагноз

Выставленный диагноз "остеоартроз" является

- первичным локализованным
- первичным генерализованным
- вторичным посттравматическим
- вторичным врожденным

Выявленные рентгенологические изменения (неравномерное сужение суставной щели, утолщение и субхондральный склероз суставных поверхностей с множественными остеофитами, заострение межмыщелковых бугорков,краевые экзостозы надколенника) соответствует +_____+ стадии гонартроза

- II
- III
- I
- IV

Из нефармакологических методов лечения пациентке следует рекомендовать

- модификация спортивных/физических нагрузок и разгрузка поражённого сустава
- иммобилизацию всех пораженных суставов
- снижение массы тела
- занятия спортом

Лечение следует начать с

- внутрисуставного введения глюкокортикостероидов
- трамадола
- парацетамола

- нестероидных противовоспалительных препаратов

У пациентки +_____+ риск развития желудочно-кишечных осложнений при приеме НПВП

- низкий
- максимальный
- высокий
- умеренный

У пациентки +_____+ риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы при приеме НПВП

- максимальный
- низкий
- высокий
- умеренный

Пациентке следует назначить

- ибупрофен в сочетании ингибитором протонной помпы
- целекоксиб в сочетании с ингибитором протонной помпы
- целекоксиб в виде монотерапии
- напроксен в виде монотерапии

Пациентка на повторном приеме через 1 месяц продолжает прием НПВП. Необходимо провести

- суточную pH-метрию и УЗИ брюшной полости
- трансторакальную эхокардиографию и суточное мониторирование ЭКГ
- ФВД и рентгенографию органов грудной клетки
- ЭГДС и СМАД

Пациентке потребовалось длительное применение НПВП. Ей необходимо 1 раз в три месяца оценивать

- суточную pH-метрию и УЗИ брюшной полости
- трансторакальную эхокардиографию и суточное мониторирование ЭКГ
- ФВД и рентгенографию органов грудной клетки
- ЭГДС и СМАД

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Вызов на дом врача общей практики к пациенту 19 лет.

Жалобы
* дискомфорт в области сердца с ощущением учащенного сердцебиения, * одышка при умеренных физических нагрузках, * боли в коленных, локтевых, плечевых суставах, припухлость коленных суставов с ограничением движений, * повышение температуры тела до 37,3°С, * выраженная общая слабость в течение последних двух дней.
Анамнез заболевания
Считает себя больным несколько дней, в течение которых отмечал небольшое повышение температуры, нарастающую слабость, ноющие боли в суставах. Плохое самочувствие связывал с неполным выздоровлением после "простуды". Утром проснулся от резкой боли в коленных суставах, которые увеличились в объеме и покраснели, одновременно отметил появление сердцебиения и дискомфорта в грудной клетке. В ходе расспроса стало известно, что три недели назад в течение 9 дней пациент болел «простудой»: сильно болело горло, температура повысилась до 39°С и сохранялась такой 6 дней, была ломота во всем теле. К врачу не обращался, лечился местными средствами (полоскал горло отварами трав) и жаропонижающими препаратами. После снижения температуры до субфебрильных цифр начал снова посещать занятия, несмотря на плохое самочувствие.
Анамнез жизни
* Студент колледжа * Аллергических реакций на какие-либо препараты нет. * Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. * Травм и операций не было * Семейный анамнез: у бабушки по линии отцасахарный диабет 1 типа, заболевания сердца в семье отрицает * Вредные привычки отрицает.
Объективный статус
Состояние средней степени тяжести. Рост 171 см, вес 64 (ИМТ 21,89). Кожные покровы физиологической окраски, влажные. Температура тела 37,3°С. Тоны сердца ясные, дующий систолический шум верхушечной локализации, связан с I тоном, проводится в левую подмышечную область. ЧСС 115 уд/мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17/мин. Костно-мышечная система: выраженная припухлость и сильная болезненность коленных суставов, кожа над ними гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не нарушены.
Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- суточную pH-метрию и УЗИ брюшной полости
- трансторакальную эхокардиографию и суточное мониторирование ЭКГ
- ФВД и рентгенографию органов грудной клетки
- ЭГДС и СМАД

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования являются

- суточную pH-метрию и УЗИ брюшной полости

- трансторакальную эхокардиографию и суточное мониторирование ЭКГ
- ФВД и рентгенографию органов грудной клетки
- ЭГДС и СМАД

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

- суточную pH-метрию и УЗИ брюшной полости
- трансторакальную эхокардиографию и суточное мониторирование ЭКГ
- ФВД и рентгенографию органов грудной клетки
- ЭГДС и СМАД

Диагноз

При предположительном диагнозе "острая ревматическая лихорадка" врачу следует использовать критерии

- CASPAR 2006, модифицированные Европейским ревматологическим обществом
- ACR/EULAR 2011
- Джонса, пересмотренные ВОЗ в 1992 году и модифицированные Ассоциацией ревматологов России в 2003 году
- бирмингемские, пересмотренные ВОЗ в 1992 году и модифицированные Ассоциацией ревматологов России в 2003 году

«Большими критериями» предполагаемого заболевания у данного пациента, определенными на основании жалоб и по данным объективного осмотра, являются

- кардит, артрит
- хорея, подкожные узелки
- артралгия, митральная недостаточность
- кольцевидная эритема, лихорадка

Этиотропная терапия острой ревматической лихорадки заключается в применении

- кардиопротекторов
- антибактериальных препаратов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- глюкокортикоидов в малых дозах и ингибиторов ангиотезин-превращающего фермента

Препаратом выбора при этиотропной терапии острой ревматической лихорадки у данного пациента является

- бензилпенициллин в суточной дозе 1,5-4 млн ЕД в течение 10 дней с последующим переходом на бензатинабензилпенициллин
- доксициклин в суточной дозе 100 тыс. ЕД в в течение 5 дней с наращиванием дозы на 50 тыс. ЕД каждые два дня до 500 тыс. ЕД
- амоксициллин в суточной дозе 1 млн ЕД в течение 14 дней без последующего перехода на дюрантную форму препарата
- стрептомицин в суточной дозе 3 млн ЕД в течение 7 дней

После первого введения бензилпенициллина у пациента развилась крапивница, препарат следует заменить на

- тетрациклин
- сульфаниламид
- кларитромицин
- ко-тримоксазол

С целью патогенетической терапии пациенту следует назначить

- нестероидный противовоспалительный препарат
- антибактериальный препарат
- гипотензивный препарат
- цитостатик

Пациент на приеме через 3 месяца. Жалоб не предъявляет. При физикальном осмотре патологии не выявлено. При повторной эхо-КГ клапанной патологии не выявлено, фракция выброса левого желудочка 57%. С целью предотвращения повторных атак заболевания пациенту показана длительная антибактериальая терапия

- пожизненно
- до достижения возраста 25 лет
- в течение 5 лет
- в течение 10 лет

При формировании у пациента порока сердца вторичная профилактика назначается

- до достижения возраста 25 лет
- в течение 10 лет
- в течение 5 лет
- пожизненно

У данного пациента острую ревматическую лихорадку необходимо дифференцировать с

- до достижения возраста 25 лет
- в течение 10 лет

- в течение 5 лет
- пожизненно

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 57 лет на приеме у врача общей практики.
Жалобы
Жалоб не предъявляет. К врачу обратилась по настоянию дочери. При расспросе отмечает периодические боли в спине, возникающие при интенсивной нагрузке, исчезающие в покое.
Анамнез заболевания
Страдает бронхиальной астмой, длительное время принимает преднизолон в суточной дозе 12,5 мг.
Анамнез жизни
* Работает бухгалтером, профессиональных вредностей не отмечает. * Из хронических заболеваний: хронический риносинусит, назальные полипы * Наследственность: бронхиальная астма у матери. * Аллергические реакции к лекарственным препаратам не отмечает. * Вредные привычки отрицает. * Гинекологический анамнез: беременностей 2, родов 2. Менопауза в течение 5 лет.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост-162 см, вес-62 кг, ИМТ- 22. Телосложение - нормостеническое. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких перкуторный звук легочный, при аускультации дыхание везикулярное, ослабленное, рассеянные сухие хрипы. ЧДД 17 в минуту. Сердечно-сосудистая система: границы относительной тупости сердца в норме, аускультативно тоны приглушенные, ритмичные, шумов нет. АД- 110/70 мм рт. ст., ЧСС 70 ударов в минуту, пульс 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Пульсация периферических сосудов сохранена.
Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- до достижения возраста 25 лет
- в течение 10 лет
- в течение 5 лет
- пожизненно

Результаты инструментальных методов обследования

С целью проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями скелета и выявления противопоказаний для назначения медикаментозного лечения пациентке следует оценить

- до достижения возраста 25 лет
- в течение 10 лет
- в течение 5 лет
- пожизненно

Результаты обследования

Клинические данные, результаты рентгенографии позвоночника (диски С3-7 уплощены, больше в С5-6 дистрофические изменения грудного, поясничного отдела позвоночника, диффузный остеопороз) и денситометрии (Т-критерий: -1,7 стандартных отклонений) следует интерпретировать как

- остеопороз
- тяжелый остеопороз
- норму
- остеопению

Диагноз у данной пациентки формулируется как

- остеопороз
- тяжелый остеопороз
- норму
- остеопению

Диагноз

Пациентке рекомендуется изменение терапии бронхиальной астмы в виде

- увеличения дозы преднизолона
- применения ингаляционных быстродействующих β2–агонистов с постепенной отменой или уменьшением дозы преднизолона
- применения ингаляционных длительно действующих β2–агонистов без ингаляционных глюкокортикостероидов с постепенной отменой или уменьшением дозы преднизолона
- применения ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с длительно действующими β2–агонистами с постепенной отменой или уменьшением дозы преднизолона

Препаратом выбора для лечения остеопороза у данной пациентки является

- золендроновая кислота
- деносумаб
- стронция ранелат
- терипаратид

Пациентка должна принимать золендроновую кислоту 1 раз в

- неделю
- месяц
- день
- 24 месяца

В дополнение к патогенетической терапии пациентке следует назначить препарат кальция +_____+ мг и колекальциферола минимум +_____+ МЕ в сутки

- 500-750; 1000
- 1000-1500; 2000
- 2000-2500; 1500
- 1000-1500; 800

Из методов немедикаментозной терапии пациентке следует рекомендовать

- повышение потребления поваренной соли
- мануальную терапию
- регулярные осевые нагрузки
- умеренные силовые нагрузки

Для оценки эффективности лечения остеопороза пациентке рекомендуется провести денситометрию не ранее чем через +_____+ от начала терапии

- 5 лет
- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом пациентов с остеопорозом проводится 1 раз в

- 6 месяцев
- год
- 3 месяца
- 2 года

Оценка 10-летнего абсолютного риска переломов проводится по

- 6 месяцев
- год
- 3 месяца
- 2 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 55 лет обратилась к врачу общий практики.
Жалобы
* боли в паху, ягодицах, постоянные (выраженность боли по визуальной аналоговой шкале 4 балла), постепенно начинающиеся, беспокоящие в течение последнего месяца практически каждый день, усиливающиеся при ходьбе, уменьшающиеся в покое, сопровождающиеся утренней скованностью около 10 минут, "стартовые" боли, боли в латеральных отделах верхней трети бедра, * невозможность лежать на боку из-за усиления болей, * ограничение движений в тазобедренных суставах.
Анамнез заболевания
Считает себя больной около 10 лет, когда впервые появилисьболи в паху. Сначала боли возникали только после значительной физической нагрузки, затем приобрели постоянный характер, появилось ограничение в движении в тазобедренных суставах. За медицинской помощью с данными симптомами ранее не обращалась, по совету сестры принимала парацетамол без эффекта.
Анамнез жизни
* Работает кладовщицей на заводе. * Семейный анамнез: у материи сестры двусторонний коксартроз. * Аллергических реакций не было. * Из хронических заболеваний: гипертоническая болезнь 2 стадии, ГЛЖ. Риск 3 (высокий), принимает амлодипин, отмечает частые эпизоды повышения артериального давления до 160/90 мм рт.ст. * Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Гиперстенического телосложения. Рост 176, вес 90 кг (ИМТ 29,12кг/м^2^). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 движений в минуту. Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные. АД 148/84 мм рт.ст. ЧСС 75 уд/мин. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не изменен. Костно-мышечная система: ограничение и болезненность при внутренней ротации тазобедренных суставов в согнутом положении, увеличение суставов в объеме, наличие крепитации, болезненность при пальпации паховой области, латеральнее места пульсации бедренной артерии.
Для оценки воспаления необходимо исследовать

- 6 месяцев
- год
- 3 месяца
- 2 года

Результаты обследования

Для постановки диагноза и определения стадии пациентке следует провести

- 6 месяцев
- год
- 3 месяца
- 2 года

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- 6 месяцев
- год
- 3 месяца
- 2 года

Диагноз

Данные рентгенологического исследования (субхондральный склероз вертлужной впадины; множественные остеофиты по верхнему и нижнему краю вертлужной впадины;умеренное сужение суставной щели) соответствуют +_____+ стадии остеоартроза

- IV
- I
- II
- III

Пациентка имеет ИМТ 29,12 кг/м^2^, что соответствует

- ожирению 1 степени
- избыточной массе тела
- нормальному весу
- ожирению 2 степени

Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать

- отказаться от курения
- снизить вес
- не принимать горизонтальное положение после приема пищи
- ограничить употребление соли менее 1 грамма в сутки

Для снижения веса пациентке следует рекомендовать достигнуть дефицита калорий в размере около +_____+ ккал от физиологической потребности

- 100-200
- 500-700

- 800-1000
- 250-350

С целью купирования болей пациентке следует назначить

- нестероидные противовоспалительные препараты
- трамадол
- стронция ранелат
- хондроитин сульфат

Препаратом выбора из группы нестероидных противовоспалительных препаратов у данной пациентки является

- напроксен
- нимесулид
- диклофенак
- ксифокам

Пациентка на приеме через месяц, продолжает прием НПВП, ей следует провести

- ЭКГ
- эхоКГ
- СМАД
- стресс-ЭКГ

К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия при остеоартрите относится

- хондроитин-сульфат
- преднизолон
- диклофенак
- алендронат

У всех лиц, отвечающих антропометрическим критериям диагностики избыточного веса или ожирения, необходимо оценивать суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале

- хондроитин-сульфат
- преднизолон
- диклофенак
- алендронат

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 34 лет обратилась к врачу общей практики.
Жалобы
* боли в суставах кистей, лучезапястных, локтевых, коленных суставах, преимущественно утром и после периода покоя, * припухание в указанных суставах, * утренняя скованность в течение 2 часов, * общая слабость.
Анамнез заболевания
Заболела около 7 месяцев назад, когда появились ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных суставах. Был эпизод повышения температуры тела до 37,4°С в течение недели. К врачам не обращалась, принимала нестероидные противовоспалительные препараты. Последние 2 месяца состояние ухудшилось, значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые, коленные суставы, появилась утренняя скованность.
Анамнез жизни
* Перенесенные заболевания – ОРВИ, грипп. * Хронические заболевания отрицает. * Травм, оперативных вмешательств, переливаний крови не было. * Аллергические реакции на прием лекарственных средств отрицает. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки отрицает.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост - 164 см, вес - 61 кг, ИМТ - 22 кг/м^2^. Телосложение - нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Видимые слизистые - физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Легкие - перкуторно звук легочный, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Сердечно-сосудистая система - тоны сердца ясные, ритмичные. АД-110/70 мм р с, ЧСС 64 в мин, пульс 64 в мин. Пульсация периферических сосудов сохранена. Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Костно-мышечная система: припухлость коленных, лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов из-за отечности. Болезненность при пальпации проксимальных межфаланговых суставов кистей, пястнофаланговых, лучезапястных, плечевых, коленных суставов. Объем движений ограничен в лучезапястных суставах, мелких суставах кистей.
Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- хондроитин-сульфат
- преднизолон
- диклофенак
- алендронат

Результаты лабораторных методов обследования

Для верификации диагноза пациентке следует провести

- хондроитин-сульфат

- преднизолон
- диклофенак
- алендронат

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- хондроитин-сульфат
- преднизолон
- диклофенак
- алендронат

Диагноз

По данным рентгенографии кистей и стоп следует выставить +_____+ рентгенологическую стадию

- II
- III
- IV
- I

Пациентке следует выставить +_____+ клиническую стадию ревматоидного артрита

- позднюю
- очень раннюю
- раннюю
- развернутую

Препаратом выбора для лечения ревматоидного артрита у данной пациентки является

- колхицин
- целекоксиб
- метотрексат
- метилпреднизолон

На фоне лечения метотрексатом для профилактики нежелательных реакций пациентке следует назначить

- тиамин
- цианкобаламин
- фолиевую кислоту
- аскорбиновую кислоту

Для уменьшения болей в суставах рекомендуется назначить

- гликозаминогликаны
- глюкокортикоиды
- нестероидные противовоспалительные препараты
- опиоидные анальгетики

Пациентка обратилась к врачу общей практики повторно, т.к. планирует беременность. В качестве базисной терапии, вместо метотрексата, ей следует назначить

- сульфасалазин
- ритуксимаб
- метилпреднизолон
- лефлуномид

Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать

- иммобилизацию припухших суставов
- лечебную физическую культуру
- терапию парафином, озокеритом
- отказ от курения

При ревматоидном артрите суставами исключения являются
+_____+ суставы

- лучезапястные
- проксимальные межфаланговые
- пястно-фаланговые
- дистальные межфаланговые

Оценивать эффективность лечения пациентки (функциональные нарушения) с помощью Опросника Состояния Здоровья (HAQ) следует

- лучезапястные
- проксимальные межфаланговые
- пястно-фаланговые
- дистальные межфаланговые

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 25 лет обратилась к врачу общей практики.
Жалобы
* общая слабость, * утомляемость, * покраснение скул, зоны декольте, * повышение температуры тела до 37,2 С, * боли в межфаланговых суставах кистей, плечевых, коленных суставах.

Анамнез заболевания
Три месяца назад после отдыха на море появилось покраснение кожи в области скул и в зоне декольте. К врачам не обращалась, пользовалась косметическими средствами. В течение этих трех месяцев отмечает появление и усиление слабости, утомляемости, снижение работоспособности. Два дня назад появились боли и припухлость в суставах кистей, чувство скованности в них, повысилась температура тела до 37,3°С. Подобные симптомы появились впервые, хронических заболеваний не отмечает, лекарственные препараты не принимает.
Анамнез жизни
* Работает экономистом, вредностей нет. * Перенесенные заболевания: ОРВИ. * Гемотрансфузии отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Наследственность не отягощена. * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. * Вредные привычки отрицает.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост - 175 см, вес- 60 кг, ИМТ - 19 кг/м^2^. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы: сыпь на скулах в виде эритемы, распространяющая на носогубную зону. Видимые слизистые - физиологической окраски, чистые, на твердом небе безболезненное изъязвление. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система – болезненность при пальпации и припухлость пястнофаланговых суставов, проксимальных межфаланговых суставов кистей, плечевых, коленных суставов. Легкие: перкуторный звук легочной, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Сердце - границы относительной тупости в норме, тоны приглушены, ритмичны. АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 74 в мин, пульс 74 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Пульсация периферических сосудов сохранена.
Для оценки гематологических нарушений у данной пациентки следует выполнить

- лучезапястные
- проксимальные межфаланговые
- пястно-фаланговые
- дистальные межфаланговые

Результаты обследования

Для постановки диагноза у данной пациентки необходимо определить

- лучезапястные
- проксимальные межфаланговые
- пястно-фаланговые
- дистальные межфаланговые

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- лучезапястные
- проксимальные межфаланговые
- пястно-фаланговые
- дистальные межфаланговые

Диагноз

О волчаночном нефрите свидетельствует появление в моче

- бактерий более 10000 КОЭ в 1 мл
- лейкоцитов более 10 в поле зрения
- глюкозы более 1 ммоль/л
- белка более 500 мг за 24 часа

Диагностическим критериям СКВ отвечает поражение суставов в виде

- неэрозивного артрита 2-х и более суставов
- эрозивного полиартрита 2-х и более суставов
- артралгии 2-х и более суставов
- неэрозивного моноартрита

В качестве терапии пациентке следует назначить

- гидроксихлорохин и преднизолон
- сульфасалазин и диклофенак
- циклофосфан и мофетила микофенолат
- метотрексат и фолиевую кислоту

Пациентке следует назначить гидроксихлорохин +_____+ мг в сутки

- 500-700
- 100-300
- 1000-1200
- 200-400

Пациентка на повторном приеме. Появились новые высыпания, лучезапястные суставы болезненные и припухшие, по данным УЗИ в них присутствует выпот. По результатам анализов определяется высокая иммунологическая активность (высокий уровень анти –ДНК, снижение С3 и С4 компонентов комплемента). В данной ситуации следует

- уменьшить дозу преднизолона
- отменить гидроксихлорохин
- отменить преднизолон
- увеличить дозу преднизолона

Пациентка в течение 6 месяцев в состоянии низкой активности заболевания, принимает гидроксихлорохин и преднизолон, планирует беременность. Ей следует рекомендовать

- добавить к терапии метотрексат
- продолжить прием гидроксихлорохина и преднизолона
- отменить все препараты
- заменить принимаемые препараты на микофенолата мофетил

Для раннего выявления наиболее серьезного осложнения, связанного с приемом гидроксихлорохина, пациентке следует каждые полгода проходить профилактический осмотр у

- кардиолога
- эндокринолога
- офтальмолога
- гинеколога

Фактором, провоцирующим обострение системной красной волчанки, является

- инсоляция
- физическая нагрузка
- избыток массы тела
- нерациональное питание

Наиболее неблагоприятные варианты волчаночного нефрита относятся к классам

- инсоляция
- физическая нагрузка
- избыток массы тела
- нерациональное питание

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 60 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.
Жалобы
На слабость, обильное мочеотделение преимущественно в ночное время.
Анамнез заболевания
Более 15 лет страдает подагрой с ежегодными рецидивами артрита первого плюснефалангового сустава. Для купирования принимал индометацин, с эффектом. Диету с низким содержанием пуринов не соблюдал, приверженности к терапии аллопуринолом нет. Более 5 лет артериальная гипертензия с подъемами АД до 160/100 мм рт ст, принимает амлодипин. Последние полгода

появились никтурия, полиурия. Со слов больного год назад выявлено повышение креатинина в крови.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки- курение 1 пачка в день 30 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 кг (ИМТ 26 кг/м^2^). Кожные покровы физиологической окраски, эластичность и тургор кожи в норме. Сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 в 1 мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Синдром поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- инсоляция
- физическая нагрузка
- избыток массы тела
- нерациональное питание

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

- инсоляция
- физическая нагрузка
- избыток массы тела
- нерациональное питание

Результаты инструментального метода обследования

Клиническая картина в наибольшей степени соответствует

- хронической сердечной недостаточности
- хронической болезни почек
- гипертонической болезни
- острому повреждению почек

Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

- оксалатный нефролитиаз, ишемическую болезнь почек
- амилоидоз почек, ишемическую болезнь почек
- уратный нефролитиаз, интерстициальный нефрит
- тромбоз почечных вен, обструктивную уропатию

Наиболее вероятным диагнозом у больного является

- оксалатный нефролитиаз, ишемическую болезнь почек
- амилоидоз почек, ишемическую болезнь почек
- уратный нефролитиаз, интерстициальный нефрит
- тромбоз почечных вен, обструктивную уропатию

Диагноз

Целевым уровнем мочевой кислоты в крови пациентов с уратным тубулоинтерстициальным нефритом является +_____+ мкмоль/л

- 450-550
- < 360
- 370-400
- 400-450

Показаниями к госпитализации при подагре являются

- умеренные отеки, мочевой синдром
- олиго-анурия, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ артрита
- гематурия сплошь в поле зрения, выраженная кристаллурия
- уровни трансаминаз, общего билирубина, щелочной фосфатазы в крови, снижение уровня сатурации крови до 95%

Показаниями для назначения урикостатиков являются

- тофусная подагра у беременных
- бессимптомная гиперурикемия
- эпизодически выявляемая гиперурикемия, в том числе в сочетании с сахарным диабетом, хронической сердечной недостаточностью, наличием любой патологии суставов
- персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрческой артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией

Общими немедикаментозными принципами лечения подагры с поражением почек являются соблюдение

- строгого постельного режима и диеты с уменьшением потребления жидкости менее 1 литра в сутки
- постельного режима, длительное ограничение физической нагрузки
- питьевого режима, низкопуриновой диеты
- постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и белка

К нефропротективному препарату с дополнительным урикозурическим эффектом относится

- торвакард
- лозартан
- эналаприл
- дилтиазем

К препаратам, способствующим развитию вторичной гиперурикемии, относятся

- ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов
- тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин
- бета-лактамные антибиотики, преднизолон, курантил
- аллопуринол, магурлит

К заболеваниям, при которых часто наблюдается вторичная гиперурикемия, относятся

- ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов
- тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин
- бета-лактамные антибиотики, преднизолон, курантил
- аллопуринол, магурлит

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент Н. 42 года, обратился к врачу общей практики.
Жалобы
На сильные боли в плюснефаланговых суставах I-ых пальцев обеих стоп, левом голеностопном суставе, усиливающиеся в ранние утренние часы и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах.
Анамнез заболевания
Впервые на фоне полного благополучия ночью появились сильные, жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца правой стопы около 1,5 лет тому назад. Повысилась температура тела до 38,8°С. Сустав припух, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой, движения в суставе стали невозможны из-за нестерпимой боли. К врачам пациент не обращался, принимал самостоятельно диклофенак 100 мг в сутки. Через 3–4 дня боли в I плюснефаланговом суставе правой стопы прошли, через неделю прошла припухлость сустава. Второй приступ боли возник последовал примерно полгода назад, боли в суставе носили аналогичный характер, сопровождались субфебрилитетом, недомоганием. Эпизодически наблюдаются подъемы артериального давления до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез жизни
Пять лет назад обнаружена язва луковицы 12-перстной кишки. Алкоголь употребляет в умеренном количестве.
Объективный статус
Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Температура тела – 36,8°С. Рост 176 см, вес – 98 кг. Окружность талии – 102 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. ЧСС – 78 уд в 1 мин. Пульс, ритмичный одинакового наполнения и напряжения с обеих сторон, 78 уд. в 1 мин. АД – 135/75 мм рт. ст. на обеих руках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги, край печени мягкий, безболезненный при пальпации. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре суставов: дефигурация левого голеностопного суставов и I-ых плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами гиперемирована, локальная гипертермия. Движения в суставах с болезненным ограничением.

Гиперурикемия у пациента будет диагностирована при уровне мочевой кислоты в сыворотке ≥ +_____+ мкмоль/л

- 600
- 480
- 360
- 240

«Золотым стандартом» в диагностике подагры является

- ультразвуковое исследование
- магнитно-резонансная томография
- поляризационная микроскопия синовиальной жидкости или содержимого тофуса
- компьютерная томография

При невозможности исследования синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии всем пациентам показано проведение

- рентгенографии
- магнитно-резонансной томографии
- позитронно-эмисионной томографии
- ультразвукового исследования сустава

Проведение диагностической пункции сустава для подтверждения диагноза подагры показано

- пациентам с наличием артрита на момент осмотра
- пациентам с наличием тофусов на момент осмотра
- пациентам с отсутствием тофусов на момент осмотра

- всем пациентам на момент осмотра

На ранних этапах болезни не рекомендуется выполнение

- пункции суставов
- рентгенологического исследования суставов
- компьютерной томографии суставов
- ультразвукового исследования суставов

Визуальным признаком подагрического поражения сустава при ультразвуковом исследовании является симптом

- «перстня»
- «матового стекла»
- «атолла»
- «метели»

Для купирования приступа острого подагрического артрита показано назначение препаратов

- из группы нестероидных противовоспалительных
- из группы иммунодепрессантов
- из группы сульфаниламидов
- влияющих на обмен мочевой кислоты

С учетом того, что у пациента в анамнезе язва луковицы 12-перстной кишки, для купирования острого приступа подагрического артрита целесообразно сделать выбор в пользу

- преднизолона
- диклофенака
- колхицина
- ибупрофена

Для профилактики приступов артрита всем пациентам в течение первых месяцев после начала уратснижающей терапии необходимо использовать колхицин в суточной дозе +_____+ мг

- 1,0
- 1,5
- 0,5
- 2,0

При дообследовании СКФ-EPI пациента составила 84 мл/мин/1,73м^2^. В качестве препарата первой линии уратснижающей терапии пациенту рекомендуется назначение

- аллопуринола

- фебуксостата
- колхицина
- лозартана

Целевое значение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови на фоне лечения не должно опускаться ниже +_____+ мкмоль/л

- 300
- 320
- 240
- 180

При наличии артериальной гипертензии у пациентов с подагрой показано назначение

- 300
- 320
- 240
- 180

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 63 года обратилась к врачу общей практики.
Жалобы
На боли в коленных суставах, усиливающиеся во время и после ходьбы, в конце дня, уменьшающиеся в покое, хруст при движении в коленных суставах, скованность утром до 30 минут.
Анамнез заболевания
Боли в коленных суставах появились около 20 лет назад. Лечилась самостоятельно, используя мази, принимала НПВП. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 3-х дней, когда после длительной ходьбы боли в коленных суставах усилились, появилась припухлость. Травмы отрицает. При диспансерных обследованиях ранее патологии в анализах крови и мочи не выявлялось.
Анамнез жизни
Не работает, пенсионер. Семейный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1-2 раз в год). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно-влажные. Нормостенического телосложения, повышенного питания. Рост 164 см, вес 78 кг, ИМТ=29 кг/м^2^. Походка анталгическая. При осмотре коленных суставов отмечается варусная деформация, дефигурация. Крепитация при движении. Ограничено сгибание и разгибание суставов. Гипотрофия мышц

голеней и бедер. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет. Стул и диурез в норме.
Для постановки диагноза необходимо получить данные

- 300
- 320
- 240
- 180

Результаты обследования

В качестве дообследования пациенту необходимо провести

- 300
- 320
- 240
- 180

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- 300
- 320
- 240
- 180

Диагноз

К факторам риска прогрессирования заболевания у данной пациентки можно отнести

- возраст старше 50 лет
- высокий индекс массы тела
- длительное использование НПВП
- женский пол

При сильной боли в суставах лечение следует начинать с

- холодовых аппликаций
- парацетамола
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- препаратов кальция

Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов может привести к

- сахарному диабету
- поражению почек
- полицитемии
- остеопорозу

Комплексная терапия остеоартроза должна включать

- метотрексат и фолиевую кислоту
- хондроитин сульфат
- лефлуномид
- сульфасалазин

Пациентке была назначена терапия комбинированным препаратом хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата, при болях пациентка принимала самостоятельно диклофенак в таблетках до 100 мг в сутки. Обратилась на амбулаторный прием с жалобами на периодические ноющие боли в животе, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи и ночью, отрыжку кислым. Пациентке следует провести

- рентгеноскопию пищевода и желудка
- фиброколоноскопию
- эзофагогастродуоденоскопию
- МРТ органов брюшной полости

По данным эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный гастрит. Дальнейшая тактика ведения больной включает

- отмена НПВП неселективного ингибитора ЦОГ, назначение селективного ингибитора ЦОГ-2 и щадящей диеты
- диета с исключением соли и простых углеводов
- назначение комбинированных алюминий - и магнийсодержащих антацидов
- отмену НПВП, назначение ингибиторов протонной помпы, эрадикацию Helicobacter pylori (при его выявлении)

С учетом болевого синдрома, данных рентгенографии, показана консультация

- хирурга
- травматолога
- эндокринолога
- кардиолога

Немедикаментозное лечение данной пациентки должно включать

- увеличение в рационе количества потребляемого белка
- рекомендации по избеганию чрезмерной инсоляции

- применение ортезов
- отказ от проведения физических упражнений

Меры по профилактике остеоартроза включают

- увеличение в рационе количества потребляемого белка
- рекомендации по избеганию чрезмерной инсоляции
- применение ортезов
- отказ от проведения физических упражнений

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 36 лет, обратилась к врачу общей практики.
Жалобы
На боли в суставах кистей и стоп, запястьях, появляющиеся в ранние утренние часы, уменьшающиеся при движении и к вечеру, припухлость суставов кистей, утреннюю скованность в суставах в течение 2-х часов, повышение температуры тела до 37,5^o^C вечером.
Анамнез заболевания
Больна в течение 2-х месяцев, когда появились боли в суставах кистей. Связывала свое состояние с перенапряжением рук во время работы и переохлаждением. Принимала нимесулид, с временным положительным эффектом. В течение последних 2 недель утренняя скованность в суставах, общая слабость, субфебрильная температура. К врачу не обращалась. Последние 7 дней боли и припухлость в суставах кистей, лучезапястных суставах, суставах стоп. Самостоятельно сдала клинический анализ крови, обращает на себя внимание ускорение СОЭ 51 мм/час.
Анамнез жизни
Работает маляром. Семейный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Травмы отрицает. Операции – кесарево сечение, аппендэктомия. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ (1-2 раз в год), хронический тонзиллит, хронический гастрит. Наличие туберкулеза, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Замужем. Mensis с 13 лет, роды – 2. Дети здоровы.
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно-влажные. Нормостенического телосложения. Рост 164 см, вес 51 кг, ИМТ=19кг/м^2^. При осмотре отмечается дефигурация проксимальных, дистальных межфаланговых, пястнофаланговых суставов кистей, лучезапястных, правого локтевого суставов за счет экссудативных изменений, при пальпации суставов – повышение температуры, умеренная болезненность, положительный симптом «поперечного» сжатия кистей, объем движений ограничен. Температура тела 36,4°С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца

ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет. Стул и диурез в норме.

Для постановки диагноза в план обследования нужно включить исследование

- увеличение в рационе количества потребляемого белка
- рекомендации по избеганию чрезмерной инсоляции
- применение ортезов
- отказ от проведения физических упражнений

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо провести

- увеличение в рационе количества потребляемого белка
- рекомендации по избеганию чрезмерной инсоляции
- применение ортезов
- отказ от проведения физических упражнений

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- увеличение в рационе количества потребляемого белка
- рекомендации по избеганию чрезмерной инсоляции
- применение ортезов
- отказ от проведения физических упражнений

Диагноз

При оценке суставного статуса у пациентов с ревматоидным артритом суставами исключения являются

+_____+ суставы

- дистальные межфаланговые
- пястнофаланговые
- плечевые
- коленные

Препаратом первой линии для лечения ревматоидного артрита у данной пациентки будет

- гидроксихлорохин
- метотрексат
- сульфасалазин
- этанерцепт

Учитывая потенциальную возможность наличия беременности у замужней 36-и летней пациентки с ревматоидным артритом высокой степени активности, перед назначением мететрексата необходимо провести

- исследование белковых фракций сыворотки крови
- ультразвуковое исследование молочных желез
- ультразвуковое исследование органов малого таза
- исследование уровня хорионического гонадотропина

Для уменьшения риска развития побочных эффектов метотрексата пациентке показано назначение

- ко-тримоксазола
- фолиевой кислоты
- урсодексоксихолевой кислоты
- аторвастатина

Для уменьшения болей в суставах в качестве симптоматического лечения пациентке следует назначить

- парацетамол
- гидроксихлорохин
- хондроитин сульфат
- целекоксиб

На фоне приема метотрексата для мониторинга переносимости и эффективности терапии пациентке требуется регулярный контроль

- парацетамол
- гидроксихлорохин
- хондроитин сульфат
- целекоксиб

Дополнительная информация
Пациентке была назначена терапия метотрексатом в дозе 17,5 мг в неделю, фолиевая кислота 5 мг в неделю, при болях пациентка принимает целекоксиб в таблетках 1-2 раза в неделю. Обратилась на амбулаторный прием с целью проведения лабораторного обследования на фоне приема препаратов. Отмечает уменьшение болей в суставах, утренняя скованность в кистях до 20 минут, при осмотре припухших суставов нет. Не температурит. Получены результаты проведенных анализов крови.
Дальнейшая тактика ведения больной включает

- уменьшение дозы метотрексата
- контроль лабораторных показателей в динамике через 7-10 дней
- отмену метотрексата
- увеличение дозы фолиевой кислоты

Вакцинация, с учетом назначения базисных противовоспалительных препаратов, пациентке

- рекомендована против менингококковой инфекции
- противопоказана
- показана только живыми вакцинами
- рекомендована против пневмококковой инфекции

Рентгенографическим признаком, который обнаруживается только на IV стадии ревматоидного артрита, является наличие

- рекомендована против менингококковой инфекции
- противопоказана
- показана только живыми вакцинами
- рекомендована против пневмококковой инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина, 27 лет, обратился к врачу общей практики.
Жалобы
На боли в нижней части спины, в шейном отделе позвоночника, появляющиеся в ночное время и ранние утренние часы, уменьшающиеся при движении и к вечеру. Ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Припухлость и болезненность правого коленного сустава, утренняя скованность в течение 2-х часов. Повышение температуры тела до 37,6^o^C вечером.
Анамнез заболевания
Болен в течение 4 месяцев, когда появились боли в нижней части спины. Свое состояние связывал с нагрузкой в тренажерном зале. Принимал мидокалм, нимесулид, с временным положительным эффектом. В течение месяца появились боли и припухание в правом коленном суставе, боли в правой пятке при ходьбе, субфебрильная температура тела. К врачу не обращался. Травмы отрицает. На диспансерном учете у специалистов не состоит. Самостоятельно сдал клинический анализ крови, обращает на себя внимание ускорение СОЭ 42 мм/час.
Анамнез жизни
Работает менеджером. Семейный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Операции – холецистэктомия. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ (1-2 раз в год), хронический гастрит. Наличие туберкулеза, ВИЧ, ИППП, псориаза, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Не женат.
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно-влажные. Нормостенического телосложения. Рост 178 см, вес 71 кг (ИМТ 22,4 кг/м^2^). При осмотре отмечается дефигурация правого коленного суставов за счет экссудативных изменений, при пальпации сустава – повышение

температуры, умеренная болезненность, объем движений ограничен. Ограничение ротации в шейном отделе и сгибания в поясничном отделе позвоночника. Припухлость, болезненность ахиллова сухожилия справа. Температура тела 36,7^o^C. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет. Стул и диурез в норме.
Для постановки диагноза необходимо получить данные исследования

- рекомендована против менингококковой инфекции
- противопоказана
- показана только живыми вакцинами
- рекомендована против пневмококковой инфекции

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо провести

- рекомендована против менингококковой инфекции
- противопоказана
- показана только живыми вакцинами
- рекомендована против пневмококковой инфекции

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом у пациента является

- рекомендована против менингококковой инфекции
- противопоказана
- показана только живыми вакцинами
- рекомендована против пневмококковой инфекции

Диагноз

К внеаксиальным проявлениям анкилозирующего спондилита у пациента относится наличие

- ограничения ротации в шейном отделе позвоночника
- субфебрилитета
- болей в нижней части в спине
- энтезита

В качестве препаратов первой линии пациенту показано назначение

- глюкокортикоидов
- антиметаболитов фолиевой кислоты
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- препаратов 5-аминосалициловой кислоты

В качестве немедикаментозного лечения пациенту показано назначение

- диеты с ограничением продуктов, богатых пуринами
- диеты с повышенным содержанием кальция
- лечебной физкультуры
- физиотерапевтических процедур

С учетом наличия у пациента периферического артрита и энтезита пациенту рекомендовано назначение

- ципрофлоксацина
- фолиевой кислоты
- циклоспорина
- сульфасалазина

Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов может привести к

- ципрофлоксацина
- фолиевой кислоты
- циклоспорина
- сульфасалазина

Дополнительная информация
Пациенту была назначена терапия нимесулидом в дозе 200 мг в сутки, сульфасалазином 2 г в сутки, с положительным эффектом – уменьшение болей в спине, суставной синдром купирован. В течение месяца пациент самостоятельно заменил прием нимесулида на диклофенак. Обратился на амбулаторный прием с жалобами на периодические ноющие боли в животе, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи и ночью, отрыжку кислым. Получены результаты проведенных анализов крови.
Пациенту следует провести

- эзофагогастродуоденоскопию
- МРТ органов брюшной полости
- рентгеноскопию пищевода и желудка
- фиброколоноскопию

По данным эзофагогастродуоденоскопии выявлен эрозивный гастрит. В связи с этим пациенту показано

- отменить НПВП
- продолжить назначенную терапию без изменений
- назначить комбинированные алюминий и магнийсодержащие антациды
- назначить диету с исключением продуктов, усиливающих выделение желудочного сока

Для воспалительной боли в спине характерно

- улучшение в покое
- появление в ночное время
- появление в утренние часы
- усиление после выполнения физических упражнений

Для определения активности заболевания и эффективности терапии пациенту с анкилозирующим спондилитом следует оценивать индекс

- улучшение в покое
- появление в ночное время
- появление в утренние часы
- усиление после выполнения физических упражнений

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 40 лет обратился к ревматологу.
Жалобы
* боль в нижних отделах спины * утреннюю скованность во всех отделах позвоночника продолжительностью до 90 минут * артрит голеностопных суставов
Анамнез заболевания
С 35 лет беспокоят незначительные боли в нижних отделах спины, проходящие после физической нагрузки. В течение последнего года усиление интенсивности болевого синдрома в спине, появление утренней скованности в поясничном отделе позвоночника продолжительностью до 60 мин. Самостоятельно принимал нестероидные противовоспалительные препараты – с отчетливым положительным эффектом. В течение последнего месяца появление артрита голеностопных суставов.
Анамнез жизни
* Из сопутствующих заболеваний – язвенная болезнь, рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки * Псориаза, воспалительных заболеваний кишечника ранее не отмечал * Контакт с инфекционными больными отрицает * Профессиональных вредностей не имел * Аллергических реакций не было * Нерегулярно принимает НПВП при выраженном болевом синдроме в спине
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 177 см, масса тела 70 кг. Температура тела 36,6^o^C Кожные покровы обычной влажности и окраски. Видимые слизистые без особенностей. Лимфатические узлы не пальпируются. Артрит коленных, голеностопных суставов. Тест Шобера 15 см. Нарушение подвижности в других отделах позвоночника не выявлено. ЧДД 15 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, шумы не определяются. ЧСС 68 в 1 мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

К необходимым в данной клинической ситуации лабораторным тестам относят определение

- улучшение в покое
- появление в ночное время
- появление в утренние часы
- усиление после выполнения физических упражнений

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- улучшение в покое
- появление в ночное время
- появление в утренние часы
- усиление после выполнения физических упражнений

Результаты инструментальных методов обследования

Рентгенологическая стадия сакроилеита, согласно представленному описанию рентгенологической картины, соответствует +___+ стадии

- 3
- 1
- 2
- 4

Диагноз в данном клиническом случае

- 3
- 1
- 2
- 4

Диагноз

Для оценки активности заболевания необходимо использование индекса

- {nbsp}DAS28
- {nbsp}SELENA-SLEDAI
- {nbsp}ESSDAI
- {nbsp}BASDAI

Для оценки активности заболевания необходимо использовать композитный индекс (оценка субъективных ощущений пациента и лабораторных признаков воспаления)

- {nbsp}BASDAI
- {nbsp}DAPSA
- {nbsp}ASDAS
- {nbsp}DAS28

В данном клиническом случае ASDAS-СРБ равен 3,4, что определяет активность заболевания как

- высокую
- очень высокую
- умеренную
- низкую

В данном клиническом случае рекомендовано обязательное назначение препаратов из группы

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- глюкокортикостероидов
- алкилирующих агентов
- ингибиторов фактора некроза опухоли альфа

В данном клиническом случае пациенту рекомендовано назначение

- неселективных НПВС + урсодезоксихолевой кислоты
- селективных НПВС {plus} ингибиторов протонной помпы
- неселективных НПВС {plus} ингибиторов протонной помпы
- селективных НПВС + итоприда

Пациенту, помимо терапии нестероидными противовоспалительными препаратами, показано назначение

- азатиоприна
- циклофосфана
- мофетиламикофенолата
- сульфасалазина

Максимальная доза сульфасалазина в данном клиническом случае составляет +_____+ мг

- 3000
- 1000
- 2000
- 4000

Для воспалительного характера боли в спине, согласно критериям ASAS (консенсус экспертов), 2009г. характерно

- 3000

- 1000
- 2000
- 4000

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 29 лет направлена на консультацию ревматолога.
Жалобы
* болезненные гиперемированные образования на передней поверхности голеней * снижение остроты зрения, ощущение «тумана» перед глазами
Анамнез заболевания
Неделю назад отметила появление болезненных образований на передней поверхности голеней, повышение температуры тела до 37,8°С. Катаральные явления отрицает. Самостоятельно принимала ибупрофен – с незначительным положительным эффектом. В течение последних трех дней отмечает снижение остроты зрения, появление «тумана» перед глазами. Обследовалась амбулаторно. В клиническом анализе крови гемоглобин 120 г/л (норма 120-170 г/л), лейкоциты 9,9х10^9^/л (норма 4,0-9,0х10^9^/л), нейтрофилы 7,5х10^9^/л (норма 2,0-5,8х10^9^/л), лимфоциты 1,8 (1,2-3,2х10^9^/л), тромбоциты 295х10^9^/л (норма 100-500х10^9^/л) СРБ 22 мг/л (норма 0-5 мг/л), СОЭ 45 мм/ч (норма 5-15 мм/ч), РФ, АСЛ-О в пределах референсных значений. Показатели биохимического анализа крови, коагулограммы без отклонений. Осмотрена офтальмологом – признаки заднего увеита. При детальном расспросе выяснено, что в течение последнего года отмечает периодическое появление раз в 3-4 месяца появление болезненных язв в ротовой полости, заживающих самостоятельно в течение двух недель с формированием мелких рубчиков.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Образование высшее. Работает агентом по недвижимости. Профессиональные вредности отрицает * Контакт с инфекционными больными отрицает * В течение года за границу не выезжала * Аллергических реакций не было * Менструальный цикл регулярный. Беременностей 2, родов 2. Беременности и роды протекали без особенностей. Дети здоровы. * Регулярную медикаментозную терапию не получает.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 68 кг. Температура тела 36,9^o^C Кожа чистая, обычной влажности и окраски. На передней поверхности левой голени определяется гиперемированное образование с четкими контурами размером 2 см в диаметре. Подобное образование отмечается на правой голени диаметром 3 см. Видимые слизистые без особенностей. Лимфатические узлы не пальпируются. Движения в суставах в полном объеме. ЧДД 14 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, шумы не определяются. ЧСС 75 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный, без

особенностей. Поколачивание по пояснице безболезненно с двух сторон. Мочеиспускание безболезненно, не затруднено. Периферических отеков нет.
Лабораторными исследованиями, необходимыми в данном клиническом случае, являются

- 3000
- 1000
- 2000
- 4000

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами, необходимыми в данном клиническом случае, являются

- 3000
- 1000
- 2000
- 4000

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации необходимо проведение

- 3000
- 1000
- 2000
- 4000

Результаты обследования

Тест патергии в данном клиническом случае расценивается как

- положительный
- сомнительный
- отрицательный
- неинформативный

Предполагаемым основным диагнозом является

- положительный
- сомнительный
- отрицательный
- неинформативный

Диагноз

В данной клинической ситуации показано назначение препаратов из группы

- базисных противовоспалительных препаратов
- алкилирующих агентов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- глюкокортикостероидов

Рекомендуемая доза преднизолона в данном клиническом случае +_____+ мг/кг/сут

- 1,5
- 0,5-1
- 0,25
- 2

В данном клиническом случае показано назначение

- метотрексата
- сульфасалазина
- азатиоприна
- лефлуномида

Рекомендуемая доза азатиоприна составляет +_____+ мг/кг/сут

- 0,5
- 3
- 1-2,5
- 0,25

В данном клиническом случае вместо азатиоприна также возможно назначений

- циклоспорина
- гидроксихлорохина
- такролимуса
- микофенолата мофетила

Рекомендуемая доза циклоспорина в данном клиническом случае +_____+ мг/кг/сут

- 1
- 3 – 5
- 2
- 1,5

Из биологических препаратов для лечения болезни Бехчета рекомендовано применение

- 1
- 3 – 5
- 2
- 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 40 лет направлен на консультацию ревматолога.
Жалобы
* периодические артриты коленных суставов * боли в области пяток
Анамнез заболевания
В течение 6 месяцев беспокоит периодическое появление артрита коленных суставов, затрудняющих профессиональную и повседневную деятельность, проходящих самостоятельно в течение 7-10 дней. Самостоятельно принимал НПВС — с незначительным положительным эффектом. В течение последних двух недель беспокоят боли в области пяток, усиливающихся при ходьбе. Боли в спине отрицает. Регулярной медикаментозной терапии не получает.
Анамнез жизни
* Рос и развивался, не отставая от сверстников. * Хронических заболеваний ранее не имел. * Контакт с инфекционными больными отрицает * В течение года за границу не выезжал * У отца псориаз * Профессиональные вредности отрицает * Аллергических реакций не было
Объективный статус
Рост 177 см, масса тела 70 кг. Температура тела 36,5^o^C. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. На ногтевых пластинках пальцев кистей отмечаются множественные точечные вдавления. Видимые слизистые без особенностей. Лимфатические узлы не пальпируются. Артриты коленных суставов. Движения в позвоночнике в полном объеме. ЧДД 14 в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, шумы не определяются. ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.
Лабораторными анализами, которые необходимо выполнить в данном клиническом случае, являются

- 1
- 3 – 5
- 2
- 1,5

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами, которые необходимо использовать для постановки диагноза, являются

- 1

- 3 – 5
- 2
- 1,5

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- 1
- 3 – 5
- 2
- 1,5

Диагноз

Для оценки активности псориатического артрита можно использовать индекс

- {nbsp}ESSDAI
- {nbsp}SELENA-SLEDAI
- {nbsp}DAS28
- {nbsp}BVAS

В данном клиническом случае DAS28 = 3,3, что соответствует активности

- ремиссии
- низкой
- умеренной
- высокой

В данном клиническим случае показано назначение

- алкилирующих средств
- глюкокортикостероидов
- биологических препаратов
- нестероидных противовоспалительных препаратов

В данном клиническом случае показано назначение

- гидроксихлорохина
- азатиоприна
- метотрексата
- циклоспорина

Рекомендованная доза метотрексата в данном клиническом случае +_____+ мг в неделю

- 7,5

- 10
- 20
- 30

При сохранении болей в области пяток возможно применение

- мазевых форм глюкокортикостероидов
- системной терапии глюкокортикостероидами
- локального введения НПВС
- локального введения глюкокортикоидов

Глюкокортикоидом, применяемым для локального введения, является

- беклометазон
- преднизолон
- бетаметазон
- метилпреднизолон

Для оценки эффективности терапии псориатического артрита возможно применение индекса

- {nbsp}SELENA-SLEDAI
- {nbsp}ESSDAI
- {nbsp}BVAS
- {nbsp}DAS28

На фоне проведения терапии отмечено уменьшение индекса DAS28 через 3 месяца на 1, что расценивается как

- удовлетворительный ответ
- нет ответа
- отличный ответ
- хороший ответ