1. Водещи в патогенезата на ревматоидния артрит са:

a) TNF α, IL 1, IL6, IL12\*

b) TNF α, IL6, IL17

c) TNF α, IL 12/23, IL17

2. Най-често засегнатите ставни зони при ревматоиден артрит са:

a) ПИФ и МКФ стави на ръце, раменни и тазобедрени стави

b) ПИФ и МКФ стави на ръце, гривнени, лакътни стави\*

c) Коленни, тазобедрени и глезенни стави

3. Задължителни поне 4 критерии за диагноза на РА съгласно ACR са:

a) Сутрешна скованост в засегнатите стави и периставно с продължителност поне 1 час, артрит на три и повече ставни зони, артрит на стави на ръце, обрив по екстензорни ставни повърхности, ревматоидни възли, положителен ревматоиден фактор и АНА в серума, рентгенови промени –костни ерозии и остеопороза

b) Сутрешна скованост в засегнатите стави и периставно с продължителност поне 15 минути, артрит на четири и повече ставни зони, артрит на стави на ръце, ревматоидни възли, положителен ревматоиден фактор в серума, рентгенови промени –стеснена ставна междина

c) Сутрешна скованост в засегнатите стави и периставно с продължителност поне 1 час, артрит на три и повече ставни зони, артрит на стави на ръце, симетричен артрит, ревматоидни възли, положителен ревматоиден фактор в серума, рентгенови промени –костни ерозии и остеопороза\*

4. Към базисните или променящи болестната активност антиревматични лекарствени средства се причисляват :

a) Сулфасалазин, Метотрексат, Арава, Биологични средства/ анти TNF α, IL блокери/\*

b) Кортикостероиди и НСПВС, Биологични средства / анти TNF α, IL блокери/

c) Аналгетици, Метотрексат, Резохин

5. Ювенилният хроничен /ревматоиден/ артрит е :

a) Възпалително ставно заболяване при децата с разнообразна клинична картина, непредсказуем ход и възможност за трайно деформиране на ставите и необратимо инвалидизиране при липса на навременна терапия\*

b) Възпалително ставно заболяване с първа изява над 65 год. възраст, с разнообразна клинична картина, непредсказуем ход и възможност за трайно деформиране на ставите и необратимо инвалидизиране при липса на навременна терапия

c) Възпалително ставно заболяване при децата с разнообразна клинична картина, непредсказуем ход и възможност за трайно деформиране на ставите и необратимо инвалидизиране при липса на навременна терапия, явяващо се след кожна или гърлена инфекция със стрептококи

6. Към Серонегативните спондилоартропатии се причисляват :

a) Анкилозиращ спондилит, Ювенилен анкилозиращ спондилит, Псориатичен артрит, Реактивни артрити, Артропатии при хронични чревни заболявания, Недиференцирани спондилоартропатии\*

b) Ревматоиден артрит, Ювенилен хроничен артрит, Анкилозиращ спондилит, Ювенилен анкилозиращ спондилит, Псориатичен артрит

c) Анкилозиращ спондилит, Ювенилен анкилозиращ спондилит, Псориатичен артрит, Реактивни артрити, Артропатии при хронични чревни заболявания, Недиференцирани спондилоартропатии, Синдром на Сьогрен

7. Анкилозиращият спондилит /Болест на Бехтерев/ при 90-95% от пациентите се асоцира с носителство на :

a) HLA B 27 антиген\*

b) HLA B 5 антиген

c) ANA и RF

8. Предилекционно място на увреда при Анкилозиращ спондилит са:

a) Всички съединително-тъканни и хрущялни структури на гръбначния стълб, без прешлените / междупрешленни дискове, междупрешленни връзки, междупрешленни стави, стави между гръбнака и ребрата/ и тазобедрените стави

b) Всички съединително-тъканни и хрущялни структури на гръбначния стълб, без прешлените / междупрешленни дискове, междупрешленни връзки, междупрешленни стави, стави между гръбнака и ребрата/ и сакроилиачните стави\*

c) ПИФ и МКФ стави на ръце, гривнени, лакътни стави

9. Ентезопатия е:

a) Възпаление, изразяващо се клинично с болка при движение и по-силна при натиск в залавните места на сухожилията, мускулите, сухожилните влагалища и ставните връзки на костните израстъци\*

b) Възпаление, изразяващо се клинично с болка при движение и по-силна при натиск в залавните места на сухожилията, мускулите, сухожилните влагалища и ставните връзки на костните израстъци само на периферните стави

c) Възпаление, изразяващо се клинично с болка при движение и по-силна при натиск в залавните места на сухожилията, мускулите, сухожилните влагалища и ставните връзки на костните израстъци на тазобедрените и сакроилиачните стави

10. Най-често използваните биологични средства за лечение на Анкилозиращ спондилит са:

a) Сулфасалазин, Метотрексат, златни соли

b) Етанерцепт, Адалимумаб, Инфликсимаб\*

c) Метилпреднизолон, Баклофен, СОХ 2 инхибитори

11. Псориатичните промени се локализират по:

a) Кожата на тялото и окосмената част на главата

b) Кожата на тялото и нокти

c) Кожата на тялото, окосмена част на главата, нокти\*

12. Характерна особеност на ставното засягане при Псориатичния артрит е:

a) Асиметричност, моно или олигоартрит, агажиране на ДИФ стави, дактилит\*

b) Симетричност, моно или олигоартрит, агажиране на ДИФ стави, дактилит

c) Асиметричност, моно или олигоартрит, ангажиране само на сакроилиачни стави, дактилит

13. Чести усложнения при Псориатичния артрит са:

a) Асептична некроза на бедрената главичка

b) Висок сърдечно-съдов риск, тежки дислипидемии, трудно контролираща се артериална хипертония\*

c) Висцерализация, спонтанни фрактури на прешленни тела

14. Критерии за диагностициране на Псориатичен артрит са:

a) Псориазис на кожата и ноктите, периферен артрит, спондилит и/или сакроилеит\*

b) Псориазис на кожата и ноктите, периферен артрит, коксит

c) Дактилит, периферен артрит, спондилит и/или сакроилеит

15. Триадата на Райтер включва:

a) Предшестваща остра диария, уретрит, цервицит; асиметричен моно или олигоартрит на периферните стави; конюнктивит\*

b) Предшестваща остра диария; асиметричен моно или олигоартрит на периферните стави; конюнктивит; дифузен кожен обрив

c) Предшестващ уретрит, цервицит; симетричен полиартрит на периферните стави; конюнктивит

16. Най-честите причинители на Синдрома на Райтер са:

a) Бета хемолитичен стрептокок, стафилококи

b) Вирус на Ебщайн-Бар, грипни вируси

c) Салмонела, шигела, хламидия трахоматис\*

17. Лечението на Синдрома на Райтер включва използването на следните групи медикаменти:

a) Тетрациклинови антибиотици, макролиди, Салазопирин, Метотрекасат

b) Тетрациклинови антибиотици, макролиди, Салазопирин, НСПВС\*

c) Пеницилинови антибиотици, макролиди, кортикостероиди

18. Характерно за Системния лупус еритематозус са:

a) Слънчева алергия, ангажиране на кожата и лигавиците, засягане на стави и околоставни структури, висцерализация\*

b) Слънчева алергия, ангажиране на кожата и лигавиците, нокти с точковидни депресии и надлъжна стриираност, засягане на стави и околоставни структури, рядко висцерализация

c) Засягане на стави и околоставни структури, ерозивен артрит, гръбнак тип „бамбукова пръчка”, косопад

19. Най-честите промени в кръвната редица при Системен лупус еритематозус са:

a) Анемия, левкоцитоза, тромбоцитоза

b) Полицитемия

c) Анемия, левкопения, лимфопения \*

20. Характерно за Лупусния нефрит е:

a) Протеинурия, еритроцитурия, отоци по лицето, повишено артериално налягане\*

b) Еритроцитурия, генерализирани отоци, хипотония, бъбречна недостатъчност

c) Протеинурия, левкоцитурия, бактериурия

21. Към имунологичните нарушения при Лупус се отнасят:

a) Положителни ANA и anti CCP, MCV антитела

b) LE клетки, anti DNA антитела, антитела към Sm антиген, отрицателни ANA

c) anti DNA антитела, антитела към Sm антиген, положителни ANA, нисък С3 и С4 комплемент\*

22. Основна цел на терапията на Системния лупус еритематозус е:

a) Подтискане на активността и забавяне на развитието на болестта, повлияване на възпалението, болката, сковаността, засилване на ефекта на болест променящите средства\*

b) Подтискане на активността и забавяне на развитието на болестта, повлияване на възпалението, болката, сковаността, намаляване на ефекта на болест променящите средства

c) Подтискане на активността и забавяне на развитието на болестта, предотвратяване на ерозивните ставни промени, засилване на ефекта на болест променящите средства

23. Приложението на кортикостероиди при Системен лупус еритематозус включва:

a) Само перорално и локално вътреставно

b) Системно, локално и пулс терапия\*

c) Само под формата на бридж терапия

24. Прогресивната системна склероза е:

a) Системно заболяване на съединителната тъкан с постепенно втвърдяване на кожата, алопеция и слънчева алергия

b) Системно заболяване на съединителната тъкан с постепенно уплътняване на кожата и увреждане на езофаг, бял дроб, бъбреци, сърце\*

c) Системно заболяване на съединителната тъкан с постепенно уплътняване на кожата, появи на сухота в очите, ерозивен артрит, увреждане на езофаг, бял дроб, бъбреци, сърце

25. Синдром на Рейно е

a) Побеляване на пръстите на ръцете и краката при излагане на студ, съпроводено с болка, последвано от посиняване и зачервяване\*

b) Безболково побеляване на пръстите на ръцете и краката при излагане на студ, последвано от посиняване и зачервяване

c) Посиняване на пръстите на ръцете и краката при излагане на студ, съпроводено с болка, последвано от побледняване и изпотяване

26. CREST синдром включва:

a) Калциноза, Рейно синдром, езофагит, склеродактилия, телеангиектазии

b) Ксеростомия, Рейно синдром, еозинофилия, склеродактилия, телеангиектазии

c) Ксеростомия, Рейно синдром, езофагит, склеродактилия, телеангиектазии\*

27. Лечението на Прогресивната системна склероза включва:

a). НСПВС, кортикостероиди, Купренил

b) Кортикостероиди, вазодилататори, Купренил, имуносупресори -Метотрексат, Азатиоприн, Циклофосфамид\*

c) Кортикостероиди, вазодилататори, Купренил, биологични средства

28. Характерни клинични прояви при Полимиозит/Дерматомиозит са:

a) Мускулна слабост на проксимални мускулни групи на ръцете и краката, умерена мускулна болка, мускулна хипотрофия, пеперудообразен обрив по лице, около клепачи, артралгии

b) Мускулна слабост на проксимални мускулни групи на ръцете и краката, умерена мускулна болка, мускулна хипотрофия, лилавочервен обрив по лице, около клепачи, артралгии\*

c) Мускулна слабост на проксимални мускулни групи на ръцете и краката, водеща мускулна болка, мускулна хипертрофия, лилавочервен обрив по лице, около клепачи, ерозивен артрит

29. Към кристалните артропатии се причисляват:

a) Подагра, Хондрокалциноза, Хидроксиапатитна микрокристална болест\*

b) Подагра, Хондрокалциноза, Релапсиращ полихондрит

c) Подагра, Грануломатоза на Вегенер, Хидроксиапатитна микрокристална болест

30. Подаграта е:

a) Кристална артропатия с отлагане на кристали моно натриев урат, при серумни стойности на пикочната киселина, надвишаващи физиологичната граница на разтворимост\*

b) Кристална артропатия с отлагане на кристали хидроксиапатит, при серумни стойности на пикочната киселина, надвишаващи физиологичната граница на разтворимост

c) Кристална артропатия с отлагане на кристали моно натриев урат, при серумни стойности на пикочната киселина, надвишаващи физиологичната граница на екскреция

31. Последователността в стадиите на протичане на Подагра включва:

a) Асимптомна хиперурикемия, Остра подагрозна криза, Хронична подагра с тофи

b) Остра подагрозна криза, Междупристъпен период, Хронична подагра с тофи, Подагрозна нефропатия

c) Асимптомна хиперурикемия, Остра подагрозна криза, Междупристъпен период, Хронична подагра с тофи\*

32. Клиничните форми на Подагра са:

a) Първична метаболитна, Първична автоимунна, Първична бъбречна, Вторична

b) Първична метаболитна, Вторична метаболитна, Първична бъбречна, Вторична\*

c) Първична генетична, Първична метаболитна, Първична бъбречна, Вторична

33. Лечението при Подагра включва:

a) Лечение на ставната криза, намаляване на риска от поява на нова криза, лечение на хиперурикемията\*

b) Лечение на ставната криза, лечение на хиперурикемията, оперативно лечение на тофите

c) Лечение на ставната криза, намаляване на риска от поява на нова криза, спазване на строг диетичен режим

34. Приложението на Милурит при остра подагрозна криза е:

a) Абсолютно задължително във висока доза до 300 мг. дн.

b) Противопоказано\*

c) Абсолютно задължително в поддържаща доза от 100 мг. дн.

35. Най-честите причини за развитие на Остеоартрозата са:

a) Автоимунно възпаление на синовията и образуване на панус, генетични фактори, ендокринни фактори, метаболитни фактори, локални причини, вътреставно приложение на кортикостероиди

b) Възраст, механичен стрес, намаляване на костната плътност, локални причини, възпалителни ставни заболявания, вътреставно приложение на кортикостероиди

c) Възраст, механичен стрес, обезитет, генетични фактори, ендокринни фактори, метаболитни фактори, локални причини, възпалителни ставни заболявания, вътреставно приложение на кортикостероиди\*

36. Основните симптоми при Остеоартроза са:

a) Ставна болка през нощта, продължителна сутрешна скованост, крепитации в ставата при движение

b) Ставна болка от механичен тип, краткотрайна сутрешна скованост, крепитации в ставата при движение\*

c) Ставна болка от механичен тип, краткотрайна сутрешна скованост, чести фрактури при нискоенергийна травма

37. Остеохондроза е:

a) Промяна в структурата и качеството на междупрешленните дискове\*

b) Промяна в структурата и качеството на костната структура на прешленното тяло

c) Процес на формиране на остеофити

38. Най-чести локализации на фрактури при остеопороза са:

a) Прешлени, тазобедрени стави, китки, ребра\*

b) Малки стави на ръце и ходила, глезенни стави

c) Вътреставни фрактури на рамо

39. Остеодензитометрия е:

a) Метод за оценка на процесите на костно ремоделиране

b) Ултразвукова измерване и проследяване на костната плътност, съобразено с възрастта, пола и хабитуса

c) Рентгеново измерване и проследяване на костната плътност, съобразено с възрастта, пола и хабитус\*

40. Алгодистрофия е:

a) Намаление на костното вещество с обратими промени в микроструктурата на костта

b) Локализирана на отделни кости остеопороза\*

c) Намаление на съдържанието на минерални съставки в костната тъкан