

Тест с ответами по теме «Саркоидоз (по утвержденным клиническим рекомендациям)»

1. «Саркоидоз с ранним началом заболевания» в возрасте 4 лет и моложе

- 1) с преобладанием внутригрудных изменений;
- 2) с крайне редкими внутригрудными поражениями;+**
- 3) не отличается от взрослых;
- 4) с доминирующей триадой — артрит, увеит и поражения кожи.+**

2. Альфа-токоферола ацетат (витамин E) рекомендуется взрослым пациентам с саркоидозом как препарат первой линии в следующих случаях

- 1) при малосимптомном течении саркоидоза без нарушений функции органов и систем;+**
- 2) при выраженных симптомах или внелёгочных проявлениях;
- 3) при прогрессирующем течении болезни;
- 4) при любом варианте течения;
- 5) при бессимптомном течении.+**

3. Антифибротическая терапия у пациентов с саркоидозом показана

- 1) взрослым и детям;
- 2) взрослым;+**
- 3) только при прогрессировании изменений у пациентов с IV лучевой стадией саркоидоза в течение последних 6 месяцев сходных с идиопатическим лёгочным фиброзом;+**
- 4) при стабильных ограниченных фиброзных изменениях, не нарастающих с течением времени.

4. Бронхообструктивный синдром и повышение сопротивления при саркоидозе может быть следствием

- 1) утолщения стенок бронхов и бронхиол;+
- 2) сдавления бронхов увеличенными лимфоузлами;+
- 3) формирования лёгочного фиброза и «сотового лёгкого»;
- 4) большого количества мокроты;
- 5) аллергических реакций.

5. Взрослым пациентам с бессимптомным течением саркоидоза и без функциональных нарушений рекомендуется применение

- 1) альфа-токоферола ацетата 200 мкг 2 раза в сутки не менее 6 месяцев;+
- 2) преднизолона per os в дозе 5 мг/24ч в течение 8 недель;
- 3) преднизолона per os в дозе 15-40 мг/24 в течение 4 недель;
- 4) альфа-токоферола ацетата 100 мкг 2 раза в сутки не менее 3 месяцев.

6. Во всех случаях саркоидоза рекомендуется

- 1) обязательная терапия с применением современной кортикостероидной, цитостатической или биологической («таргетной») терапии;
- 2) ограничиваться альфа-токоферола ацетатом, имеющим низкий риск нежелательных явлений;
- 3) сопоставление необходимости назначения лечения с тяжестью последствий от применения современной кортикостероидной, цитостатической или биологической («таргетной») терапии.+

7. Впервые выявленным пациентам с саркоидозом в первый год болезни и при сохранении активности процесса рекомендована периодичность диспансерного наблюдения

- 1) каждые 3 месяца, при стабилизации процесса во 2-й год - каждые 6 месяцев;+
- 2) снятие при ремиссии более 3-х лет;
- 3) пожизненно;+
- 4) каждые 6 месяцев, при стабилизации процесса во 2-й год - каждые 12 месяцев;
- 5) каждый месяц, при стабилизации процесса во 2-й год - каждые 3 месяца;
- 6) активные визиты пациента при ухудшении состояния или развитии нежелательных явлений при проведении лечения.+

8. Гистологическая картина саркоидоза кожи характеризуется наличием

- 1) неизменённым или атрофичным эпидермисом;+
- 2) наличием различного числа гигантских клеток типа Пирогова-Лангханса и типа инородных тел;+
- 3) чётко очерченных эпителиоидноклеточных гранулём, без воспалительной реакции вокруг, без казеоза;+
- 4) лимфогистиоцитарной инфильтрации.

9. Гранулёмы в почках чаще локализуются в

- 1) лоханках;
- 2) корковом слое;+
- 3) мозговом слое;
- 4) чашечках и лоханках.

10. Дифференциальная диагностика саркоидоза при внутригрудных проявлениях проводится с

- 1) диссеминацией опухолевой природы;+
- 2) туберкулёзом;+
- 3) аспирацией инородных материалов;+
- 4) атипичный микобактериозом;+
- 5) дефицитом альфа-1-антитрипсина;
- 6) врожденной лобарной эмфиземой;
- 7) аспергиллёзом.+

11. Для «увеопаротидной лихорадки» — синдрома Хеерфордта-Вальденстрёма характерно

- 1) лихорадка;+
- 2) артрит с преимущественным поражением голеностопных суставов;
- 3) передний увеит;+
- 4) двусторонняя лимфаденопатия корней лёгких;
- 5) паралич лицевого нерва;+
- 6) увеличение околоушных слюнных желёз.+

12. Для активного саркоидоза характерно

- 1) гиперкальцийурия;+
- 2) гипокальцийурия;
- 3) гипокальциемия;
- 4) гиперкальциемия.+

13. Для детей, больных саркоидозом, лечение в стартовой терапии состоит из перорального приема преднизолона в дозе

- 1) 1 - 2 мг/кг массы тела / 24ч в течение 12 недель;
- 2) 0,5 мг/кг массы тела / 24ч в течение 4 - 8 недель;
- 3) 3 мг/кг массы тела / 24ч в течение 12 недель;
- 4) **1 - 2 мг/кг массы тела / 24ч в течение 4 - 8 недель.+**

14. Для детей, больных саркоидозом, поддерживающая доза преднизолона, которая контролирует активность заболевания, составляет

- 1) 0,1 мг/кг массы тела в сутки;
- 2) 1 мг/кг массы тела в сутки;
- 3) 1 - 2 мг/кг массы тела в сутки;
- 4) **0,3 - 0,6 мг/кг массы тела в сутки.+**

15. Для узловой эритемы при саркоидозе характерно

- 1) **радиальные гранулёмы Мишера (узловые скопления мелких гистиоцитов, расположенные радиально вокруг центральной расщелины);+**
- 2) некроз большого участка кожи;
- 3) саркоидные гранулёмы;
- 4) **васкулит с первичным деструктивно-пролиферативным поражением артериол, капилляров, венул.+**

16. Ингаляционные глюкокортикоиды в лечении саркоидоза в качестве основной терапии

- 1) рекомендуются при классическом течении с преобладанием внутригрудных (лёгочных) поражений;
- 2) рекомендуются при бессимптомном течении;

3) не рекомендуются, поскольку саркоидоз является системным, а не только лёгочным заболеванием;+

4) рекомендуются при рефрактерности к лечению кортикостероидами системного действия.

17. Ингаляционные глюкокортикоиды или их сочетание с бронхолитиком при саркоидозе рекомендуются в следующих случаях

1) при классическом течении с преобладанием внутригрудных (лёгочных) поражений;

2) при саркоидозе гортани;+

3) при выраженном кашлевом синдроме;+

4) при рефрактерности к лечению кортикостероидами системного действия;

5) только при доказанном по исследованию неспровоцированных дыхательных объемов и потоков бронхообструктивном синдроме.+

18. Ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа) при легочном саркоидозе

1) препараты первой линии;

2) не рекомендуются для широкого клинического применения;+

3) назначаются только при рефрактерном к другим методам лечения саркоидозе, в профильных центрах под контролем опытного врача-пульмонолога;+

4) не имеют существенных ограничений в применении при саркоидозе;

5) препараты третьей линии;+

6) препараты второй линии.

19. Лечение дыхательной недостаточности у пациентов с саркоидозом проводится

1) с IV лучевой стадией саркоидоза;

2) при стабильных ограниченных фиброзных изменениях по результатам компьютерной томографии легких;

3) на основании данных пульсоксиметрии;+

4) на основании данных спирометрии.+

20. Лихорадка при саркоидозе

- 1) характерна для синдрома Хеерфордта-Вальденстрёма;+
- 2) не сопутствует ему;
- 3) может протекать в виде длительного субфебрилитета;+
- 4) характерна для острого течения синдрома Лёфгрена.+

21. Локализация гранулём в миокарде, реже - в пери-, эпи-, эндокарде, в межжелудочковой перегородке, сосочковых мышцах при саркоидозе приводит к

- 1) снижению сократимости миокарда;+
- 2) внезапной смерти;+
- 3) инфекционному поражению сердца;
- 4) гиперкалиемии;
- 5) нарушению ритма.+

22. Назначение преднизолона (или эквивалентной дозы другого системного глюкокортикостероида) взрослым пациентам с саркоидозом рекомендуется в начальной дозе

- 1) 5 мг/24ч утром per os в течение 8 недель;
- 2) **15 - 40 мг в сутки утром per os в течение 4 недель;+**
- 3) 2 мг/кг/24ч утром per os в течение 4 недель;
- 4) 5 мг по 3 раза в день per os в течение 8 недель.

23. Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты пациентам с саркоидозом рекомендуются

- 1) постоянно, длительно;
- 2) при артритах в случае выраженного болевого синдрома в качестве симптоматических средств;+
- 3) как противовоспалительные агенты при острых формах;+
- 4) поддерживающие безопасные дозы для длительного приема;
- 5) дозы согласно инструкции к соответствующему лекарственному препарату;+
- 6) с длительностью приёма, определяющейся симптомами;+
- 7) при любых проявлениях заболевания с противовоспалительной целью.

24. Обострение саркоидоза — это реактивация процесса

- 1) через 1 год после окончания основного курса лечения, завершившегося разрешением процесса, или после спонтанной регрессии процесса;
- 2) в течение 1-го года после окончания основного курса лечения, завершившегося полным исчезновением признаков активности и регрессией процесса;+**
- 3) на фоне проводимого лечения.

25. Обострения саркоидоза чаще развиваются у пациентов

- 1) не получавших терапию системными глюкокортикостероидами;
- 2) получавших системные глюкокортикостероиды и закончивших их приём;+**
- 3) получающих только поддерживающую дозу системных глюкокортикостероидов.

26. Одновременно с приёмом метотрексата пациентам с саркоидозом рекомендуют приём внутрь

- 1) ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента;
- 2) аскорбиновой кислоты;
- 3) фолиевой кислоты;+**
- 4) кобаламина.

27. Острый артрит при саркоидозе

- 1) может прогрессировать;
- 2) может вызывать деформации суставов;
- 3) разрешается без последствий;+**
- 4) проходит спонтанно.+**

28. Отметьте фармакологические классы препаратов, используемых в терапии саркоидоза

- 1) ингаляционные глюкокортикостероиды;
- 2) кортикостероиды системного действия;+**
- 3) антимаболиты;+**
- 4) антиагреганты;
- 5) противоревматические препараты;+**
- 6) витамины;+**

- 7) муколитики прямого действия;
- 8) нестероидные противовоспалительные.+**

29. Отметьте фармакологические классы препаратов, используемых в терапии саркоидоза

- 1) ингибиторы фактора некроза опухоли;+**
- 2) ингибиторы протеинкиназы;+**
- 3) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.

30. Оценка эффекта от терапии системными глюкокортикостероидами пациентам с саркоидозом проводится через

- 1) 3 месяца;+**
- 2) 24 месяца;
- 3) 12 месяцев;
- 4) 8 - 12 недель.

31. Патогенез лёгочной гипертензии при саркоидозе связан с

- 1) гипоксической вазоконстрикцией и редукцией сосудистого русла при фиброзных изменениях;+**
- 2) компрессией лёгочной артерии увеличенными лимфоузлами средостения;+**
- 3) гранулематозной инфильтрацией легочных сосудов;+**
- 4) нарушением ритма.

32. Пациентам с саркоидозом (детям и взрослым), как лечение второй линии, при рефрактерности к кортикостероидам системного действия и при побочных реакциях, вызванных ими, рекомендуются

- 1) азатиоприн;+**
- 2) ингаляционные глюкокортикостероиды;
- 3) циклофосфамид;+**
- 4) микофенолата мофетил;+**
- 5) альфа-токоферола ацетат;

- 6) метотрексат;+
- 7) хлорохин и гидроксихлорохин.+

33. Пациентам, перенесшим саркоидоз, рекомендуются следующие компоненты реабилитации

- 1) респираторная физиотерапия;+
- 2) усиление мотивации к лечению и здоровому образу жизни;+
- 3) ограничение физической активности;
- 4) сохранение максимально возможной физической активности;+
- 5) психодиагностика и психокоррекция, профилактика и коррекция сопутствующей патологии;+
- 6) лечебный режим и диетотерапия;+
- 7) физическая реабилитация (активная и пассивная).+

34. Пентоксифиллин рекомендуется взрослым пациентам с саркоидозом

- 1) в качестве потенцирующей терапии в начале лечения системными глюкокортикостероидами;
- 2) в качестве начальной терапии при малосимптомном течении саркоидоза;+
- 3) при прогрессирующем течении болезни;
- 4) при выраженных симптомах или внелёгочных проявлениях;
- 5) на завершающем этапе, при постепенной отмене системных глюкокортикостероидов.+

35. Плазмаферез пациентам с саркоидозом рекомендуется

- 1) при хроническом, рефрактерном к системным глюкокортикостероидам, варианте;+
- 2) одновременно с назначением цитостатической терапии;
- 3) в дебюте терапии системными глюкокортикостероидами;
- 4) в максимально короткие сроки при выявлении заболевания.

36. Плановая госпитализация пациентов с саркоидозом показана

- 1) на этапе первичной интенсивной диагностики;+
- 2) при развитии осложнений (дыхательная недостаточность, нарушения ритма сердца);
- 3) для инвазивной диагностики;+

- 4) на период терапии цитостатиками;
- 5) на период терапии глюкокортикостероидами;
- 6) для подбора начальной терапии.+**

37. Поддерживающую дозу преднизолона (или эквивалентную дозу другого системного глюкокортикостероида) взрослым пациентам с саркоидозом оставляют

- 1) в течение 4 недель;
- 2) пожизненно;
- 3) в течение 12 - 24 месяцев;+**
- 4) в течение 12 недель.

38. Показания к выписке пациента из медицинской организации пациентов с саркоидозом

- 1) завершение подбора начальной терапии;+**
- 2) компенсация острого состояния и осложнений, которые были причиной госпитализации;+**
- 3) завершение диагностического процесса и установка диагноза;+**
- 4) неэффективность проводимой терапии.

39. Поражение внутригрудных лимфатических узлов при саркоидозе, выявляемое с помощью спиральной компьютерной томографии легких, характеризуется

- 1) наличием шаровидной или овоидной формы;+**
- 2) склерозом;
- 3) увеличением лимфатических узлов всех групп средостения и корней лёгких;+**
- 4) перифокальной инфильтрацией;
- 5) гладкими чёткими контурами;+**
- 6) однородной структурой.+**

40. Поражение почек при саркоидозе сопровождается

- 1) тубулоинтерстициальными нарушениями;+**
- 2) протеинурией до тяжёлого нефротического синдрома;+**
- 3) почечной недостаточностью;+**

- 4) дизурией;
- 5) бактериурией.

41. При исследовании функции внешнего дыхания у пациентов с саркоидозом наблюдается изменение максимальной аэробной ёмкости (V_{O2max}) в виде

- 1) **снижения на 20 - 30%;+**
- 2) повышения на 20 - 30%;
- 3) снижения на 5 - 10%;
- 4) повышения на 5 - 10%.

42. При морфологически верифицированном диагнозе саркоидоза, отсутствии угрожающего жизни состояния, снижения функций органов и систем, очевидных данных за быстрое прогрессирование заболевания рекомендуется

- 1) **активное наблюдение;+**
- 2) назначение биологической («таргетной») терапии;
- 3) терапия альфа-токоферола ацетатом;
- 4) назначение кортикостероидной и цитостатической терапии.

43. При наличии рецидивов у пациентов с саркоидозом рекомендована периодичность диспансерного наблюдения

- 1) снимаются при ремиссии более 3-х лет;
- 2) **пожизненно;+**
- 3) каждые 3 месяца в течение 1 года, в последующие годы при стабилизации 1 раз в год;
- 4) **каждые 3 месяца в течение 2-х лет, в последующие годы при стабилизации 1 раз в год;+**
- 5) каждые 3 месяца в течение 2-х лет, в последующие годы при стабилизации 1 раз в 6 месяцев;
- 6) **активные визиты пациента при ухудшении состояния или развитии нежелательных явлений при проведении лечения.+**

44. При отсутствии эффекта от терапии системными глюкокортикостероидами у пациентов с саркоидозом рекомендуется

- 1) **перейти на альтернативную терапию;**+
- 2) увеличить дозу системных глюкокортикостероидов до максимально возможной;
- 3) прервать терапию.

45. При первичной диагностике саркоидоза клинически значимым оказывается увеличение активности сывороточного ангиотензин-превращающего фермента от верхней границы нормы

- 1) более 1000%;
- 2) более 100%;
- 3) **более 150%;**+
- 4) более 200%.

46. Признаки саркоидозного увеита

- 1) **снижение остроты зрения;**+
- 2) **затуманивание зрения;**+
- 3) слезотечение при контакте с аллергеном;
- 4) улучшение остроты зрения.

47. Применение метотрексата при саркоидозе сопровождается рисками развития

- 1) остеопороза;
- 2) **гепатотоксичности;**+
- 3) **лейкопении;**+
- 4) **интерстициальных изменений в лёгких;**+
- 5) ототоксичности;
- 6) **инфекций.**+

48. Причины для начала активной терапии саркоидоза

- 1) выявление любых признаков заболевания;
- 2) морфологическая верификация диагноза;

- 3) угроза жизни или потеря качества жизни;+
- 4) угроза развития недостаточности органов и систем.+

49. Профилактика развития осложнений и последствий саркоидоз состоит в

- 1) неонатальном скрининге;
- 2) специфической вакцинации;
- 3) рациональном лечении;+
- 4) его раннем выявлении.+

50. Рестриктивные изменения при саркоидозе связаны с

- 1) сдавлением бронхов увеличенными лимфоузлами;
- 2) утолщением стенок бронхов и бронхиол;
- 3) формированием лёгочного фиброза и «сотового лёгкого»;+
- 4) большим количеством мокроты;
- 5) аллергическими реакциями.

51. Рецидив — это возобновление проявлений саркоидоза

- 1) в период активного лечения;
- 2) через 1 год после окончания основного курса лечения, завершившегося разрешением процесса, или после спонтанной регрессии процесса;+
- 3) в течение 1-го года после окончания основного курса лечения, завершившегося полным исчезновением признаков активности и регрессией процесса.

52. Решающую роль в развитии саркоидоза играют следующие факторы

- 1) воздействие окружающей среды на генетически предрасположенный организм;+
- 2) риккетсия;
- 3) пропионовокислые бактерии;+
- 4) возбудитель болезни Лайма;+
- 5) микобактерии туберкулёза с изменёнными свойствами (ревертанты);+
- 6) микоплазма;
- 7) применение интерферонов и индукторов интерфероногенеза;+
- 8) аллергические реакции;
- 9) стрессовые события.+

53. Саркоидоз встречается чаще

- 1) у мужчин;
- 2) у женщин;+**
- 3) среди европейцев;
- 4) у детей;
- 5) у лиц азиатского происхождения;
- 6) у взрослых;+**
- 7) у негроидной расы.+**

54. Саркоидоз периферических лимфатических узлов, доступных пальпации чаще локализуется в следующих группах

- 1) паховых;+**
- 2) локтевых;+**
- 3) надключичных;+**
- 4) подмышечных;+**
- 5) подчелюстных;
- 6) задних и передних шейных.+**

55. Саркоидоз — это заболевание

- 1) неизвестной этиологии;+**
- 2) с образованием неказеифицирующихся гранулём;+**
- 3) аутоиммунное;
- 4) с изолированным поражением лёгких;
- 5) системное воспалительное с мультисистемным поражением различных органов;+**
- 6) с активацией Т-клеток в месте гранулёматозного воспаления и высвобождением различных хемокинов и цитокинов.+**

56. Синдромом Лёфгрена при саркоидозе характеризуется

- 1) узловатой эритемой;+**
- 2) лихорадкой;+**
- 3) сиалоаденитом;
- 4) пневмонией;
- 5) двусторонней лимфаденопатией корней лёгких;+**
- 6) артритом с преимущественным поражением голеностопных суставов.+**

57. Системные глюкокортикостероиды рекомендованы как препараты первой линии у пациентов с саркоидозом в следующих случаях

- 1) бессимптомное течение;
- 2) при выраженных симптомах или внелёгочных проявлениях, нарушающих функцию органа, или развитии lupus pernio;+**
- 3) любые проявления заболевания;
- 4) прогрессирующее течение болезни по данным рентгенологического и функционального исследования дыхания.+**

58. Согласно классификации внутригрудного саркоидоза, основанной на данных лучевого обследования, к III стадии относят следующее рентгенологическое описание

- 1) выраженный фиброз лёгких как ведущий рентгенологический синдром;
- 2) увеличение внутригрудных лимфатических узлов; патологические изменения паренхимы лёгких;
- 3) увеличение внутригрудных лимфатических узлов; паренхима лёгких не изменена;
- 4) патология лёгочной паренхимы без увеличения внутригрудных лимфатических узлов.+**

59. Согласно классификации внутригрудного саркоидоза, основанной на данных лучевого обследования, к IV стадии относят следующее рентгенологическое описание

- 1) увеличение внутригрудных лимфатических узлов; паренхима лёгких не изменена;
- 2) увеличение внутригрудных лимфатических узлов; патологические изменения паренхимы лёгких;
- 3) выраженный фиброз лёгких как ведущий рентгенологический синдром;+**
- 4) патология лёгочной паренхимы без увеличения внутригрудных лимфатических узлов.

60. Согласно классификации внутригрудного саркоидоза, основанной на данных лучевого обследования, ко II стадии относят следующее рентгенологическое описание

1) патология лёгочной паренхимы без увеличения внутригрудных лимфатических узлов;

2) увеличение внутригрудных лимфатических узлов; патологические изменения паренхимы лёгких;+

3) выраженный фиброз лёгких как ведущий рентгенологический синдром;

4) увеличение внутригрудных лимфатических узлов; паренхима лёгких не изменена.

61. Трансплантация лёгких пациентам с саркоидозом рекомендуется

1) при стабильных ограниченных фиброзных изменениях, не нарастающих с течением времени;

2) при хроническом, рефрактерном к системным глюкокортикостероидам, варианте;

3) при терминальных стадиях саркоидоза лёгких (стадия IV, лёгочный фиброз).+

62. Трансплантация сердца показана пациентам с саркоидозом в следующих случаях

1) при кардиосаркоидозе с поражением миокарда;+

2) при незначительных нарушениях ритма;

3) при кардиосаркоидозе с рефрактерными нарушениями ритма;+

4) при развитии сердечно-сосудистой недостаточности любой степени.

63. У детей и подростков старше 4 лет в большинстве случаев проявления саркоидоза

1) доминирует триада — артрит, увеит и поражения кожи;

2) внутригрудные поражения крайне редки;

3) с преобладанием внутригрудных изменений;+

4) не отличаются от взрослых.+

64. Характеристики кашля при саркоидозе

- 1) обусловлен увеличением внутригрудных лимфатических узлов;+
- 2) обусловлен аллергической бронхоконстрикцией;
- 3) возникает из-за раздражения саркоидными гранулёмами нервных окончаний в стенках дыхательных путей;+
- 4) сухой;+
- 5) является следствием обширных интерстициальных изменений в лёгких;+
- 6) влажный;
- 7) является следствием поражения плевры.+

65. Характеристики лимфатических узлов при саркоидозе

- 1) плотноэластической консистенции;+
- 2) образуют свищи;
- 3) не образуют свищей;+
- 4) не размягчаются;+
- 5) размягченные.

66. Характерные рентгенологические КТ-признаки саркоидоза

- 1) ассиметричные сливные очаговые инфильтративные тени с нечеткими контурами в обоих легких;
- 2) множественные диссеминации смешанного, очагового и интерстициального характера с полиморфизмом очаговых изменений;+
- 3) эмфизематозное вздутие легочных полей;
- 4) мелкие очаги, располагающиеся вдоль бронхо-сосудистых пучков, междольковых щелей, костальной плевры, в междольковых перегородках вызывающие их неравномерное («четкообразное») утолщение;+
- 5) изменения с преобладанием в средних отделах легких, часто в прикорневой области и сочетающиеся с утолщением стенок сегментарных бронхов.+

67. Хронический артрит при саркоидозе

- 1) может прогрессировать;+
- 2) разрешается без последствий;
- 3) может вызывать деформации суставов;+
- 4) проходит спонтанно.

68. Цели лечения саркоидоза

- 1) облегчение симптомов;+
- 2) улучшение качества жизни пациентов;+
- 3) предупреждение или уменьшение повреждения;+
- 4) выздоровление.

69. Этиотропная терапия саркоидоза осуществляется следующими группами препаратов

- 1) ингибиторы протеинкиназы;
- 2) **данный вид терапии при саркоидозе не используют;+**
- 3) глюкокортикостероиды;
- 4) антимаболиты;
- 5) ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО-альфа).

70. Эфферентным методом терапии саркоидоза является

- 1) использование ингаляционных кортикостероидов;
- 2) оксигенотерапия;
- 3) **плазмаферез;+**
- 4) трансплантация.

Специальности для предварительного и итогового тестирования:

Общая врачебная практика (семейная медицина), Пульмонология, Терапия, Фтизиатрия.