

Ситуационные задачи

Общая врачебная практика (семейная медицина)

medkeys.ru/product/ovp/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет, служащий, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на сжимающие боли в грудной клетке с иррадиацией в левую руку длительностью до 5 минут, ощущение нехватки воздуха при умеренной физической нагрузке (быстрая ходьба более 500 м, подъем более 2-х пролетов).

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что боли в грудной клетке при физической нагрузке появились около 2-х лет назад, купировались самостоятельно после прекращения нагрузки. Кроме этого, в последние полгода стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки при физической нагрузке. Ранее за медицинской помощью не обращался, лечения не получал.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее. * Работает. *

Наследственность: мать 79-ти лет страдает АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от ИМ. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 179 см, масса тела – 93 кг, ИМТ=29 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: без патологии. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа: пальпируется перешеек щитовидной железы. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

Результаты инструментальных методов обследования

План дальнейшего обследования и лечения больного строится исходя из полученных первичных данных и

- суммы баллов по шкале GRACE
- суммы баллов по шкале TIMI

- суммы баллов по шкале SCORE
- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

Основной диагноз пациента следующий

- суммы баллов по шкале GRACE
- суммы баллов по шкале TIMI
- суммы баллов по шкале SCORE
- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС

У пациента + _____ + функциональный класс стенокардии

- 4
- 2
- 3
- 1

У пациента предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 32%. На основании этого следует его

- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов
- направить на дополнительные неинвазивные визуализирующие тесты
- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения
- направить на дополнительные инвазивные исследования

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у

- пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению
- пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО
- пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК
- всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО

В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациенту рекомендуется назначить

- ивабрадин
- бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция
- мельдоний
- триметазидин

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациенту рекомендуется назначить

- ривароксабан
- дипиридамол
- ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах
- ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

Для профилактики ССО пациенту рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП _____ ммоль/л

- <1,4
- <3,8
- <1,0
- <2,8

Помимо отказа от курения и диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

- избегать переохлаждений
- снизить массу тела
- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки

У пациента

- избегать переохлаждений
- снизить массу тела
- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на боль в загрудинной области давящего характера, возникающую при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), купирующуюся приемом нитратов в течение 2-х минут, на одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Около 10 лет отмечает загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа, по поводу чего

постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время – метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином. (цифры АД по данным предоставленного пациенткой дневника самоконтроля, в пределах от 170/100 мм.рт.ст. до 165/95 мм.ртст.)

Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение последних 2 недель, когда стала нарастать одышка при физической нагрузке, появились отеки ног.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Образование среднее. * На пенсии с 65 лет, работала продавцом. * Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ. * Аллергологический анамнез неотягощен. *

Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет. *

Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м². ОТ – 98 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, не обложен.

Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены.

ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Щитовидная железа не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования

- избегать переохлаждений
- снизить массу тела
- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- избегать переохлаждений
- снизить массу тела
- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз у данного пациента

- избегать переохлаждений
- снизить массу тела
- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки

У пациентки _____ функциональный класс стенокардии

- 2
- 1
- 4
- 3

Фоновым заболеванием является

- ГБ 2 стадии, АГ 3 степени, высокого риска
- ГБ 3 стадии, АГ 3 степени, очень высокого риска
- ГБ 2 стадии, АГ 2 степени, высокого риска
- ГБ 3 стадии, АГ 2 степени, очень высокого риска

Терапия сахарного диабета у пациентки

- должна быть заменена на инсулин
- должна быть усилена
- может быть прекращена
- не требует коррекции

В качестве антиишемической терапии пациентке рекомендуется назначить

- комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция
- ивабрадин
- мельдоний
- триметазидин

Целевое значение ЧСС у пациентки составляет _____ ударов в минуту

- более 80
- 65-70
- 55-60
- менее 50

**Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС
рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП
_____ ммоль/л**

- <1,4
- <1,8
- <2,8

- <3,4

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациентке при

- неконтролируемой АГ
- отсутствии приступов стенокардии на фоне лечения
- недостижении целевых уровней холестерина
- неэффективности оптимальной медикаментозной терапии

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке следует рекомендовать

- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений

Согласно индексу массы тела у данной пациентки выявляется

- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет, учительница средней школы, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 150/95 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Около 5 лет назад стала отмечать повышение АД максимально до 155/95 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, антигипертензивную терапию не получала. В настоящее время беременность 16 недель, последний месяц АД в пределах 150/85-155/90 мм рт.ст.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Образование высшее. * Работает. *

Наследственность: мать с 60-ти лет страдает АГ, отец в 52 года перенес инфаркт миокарда. * Гинекологический анамнез: беременности – 2, роды – 1. Во время первой беременности часто отмечались повышенные цифры АД. *

Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост –

160 см, масса тела – 66 кг (до беременности – 63 кг), ИМТ=24,6 кг/м² (до беременности). Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 155/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- увеличить массу тела
- избегать переохлаждений

У пациентки + _____ + стадия ГБ

- II
- III
- 0
- I

У пациентки + _____ + степень АГ

- 1
- изолированная систолическая

- 3
- 2

У пациентки + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- высокий
- низкий
- средний
- очень высокий

У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели

- GRACE
- SCORE
- TIMI
- CHA2DS2-VASc

Пациентке следует рекомендовать

- ограничить потребление соли
- избегать переохлаждений
- снизить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Больной следует назначить

- спиронолактон
- рамиприл
- метилдопу
- лозартан

Целевым для пациентки является АД < \ _____ мм рт.ст.

- 150/85
- 150/90
- 140/85
- 140/90

Больной показана/показано

- лечение в амбулаторных условиях
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

Учитывая уровень гемоглобина, больной необходимо назначить

- лечение в амбулаторных условиях
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 180/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

В течение 7 лет пациента беспокоят боли в области сердца без четкой связи с нагрузками, длительностью до 10 мин, купирующиеся после использования капель Водчал. Год назад выполнена коронароангиография, по результатам которой гемодинамически значимые стенозы не определялись. Более 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными повышениями АД до 180/100 мм рт.ст. Регулярно принимал различные группы антигипертензивных препаратов без существенного эффекта. В настоящее время проводится терапия торасемидом, верошпирином, азилсартаном, лерканидипином. На этой терапии АД сохраняется в пределах 150-170/100 мм рт.ст. Также из анамнеза известно, что 3 года назад диагностирован сахарный диабет 2 типа. В качестве сахароснижающей терапии принимает метформин 2000 мг/сутки, на фоне чего сохраняется компенсация углеводного обмена.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее, из служащих. * На пенсии с 65 лет. * Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Рост – 176 см, масса тела – 105 кг, ИМТ – 33,14 кг/м², ОТ – 108 см. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС – 86 ударов в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- лечение в амбулаторных условиях
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в кардиологический стационар

- госпитализация в терапевтический стационар

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- лечение в амбулаторных условиях
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- лечение в амбулаторных условиях
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализация в кардиологический стационар
- госпитализация в терапевтический стационар

У пациента + _____ + стадия ГБ

- 0
- 3
- 2
- 1

У пациента + _____ + степень АГ

- изолированная систолическая
- 2
- 3
- 1

У пациента + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

- высокий
- низкий
- очень высокий
- средний

Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить уровень

- альбуминурии
- мочевины
- щелочной фосфатазы

- билирубина

У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категория ХБП

- C2, A1
- C2, A2
- C3a, A1
- C3a, A2

Целевым для пациента является АД < + _____ + мм рт.ст.

- 140/90
- 150/90
- 150/85
- 140/80

Пациенту следует

- увеличить антигипертензивную терапию
- уменьшить сахароснижающую терапию
- уменьшить антигипертензивную терапию
- увеличить сахароснижающую терапию

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациенту следует рекомендовать

- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений

Для контроля углеводного обмена пациенту рекомендуется определить уровень

- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом

Жалобы

на боль в загрудинной области давящего характера, возникающую как при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 500 м), так и в покое,

купирующуюся приемом нитратов, одышку при физической нагрузке, эпизоды повышения АД до 170/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с 45-летнего возраста, когда впервые стала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась и постоянной терапии не получала. 10 лет назад присоединились загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое. С этого же времени известно о наличии сахарного диабета 2 типа. Постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты (в настоящее время метформин 2000 мг/сутки), на фоне чего уровень гликемии 3,9-4,9-4,2 ммоль/л. Постоянно получает терапию нитратами, эналаприлом, индапамидом, аспирином.

Гиполипидемические препараты принимает нерегулярно. Отмечает ухудшение состояния в течение 2 дней, когда приступы стенокардии стали возникать в покое, увеличилась их интенсивность и длительность, стала нарастать одышка, появились отеки ног. Последний приступ ангинозных болей накануне вечером, длительность более 20 минут.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Образование среднее. * На пенсии с 65 лет, работала продавцом. * Наследственность: мать умерла от ОНМК, сестра 66-ти лет страдает ИБС, АГ. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 2, менопауза с 55 лет. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. ИМТ – 33,2 кг/м². ОТ – 98 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 68 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования

- увеличить массу тела
- выполнять интенсивные физические нагрузки
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений

Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования

При подозрении на инфаркт миокарда ниже-базальной локализации необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

- по Лиану
- V3R и V4R
- V7-V9
- по Нэбу

Больную необходимо

- госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
- вести в амбулаторных условиях
- направить на консультацию врача-кардиолога
- направить на консультацию врача - сердечно-сосудистого хирурга

Предварительный диагноз пациентки

- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ОКСбпST
- ОКСпST

У пациентки ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа не выявил повышения уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больной при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Основной диагноз пациентки

- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.
- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ОКСбпST
- ОКСпST

Для определения тактики ведения пациентки необходимо оценить риск по шкале

- CHA2DS2-VASc
- SCORE
- TIMI
- GRACE

У пациентки сумма баллов по шкале GRACE равна 102. Учитывая наличие в анамнезе СД, ее следует отнести к группе + _____ + риска неблагоприятного исхода

- высокого
- умеренного (промежуточного)
- очень высокого
- низкого

Больной в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антитромбоцитарную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг
- ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг
- ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг

В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

- ивабрадин
- бета-адреноблокатор
- мельдоний
- триметазидин

Коронароангиографию (КАГ) с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда пациентке следует провести + _____ + после госпитализации

- в первые 2 часа
- в течение 72 ч
- немедленно
- в первые 24 часа

Двойная антитромбоцитарная терапия показана пациентке в течение + ____ + месяцев

- 1
- 12
- 6
- 24

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациентке следует рекомендовать

- 1
- 12
- 6
- 24

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет, кассир, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на загрудинные боли давящего характера при обычной физической нагрузке с иррадиацией в левую лопаточную область, купирующиеся самостоятельно в покое в течение 5-10 минут или при приеме валокордина, на постоянный дискомфорт в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 45 лет страдает артериальной гипертонией (макс. АД до 190/100 мм рт.ст.), в последнее время принимает эналаприл 20 мг/сут., индапамид 2,5 мг, АД в пределах 130-140/80-85 мм рт.ст. В течение последних 2 лет стала отмечать боли давящего характера в загрудинной области с иррадиацией в левую лопатку, возникающие при обычной физической нагрузке (быстрая ходьба, подъем по лестнице больше 2-х пролетов и в гору). В течение месяца снизилась толерантность к физическим нагрузкам, в связи с чем, пришла на прием к врачу.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Образование среднее. * Работает. *

Наследственность: мать 86-ти лет страдает ИБС, АГ; отец умер от цирроза печени. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: курит более 30 лет, по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 158 см, масса тела – 92 кг, ИМТ=36,8 кг/м². Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: без видимой патологии. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа: не пальпируется. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования

- 1
- 12
- 6
- 24

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1
- 12
- 6

- 24

Результаты инструментальных методов обследования

План дальнейшего обследования и лечения больной строится, исходя из полученных первичных данных и

- предтестовой вероятности (ПТВ) диагноза ИБС
- суммы баллов по шкале GRACE
- суммы баллов по шкале SCORE
- суммы баллов по шкале TIMI

У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) диагноза стабильной ишемической болезни сердца в зависимости от характера боли в грудной клетке, пола и возраста составляет 16%. На основании этого следует

- направить на коронароангиографию
- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов
- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения
- направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные исследования

Пациентке выполнен тредмил-тест. Проба положительная. Основной диагноз пациентки

- направить на коронароангиографию
- направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов
- не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения
- направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные исследования

У пациентки _____ функциональный класс стенокардии

- 3
- 2
- 1
- 4

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у

- пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению
- всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО

- пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО
- пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК

В качестве антиишемического препарата 1-й линии пациентке рекомендуется назначить

- триметазидин
- мельдоний
- ивабрадин
- бета-адреноблокатор или ритмурежающий антагонист кальция

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить

- дабигартран
- курантил
- ацетилсалициловую кислоту в низких дозах
- ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах

Для профилактики ССО пациентке рекомендуется назначить статины для достижения целевого уровня ХсЛНП _____ ммоль/л

- <3,8
- <2,8
- <1,0
- <1,4

Помимо отказа от курения и назначения диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациентке следует рекомендовать

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

У пациентки

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 год, служащий, вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на повышение температуры тела до 40°C, сопровождающееся потрясающим ознобом, потливость, выраженную слабость, снижение аппетита, похудание, головную боль при повышении уровня АД максимально до 160/110 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

В детстве у врача-ревматолога не наблюдался, в течение всей жизни физические нагрузки переносил хорошо. В 48 лет перенес черепно-мозговую травму (проводилось оперативное лечение), после которой стали отмечаться подъемы АД максимально до 160/100-110 мм рт.ст., с этого времени достаточно регулярно принимает энап 10 мг утром и атенолол 25 мг утром, АД на этом фоне в пределах 135-140/90 мм рт.ст. Около 3 месяцев назад отметил повышение температуры тела до 37,0-37,5°C, сопровождающееся слабостью, ломотой в мышцах и суставах. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами с положительным эффектом. Через месяц – повторное повышение температуры тела до 39°C максимально. Самостоятельно принимал амоксициллин+клавулановая кислота в течение 5 дней с эффектом. Через 8 недель вновь повышение температуры до 39°C, сопровождающееся ознобом на высоте лихорадки, выраженной слабостью, ломотой в мышцах и суставах. В связи с сохраняющейся лихорадкой вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее. * Работает, больничный лист не открывался. * Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, влажный, на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на коже ладоней и стоп безболезненные петехиальные высыпания диаметром 1-4 мм. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ослабление 2 тона над аортой, там же выслушивается диастолический шум. ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен. Щитовидная железа не изменена.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

Результаты инструментальных методов обследования

В данном случае наиболее вероятным диагнозом пациента является

- увеличить массу тела
- снизить массу тела
- избегать переохлаждений
- выполнять интенсивные физические нагрузки

**По характеру течения у пациента признаки + _____ +
инфекционного эндокардита**

- рецидива
- подострого
- ремиссии
- острого

Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии

- NYHA
- Lown
- Duke
- Killip

Для подтверждения диагноза инфекционный эндокардит при отсутствии изменений или неинформативности эхокардиографии всем пациентам необходимо провести

- чреспищеводную эхокардиографию
- обзорную рентгенографию
- электрокардиографию
- сцинтиграфию

Всем пациентам перед хирургическим вмешательством и для диагностики «немых» форм церебральных осложнений необходимо провести

- магнитно-резонансную томографию головного мозга
- внутрисосудистую эхокардиографию

- электроэнцефалографию головного мозга
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите нативного клапана проводится не менее + _____ + недель

- 2-6
- 6-8
- 1-2
- 8-12

Раннее оперативное вмешательство рекомендуется пациентам с ИЭ при

- при нормализации температуры тела
- положительном эффекте от антибактериальной терапии
- уменьшении числа вегетаций
- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

Период реабилитации с возможностью возобновления трудовой деятельности составляет минимум

- 2 недели
- 1 неделю
- 1 месяц
- 2 месяца

У пациентов с высоким риском рекомендуется проведение + _____ + для уменьшения риска развития инфекционного эндокардита

- противовоспалительной терапии
- антитромбоцитарной терапии
- антибактериальной терапии
- физиотерапии

К группе риска по развитию инфекционного эндокардита следует отнести

- противовоспалительной терапии
- антитромбоцитарной терапии
- антибактериальной терапии
- физиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на боль в загрудинной области сжимающего характера, возникшую после эмоционального стресса впервые в жизни, с иррадиацией в левую половину туловища, длящуюся более 20 минут.

Анамнез заболевания

Ранее болей в грудной клетке не отмечал, физическую нагрузку переносил удовлетворительно, цифры АД не измерял, последний медицинский осмотр более 2-х лет назад.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее. * Работает программистом, ведет малоподвижный образ жизни. * Наследственность: мать 78-ми лет страдает ИБС, отец умер в 60 лет от ИМ, брат 60-ти лет страдает АГ. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: курит в течение 40 лет по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормального питания. ИМТ – 25,2 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 140/80 мм рт.ст., ЧСС – 74 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования

- противовоспалительной терапии
- антитромбоцитарной терапии
- антибактериальной терапии
- физиотерапии

Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования

При подозрении на инфаркт миокарда ниже-базальной локализации необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

- V3R и V4R
- V7-V9
- по Нэбу
- по Лиану

Больного необходимо

- госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения

- направить на консультацию врача-кардиолога
- направить на консультацию врача - сердечно-сосудистого хирурга
- вести в амбулаторных условиях

Предварительный диагноз пациента

- ОКСбпST
- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ОКСпST
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.

У пациента ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа выявил дальнейшее повышение уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больному при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Основной диагноз пациента

- ОКСбпST
- ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.
- ОКСпST
- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.

Для определения тактики ведения пациента необходимо оценить риск по шкале

- SCORE
- TIMI
- GRACE
- CHA2DS2-VASc

Пациент относится к группе высокого риска неблагоприятного исхода. Пациенту показано/показана

- консервативная терапия
- коронарное шунтирование
- тромболитическая терапия
- коронароангиография с намерением выполнить реваскуляризацию миокарда

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 300 мг + клопидогрел 300 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг
- ацетилсалициловая кислота 250 мг + прасугрел 60 мг

В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

- триметазидин
- бета-адреноблокатор
- мельдоний
- ивабрадин

Пациенту показано назначение гиполипидемической терапии ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы или его сочетания с эзетимибом/алирокумабом или эволокумабом для достижения целевого уровня ХС ЛНП < + _____ + ммоль/л

- 1,4
- 2,8
- 1,8
- 2,4

Двойная антитромбоцитарная терапия показана пациенту в течение + _____ + месяцев

- 6
- 1
- 24
- 12

Помимо диеты с ограничением употребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациенту следует рекомендовать

- 6
- 1
- 24
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 28 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

на приступы удушья и кашля, возникающие внезапно до 1-2 раз в неделю, связывает с вдыханием табачного дыма, различных химических средств, во время приступа ощущает «свист в груди», после него – отхождение вязкой, светлой, скудной мокроты.

Анамнез заболевания

Приступы удушья появились 2 года назад в летнее время при проживании за городом, при возвращении в городскую среду чувствовал себя хорошо, затруднений дыхания не было. В следующий летний период приступы удушья вновь возобновились уже и при проживании в городских условиях. Затем стал отмечать, что приступы удушья появляются при вдыхании табачного дыма и

различных парфюмированных средств 2-4 раза в месяц. В течение последних 2 месяцев приступы удушья стали несколько чаще (до 1-2 раз в неделю), несколько раз просыпался ночью от сухого кашля. Ранее к врачу не обращался, приступы купировались чаще самостоятельно или после приема таблетки эуфиллина.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ.
* Наследственность отягощена по бронхиальной астме. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 74 кг, ИМТ – 25. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы при форсированном дыхании. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 ударов в минуту, АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 6
- 1
- 24
- 12

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 6
- 1
- 24
- 12

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз основного заболевания следующий

- 6
- 1
- 24
- 12

Больному необходимо назначить в качестве базисной терапии

- стабилизаторы мембран тучных клеток
- ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе
- системные глюкокортикостероиды
- ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов подбирается с учетом

- возраста и пола пациента
- патогенетического варианта астмы
- длительности течения заболевания
- степени тяжести бронхиальной астмы

При стабилизации состояния больного коррекция дозы ИГКС проводится через

- две недели
- шесть месяцев
- три месяца
- один месяц

Наиболее целесообразно снижение дозы ИГКС на + _____ + % от исходной

- 5
- 10
- 20
- 25

При назначении β_2 -адреномиметика короткого действия для купирования приступов удушья необходимо предупредить больного о возможности при передозировке препарата

- появления тошноты, снижения аппетита
- усиления бронхоспазма
- появления боли в животе
- онемения пальцев

Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной должен отслеживать

- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- изменения показателей (ОФВ₁) функции внешнего дыхания
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания частоты дыхательных движений

Диетические рекомендации у больных бронхиальной астмой включают

- гипоаллергенную диету

- снижение доли белков в рационе
- снижение жидкости в рационе
- снижение животных жиров в рационе

У пациентов с коморбидным течением бронхиальной астмы и ИБС для купирования приступов удушья целесообразно применение

- комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия

Профилактика астматического статуса у больного бронхиальной астмой включает наряду с применением β_2 -адреномиметика короткого действия в режиме «по требованию» постоянный прием

- комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 43 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

• На приступы удушья, возникающие ежедневно, чаще в дневное время, купирующиеся тербуталином, которым пользуется, как правило, не более 1 раза в день. Приступы связывает с различными раздражающими запахами, вдыханием холодного воздуха. Вне приступа удушья сохраняется небольшая «заложенность» в груди, затруднение при выдохе, периодический кашель со скудной, светлой мокротой. • На ноющие боли в эпигастрии на голодный желудок, изжогу.

Анамнез заболевания

В течение 12 лет страдает бронхиальной астмой, последний год постоянно получает ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазон (бекотид) в дозе 500 мкг/сут), на фоне которого приступы удушья в среднем возникают не чаще 1 раза в неделю, для их купирования использует тербуталин. 3 недели назад перенес ОРВИ, после этого приступы удушья стали ежедневными, увеличилась потребность в β_2 -адреномиметиках короткого действия (тербуталин ежедневно). В течение двух недель появились боли в эпигастрии на голодный желудок, изжога.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ,

язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки НР-негативная с 18 лет, обострения ежегодно. • Наследственность отягощена по atopическому дерматиту. • Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Масса тела – 91 кг, рост – 172 см, ИМТ – $30,7 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык обложен белым налетом. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом, единичные свистящие хрипы по передней поверхности грудной клетки. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных эндоскопических данных, показано выполнение

- комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия

Результаты лабораторных методов обследования

Диагноз основного заболевания: Бронхиальная астма + _____ + неконтролируемого течения

- аллергического генеза, персистирующая, легкой степени тяжести
- аллергического генеза, интермиттирующая, легкой степени тяжести
- аллергического генеза, персистирующая, средней степени тяжести
- смешанной формы, персистирующая, средней степени тяжести

Диагноз сочетанного заболевания

- аллергического генеза, персистирующая, легкой степени тяжести
- аллергического генеза, интермиттирующая, легкой степени тяжести
- аллергического генеза, персистирующая, средней степени тяжести
- смешанной формы, персистирующая, средней степени тяжести

Учитывая недостаточный контроль бронхиальной астмы у данного пациента возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии + _____ + препаратов

- иммуномодулирующих
- антигистаминных
- антилейкотриеновых
- жаропонижающих

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов подбирается с учетом

- степени тяжести бронхиальной астмы
- длительности течения заболевания
- патогенетического варианта астмы
- возраста и пола пациента

Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной должен отслеживать

- изменения показателей (ОФВ₁) функции внешнего дыхания
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- суточные колебания частоты дыхательных движений
- эффективность применения β₂-адреномиметика

Мониторирование пиковой скорости выдоха проводится

- 2 дня в неделю в утренние часы
- ежедневно однократно в вечерние часы
- ежедневно 2 раза в сутки
- ежедневно однократно в утренние часы

Лечение обострения язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, должно обязательно включать

- препараты для эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*
- М-холиноблокаторы

- спазмолитики и прокинетики
- антациды и альгинаты

В РФ схемой эрадикационной терапии *H. pylori* первой линии является назначение ингибитора протонной помпы и

- тетрациклина и метронидазола
- левофлоксацина и амоксициллина
- кларитромицина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить

- тетрациклина и метронидазола
- левофлоксацина и амоксициллина
- кларитромицина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Студент обратился к врачу-терапевту участковому на 2 день болезни.

Жалобы

* озноб, * температура тела 39,1°C, * сильная головная боль в лобной области, * боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, * тошнота, отсутствие аппетита, * слабость, * заложенность носа, * першение в горле, * сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

Анамнез заболевания

Заболел 2 дня назад, когда появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. На следующий день появились озноб, температура тела 39,1 °C, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита.

Эпидемиологический анамнез

* За 2 дня до заболевания навещал больного товарища; * Проживает в общежитии коридорного типа.

Объективный статус

При осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость.

Миндалины не увеличены, налетов нет. Лимфатические узлы не увеличены. В лёгких жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Для этиологического подтверждения диагноза целесообразно назначить

- тетрациклина и метронидазола
- левофлоксацина и амоксициллина
- кларитромицина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- тетрациклина и метронидазола
- левофлоксацина и амоксициллина
- кларитромицина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинико-anamnestические данные и результаты лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

- тетрациклина и метронидазола
- левофлоксацина и амоксициллина
- кларитромицина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина

Возможным патогенетическим осложнением гриппа является

- плеврит
- пневмоторакс
- тромбоэмболия легочной артерии
- острый респираторный дистресс-синдром

Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с

- парагриппом
- цитомегаловирусной инфекцией
- энтеровирусной инфекцией
- дифтерией

Препаратами выбора для лечения гриппа являются ингибиторы

- обратной транскриптазы
- интегразы
- фузии
- гемагглютиниона

Препаратом специфической терапии, который можно использовать у данного пациента, является

- нативный лейкоцитарный интерферон
- занамивир
- тилорон
- рекомбинантный интерферон альфа 2b

Тактика ведения данного больного включает

- госпитализацию в отделение терапевтического профиля
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию пациента в инфекционное отделение

Симптоматическая терапия гриппа включает назначение

- противокашлевых средств
- антикоагулянтов
- карбапенемов
- глюкокортикостероидов

Длительность приема занамивира составляет

- 5 дней
- 1 неделю
- 3 дня
- 1 день

При гриппе назначение антибактериальных препаратов показано при

- вирусно-бактериальной пневмонии
- длительном и продолжительном сухом кашле
- высокой, изматывающей лихорадке
- острым рините для профилактики синусита

Для химиопрофилактики гриппа, проживающим в общежитии можно рекомендовать

- вирусно-бактериальной пневмонии
- длительном и продолжительном сухом кашле
- высокой, изматывающей лихорадке
- острым рините для профилактики синусита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 44 лет обратилась к врачу-терапевту участковому в 1 день болезни.

Жалобы

* на головную боль, * на боль в глазных яблоках, * на ломоту в теле, * повышение температуры тела до 39°C, * сухой кашель, * заложенность носа.

Анамнез заболевания

Заболела накануне вечером, когда появились головная боль, боль в глазных яблоках, ломота в теле, повышение температуры тела до 39 °C, сухой кашель, заложенность носа.

Объективный статус

При осмотре: состояние средней тяжести, лицо гиперемировано, склеры инъектированы, лимфатические узлы не увеличены. При осмотре ротоглотки: миндалины, язычок, дужки набухшие, гиперемированы, с небольшим цианотичным оттенком. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное. Пульс – 95 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст.

Для постановки диагноза целесообразно провести

- вирусно-бактериальной пневмонии
- длительном и продолжительном сухом кашле
- высокой, изматывающей лихорадке
- остром рините для профилактики синусита

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- вирусно-бактериальной пневмонии
- длительном и продолжительном сухом кашле
- высокой, изматывающей лихорадке
- остром рините для профилактики синусита

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- вирусно-бактериальной пневмонии
- длительном и продолжительном сухом кашле
- высокой, изматывающей лихорадке
- остром рините для профилактики синусита

Патогенетическим осложнение гриппа является

- геморрагический отек легких
- двусторонний пневмоторакс
- интоксикационный синдром
- синдром мальабсорбции

Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с

- энтеровирусной инфекцией
- респираторно-синцитиальной инфекцией
- цитомегаловирусной инфекцией
- корью, в периоде разгара

К противовирусным препаратам прямого действия для лечения гриппа относят

- ингибиторы обратной транскриптазы
- индукторы интерфероногенеза
- ингибиторы вирусной нейраминидазы
- препараты интерферона

К препаратам с прямым противовирусным действием для лечения гриппа относят

- валацикловир
- балоксавир
- рибавирин
- интерферон альфа 2b

Симптоматическая терапия гриппа включает назначение

- глюкокортикостероидов
- сосудосуживающих препаратов
- аденозинергических средств
- антикоагулянтов непрямого действия

Длительность приема балоксавира составляет

- 7 дней
- 1 день
- 5 дней
- 2 дня

Разовая доза осельтамивира при лечении гриппа средней степени тяжести составляет + ____ + мг

- 250
- 50
- 75
- 95

Для химиопрофилактики гриппа возможно применение

- рибавирина
- ремантадина
- умифеновира

- диоксотетрагидрокситетрагидронафталина

Химиопрофилактика противовирусными препаратами из группы селективных ингибиторов нейраминидазы не рекомендуется, если с момента первого контакта с больным гриппом прошло более +____+ часов

- рибавирина
- ремантадина
- умифеновира
- диоксотетрагидрокситетрагидронафталина

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

- рибавирина
- ремантадина
- умифеновира
- диоксотетрагидрокситетрагидронафталина

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- рибавирина
- ремантадина
- умифеновира
- диоксотетрагидрокситетрагидронафталина

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом больной является

- рибавирина
- ремантадина
- умифеновира
- диоксотетрагидрокситетрагидронафталина

Диагноз

Основная немедикаментозная терапия включает

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

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

- анальгин
- ксефокам
- аспирин
- парацетамол

При неэффективности парацетамола больным остеоартрозом назначают

- нестероидные противовоспалительные средства
- аллопуринол
- антибактериальные препараты
- колхицин

Для уменьшения риска развития желудочно-кишечного кровотечения назначают

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

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

- преднизолона
- кристаллического глюкозамина сульфата
- метилпреднизолона
- гидрокортизона

Для внутрисуставного введения используют

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

Терапевтической дозой глюкозамина сульфата является + _____ + мг/сут

- 1000
- 800
- 1500
- 500

К симптоматическим лекарственным средствам замедленного действия относится

- фебуксостат
- глюкозамин
- пироксикам
- колхицин

Лабораторные воспалительные изменения при остеоартрозе

- фебуксостат
- глюкозамин
- пироксикам
- 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

- фебуксостат
- глюкозамин
- пироксикам
- колхицин

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- фебуксостат
- глюкозамин
- пироксикам
- колхицин

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом у больного является

- фебуксостат
- глюкозамин
- пироксикам
- колхицин

Диагноз

При подагре увеличивается риск развития

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

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

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

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

Для длительного лечения больным подагрой назначают

- диклофенак
- преднизолон
- аллопуринол
- мелоксикам

Для длительного лечения подагры, осложнившейся хронической почечной недостаточностью, назначают

- фебуксостат
- колхицин
- диклофенак
- аллопуринол

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

- лозартан
- фуросемид
- бисопролол
- нифедипин

Больным подагрой нельзя назначать колхицин при

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

Индикатором эффективности лечения подагры служит снижение уровня

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

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 37,4°C. + 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 деформированы, 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 пилорoduodenальной зоне. + Печень и селезенка не увеличены.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

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

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

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

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом больной является

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

Диагноз

Стадия и степень активности заболевания соответствуют критериям

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

У пациентки в качестве системных проявлений заболевания обнаружены

- I рентгенологической стадии, II степень активности с системными проявлениями

- II рентгенологической стадии, I степени активности с системными проявлениями
- II рентгенологической стадии, II степени активности с системными проявлениями
- III рентгенологической стадии, III 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 инсuffляции кислородом расправляется хорошо, стенки эластичные. Слизистая оболочка желудка диффузно гиперемирована, отечна во всех отделах. Привратник зияет, не деформирован, проходим. Луковица 12-перстной кишки 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

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

Препаратом первой линии для лечения основного заболевания в данном случае является

- метотрексат
- преднизолон в малых дозах
- сульфасалазин
- гидроксихлорохин

Пациентке в качестве обезболивающей терапии можно рекомендовать

- диклофенак
- целекоксиб
- кеторолак
- напроксен

При наличии плохой переносимости метотрексата следует назначить

- циклофосфан
- мофетила микофеналат
- гидроксихлорохин
- лефлуномид

При назначении метотрексата необходимо контролировать

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

Для снижения риска нежелательных реакций терапии метотрексатом его следует комбинировать с

- антацидами
- иммуномодуляторами
- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой

При непереносимости терапии синтетическими базисными противовоспалительными средствами следует назначить

- антацидами
- иммуномодуляторами
- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой

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 38,3°C.

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°C. 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

- антацидами

- иммуномодуляторами
- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- антацидами
- иммуномодуляторами
- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом у больной является

- антацидами
- иммуномодуляторами
- нестероидными противовоспалительными препаратами
- фолиевой кислотой

Активность заболевания соответствует _____ степени

- высокой
- низкой
- средней
- очень высокой

Проявления заболевания представлены поражением

- слизистых, суставов, гемолитической анемией, цитопенией
- почек, гемолитической анемией, слизистых, суставов
- суставов, анемией, сердца, легких
- 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
- метилпреднизолоном в виде пульс-терапии по 15-20 мг/кг, в/в 3 дня
- циклофосфамидом – 1000 мг в/в ежемесячно, в течении 6 мес

При резистентности к лекарственной терапии назначают

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

У больных системной красной волчанкой с высокой иммунологической активностью следует применять

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

При данном диагнозе больную должен наблюдать

- ревматолог
- терапевт
- нефролог
- врач общей практики

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

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

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

У пациента выявлено поражение желудочно-кишечного тракта в виде

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

У пациента обнаружены признаки

- перикардита
- миокардита
- легочной артериальной гипертензии
- рестриктивной кардиомиопатии

Препаратом первого ряда для лечения синдрома Рейно является

- производное дигидропиридина
- преднизолон
- изоптин
- бозентан

При тяжелом синдроме Рейно и неэффективности стандартной терапии назначают

- преднизолон
- силденафил
- нифедипин
- илопрост

В качестве специфической терапии легочной артериальной гипертензии применяется

- амиодарон
- дилтиазем
- нипертен
- бозентан

При поражении кожи для лечения диффузной формы заболевания назначают

- инфликсимаб
- метотрексат
- азатиоприн
- преднизолон

В зависимости от течения и степени активности склеродермии реабилитация показана при

- инфликсимаб
- метотрексат
- азатиоприн
- преднизолон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 22 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на * на ежедневные приступы удушья до 3-4 раз в сутки преимущественно в ночные и ранние утренние часы, * чувство заложенности в грудной клетке, экспираторную одышку при физической нагрузке, * приступообразный кашель с отделением умеренного количества прозрачной мокроты.

Анамнез заболевания

* С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). * В 15 лет впервые развился приступ затруднённого дыхания после контакта с кошкой, диагностирована бронхиальная астма. * В качестве поддерживающей терапии использует ингаляционные глюкокортикостероиды в средней суточной дозе. * В последние 3 месяца появились эпизоды затруднённого «свистящего» дыхания до 4-5 раз в неделю, купирующиеся ингаляцией короткодействующих бронхолитиков, одышка при быстрой ходьбе. * Ухудшение состояния в течение 7 дней: стали беспокоить ежедневные приступы удушья (3-4 раза), ночные пробуждения из-за симптомов заболевания, возросла потребность в бронхорасширяющих препаратах.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает медицинской сестрой в поликлинике. * Перенесённые заболевания: детские инфекции. *

Наследственность неотягощена. * Пищевая аллергия (цитрусовые – явления крапивницы). * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,4°C.

Астенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Носовое дыхание не нарушено.

При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, при аускультации дыхание жёсткое, над всей поверхностью лёгких выслушиваются рассеянные сухие дискантовые хрипы, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 86 в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- инфликсимаб
- метотрексат
- азатиоприн
- преднизолон

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- инфликсимаб
- метотрексат
- азатиоприн
- преднизолон

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- инфликсимаб
- метотрексат
- азатиоприн
- преднизолон

Для неотложной терапии заболевания необходимо назначить небулайзерную терапию короткодействующими бронходилататорами и _____ внутрь

- теофиллин
- муколитики
- глюкокортикостероиды
- антибиотики

Эффективность неотложной терапии после назначения следует оценить через (в минутах)

- 120
- 60
- 30
- 15

Суточная доза системных глюкокортикостероидов (преднизолон внутрь) для лечения обострения заболевания составляет (в мг)

- 40-50
- 15-20
- 10-15
- 5-10

Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

- средних доз ингаляционных и интраназальных глюкокортикостероидов
- высоких доз ингаляционных и системных глюкокортикостероидов
- высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета2-агонистов
- низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и кромонов

Больной показано проведение вакцинации против

- дифтерии
- кори
- гепатита В
- гриппа

Пациентка относится к _____ группа состояния здоровья

- IIIa
- II
- I
- IIIб

Бронхиальная астма средней степени тяжести устанавливается у пациентов, получающих терапию, соответствующую ступени

- 1
- 3
- 5
- 2

Критерием тяжёлого обострения астмы является частота дыханий $\geq$ ____ в мин.

- 25
- 35
- 32
- 30

Критерием жизнеугрожающей астмы является $SpO_2 < \_\_\_\%$

- 25
- 35
- 32
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 65 лет госпитализирована

Жалобы

на * кашель с трудноотделяемой мокротой жёлтого цвета, * повышение температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, * одышку при незначительной физической нагрузке, * учащённое сердцебиение, отёки ног, * озноб, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

* Заболела остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до $38,2^{\circ}\text{C}$, появились кашель с мокротой жёлтого цвета, озноб, общая слабость. * Одновременно отметила усиление одышки при ходьбе и в ночные часы. * С 50 лет страдает артериальной гипертонией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст. * В 60 лет перенесла инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка. * С 63 лет присоединились одышка при обычной физической нагрузке, отёки ног. Постоянно принимает статины и ацетилсалициловую кислоту, нерегулярно – ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия. * Наследственность и аллергоанамнез: без особенностей. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – $38,2^{\circ}\text{C}$.

Гиперстенического телосложения, рост – 158 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – $28,8 \text{ кг/м}^2$, периферические лимфоузлы не увеличены, отёчность стоп и нижней трети голеней. Дыхание поверхностное, ЧДД – 20 в минуту. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в подлопаточных областях с обеих сторон. При аускультации в зонах притупления выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца

звучные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 160/95 мм рт.ст. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под рёберной дуги на 3 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.
Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 25
- 35
- 32
- 30

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 25
- 35
- 32
- 30

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 25
- 35
- 32
- 30

В данной клинической ситуации к сопутствующей патологии можно отнести - ИБС: постинфарктный кардиосклероз

- ХСН I ст. II ФК. Гипертоническая болезнь III ст., 2 ст., риск 4. Избыточная масса тела
- ХСН IIА ст. I ФК. Гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск 4. Ожирение I ст.
- ХСН IIБ ст. III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., 2 ст., риск 4. Избыточная масса тела
- ХСН IIБ ст. IV ФК. Гипертоническая болезнь II ст., 1 ст., риск 3. Ожирение I ст.

В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение

- макролида
- аминогликозида

- фторхинолона I поколения
- ингибиторзащищённого аминопенициллина

Для лечения сопутствующей патологии данной пациентке показано назначение комбинации

- ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, диуретиков
- нитратов, диуретиков, недигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов, теофиллина
- ингибиторов АПФ, антикоагулянтов, альфа-адреноблокаторов, теофиллина
- ингибиторов АПФ, нитратов, дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов, антикоагулянтов

Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- гепатита А
- гриппа
- гепатита В
- туберкулёза

Целевым значением систолического артериального давления для пациентки является + _____ + мм рт.ст

- 110-119
- 130-139
- 150-159
- 120-129

Критериями достаточности антибактериальной терапии у пациентов без хронической ДН является количество лейкоцитов в крови менее + ____ + $10^9/\text{л}$

- 12
- 8
- 10
- 14

Суточный объём потребляемой жидкости для данной пациентки не должен превышать + _____ + л

- 2
- 2,5
- 3,5
- 3

Целевым значением диастолического артериального давления для пациентки является величина + _____ + мм рт.ст

- 90-99
- 60-69
- 80-89
- 70-79

Критериями достаточности антибактериальной терапии у пациентов без хронической ДН является частота дыхания менее

- 90-99
- 60-69
- 80-89
- 70-79

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на * повышение температуры тела до 37,6°C, * интенсивный кашель со скудной желтоватой мокротой, сопровождающийся «свистящим» дыханием, * головную боль, * боли в мышцах, слабость.

Анамнез заболевания

* Болеет в течение 7 дней, в дебюте заболевания отмечались слабость, субфебрилитет, миалгии, боли в горле при глотании. * На 3 день заболевания присоединился кашель со скудной мокротой, эпизоды диспноэ, сопровождающиеся свистящими хрипами в грудной клетке. * Подобные симптомы отмечались у членов семьи (муж, дети).

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает уборщицей помещений. * Перенесённые заболевания: корь, скарлатина. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: курит с 20 лет (10 сигарет в день).

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 37,2°C. Умеренная гиперемия зева. Нормостенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски, влажные. При осмотре грудной клетки значимой патологии не выявлено. При сравнительной перкуссии легких – лёгочный звук. При аускультации дыхание жёсткое, умеренное количество сухих базовых хрипов, в подлопаточных областях с обеих сторон умеренное количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧДД – 20 в минуту. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД - 110/65 мм.рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 90-99
- 60-69
- 80-89
- 70-79

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 90-99
- 60-69
- 80-89
- 70-79

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом выявленных рентгенологических изменений целесообразно выполнить исследование для обнаружения + _____ + инфекции

- 90-99
- 60-69
- 80-89
- 70-79

Получен дополнительный результат

Получен дополнительный результат: пациентка выполнила ПЦР *Mycoplasma pneumoniae*, результат - положительный

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 90-99
- 60-69
- 80-89
- 70-79

Диагноз

Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения следует использовать шкалу

- SMART-COP
- CRB-65
- SCORE

- GRACE

У данной пациентки по шкале CRB-65 + _____ + баллов

- 0
- 3
- 1
- 2

В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке может быть назначен + _____ + внутрь

- метронидазол
- доксициклин
- кларитромицин
- ципрофлоксацин

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах)

- 48-72
- 6-10
- 12-18
- 24-36

Критерием достаточности антибактериальной терапии, помимо стойкого снижения температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч; отсутствия интоксикационного синдрома; гнойной мокроты и нормальной частоты дыхания является снижение

- ферритина
- СОЭ
- СРБ
- количества лейкоцитов

Критерием достаточности антибактериальной терапии будет снижение количества лейкоцитов в крови менее

- 10
- 18
- 15
- 12

Для микоплазменной пневмонии характерно(ы)

- острое начало, высокая лихорадка
- предшествующая герпетическая инфекция
- мышечные и головные боли

- неврологическая симптоматика

Основным методом диагностики микоплазменной пневмонии является

- острое начало, высокая лихорадка
- предшествующая герпетическая инфекция
- мышечные и головные боли
- неврологическая симптоматика

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы

на * надсадный постоянный малопродуктивный кашель, * скудное кровохарканье, * одышку при быстрой ходьбе, * слабость, прогрессирующее похудание.

Анамнез заболевания

* Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 50 лет присоединилась одышка с затруднённым выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращался. * В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание. * 10 дней назад впервые заметил примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка). Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает водителем автобуса. * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 178 см, масса тела – 58 кг, индекс массы тела – $18,3 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при перкуссии грудной клетки справа в I и II межреберьях определяется притупление лёгочного звука, при аускультации в зоне притупления – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – жесткое дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO_2 – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- острое начало, высокая лихорадка
- предшествующая герпетическая инфекция

- мышечные и головные боли
- неврологическая симптоматика

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- острое начало, высокая лихорадка
- предшествующая герпетическая инфекция
- мышечные и головные боли
- неврологическая симптоматика

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

- острое начало, высокая лихорадка
- предшествующая герпетическая инфекция
- мышечные и головные боли
- неврологическая симптоматика

В данной клинической ситуации сопутствующим заболеванием является

- хроническая обструктивная болезнь лёгких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа A (mMRC 1, редкие обострения).
- хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлая степень (GOLD 3), группа C (mMRC 1, частые обострения)
- хронический необструктивный бронхит, обострение средней степени тяжести
- хронический необструктивный бронхит, инфекционное обострение тяжёлой степени

Для верификации основного диагноза следует назначить бронхоскопию и

- пульмонангиографию
- бодиплетизмографию
- перфузионную сцинтиграфию лёгких
- компьютерную томографию органов грудной клетки

Для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания пациенту следует назначить

- длительно действующие антихолинергические препараты
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- антагонисты эндотелиновых рецепторов
- короткодействующие антихолинергические препараты

Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» пациенту следует назначить

- пероральные глюкокортикостероиды
- коротко действующие бронходилататоры
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- коротко действующие нитраты

Пациенту показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- туберкулёза
- гриппа
- гепатита А
- гепатита В

В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать прекращение курения и проведение

- трансплантации лёгких
- респираторной поддержки
- аллерген-специфической иммунотерапии
- лёгочной реабилитации

Для оценки влияния ХОБЛ на качество жизни пациента следует использовать +_____+ опросник

- Миннесотский
- CAT
- COPD
- mMRC

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет +_____+ раз/раза

- 2
- 3
- 1
- 4

Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет +_____+ раз/раза

- 2
- 3
- 1
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы

на * тянущие боли в эпигастрии и левом подреберье, усиливающиеся через 40-60 минут после еды (чаще после приёма обильной, жирной, жареной пищи и алкоголя), с иррадиацией в спину, * отрыжку воздухом, изжогу, тошноту, вздутие живота, * кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи, * сухость во рту, прогрессирующее похудание (за последний год похудел на 8 кг).

Анамнез заболевания

* Длительное время злоупотребляет алкоголем, 7 лет назад стали беспокоить вышеописанные боли, которые носили интермиттирующий характер и уменьшались при приёме обезболивающих. За медицинской помощью не обращался. * В течение последнего года интенсивность и продолжительность болей значительно прогрессировали, присоединились изжога, тошнота, метеоризм, нарушения стула, потеря веса. Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает курьером. * Перенесённые заболевания: пневмония. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: курит с 15 лет (30 сигарет в день), в течение последних 20 лет злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,8°C. Пониженного питания, рост – 173 см, масса тела – 54 кг, ИМТ=18,0 кг/м². Гипотрофия скелетной мускулатуры. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не пальпируются, отёков нет. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 68 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Язык подсушен. Живот вздут, при пальпации определяется умеренная болезненность в области эпигастрия и левого подреберья. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптомов раздражения брюшины нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2
- 3
- 1
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 2
- 3
- 1
- 4

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 2
- 3
- 1
- 4

Диагноз

Для верификации диагноза показано проведение

- компьютерной томографии органов брюшной полости
- обзорной рентгенографии органов брюшной полости
- радиоизотопного исследования поджелудочной железы
- диагностической лапароскопии органов брюшной полости

Консервативная тактика ведения больного включает отказ от курения и алкоголя, купирование болевого синдрома, лечение экзокринной и эндокринной недостаточности и

- иммуносупрессивную терапию
- антибактериальную терапию
- нутритивную поддержку
- иглорефлексотерапию

Для купирования болевого синдрома данному пациенту показано назначение

- пирацетама
- парацетамола
- дротаверина
- преднизолона

Показаниями для заместительной ферментной терапии являются стеаторея, диарея и

- гипергликемия
- потеря в весе
- гиперамилаземия
- тошнота

Ферментные препараты следует принимать

- за 2 часа до еды
- во время еды
- натошак
- через 2 часа после еды

Принципом диеты для данного пациента является дробный приём пищи с

- низким содержанием белков, углеводов, насыщенных жиров и холестерина
- низким содержанием белков и углеводов, высоким содержанием насыщенных жиров и холестерина
- высоким содержанием белков, низким содержанием насыщенных жиров и холестерина
- высоким содержанием белков, углеводов, насыщенных жиров и холестерина

Пациент относится к +_____+ группе состояния здоровья

- IIIa
- I
- IIIб
- II

К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся непроходимость двенадцатиперстной кишки, обструкция общего желчного протока и

- симптоматические псевдокисты
- нутритивная недостаточность
- эрозивный эзофагит
- синдром мальабсорбции

У пациента повышен риск развития

- симптоматические псевдокисты
- нутритивная недостаточность
- эрозивный эзофагит
- синдром мальабсорбции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 25 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на * боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время; через 2-3 часа после приёма пищи; голодные боли, возникающие натощак и прекращающиеся после приёма пищи; * отрыжку кислым, тошноту.

Анамнез заболевания

* Данные симптомы беспокоят в течение 5 лет, преимущественно весной и осенью. К врачу не обращался, для уменьшения болей принимает соду, Альмагель. * Настоящее ухудшение развилось 10 дней назад, обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает программистом. * Перенесённые заболевания: пневмония. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 1,72 м, масса тела – 70 кг, индекс массы тела – 23,7 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет, температура тела – 36,3°C. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом, живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- симптоматические псевдокисты
- нутритивная недостаточность
- эрозивный эзофагит
- синдром мальабсорбции

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимо провести следующие инструментальные методы обследования

- симптоматические псевдокисты
- нутритивная недостаточность
- эрозивный эзофагит
- синдром мальабсорбции

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- симптоматические псевдокисты
- нутритивная недостаточность
- эрозивный эзофагит
- синдром мальабсорбции

Диагноз

Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию

- Н₂-блокатора, антацида, метронидазола
- ингибитора протонной помпы, Н₂-блокатора, гентамицина
- ингибитора протонной помпы, амоксициллина, гентамицина
- ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)

- 16-18
- 3-5
- 10-14
- 6-8

Контроль эрадикации *H. pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)

- 1-3
- 10-12
- 4-6
- 7-9

В период лечения пациенту показана диета

- щадящая
- низкоуглеводная
- основной вариант
- высокобелковая

Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)

- 15
- 21
- 7
- 10

Пациент относится к +_____+ группе состояния здоровья

- II
- IIIa
- IIIб
- I

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет + ____ + раз/раза

- 4
- 1
- 2
- 3

Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет + ____ + раз/раза

- 2
- 1
- 4
- 3

Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с момента последнего обострения составляет (в годах)

- 2
- 1
- 4
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 43 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

на * ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 10-15 минут после приема пищи, * тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение, * снижение аппетита.

Анамнез заболевания

* Данные симптомы беспокоят в течение 6 лет, купируются приемом Альмагеля. К врачу ранее не обращался. * Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. * Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает автослесарем. * Перенесённые заболевания: ОРВИ. * Наследственность: отец страдал язвенной болезнью желудка. * Аллергоанамнез не отягощен. * Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день), часто употребляет алкоголь.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания, рост – 176 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – $18,1 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,5^\circ\text{C}$. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

ЧДД – 16 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, болезненный в эпигастральной области, симптом раздражения брюшины не выявляется. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- 2
- 1
- 4
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимо провести следующие инструментальные методы обследования

- 2
- 1
- 4
- 3

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 2
- 1
- 4
- 3

Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию

- Н₂-блокатора, антацида, метронидазола

- ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина
- ингибитора протонной помпы, амоксициллина, гентамицина
- ингибитора протонной помпы, H²-блокатора, гентамицина

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)

- 3-5
- 6-8
- 10-14
- 16-18

Контроль эрадикации H. pylori после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)

- 1-3
- 7-9
- 4-6
- 10-12

В период лечения пациенту показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №

- 10
- 9
- 7
- 1

Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данного больного составляют (в днях)

- 7
- 15
- 10
- 21

Пациент относится к группе состояния здоровья

- I
- II
- IIIa
- IIIб

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложнённого течения составляет +____+ раз/раза

- 2

- 1
- 4
- 3

Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка неосложнённого течения составляет +_____+ раз/раза

- 4
- 3
- 2
- 1

Длительность диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью желудка с момента последнего обострения составляет (в годах)

- 4
- 3
- 2
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет.

Жалобы

на * изжогу после еды, при наклонах и в горизонтальном положении, * отрыжку кислым содержимым, * дискомфорт за грудиной, особенно после приёма пищи, усиливающийся при наклонах и в горизонтальном положении,

Анамнез заболевания

* Более 15 лет беспокоит изжога и отрыжка кислым содержимым. * К врачу не обращалась, самостоятельно использовала антацидные препараты. * В течение последних 4 месяцев изжога приобрела постоянный характер, появились вышеописанные боли за грудиной.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает кассиром. * Перенесённые заболевания, операции: ОРВИ, аппендэктомия. * Хронические заболевания: дискинезия желчевыводящих путей, бронхиальная астма легкого интермиттирующего течения * Беременности – 2, роды – 1. * Наследственность неотягощена. Аллергия на цветение трав * Вредные привычки - нет * Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 162 см, масса тела – 81 кг, индекс массы тела – $30,8 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,8^\circ\text{C}$. . Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические

лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный.

Перечисленный выше симптомокомплекс обусловлен развитием у пациентки

- 4
- 3
- 2
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования будет

- 4
- 3
- 2
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 4
- 3
- 2
- 1

Диагноз

В данной клинической ситуации предрасполагающим фактором к развитию ГЭРБ является

- ожирение I степени
- дискинезия желчевыводящих путей
- аллергия на цветение трав
- бронхиальная астма легкого интермиттирующего течения

Рекомендации по изменению образа жизни для данной пациентки включают: уменьшение массы тела и приём пищи + _____ + раз/раза в день

- 1-2
- 3-4

- 5-6
- 7-8

Продолжительность основного курса лечения ингибиторами протонной помпы в данной ситуации составляет не менее +_____+ недель

- 8
- 2
- 12
- 4

В состав комплексной терапии данного заболевания включают приём

- нитратов
- антидепрессантов
- прокинетиков
- желчегонных

Для устранения гастроэзофагеального рефлюкса и нормализации двигательной функции верхнего отдела пищеварительного тракта необходимо назначить

- метоклопрамид
- итоприда гидрохлорид
- дротаверин
- спазмалгон

Диетические рекомендации для данной пациентки содержат исключение жирной пищи, шоколада, помидоров и

- кислых фруктовых соков
- постных сортов мяса
- плодовых тыквенных овощей
- нежирных сортов рыбы

Для повышения эффективности терапии основного заболевания целесообразно к лечению добавить препараты

- биоадгезивной формулы на основе гиалуроновой кислоты и хондроитина сульфата
- содержащие энзимы
- поливитаминные
- содержащие алюмосиликат природного происхождения, оказывающие адсорбирующее действие

Пациентам с рефрактерным течением ГЭРБ (отсутствие убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение 4–8 недель при проведении терапии в стандартной дозе ИПП) рекомендовано

- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов
- дополнительно назначить антибактериальную терапию
- увеличение дозы ИПП в два раза
- увеличение длительности лечения до 9-12 недель

Кратность посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в первые 3 года после последнего обострения составляет + ____ + раз/раза в год

- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов
- дополнительно назначить антибактериальную терапию
- увеличение дозы ИПП в два раза
- увеличение длительности лечения до 9-12 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Беременная 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

* на боли в эпигастральной области, возникающие в ночное время; через 2-3 часа после приёма пищи; голодные боли, возникающие натощак и прекращающиеся после приёма пищи, * отрыжку кислым, тошноту, * запоры (двух-трёхдневная задержка стула)

Анамнез заболевания

* Срок беременности – 10 недель. Вышеописанные симптомы беспокоят в течение 2 недель, для уменьшения болей принимала соду. * Обратилась в районную поликлинику.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает бухгалтером. * Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с 16 лет с сезонными обострениями, последнее обострение – год назад, ранний гестоз (тошнота, рвота). * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 1,72 м, масса тела – 72 кг, температура тела – 36,8°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом, живот участвует в акте дыхания, округлой формы. При пальпации болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет. Перкуторные размеры

печени и селезёнки в пределах нормы. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2-3 дня).

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов
- дополнительно назначить антибактериальную терапию
- увеличение дозы ИПП в два раза
- увеличение длительности лечения до 9-12 недель

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- проведение ЭГДС с биопсией пищевода и гистологическим исследованием биоптатов
- дополнительно назначить антибактериальную терапию
- увеличение дозы ИПП в два раза
- увеличение длительности лечения до 9-12 недель

Результаты инструментальных методов обследования

Альтернативным методом инструментальной диагностики у данной пациентки является

- рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки
- компьютерная томография желудка и двенадцатиперстной кишки
- ультразвуковое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
- сцинтиграфия желудка и двенадцатиперстной кишки

Какой основной диагноз?

- рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки
- компьютерная томография желудка и двенадцатиперстной кишки
- ультразвуковое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки
- сцинтиграфия желудка и двенадцатиперстной кишки

Диагноз

В данной ситуации лечение следует начать с

- амоксициллина
- невсасывающихся антацидов
- ингибиторов протонной помпы
- H₂-блокаторов

Для купирования болевого синдрома целесообразно назначение

- анальгетиков-антипиретиков
- спазмолитиков
- препаратов висмута
- нестероидных противовоспалительных средств

В период лечения показано соблюдение рекомендаций по питанию, соответствующих диете №

- 1
- 10
- 7
- 9

Ориентировочные сроки нетрудоспособности для данной пациентки составляют _____ дней

- 7
- 10
- 25
- 15

Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

- IIIa
- II
- IIIб
- I

Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения по основному заболеванию составляет _____ раз/раза в год

- 1
- 4
- 3
- 2

Продолжительность стационарного лечения пациентов с обострением язвенной болезни должна составлять +_____+ дней

- 7
- 12
- 21
- 10

Длительность диспансерного наблюдения с момента последнего обострения основного заболевания составляет _____ года/лет

- 7
- 12
- 21
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 36 лет.

Жалобы

* на изжогу после еды, при физическом напряжении, наклонах и в горизонтальном положении, * отрыжку кислым содержимым, * боли за грудиной, дискомфорт во время приёма пищи, усиливающиеся при наклонах и в горизонтальном положении, * приступы затруднённого «свистящего» дыхания и непродуктивного кашля в дневное время и в ночные часы 2-3 раза в неделю, купирующиеся ингаляцией бронхолитиков короткого действия

Анамнез заболевания

* Более 5 лет беспокоит изжога и отрыжка кислым содержимым. * К врачу не обращалась, самостоятельно использовала антацидные препараты. * В течение последних 4 месяцев изжога приобрела постоянный характер, появились вышеописанные боли за грудиной. * Респираторные симптомы беспокоят в течение 2 месяцев.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает кассиром. * Перенесённые заболевания: бронхиальная астма с 16 лет, в качестве поддерживающей терапии в течение последнего года использует комбинацию низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительнодействующих бета2-агонистов; сезонный аллергический ринит (в период цветения деревьев). * Беременности – 2, роды – 1. * Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: цитрусовые, пенициллин – явления крапивницы. * Вредные привычки: курит с 15 лет (5 сигарет в день). * Часто употребляет копчёности, шоколад, газированные напитки, основной приём пищи в вечерние часы, перед сном.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Избыточного питания, рост – 1,62 м, масса тела – 81 кг, индекс массы тела – $30,8 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, сухие дискантовые хрипы в небольшом количестве при форсированном выдохе, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз в день, обычного цвета, без примесей слизи и крови.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- 7
- 12
- 21
- 10

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- 7
- 12
- 21
- 10

Результаты инструментальных методов обследования

**В настоящее время у пациентки основным диагнозом является:
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Рефлюкс-эзофагит степень**

- 7
- 12
- 21
- 10

Диагноз

Также у пациентки присутствуют следующие сопутствующие патологии, такие как

- аллергическая бронхиальная астма, лёгкое частично контролируемое течение. Избыточная масса тела
- аллергическая бронхиальная астма, среднетяжелое неконтролируемое течение. Ожирение I степени
- аллергическая бронхиальная астма, тяжелое неконтролируемое течение. Ожирение I степени
- аллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое контролируемое течение. Ожирение II степени

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- отказ от курения, уменьшение массы тела, 5-6 разовый приём пищи, ношение бандажа и корсета
- отказ от курения, уменьшение массы тела, 3-4 разовый приём пищи с последним приёмом за 2 часа до ночного сна

- уменьшение количества выкуриваемых сигарет и массы тела, 3-4 разовый приём пищи, сон с низким изголовьем
- уменьшение количества выкуриваемых сигарет и массы тела, 5-6 разовый приём пищи с последним приёмом за 30 мин. до ночного сна

В качестве основного курса лечения в данной ситуации показан приём ингибиторов протонной помпы в течение + _____ + недель

- 4
- 6
- 2
- 8

В качестве поддерживающего курса лечения показан последующий приём ингибиторов протонной помпы в течение + _____ + недель

- 2-4
- 16-24
- 6-8
- 10-12

В качестве вспомогательных средств фармакотерапии рекомендован приём

- прокинетиков, теофиллина, желчегонных
- антацидов, желчегонных, спазмолитиков
- антацидов, спазмолитиков, нитратов
- альгинатов, антацидов, прокинетиков

Диетические рекомендации содержат исключение

- жирной пищи, зерновых продуктов, шоколада, томатов, кофе
- шоколада, томатов, постных сортов мяса, газированных напитков
- шоколада, томатов, кофе, обезжиренных молочных продуктов
- жирной пищи, шоколада, томатов, газированных напитков, кофе

Для лечения сопутствующей патологии показано назначение комбинации длительно действующих бета~2~-агонистов и

- высоких доз системных глюкокортикостероидов
- теофиллина замедленного действия
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- средних доз ингаляционных глюкокортикостероидов

Пациентка относится к + _____ + группе состояния здоровья

- I
- II
- IIIб

- IIIa

Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения основного заболевания составляет \ ____ раз(а)

- I
- II
- IIIб
- IIIa

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась больная 58 лет.

Жалобы

* на надсадный постоянный малопродуктивный кашель, * скудное кровохарканье, * одышку при быстрой ходьбе, * слабость, прогрессирующее похудание.

Анамнез заболевания

* Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 56 лет присоединилась одышка с затруднённым выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращалась. * В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание. * 10 дней назад впервые заметила примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка). Обратилась в районную поликлинику.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Не работает. * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: курит с 25 лет (20 сигарет в день).

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 1,60 м, вес – 46 кг, индекс массы тела – $18,0 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при аускультации справа по передней аксиллярной линии на уровне IV, V межреберья – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO_2 – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- I
- II

- IIIб
- IIIа

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- I
- II
- IIIб
- IIIа

Результаты инструментальных методов обследования

Сформулируйте предполагаемый основной диагноз

- I
- II
- IIIб
- IIIа

Диагноз

Укажите сопутствующее заболевание

- Хроническая обструктивная болезнь лёгких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа A (mMRC 1, редкие обострения)
- Хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлая степень (GOLD 3), группа C (mMRC 1, частые обострения)
- Хронический необструктивный бронхит, mMRC 1, частые обострения, обострение
- Хронический необструктивный бронхит, mMRC 1, редкие обострения, ремиссия

Для верификации основного диагноза следует назначить

- компьютерную томографию органов грудной клетки и пульмонангиографию
- бронхоскопию и компьютерную томографию органов грудной клетки
- бронхоскопию и определение онкомаркёров
- бронхоскопию и бодиплетизмографию

Препаратами выбора для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания являются

- антагонисты эндотелиновых рецепторов
- короткодействующие антихолинергики

- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- длительнодействующие антихолинергики

Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» следует назначить

- ингаляционный глюкокортикостероид
- пероральный глюкокортикостероид
- короткодействующий нитрат
- короткодействующий бронходилататор

Пациенту показано проведение вакцинации против

- гриппа, пневмококковой инфекции
- туберкулёза, гепатита А
- пневмококковой инфекции, гепатита В
- гриппа, туберкулёза

В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать

- трансплантацию лёгких, кислородотерапию
- лёгочную реабилитацию, низкокалорийную диету
- аллерген-специфическую иммунотерапию, респираторную поддержку
- прекращение курения, лёгочную реабилитацию

Для средней степени тяжести ХОБЛ характерно значение ОФВ1, % от должного

- менее 30%
- $30\% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$
- более 80%
- $50\% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$

Кратность посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет _____ раз/раза в год

- 2
- 4
- 1
- 3

Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет _____ раз/раза в год

- 2

- 4
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 41 года, водитель троллейбуса, обратилась в поликлинику.

Жалобы

- ощущение задержки пищи в пищеводе при глотании, возникающее независимо от ее консистенции,
- необильное срыгивание недавно съеденной пищей,
- тяжесть и дискомфорт за грудиной,
- снижение массы тела.

Анамнез заболевания

Впервые ощущение затруднения при глотании возникло 3 месяца назад в условиях эмоционального стресса и быстро прогрессировало. Сначала больная стала запивать плотную пищу маленькими глотками минеральной воды, ела стоя и двигаясь по комнате, что приносило временный и непостоянный эффект. Месяц назад появилось необильное срыгивание только что принятой пищей. За время болезни вес снизился на 4 кг.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания и операции: редкие простудные, миома матки, соответствующая 5 неделям беременности, в течение 3 лет.
- Наследственность: у матери желчнокаменная болезнь.
- Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Питание достаточное, ИМТ=21 кг/м². Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Пальпируется перешеек щитовидной железы. Язык влажный с сероватым налетом у корня, сосочки сохранены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем – без особенностей.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2
- 4
- 1
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 2
- 4

- 1
- 3

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования стенозирующее поражение пищевода обусловлено

- 2
- 4
- 1
- 3

Обследование больной следует начинать с визуализации пищевода методом

- контрастной рентгеноскопии пищевода
- обзорной рентгенографии органов грудной полости
- эзофагоскопии
- компьютерной томографии средостения

Информативность рентгенологического исследования пищевода повышается проведением пробы с

- нитроглицерином
- ипратропия бромидом
- сальбутамолом
- физической нагрузкой

На развернутых стадиях заболевания контрастное рентгенологическое исследование пищевода помимо сужения дистального отдела и расширения проксимального отдела выявляет

- стойкие спастические сокращения
- утолщение стенки на всем протяжении органа
- неровность контура пищевода в среднем отделе
- исчезновение газового пузыря желудка

Лечение больной следует начинать с

- кардиодилатации
- кардиомиотомии
- введения ботулинотоксина
- консервативной терапии

Для консервативного лечения больной можно использовать

- β -адреноблокаторы, ингаляционные глюкокортикостероиды
- антациды, альгинаты, H_2 -блокаторы рецепторов гистамина

- антагонисты кальциевых каналов, нитраты
- ингибиторы АПФ, М-холинолитики, миогенные спазмолитики

При неэффективности консервативного лечения в качестве терапии второй линии пациентке следует рекомендовать

- кардиодилатацию
- стентирование пищевода
- кардиомиотомию с фундопликацией
- кардиомиотомию

Периодичность проведения визуализирующих состояние пищевода и кардии инструментальных исследований

- составляет один раз в 12 месяце
- составляет один раз в 6 месяцев
- определяют по индивидуальным показаниям
- определяют при изменении картины болезни

В процессе динамического наблюдения за больными с ахалазией кардии

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год

Врач-терапевт участковый должен рекомендовать больной с ахалазией кардии

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А., 19 лет, вызвал участкового врача на дом.

Жалобы

на озноб, температуру тела 39°C, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, ломота в теле, в костях, тошнота.

Анамнез заболевания

Пациент болен 2-й день. К концу 1-го дня заболевания появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

Анамнез жизни

* Студент ВУЗа * аллергоанамнез: неотягощен. * перенесенные заболевания: ОРВИ. Онкологические, венерические заболевания отрицает. *

эпидемиологический анамнез: 2 дня назад был контакт с больным одноклассником. .

Объективный статус

* температура тела 38,8°C. * гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер и конъюнктивы, заложенность носа. * в зеве разлитая гиперемия мягкого неба, дужек, миндалин, задней стенки глотки. На мягком небе милиарная зернистость, на задней стенке глотки гранулезная зернистость. * кожный покров обычной окраски. * в легких жесткое дыхание, хрипов нет. * пульс - 102 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. * язык обложен. * живот мягкий, безболезненный. * печень и селезенка не увеличены. * стул оформленный. Дизурии нет.

Необходимым исследованием для постановки диагноза является

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся по индивидуальной программе
- обязательны консультации врача - торакального хирурга и врача-психотерапевта
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 1 раза в год
- осмотры врачом-терапевтом и врачом-гастроэнтерологом проводятся не реже 2 раз в год

Диагноз

Укажите характерные изменения в периферической крови при гриппе

- эозинофилия
- лейкоцитоз, лимфопения, ускоренная СОЭ
- лейкопения, лимфоцитоз, нормальная СОЭ
- лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ

Осложнениями гриппа являются

- менингит, гломерулонефрит, этмоидит
- пневмония, средний отит, отек мозга
- артрит, миокардит, лимфаденит
- пневмония, артрит, гломерулонефрит

Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить с

- скарлатиной, боррелиозом, аллергическим дерматитом
- парагриппом, аденовирусной инфекцией, РС-инфекцией
- энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом, пиелонефритом
- менингококковой инфекцией, рожей, бруцеллезом

Данному пациенту для лечения сухого непродуктивного надсадного кашля рекомендуется назначить

- амброксол
- ацетилцистеин
- бутамират
- бромгексин

Для лечения неосложненного гриппа используют противовирусные препараты

- осельтамивир, умифеновир
- оксациллин, ацетилцистеин
- рибавирин, азитромицин
- ремантадин, левофлоксацин

Осельтамивир при гриппе назначается по +_____+ раза в сутки

- 0,5 г – 2
- 75 мг – 2
- 0,3 г – 4
- 75 мг – 3

В качестве противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции проводят

- дезинсекцию

- обсервацию
- текущую дезинфекцию
- дератизацию

Для вакцинопрофилактики гриппа используют

- биосинтетические вакцины
- инаktivированные вакцины
- анатоксины
- химические вакцины

Вакцинацию против гриппа проводят в + _____ + период

- летний
- весеннее-летний
- зимний
- осеннее-зимний

Для внутриочаговой химиопрофилактики гриппа, среди проживающих вместе с заболевшим целесообразно рекомендовать

- летний
- весеннее-летний
- зимний
- осеннее-зимний

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 24 лет.

Жалобы

* на тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

* Заболел остро с появления тошноты, многократной рвоты (5 раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области. Одновременно отметил появление жидкого стула до 4-х раз. * Позже почувствовал озноб, слабость, головокружение. Появилась жажда. Температура тела колебалась в пределах 37,2-37,4°C.

Анамнез жизни

* Аллергоанамнез: не отягощен. * Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. * Вредные привычки: отрицает. * Проживает в отдельной квартире, не женат, детей нет. * Эпиданамнез: заболевание связывает с употреблением в пищу роллов с соусами и салатов (за 12 часов до момента появления первых

признаков заболевания). Аналогичную симптоматику испытывали друзья, посещавшие суши-бар.

Объективный статус

* Температура тела 37,2°C. * Кожные покровы бледные, сухие. Цианоза нет. * Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. * АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 86 уд. в мин. * Стул жидкий, обильный, без патологических примесей. * Диурез в норме. * Судорог мышц кистей, стоп, икроножных мышц нет.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести необходимыми методами обследования являются

- летний
- весеннее-летний
- зимний
- осеннее-зимний

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические, эпидемиологические данные, а также результаты лабораторных исследований, можно думать о диагнозе

- летний
- весеннее-летний
- зимний
- осеннее-зимний

У данного больного определяется _____ степень обезвоживания

- III
- I
- IV
- II

Дифференциальную диагностику БПО следует проводить с

- эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, сальмонеллезом
- шигеллезом, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом
- ботулизмом, брюшным тифом, амебиазом
- энтеровирусной инфекцией, лептоспирозом, ГЛПС

Тяжесть течения бактериального пищевого отравления определяется

- степенью обезвоживания
- развитием инфекционно-токсического шока
- развитием кишечного кровотечения
- генерализацией заболевания

Тактика ведения данного больного с бактериальным пищевым отравлением включает

- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в инфекционное отделение
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- ведение пациента в амбулаторных условиях

Лечебная тактика при бактериальном пищевом отравлении включает назначение

- специфической детоксикации
- диеты, антибиотикотерапии
- энтеросорбентов, регидратационной терапии
- регидратационной терапии, антибиотикотерапии

Средством для пероральной регидратации при бактериальном пищевом отравлении является

- полиионный раствор
- глюкозо-полярризирующая смесь
- глюкозо-электролитная смесь
- физиологический раствор

Первый этап оральной регидратационной терапии продолжается до

- 30 минут
- 1 часа
- 24 часов
- 3 часов

Возможным осложнением бактериального пищевого отравления является

- гиповолемический шок
- перфорация кишечника
- кишечное кровотечение
- острая печеночная энцефалопатия

Правилом выписки реконвалесцента после бактериального пищевого отравления является

- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев крови

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией составляет

- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет.

Жалобы

* на повышение температуры тела, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, слабость.

Анамнез заболевания

* Заболевание развилось остро, ночью с появления тошноты, спонтанной многократной рвоты (до 6-ти раз), приносящей кратковременное облегчение, чувства тяжести в эпигастральной области. Спустя 1,5-2 часа от начала заболевания отметила появление жидкого водянистого стула до 10-ти раз. * Позже почувствовала озноб, слабость, головную боль. Появились жажда, головокружение. Температура тела не превышала 37,5°C.

Анамнез жизни

* Аллергоанамнез: не отягощен. * Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. * Вредные привычки: отрицает. * Проживает в отдельной квартире с родителями. * Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, однако в день заболевания встречала подругу на вокзале, там же перекусила вместе с ней пирожком с повидлом. В настоящее время у подруги отмечаются схожие симптомы.

Объективный статус

* Температура тела 37,2°C. * Кожные покровы бледные, сухие. Цианоз носогубного треугольника. * Голос несколько ослаблен. * Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Отмечается урчание по ходу кишечника. Печень и селезенка не увеличены. * АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин. * Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул жидкий, обильный, без патологических примесей. * Диурез снижен. * Судороги мышц кистей, кратковременные.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести необходимыми методами обследования являются

- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев крови

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев крови

У данной больной определяется + _____ + степень обезвоживания

- IV
- II
- I
- III

Дифференциальную диагностику бактериального пищевого отравления следует проводить с

- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- шигеллезом, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом
- сальмонеллезом, эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом

В клиническом анализе крови у этой пациентки индекс гематокрита должен соответствовать значению

- 0,50-0,55
- 0,40-0,46
- 0,46-0,50
- 0,55-0,60

Возможным осложнением бактериальных пищевых отравлений является

- перфорация кишечника
- гиповолемический шок
- острая печеночно-почечная недостаточность
- кишечное кровотечение

Тактика ведения данной больной с бактериальным пищевым отравлением включает

- ведение пациентки в дневном стационаре
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- ведение пациентки в амбулаторных условиях
- госпитализацию в терапевтическое отделение

Лечебная тактика при бактериальных пищевых отравлениях включает назначение

- регидратационной терапии, антибиотикотерапии
- регидратационной терапии, ферментов
- диеты, антибиотикотерапии
- специфической детоксикации, пробиотиков

Средством для пероральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

- глюкозо-поляризирующая смесь
- глюкозо-электролитная смесь
- полиионный раствор
- физиологический раствор

Средством для парентеральной регидратации при бактериальных пищевых отравлениях является

- волемкор
- трисоль
- реополиглюкин
- глюкосолан

Правилом выписки реконвалесцента после бактериального пищевого отравления является

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией составляет

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 2-й день болезни.

Жалобы

* на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук.

Анамнез заболевания

* Заболела остро, ночью с появления озноба, головной боли, тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области. * Позже присоединились схваткообразные боли по всему животу, частый водянистый стул до 15-ти раз. * Температура тела поднялась до 38,7°C. Больная отметила нарастающую слабость, головокружение при вставании, чувство жажды.

Анамнез жизни

* Работает на хлебопекарном комбинате. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (2 года назад). Гинекологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: отрицает. * Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире. * Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома и на работе. Выяснено, что ежедневно по утрам выпивает по два сырых перепелиных яйца.

Объективный статус

* Температура тела 38,3°C. * Кожные покровы бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника. * Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. * АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин. * Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз. * Диурез снижен. * Судороги мышц кистей, кратковременные.

Для постановки диагноза необходимыми методами обследования, учитывая 2-й день болезни, являются

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

Результаты лабораторных методов обследования

Какой диагноз можно предположить у данной больной?

- отрицательный посев крови
- отрицательный посев желчи
- отрицательный посев контрольного анализа кала
- клиническое выздоровление

У данной больной определяется _____ степень обезвоживания

- II
- IV
- I
- III

Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

- эшерихиозами, ротавирусным гастроэнтеритом, кампилобактериозом
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется степенью обезвоживания и

- развитием кишечного кровотечения
- выраженностью интоксикационного синдрома
- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома
- выраженностью гепатоспленомегалии

Тактика ведения данной больной включает

- ведение пациента в амбулаторных условиях
- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализацию в инфекционный стационар
- госпитализацию в мельцеровский бокс

Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение

- регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов
- специфической детоксикации, пробиотиков
- противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- дегидратационной терапии, парентеральных антибактериальных препаратов

Для пероральной регидратации этой больной показано назначение

- глюкозо-поляризирующей смеси
- полиионного раствора
- физиологического раствора
- глюкозо-электролитной смеси

Длительность первого этапа пероральной регидратации у данной пациентки должна продолжаться до + ____ + часов

- 24-х

- 6-ти
- 12-ти
- 2-х

При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение

- цефалоспоринов I поколения
- макролидов
- фторхинолонов
- полусинтетических пенициллинов

Правилom выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после сальмонеллеза является

- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту (работниками хлебопекарни) в очаге острой кишечной инфекции составляет

- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М., 18 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

на слабость, снижение аппетита, тошноту, желтушное окрашивание кожи

Анамнез заболевания

* Заболел остро 15 сентября с повышения температуры тела до 38°C, появления головной боли, слабости, ломоты в суставах. Принимал жаропонижающие средства, но температура сохранялась на уровне 38–39°C, присоединились тошнота, тяжесть в правом подреберье. * На 3-й день болезни исчез аппетит, была двукратная рвота съеденной пищей. * На 4-й день болезни изменился цвет мочи (цвет темного пива), обратил внимание на желтушное окрашивание кожи. С появлением желтухи почувствовал себя лучше.

Анамнез жизни

* Проживает в отдельной квартире с родителями. * Перенесенные заболевания: пневмония, детские инфекции. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Эпиданамнез:

в начале августа этого года отдыхал на юге, питался в столовых, пил некипяченую воду. Контакт с больными, у которых были подобные симптомы заболевания, отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

* Температура тела 36,5°C. * Кожный покров желтушной окраски, сыпи нет. Склеры иктеричны. * ЧСС – 62 уд. в мин, АД – 100/60 мм рт.ст. * Язык влажный, обложен белым налетом. * Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. * Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка четко не пальпируется. * Моча темного цвета. Кал ахоличный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследований, можно думать о диагнозе

- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- трехкратный отрицательный бактериальный посев кала

К клиническим вариантам гепатита А относят

- гастритический, гастроэнтеритический
- безжелтушный, стертый
- гастроэнтероколитический, колитический
- тифоподобный, септический

Дифференциальную диагностику гепатита А в желтушном периоде следует проводить с

- скарлатиной, рожей
- иерсиниозом, лептоспирозом
- бруцеллезом, иксодовым клещевым боррелиозом
- шигеллезом, холерой

Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является

- повышение тромбоцитов в крови
- снижение уровня сывороточного железа
- снижение уровня протромбинового индекса
- повышение уровня трансаминаз в крови

При легкой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию

- антибактериальную
- инфузионную дезинтоксикационную
- базисную (полупостельный режим, диета щадящая)
- регидратационную

При среднетяжелой форме вирусного гепатита А в качестве инфузионной терапии показано назначение

- 5% раствора декстрозы
- декстрана
- свежзамороженной плазмы крови
- 10% раствора альбумина

Для устранения спазма гладкой мускулатуры желчевыводящих путей при вирусном гепатите А рекомендовано назначение

- адеметионина
- метадоксина
- метионина
- папаверина

Реконвалесценты гепатита А должны находиться на диспансерном наблюдении в кабинете инфекционных заболеваний в течение

- 6-12 месяцев
- 4-х недель
- 3-х недель
- 3-6 месяцев

Специфическую профилактику гепатита А осуществляют с помощью

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- проведения вакцинации
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий

Течение вирусного гепатита А характеризуется

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- проведения вакцинации
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С., 18 лет, обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, снижение аппетита, ощущение тяжести в эпигастрии, желтушное окрашивание склер и кожи

Анамнез заболевания

* Заболела остро, когда отметила повышение температуры до 38,5°C, появление «ломоты» в теле, недомогания, слабости. Принимала самостоятельно жаропонижающие средства. * Самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, слабость нарастала, была однократная рвота, стали беспокоить тяжесть в правом подреберье, горечь во рту, температура тела повысилась до 38°C. * На 6-й день болезни больная отметила снижение температуры тела и некоторое улучшение общего самочувствия, но окружающие заметили желтушность склер и кожи, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Студентка * Перенесенные заболевания: детские инфекции * Аллергоанамнез: неотягощен. * Эпиданамнез: за 1 месяц до настоящего заболевания отдыхала в студенческом лагере. Нередко питается в предприятиях общественного питания. Внутривенные инъекции, операции, лечение у стоматолога за последние 6 месяцев отрицает. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

* Температура тела 36,7°C. * Склеры иктеричны, кожный покров желтушной окраски, чистый. * Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет. * Периферические лимфатические узлы не увеличены * В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в мин. * Тоны сердца ясные, ЧСС – 58 уд. в мин, АД – 90/60 мм рт.ст. * Язык влажный, обложен белым налетом. * Живот при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. * Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край печени закруглен, мягко-эластичен, чувствителен. Пальпируется селезенка. * Кал ахоличен. Моча темная. * Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- проведения вакцинации
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- проведения вакцинации
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований, можно думать о диагнозе

- наблюдения за контактными лицами в течение 35 дней
- проведения вакцинации
- обследования контактных лиц
- санитарно-гигиенических мероприятий

При неосложненном течении гепатита А в общем анализе крови характерно наличие

- агранулоцитоза, анемии
- лейкопении, нейтропении
- лейкоцитоза, токсической зернистости нейтрофилов
- лейкоцитоза, атипичных мононуклеаров

Дифференциальную диагностику гепатита А в преджелтушном периоде следует проводить с

- малярией, амебиазом
- гриппом и другими ОРВИ, бактериальным пищевым отравлением
- менингококковой инфекцией, эпидемическим паротитом
- корью, краснухой

Прогностическим лабораторным критерием тяжелого течения вирусного гепатита А является

- повышение тромбоцитов в крови

- повышение уровня глюкозы крови
- повышение уровня трансаминаз в крови
- снижение уровня протромбинового индекса

При легкой форме вирусного гепатита А проводят _____ терапию

- базисную
- регидратационную
- инфузионную дезинтоксикационную
- антибактериальную

Пациентам с вирусным гепатитом А, в независимости от формы тяжести для улучшения тканевого обмена, стабилизации клеточных мембран рекомендовано назначение

- рибавирина
- холестирамина
- адеметионина
- метадоксина

Пациентке для ежедневного опорожнения кишечника с целью выведения токсических веществ рекомендовано назначение

- бисакодила
- лактулозы
- магния сульфата
- натрия фосфата

Выписка пациентки из стационара рекомендовано при снижении активности аланинаминотрансферазы менее +_____ + Ед/л

- 240
- 150
- 80
- 200

Диспансерное наблюдение за переболевшими вирусным гепатитом А осуществляется в течение

- 3-6 месяцев
- 1,5 - 3 месяцев
- 3-х недель
- 4-х недель

Продолжительность инкубационного периода при вирусном гепатите А составляет до +_____ + дней

- 3-6 месяцев

- 1,5 - 3 месяцев
- 3-х недель
- 4-х недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 26 лет.

Жалобы

• на боли в нижней половине живота, частый жидкий стул с примесями слизи и крови, ложные позывы на дефекацию, общую слабость, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,0-38,3°C.

Анамнез заболевания

• Заболела накануне утром, когда появился небольшой озноб, головная боль, отметила повышение температуры тела до 37,7°C. • Через 2-3 часа появились умеренные боли в животе (преимущественно в его нижней половине), кашицеобразный стул без примесей несколько раз. • К вечеру состояние больной ухудшилось, боли в животе усилились, приняли схваткообразный характер, стул стал частым, жидким, с обильными примесями вначале слизи, затем крови, температура поднялась до 38,9°C. • На следующий день появились ложные позывы на низ, стул сохранялся частый (14-15 раз в сутки).

Анамнез жизни

• Временно не работает. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. Гинекологический анамнез неотягощен. • Вредные привычки: отрицает. • Замужем, воспитывает двух детей 3-х и 5-ти лет. Дети посещают детский сад. • Эпиданамнез: за день до заболевания старшую пятилетнюю дочь госпитализировали в инфекционную больницу по поводу КИНЭ.

Объективный статус

• Температура тела 38,2°C. Больная вялая, адинамична. • Кожные покровы чистые, тургор кожи в норме. • Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот несколько втянут, при пальпации выраженная болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, уплотненная и резко болезненная сигмовидная кишка. При пальпации живота в других отделах изменений не выявлено. • АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин. • Стул с малым количеством каловых масс, состоит преимущественно из слизи с прожилками крови. Печень и селезенка не увеличены.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3-6 месяцев
- 1,5 - 3 месяцев
- 3-х недель
- 4-х недель

Результаты лабораторных методов обследования

Укажите основной диагноз

- 3-6 месяцев
- 1,5 - 3 месяцев
- 3-х недель
- 4-х недель

Ведущим механизмом развития диареи при колитическом варианте шигеллезов является

- гиперкинетический
- экссудативный
- гиперосмолярный
- гиперонкотический

Дифференциальную диагностику шигеллеза следует проводить с

- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- энтероинвазивными эшерихиозами, неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом, астровирусный энтероколитом
- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

При колитическом варианте шигеллеза преимущественно поражаются

- восходящая и поперечная ободочная кишка
- 12-ти перстная и тонкая кишка
- терминальные отделы тонкой и слепой кишки
- сигмовидная и прямая кишка

Тактика ведения данной больной включает

- госпитализацию в мельцеровский бокс
- госпитализацию в инфекционный стационар
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- ведение пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при колитическом варианте шигеллеза среднетяжелого течения включает назначение

- дезинтоксикационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов
- специфической детоксикации, пробиотиков
- противодиарейных препаратов, коллоидных растворов

- дегидратационной терапии, парентеральных антибактериальных препаратов

Препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе

- линкозамидов
- пенициллинов
- фторхинолонов
- карбапенемов

Этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начинать с

- азитромицина
- левомицетина
- ципрофлоксацина
- рифампицина

Основным критерием выписки из стационара пациента после перенесенного шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение уровня специфических антител
- проведение контрольной ректороманоскопии
- повышение уровня специфических антител

Правилом выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Диспансерное наблюдение за переболевшими шигеллезом с бактериологически подтвержденным диагнозом устанавливается в течение

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 40 лет на 3-й день болезни

Жалобы

• на тошноту, боли по всему животу, частый жидкий стул с примесями слизи и крови, общую слабость, жажду, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 38,0-38,3°C.

Анамнез заболевания

• Заболел остро, когда появился небольшой озноб, головная боль, отметил повышение температуры тела до 39,0°C. • Одновременно появились схваткообразные боли по всему животу, тошнота, повторная рвота, приносящая кратковременное облегчение. Появился частый жидкий стул (более 10-ти раз), обильный с незначительной примесью слизи и крови. • В последующие дни присоединилась и выросла слабость. Появились головокружение и жажда, кратковременные судороги кистей рук.

Анамнез жизни

• Частный предприниматель. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. • Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает. • Эпиданамнез: был в служебной командировке, в день начала заболевания возвращался домой поездом, питался в местных кафе, покупал еду «с рук» на железнодорожных станциях.

Объективный статус

• Температура тела 38,6°C. Больной вял, адинамичен. • Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Тurgор кожи несколько снижен, легкий цианоз губ. • Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации боли по всему животу, особенно по ходу толстого кишечника. Пальпируется спазмированная, уплотненная и резко болезненная сигмовидная кишка. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. • АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин. • Стул обильный, жидкий, водянистый, с примесью слизи и крови. • Диурез снижен. • Судороги мышц кистей, кратковременные.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

Результаты лабораторных методов обследования

Укажите основной диагноз

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- двукратный отрицательный бактериальный посев кала
- отрицательный бактериологический посев желчи
- отрицательный бактериологический посев крови

У данного больного определяется _____ степень обезвоживания

- I
- II
- IV
- III

Дифференциальную диагностику шигеллеза следует проводить с

- энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом, астровирусный энтероколитом
- энтероинвазивными эшерихиозами, неспецифическим язвенным колитом, кампилобактериозом

Тактика ведения данного пациента включает

- госпитализацию в мельцеровский бокс
- госпитализацию в инфекционный стационар
- ведение пациента в дневном стационаре
- ведение пациента в амбулаторных условиях

Средством для пероральной регидратации при обезвоживании является

- глюкозо-электролитная смесь
- физиологический раствор
- глюкозо-поляризующая смесь
- полиионный раствор

Средством для парентеральной регидратации при обезвоживании является

- реополиглюкин
- волемкор
- трисоль
- цитраглюкосолан

Препарат выбора для лечения шигеллезов относится к группе

- фторхинолонов
- пенициллинов
- карбапенемов
- линкозамидов

Этиотропное лечение шигеллезов целесообразно начинать с

- ципрофлоксацина
- левомицетина
- азитромицина

- рифампицина

Основным критерием выписки из стационара пациента, после перенесенного шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- однократный отрицательный бактериальный посев кала
- проведение контрольной ректороманоскопии
- повышение уровня специфических антител
- снижение уровня специфических антител

Правилом выписки реконвалесцента, относящегося к декретированной группе после шигеллеза, лабораторно подтвержденного, является

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала

Диспансерное наблюдение за переболевшими шигеллезом с бактериологически подтвержденным диагнозом, устанавливается в течение

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 20 лет на 5-й день болезни.

Жалобы

• на боли постоянного ноющего характера внизу живота, учащенный стул до 3-5 раз в сутки с примесью слизи, общую слабость, отсутствие аппетита, боли в суставах, повышение температуры тела до 38,0°C.

Анамнез заболевания

• Заболел остро (5 дней назад), когда появился небольшой озноб, головная боль, общее недомогание, отметил повышение температуры тела до 38,8°C. • Одновременно появились боли по всему животу, тошнота, в течение дня была рвота, приносящая кратковременное облегчение, трижды послабляющий каловый стул. • Лечился дома самостоятельно: принимал жаропонижающие, «смекту» без эффекта. В последующие дни указанные жалобы сохранялись.

Анамнез жизни

• Студент колледжа • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает. •

Эпиданамнез: проживает в общежитии, питается в студенческой столовой. Регулярно употребляет свежие овощи (овощные салаты из капусты, моркови), молочные продукты. Среди студентов отмечены случаи заболеваний кишечной инфекцией.

Объективный статус

• Температура тела 37,8°C. Больной вял, адинамичен. • Легкая гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер. Умеренная гиперемия и отечность кистей и стоп. • При осмотре ротоглотки выявлена гиперемия дужек и язычка. • Язык густо обложен белым налетом. Живот активно участвует в акте дыхания, симметричен, болезненный при глубокой пальпации в правой подвздошной области, где определяется урчание и притупление перкуторного звука. Симптомов раздражения брюшины и аппендикулярной симптоматики не выявлено. Печень и селезенка не увеличены. • АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 100 уд. в мин. • Стул разжижен, каловый, со скудными примесями слизи. • Суставы внешне не изменены, движения в коленных и голеностопных суставах ограничены из-за болей, что более выражено в утренние часы

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала

Результаты лабораторных методов обследования

Укажите основной диагноз

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- отрицательный бактериологический посев крови
- отрицательный бактериологический посев желчи
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала

Дифференциальную диагностику гастроинтестинальной формы иерсиниоза следует проводить с

- сальмонеллезом, шигеллезом, эшерихиозами
- амебиазом, ботулизмом, паратифом А
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом
- паратифом В, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, аденовирусной инфекцией

Дифференциальную диагностику абдоминальной формы иерсиниоза следует проводить с

- внекишечным амебиазом
- острым панкреатитом

- острым аппендицитом
- вирусным гепатитом

Клиническая картина гастроинтестинальной формы иерсиниоза может сопровождаться развитием + _____ + синдрома

- абдоминального
- экзантематозного
- менингеального
- желтушного

Экзантематозный синдром при иерсиниозах характеризуется появлением на

- 8-11 день от начала болезни скудной розеолезной сыпи на передней и боковой поверхностях грудной клетки и живота с феноменом подсыпания
- 5-й день болезни обильной, не зудящей розеолезно-петехиальной сыпи на лице, туловище, конечностях
- 2-6 день болезни пятнисто-папулезной сыпи преимущественно на кистях, стопах с последующим шелушением
- 2-4 день болезни обильной, зудящей везикулёзной сыпи с ложным полиморфизмом, имеющей нисходящий характер распространения

Препарат выбора для лечения гастроинтестинальной формы иерсиниоза относится к группе

- карбапенемов
- пенициллинов
- линкозамидов
- фторхинолонов

Этиотропное лечение иерсиниозов целесообразно начинать с

- рифампицина
- ко-тримоксазола
- ципрофлоксацина
- азитромицина

При септическом варианте генерализованной формы иерсиниоза целесообразно назначение

- специфической детоксикации
- комбинированной антибактериальной терапии
- цитостатических препаратов
- иммуностимулирующей интерферонотерапии

Диспансерное наблюдение после выписки из стационара при неосложненных формах иерсиниоза осуществляется в течение

- 1 года
- 2-х лет
- 1 недели
- 6-ти месяцев

Правилом выписки реконвалесцента после иерсиниоза является

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- клиническое выздоровление
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение титров специфических антител в сыворотке крови

Инкубационный период при иерсиниозе длится от + ____ + до

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- клиническое выздоровление
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение титров специфических антител в сыворотке крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 46 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу на 2-й день болезни.

Жалобы

• на слабость, головокружение, головную боль, двоение в глазах, «расплывчивость» предметов, неприятные ощущения в животе, сухость во рту, ощущение «кома» в горле.

Анамнез заболевания

• Заболела утром, остро с появления тошноты, болей в эпигастральной области, вздутия живота, однократно была рвота, приносящее кратковременное облегчение, отметила появление сухости во рту. • К вечеру появились головная боль, ощущение «кома» в горле, отметила появление «тумана» и двоение предметов перед глазами (не смогла читать обычный газетный шрифт), нарасла мышечная слабость.

Анамнез жизни

• Менеджер в торговом зале. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. Гипертоническая болезнь 1 ст. Гинекологический анамнез не отягощен. • Вредные привычки: курит, употребление алкоголя отрицает. • Эпиданамнез: в день заболевания вернулась из трехдневного туристического похода (спали в палатках), употребляла в пищу свежие овощи и фрукты, консервированные продукты домашнего приготовления (грибы, тушёнка), кондитерские изделия, употребляла алкоголь.

Объективный статус

• Температура тела 36,5°C. Диффузная мышечная гипотония. • Лицо умеренно

гиперемировано, амимично, носогубные складки сглажены. • Выраженный двусторонний птоз. Движения глазных яблок ограничены во все стороны, мидриаз умеренный, все зрачковые реакции снижены. • Голос охрипший, «гнусавый», с выраженным носовым оттенком. • Мягкое небо малоподвижно, глоточный рефлекс снижен, поперхивание при глотании воды. • Слизистая ротоглотки сухая. Язык обложен желтоватым налетом. Живот умеренно вздут, безболезненный во всех отделах. Стула не было. Печень и селезенка не увеличены. • АД – 150/90 мм.рт.ст, ЧСС – 84 уд. в мин. В легких дыхание с жестковатым оттенком, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин. • В сознании, адекватна. Менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- клиническое выздоровление
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение титров специфических антител в сыворотке крови

Результаты лабораторных методов обследования

Укажите основной диагноз

- однократный отрицательный бактериологический посев кала
- клиническое выздоровление
- двукратный отрицательный бактериологический посев кала
- снижение титров специфических антител в сыворотке крови

Вариантом начального периода ботулизма является

- артралгический
- гриппоподобный
- гастроэнтеритический
- колитический

Клиническими признаками бульбарного синдрома при ботулизме являются

- нарушения аккомодации и конвергенции
- страбизм, анизокория
- снижение или отсутствие реакции зрачков на свет
- носовой оттенок голоса, поперхивание при глотании

К клиническим признакам, позволяющим заподозрить диагноз «ботулизм», относят

- восходящий характер развития парезов и параличей

- восходящий характер развития парезов и параличей с нарушением чувствительности
- нисходящий характер развития парезов и параличей с сохранением чувствительности
- нисходящий характер развития парезов и параличей в сочетании с нарушением чувствительности

Тактика ведения данного пациента включает

- ведение пациента в дневном стационаре
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- госпитализацию в специализированный инфекционный стационар

Принципы лечения больных ботулизмом предусматривает назначение

- дегидратационной терапии
- бета-блокаторов
- специфической детоксикационной терапии
- блокаторов кальциевых каналов

Специфическая антитоксическая противоботулиническая лошадиная сыворотка с лечебной целью назначается в дозе

- тип А- 5000 МЕ, тип В-10000 МЕ, тип Е-10000 МЕ
- тип А- 2000 МЕ, тип В-1000МЕ, тип Е-2000 МЕ
- тип А- 10000 МЕ, тип В-10000 МЕ, тип Е-5000 МЕ
- тип А-10000 МЕ, тип В-5000 МЕ, тип Е-10000 МЕ

Этиотропная терапия ботулизма включает назначение

- неомицина
- метронидазола
- пенициллина
- канамицина

Активная иммунизация лицам против ботулизма проводится

- живой вакциной однократно
- химической вакциной трехкратно
- моноанатоксином двукратно
- полианатоксином трехкратно

Инкубационный период при пищевом ботулизме варьирует от + _____ + до

- 30 минут; 2-3- часов
- 2-3-х суток; 2-х недель

- 7-10 суток; 1 месяца
- 2-4 часов; 5 суток

Профилактика ботулизма включает

- 30 минут; 2-3- часов
- 2-3-х суток; 2-х недель
- 7-10 суток; 1 месяца
- 2-4 часов; 5 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 22 лет на 2-й день болезни.

Жалобы

• на повышение температуры тела, недомогание, тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, общую слабость, заложенность носа, першение в ротоглотке.

Анамнез заболевания

• Заболела остро, с появления тошноты, многократной рвоты (до 4-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастральной области. • Одновременно появились императивные позывы к дефекации, умеренные боли по всему животу, кашицеобразный стул до 5-ти раз. • Температура тела поднялась до 37,4°C. • Больная отметила нарастающую слабость, заложенность носа, першение в горле.

Анамнез жизни

• Студентка дневного отделения университета. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Гинекологический анамнез не отягощен. • Вредные привычки: отрицает. • Не замужем, детей нет. Проживает в отдельной квартире вместе с родителями. • Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, иногда в студенческой столовой. Выяснено, что среди студентов имели место случаи острой кишечной инфекции.

Объективный статус

• Температура тела 37,3°C. Больная вялая, адинамична. • Кожные покровы бледные. Цианоза нет. • Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. Живот умеренно болезненный в эпигастральной, пупочной и правой подвздошной областях. Пальпация живота сопровождается интенсивным «урчанием». Печень и селезенка не увеличены. • Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, кашицеобразный, желто-зеленого цвета до 5 раз в сутки, без патологических примесей. • Диурез в норме. Судорог мышц нет. • При осмотре ротоглотки выявляется гиперемия и зернистость мягкого неба, дужек, язычка, задней стенки глотки. Лимфатические узлы шейной группы не увеличены. • АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования

- 30 минут; 2-3- часов
- 2-3-х суток; 2-х недель
- 7-10 суток; 1 месяца
- 2-4 часов; 5 суток

Результаты лабораторных методов обследования

Укажите основной диагноз

- 30 минут; 2-3- часов
- 2-3-х суток; 2-х недель
- 7-10 суток; 1 месяца
- 2-4 часов; 5 суток

У данной больной определяется \ _____ степень обезвоживания

- I
- IV
- II
- III

Дифференциальную диагностику ротавирусного гастроэнтерита следует проводить с

- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- эшерихиозами, сальмонеллезом, аденовирусной инфекцией
- иерсиниозом, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- холерой, бруцеллезом, лептоспирозом

Тяжесть течения ротавирусной инфекции определяется

- степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома
- развитием кишечного кровотечения
- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома
- генерализацией заболевания

Возможным осложнением ротавирусной инфекции является

- перфорация кишечника
- кишечное кровотечение
- дегидратационный синдром
- энцефалитический синдром

Тактика ведения данного больного с ротавирусной инфекции включает

- ведение пациента в дневном стационаре
- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в мельцеровский бокс
- госпитализацию в инфекционное отделение

Лечебная тактика при ротавирусной инфекции включает назначение

- диеты, противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- специфической детоксикации, пробиотиков
- регидратационной терапии, антибактериальных препаратов
- диеты, регидратационной терапии, полиферментных препаратов

Средством для пероральной регидратации при ротавирусной инфекции является

- глюкозо-электролитная смесь
- глюкозо-поляризующая смесь
- физиологический раствор
- полиионный раствор

Выписка пациентов из не декретированных групп, перенесших острую кишечную инфекцию, осуществляется после

- двукратного отрицательного бактериологического исследования кала
- клинического выздоровления
- двукратного нарастания титров защитных антител класса G в крови
- однократного отрицательного ПЦР кала

При ротавирусной инфекции инкубационный период составляет до

- 14 дней
- 12-18 часов
- 2-х суток
- 1 недели

Длительность медицинского наблюдения за контактными лицами, относящимися к декретированному контингенту в очаге острой кишечной инфекцией составляет

- 14 дней
- 12-18 часов
- 2-х суток
- 1 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 72 лет на 2-й день болезни

Жалобы

• на тошноту, рвоту, частый жидкий стул, боли в животе, нарастающую слабость, головокружение, судороги в кистях рук, повышение температуры тела, общее недомогание.

Анамнез заболевания

• Заболел остро, с тошноты, повторной рвоты, приносящей кратковременное облегчение, более по всему животу схваткообразного характера, частого водянистого стула до 15-ти раз. • Одновременно поднялась температура тела до 39,2°C, появились головная боль, головокружение, слабость. На момент прихода врача появились судороги кистей рук.

Анамнез жизни

• Пенсионер, не работает. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания, пневмония (3 года назад), гипертоническая болезнь II ст. • Вредные привычки: отрицает. • Вдовец. Проживает в отдельной квартире. • Эпиданамнез: со слов пациента питается дома. Заболевание связывает с употреблением в пищу плохо прожаренной курицы и салатов.

Объективный статус

• Температура тела 39,2°C. • Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, кисти и стопы холодные. Цианоз носогубного треугольника. Тургор тканей снижен. • Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. При пальпации живот мягкий, болезненный по ходу тонкого кишечника. Определяется урчание. Сигма безболезненная, не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. • АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 98 уд. в мин. • Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, водянистый, зловонный зеленоватого цвета до 15 раз. • Диурез снижен. • Судороги мышц кистей, кратковременные.

Необходимыми методами обследования данного больного, учитывая 2-й день болезни, являются

- 14 дней
- 12-18 часов
- 2-х суток
- 1 недели

Результаты лабораторных методов обследования

Укажите основной диагноз

- 14 дней
- 12-18 часов
- 2-х суток
- 1 недели

У данного больного определена _____ степень обезвоживания

- I
- III
- IV
- II

Дифференциальную диагностику сальмонеллеза следует проводить с

- лептоспирозом, энтеровирусной инфекцией, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- эшерихиозами, кампилобактериозом, ротавирусным гастроэнтеритом
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- холерой, бруцеллезом, норовирусным гастроэнтеритом

Тяжесть течения гастроинтестинальной формы сальмонеллеза определяется

- генерализацией заболевания
- степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома
- развитием окуло-уретро-синовияльного синдрома
- развитием перфорации кишечника и возникновением кишечного кровотечения

Для купирования болей в животе данному пациенту целесообразно назначить

- анальгин
- нимесулид
- индометацин
- дротаверин

Для купирования рвоты данному пациенту рекомендован

- тропisetрон
- метоклопрамид
- дифенгидрамин
- ондансетрон

Лечебная тактика гастроинтестинальной формы сальмонеллеза среднетяжелого течения включает назначение

- специфической детоксикации, пробиотиков
- противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- дегидратационной терапии, парентеральных антибактериальных препаратов
- регидратационной терапии, пероральных антибактериальных препаратов

Средством для парентеральной регидратации при сальмонеллезе является

- волемкор
- реополиглюкин
- трисоль
- цитраглюкосолан

При гастроинтестинальной форме сальмонеллеза целесообразно назначение

- фторхинолонов
- полусинтетических пенициллинов
- цефалоспоринов I поколения
- макролидов

Для стимуляции роста нормальной микрофлоры кишечника в период реконвалесценции данному пациенту целесообразно назначить

- сорбенты
- пробиотики
- ферменты
- пребиотики

Данный пациент может быть выписан после

- сорбенты
- пробиотики
- ферменты
- пребиотики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 28 лет на 2-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, недомогание, общую слабость, заложенность носа, першение в ротоглотке, тошноту, повторную рвоту, частый жидкий стул, боли в животе.

Анамнез заболевания

• Заболела остро, с появления тошноты, многократной рвоты (до 5-х раз), приносящей кратковременное облегчение, болей в эпигастриальной области. • Одновременно появились императивные позывы к дефекации, умеренные боли по всему животу, кашицеобразный стул до 4-х раз. • Температура тела поднялась до 37,2°C. • Больная отметила нарастающую слабость, заложенность носа, першение в горле.

Анамнез жизни

• Временно не работает. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Гинекологический анамнез неотягощен. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает в отдельной квартире с 2-мя детьми (3-х и 5-ти лет), посещающие детский сад. • Эпиданамнез: со слов пациентки питается дома, иногда в местах общественного питания. Выяснено, что среди подруг, с которыми пациентка встречалась накануне заболевания, были случаи острой кишечной инфекции.

Объективный статус

• Температура тела 37,1°C. Больная вялая, адинамична. • Кожные покровы бледные. Цианоза нет. • Язык сухой, обложен белым налетом. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. Живот умеренно болезненный в эпигастриальной, пупочной и правой подвздошной областях. Пальпация живота сопровождается интенсивным «урчанием». Печень и селезенка не увеличены. • Тошноты, позывов на рвоту нет. Стул обильный, кашицеобразный, желто-зеленого цвета до 4 раз в сутки, без патологических примесей. • Диурез в норме. Судорог мышц нет. • При осмотре ротоглотки выявляется гиперемия и зернистость мягкого неба, дужек, язычка, задней стенки глотки. Лимфатические узлы шейной группы не увеличены. • АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования

- сорбенты
- пробиотики
- ферменты
- пребиотики

Результаты лабораторных методов обследования

Укажите основной диагноз

- сорбенты
- пробиотики
- ферменты
- пребиотики

У данной больной определяется _____ степень обезвоживания

- I
- II
- IV
- III

Дифференциальную диагностику ротавирусного гастроэнтерита следует проводить с

- холерой, бруцеллезом, лептоспирозом
- эшерихиозами, сальмонеллезом, аденовирусной инфекцией
- ботулизмом, паратифом В, амебиазом
- иерсиниозом, паратифом А, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Тяжесть течения ротавирусной инфекции определяется

- развитием перфорации кишечника и возникновением кровотечения
- генерализацией заболевания
- степенью обезвоживания, выраженностью интоксикационного синдрома
- развитием окуло-уретро-синовиального синдрома

Возможным осложнением ротавирусной инфекции является

- дегидратационный синдром
- энцефалитический синдром
- перфорация кишечника
- кишечное кровотечение

Тактика ведения данной пациентки с ротавирусной инфекции включает

- госпитализацию в мельцеровский бокс
- ведение в амбулаторных условиях
- ведение в дневном стационаре
- госпитализацию в инфекционное отделение

Лечебная тактика при ротавирусной инфекции включает назначение

- специфической детоксикации, пробиотиков
- диеты, противодиарейных препаратов, коллоидных растворов
- диеты, регидратационной терапии, полиферментных препаратов
- регидратационной терапии, антибактериальных препаратов

Средством для пероральной регидратации при ротавирусной инфекции является

- глюкозо-электролитная смесь
- физиологический раствор
- глюкозо-поляризирующая смесь
- полиионный раствор

Для специфической профилактики ротавирусной инфекции используют

- противовирусные препараты
- оральную вакцину
- специфический иммуноглобулин
- антитоксическую сыворотку

Инкубационный период при ротавирусной инфекции составляет до

- 7 дней
- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель

Длительность медицинского наблюдения за детьми пациентки, посещающих детское дошкольное учреждение, составляет

- 7 дней
- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к участковому терапевту в поликлинику обратился мужчина 38 лет

Жалобы

- упорная изжога после приема любой пищи и в ночное время
- отрыжка воздухом
- кислый привкус во рту
- неприятный запах изо рта

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение месяца, их спровоцировало употребление фастфуда, постепенно нарастают. При изжоге использовал рассасывание таблеток Ренни, но помогали они только первое время. За последний год прибавил в весе 10 кг, в это время вел малую физическую активность из-за травмы ноги, получал анальгетики.

Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально
- Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, аппендэктомия в юности, год назад – травма колена с последующей менискэктомией.
- Наследственность неотягощена
- Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Рост 172 см, вес 86 кг. ИМТ 29,1. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный высоко в эпигастрии, болезненный при надавливании на мечевидный отросток грудины, петли кишечника не вздуты. Печень по краю реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Отеков нет.

Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования

- 7 дней
- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 7 дней
- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель

Результаты инструментальных методов обследования

Сформулируйте диагноз основного заболевания

- 7 дней
- 3-х суток
- 18-24-х часов
- 2-х недель

Диагноз

Проведение контрастной рентгеноскопии пищевода и желудка должно проводиться для исключения

- синдрома Мэллори-Вейсса
- аденокарциномы пищевода
- ахалазии кардии с явлениями застойного эзофагита
- скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Участковым врачом должны быть даны больному с ГЭРБ рекомендации по антирефлюксному режиму, который включает в себя

- последний вечерний прием пищи в горизонтальном положении
- ужин с обязательным запиванием газированным напитком
- ужин не раньше, чем за час до отхода ко сну
- ужин не позднее, чем за 2 часа до отхода ко сну

Медикаментозное лечение больных ГЭРБ должно включать комбинацию

- спазмолитиков, ферментов, адсорбентов
- спазмолитиков, ферментов, пробиотиков
- ферментов, М-холиноблокаторов, адсорбентов
- ингибиторов протонной помпы, альгинатов, прокинетиков

Антисекреторные препараты больному ГЭРБ следует назначить на срок _____ недели/ недель

- 6
- 4
- 8
- 2

Поддерживающая терапия ГЭРБ включает прием

- адсорбентов в режиме «по требованию»
- ингибиторов протонной помпы в режиме «по требованию»
- ингибиторов протонной помпы на ночь длительное время
- антацидов в момент изжоги и кислой регургитации

При отсутствии эффекта от лечения пациенту следует провести

- манометрию пищевода
- суточную рН-импедансометрию
- биопсию из дистального отдела пищевода
- электрогастрографию

Пациенту рекомендована диета, исключающая приём

- кислых фруктов и жирной пищи
- сладостей и выпечки
- продуктов богатых глютенем
- молочных продуктов

Диспансерное наблюдение больных ГЭРБ осуществляется с периодичностью 1 раз в

- 6 месяцев
- месяц
- 2 года
- год

Пациенту необходимо рекомендовать

- 6 месяцев
- месяц
- 2 года
- год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 54 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы

• боли в левой подвздошной области тянущего характера, • склонность к запорам – стул через день, иногда через 2 дня.

Анамнез заболевания

Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал совет врача-гинеколога провести исследование кишечника, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальном исследовании.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально. • Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия, перелом лучевой кости в типичном месте два года назад. • Наследственность: родители умерли в старческом возрасте. • Аллергии на медикаменты нет. • Вредных привычек нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 163 см, масса тела – 66 кг, индекс массы тела – $24,8 \text{ кг/м}^2$. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 6 месяцев
- месяц
- 2 года
- год

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 6 месяцев
- месяц
- 2 года
- год

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания можно поставить больной на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?

- 6 месяцев
- месяц
- 2 года
- год

Диагноз

Инструментальное обследование данной пациентке следует начать с

- компьютерной томографии брюшной полости
- ректороманоскопии
- ирригоскопии
- УЗИ брюшной полости

Клинические симптомы у пациентки в первую очередь следует дифференцировать с

- глистной инвазией
- нефроптозом
- колоректальным раком
- язвенной болезнью желудка

Больной с неосложненной дивертикулярной болезнью и запорами следует рекомендовать

- прокинетики в сочетании с пруклопридом
- будесонид в сочетании с месалазином
- рифаксимин в сочетании с пищевыми волокнами
- касторовое масло по требованию

При неосложненной дивертикулярной болезни в качестве базисного противовоспалительного средства можно назначить

- производные 5-аминосалициловой кислоты
- висмута субсалицилат
- нитроимидазолы
- фторхинолоны

Больной с неосложненной дивертикулярной болезнью следует назначить

- цефалоспорины
- не всасывающиеся антибиотики
- нитроимидазолы
- фторхинолоны

Пациентам с запором в случае недостаточной эффективности диетических мер на следующем этапе следует рекомендовать прием

- контактных слабительных (сеннозиды А и В)
- подорожника овального оболочка семян (псиллиум)
- полиферментных препаратов
- тримебутина

В случае отсутствия эффекта от диеты и псиллиума, в качестве препаратов первой линии при лечении запора, рекомендуется назначение

- полиферментные препараты
- бисакодил или натрия пикосульфат
- прукалоприд
- макрогола или лактулозы

К острым осложнениям дивертикулярной болезни относится

- запор
- свищи ободочной кишки
- перфоративный дивертикулит
- стеноз ободочной кишки

Развитие дивертикулита следует заподозрить при наличии

- запор
- свищи ободочной кишки
- перфоративный дивертикулит
- стеноз ободочной кишки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 62 лет обратилась в поликлинику.

Жалобы

• спастические боли в левом подреберье и левой подвздошной области, • метеоризм и обильное кишечное газообразование, • стул со склонностью к запорам, который больная регулирует диетой с большим содержанием растительной клетчатки.

Анамнез заболевания

Подобные боли периодически беспокоят в течение 10-12 лет, как правило, в связи с задержкой стула. Ранее не обследовалась. Поводом для обращения стал эпизод интенсивных болей той же локализации неделю назад. Вызывала бригаду скорой медицинской помощи, доставившую пациентку в приемное отделение больницы, где была осмотрена врачом-хирургом, выполнены анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование брюшной полости. Острой хирургической патологии не выявили, от госпитализации для обследования отказалась. В последующие дни боли сохранялись, беспокоили в течение дня и даже ночью, температура тела держалась на уровне 37,2-37,5°C.

Самостоятельно без заметного улучшения принимала но-шпу, активированный уголь и левомицетин.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально. • Перенесенные заболевания и операции: простудные, дважды переносила пневмонию, аппендэктомия, последние годы повышение артериального давления, компенсировано до нормотонии приемом нолипрела и конкора. • Наследственность: родители умерли в старческом возрасте, старший брат – от рака предстательной железы. • Аллергии на медикаменты нет. • Вредных привычек нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 160 см, масса тела – 67 кг, индекс массы тела – $26,2 \text{ кг/м}^2$. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный, с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень – по краю реберной дуги. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- запор
- свищи ободочной кишки
- перфоративный дивертикулит
- стеноз ободочной кишки

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования, которые показаны пациентке в настоящий момент

- запор
- свищи ободочной кишки
- перфоративный дивертикулит
- стеноз ободочной кишки

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования?

- запор
- свищи ободочной кишки
- перфоративный дивертикулит
- стеноз ободочной кишки

Диагноз

Инструментальное исследование кишечника у данной пациентки следует начать с

- ректороманоскопии
- УЗИ и компьютерной томографии брюшной полости
- фиброколоноскопии
- ирригоскопии

При отсутствии признаков осложнений дифференциальный диагноз дивертикулярной болезни ободочной кишки лучше проводить с использованием

- ирригоскопии
- компьютерной томографии брюшной полости
- ультразвуковой колоноскопии
- фиброколоноскопии

Осложнение дивертикулярной болезни дивертикулитом следует заподозрить при наличии

- положительной пробы на скрытую кровь в кале
- повышенного уровня фекального кальпротектина
- признаков железодефицитного состояния
- лейкоцитоза в клиническом анализе крови

Данной больной с осложненной дивертикулярной болезнью следует предпочесть

- консервативное лечение с назначением антибиотиков
- эндоскопическое вмешательство
- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение

Для лечения неосложненной формы дивертикулярной болезни с клинической симптоматикой следует назначить

- ребамипид
- месалазин
- ванкомицин
- амоксициллин

При назначении противомикробных препаратов при неосложненной дивертикулярной болезни следует предпочесть

- невсасывающиеся антибиотики (рифаксимин)
- полусинтетические пенициллины (ампицилин)

- нитроимидазолы (метронидазол)
- фторхинолоны (ципрофлоксацин)

Больным с дивертикулярной болезнью при подозрении на развитие толстокишечного кровотечения необходимо в первую очередь провести

- колоноскопию
- эзофагогастродуоденоскопию
- КТ органов брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости

Риск развития такого осложнения дивертикулярной болезни, как толстокишечное кровотечение, повышен у больных

- с дивертикулами сигмовидной кишки
- принимающих антикоагулянты
- с диаметром дивертикулов свыше 2 см
- со спаечным процессом в малом тазу

Профилактика развития осложнений дивертикулярной болезни обеспечивается

- с дивертикулами сигмовидной кишки
- принимающих антикоагулянты
- с диаметром дивертикулов свыше 2 см
- со спаечным процессом в малом тазу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 33 года, воспитатель детского сада, обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

• кратковременные коликообразные боли в правом подреберье после приема пищи и при эмоциональных перегрузках, • изредка утреннее ощущение тошноты, • появление горечи после употребления жирной или жареной пищи, • периодические эпизоды жидкого стула с примесью желчи.

Анамнез заболевания

8 лет назад во время беременности появились изжога, боли в правом подреберье после приема пищи. При УЗИ органов брюшной полости была обнаружена аномалия формы желчного пузыря с перегибом в теле, рекомендовано дробное питание с ограничением жиров и прием дротаверина. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. В последующем боли в правом подреберье возникали при пищевых погрешностях и эмоциональных нагрузках, купировались мезимом форте и дротаверином.

Последнее УЗИ органов брюшной полости выполнялось полгода назад по программе диспансеризации.

Анамнез жизни

- Росла и развивалась нормально.
- Перенесенные заболевания: простудные, нижнедолевая пневмония 3 года назад, поверхностный гастрит.
- Наследственность: у отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
- Роды – 1, в течение 6 лет получает гормональные контрацептивы (Ярина, Джесс).
- Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда по типу крапивницы.
- Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 166 см, масса тела – 73 кг, индекс массы тела – 26,5 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с небольшим светлым налетом у корня. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье, в остальных отделах – безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- с дивертикулами сигмовидной кишки
- принимающих антикоагулянты
- с диаметром дивертикулов свыше 2 см
- со спаечным процессом в малом тазу

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- с дивертикулами сигмовидной кишки
- принимающих антикоагулянты
- с диаметром дивертикулов свыше 2 см
- со спаечным процессом в малом тазу

Результаты инструментальных методов обследования

Скрининговым инструментальным исследованием для исключения холецистолитиаза является

- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- манометрия сфинктера Одди
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

На основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований пациентке можно поставить диагноз основного заболевания

- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- манометрия сфинктера Одди
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Немодифицируемым фактором риска дискинезии желчного пузыря у больной является

- аномалия формы желчного пузыря
- избыточная масса тела
- прием гормональных контрацептивов
- гипокинезия

Оптимальным скрининговым инструментальным методом контроля состояния билиарного тракта является

- обзорная рентгенограмма брюшной полости
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- магнитно-резонансная томография брюшной полости

О функциональном характере патологии желчевыводящих путей можно судить по

- наличию пальпаторного симптома Курвуазье
- утолщению стенок желчного пузыря
- увеличению содержания С-реактивного белка
- отсутствию воспалительных изменений в анализе крови

Пациентам с дисфункцией желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу назначают

- желчегонные препараты
- магниезиальные минеральные воды
- миогенные спазмолитики
- нестероидные противовоспалительные препараты

При усилении диспепсических явлений пациентке могут быть назначены препараты из группы

- гидрохолеретиков
- холекинетиков
- холеспазмолитиков
- истинных холеретиков

Дифференцировать дисфункцию желчевыводящих путей необходимо с

- опухолями желчевыводящей системы

- хроническим холециститом
- хроническим гастродуоденитом
- хроническим панкреатитом

Основным принципом диетотерапии при дисфункции желчевыводящих путей по гиперкинетическому типу является

- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами
- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи

Принципы профилактики дисфункции желчевыводящих путей основаны на

- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами
- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 42 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому за разъяснениями и лечением в связи с обнаружением при ультразвуковом исследовании брюшной полости, выполненном по программе диспансеризации, конкрементов в желчном пузыре.

Жалобы

- плохая переносимость жирной и жареной пищи, от которой пришлось отказаться,
- изредка утреннее ощущение тошноты.

Анамнез заболевания

В молодости была обнаружена сложная деформация желчного пузыря и рекомендовано дробное питание с ограничением жиров. Следовала этой рекомендации и поддерживала удовлетворительное самочувствие. При случавшихся нечастых пищевых погрешностях принимала ферментные препараты. Ежегодно проходила ультразвуковое сканирование печени и желчного пузыря, последнее – год назад. Накануне обращения при очередном обследовании впервые выявлены конкременты в полости желчного пузыря. Встревожена перспективой оперативного вмешательства.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально. • Перенесенные заболевания: простудные, перелом ключицы 6 лет назад. • Наследственность: у матери и старшей сестры желчнокаменная болезнь, обеим выполнена лапароскопическая холецистэктомия. • Родов – 2, медицинских аборт – 2. Много лет получает гормональные контрацептивы. • Аллергии на медикаменты нет. • Вредных привычек нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 160 см, масса тела – 65 кг, индекс массы тела – $25,4 \text{ кг/м}^2$. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с легким налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Легкая асимметрия чувствительности в подреберьях с преобладанием справа. Печень не пальпируется.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами
- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования

- замена в пищевом рационе животных жиров растительными маслами
- исключение употребления алкоголя и других пищевых стимуляторов желудочного сока
- обогащение рациона животными жирами и экстрактивными продуктами, стимулирующими желчеотделение
- дробное питание 4-5 раз в сутки с 3-4-часовыми интервалами между приемами пищи

Результаты инструментальных методов обследования

К скрининговым инструментальным исследованиям, проводимым для исключения холедохолитиаза, относят

- магнитно-резонансную холангиопанкреатографию
- эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- эндоскопическое ультразвуковое исследование
- обзорную рентгенограмму брюшной полости

- маномерию сфинктера Одди
- холангиографию с внутривенным контрастированием

Какой диагноз основного заболевания можно поставить пациентке?

- магнитно-резонансную холангиопанкреатографию
- эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- эндоскопическое ультразвуковое исследование
- обзорную рентгенограмму брюшной полости
- маномерию сфинктера Одди
- холангиографию с внутривенным контрастированием

Устранить риск формирования и прогрессирования желчнокаменной болезни у пациентки на данном этапе заболевания возможно

- снизив пищевое потребление жиров
- повысив физическую активность
- увеличив потребление пищевых волокон
- отменив гормональные контрацептивы

Оптимальным инструментальным методом динамического контроля состояния билиарного тракта является

- компьютерная томография органов брюшной полости
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- обзорный рентгеновский снимок органов брюшной полости
- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости

Признаком холестеринового состава конкрементов является

- наличие у конкремента акустической дорожки
- их смещение при повороте тела
- диаметр конкрементов не более 10 мм
- давность конкрементов не более 1 года

Показанием к холецистэктомии у больной является

- наследственный фактор
- выраженная диспепсия
- наличие осложнений
- неэффективный литолиз

При усилении диспепсии больной могут быть назначены желчегонные препараты

- растительного происхождения
- со спазмолитическим эффектом
- на основе сернокислой магнезии

- в виде минеральных вод

Контроль эффективности литолитической терапии осуществляется путем проведения ультразвукового сканирования в сроки через _____ месяц/месяца/месяцев непрерывного лечения

- 6
- 12
- 1
- 3

Доза урсодезоксихолевой кислоты для литолитической терапии определяется из расчета _____ мг/кг массы тела

- 5
- 20
- 10
- 1

Плановое проведение холецистэктомии при бессимптомном камненосительстве рекомендуется

- 5
- 20
- 10
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на • ежедневные приступы затруднённого дыхания до 1-2 раз в сутки, чувство заложенности в грудной клетке, преимущественно, в ночные и ранние утренние часы, • приступообразный малопродуктивный кашель, • затруднение носового дыхания со слизистыми выделениями.

Анамнез заболевания

• С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). • В 17 лет впервые развился приступ затруднённого дыхания после контакта с кошкой. Симптомы регрессировали самостоятельно, к врачу не обращалась. • В течение предшествующих 3 недель на фоне цветения деревьев появились симптомы ринита, принимала антигистаминные препараты (дезлоратадин 1 таблетка в день). • 10 дней назад стали регистрироваться приступы затруднённого дыхания до 1-2 раз в сутки, преимущественно в ночные и ранние утренние часы, непродуктивный кашель.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально. • Является студенткой техникума. • Перенесённые заболевания: детские инфекции. • Наследственность не отягощена. • Пищевая аллергия (цитрусовые – явления крапивницы). • Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,5°C. Нормостенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Носовое дыхание затруднено. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, при аускультации – дыхание жёсткое, над всей поверхностью лёгких выслушиваются рассеянные сухие дискантовые хрипы, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 82 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 5
- 20
- 10
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 5
- 20
- 10
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 5
- 20
- 10
- 1

Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию длительнодействующих бета₂-агонистов и

- высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов
- низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов
- ритуксимаба
- омализумаба

Мониторирование пиковой скорости выдоха проводится

- ежедневно однократно в утренние часы
- ежедневно однократно в вечерние часы
- ежедневно 2 раза в сутки
- 2 дня в неделю в утренние часы

Уменьшение объёма поддерживающей терапии при достижении контроля симптомов заболевания после начала терапии может быть проведено через (в месяцах)

- 2
- 6
- 1
- 3

Для устранения симптомов в режиме «по требованию» следует назначить

- кромон
- муколитик
- коротко действующий бета₂-агонист
- антагонист лейкотриеновых рецепторов

Пациентке показано проведение вакцинации против

- кори
- дифтерии
- пневмококковой инфекции
- гриппа

Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

- II
- I
- IIIa
- IIIб

Минимальная периодичность диспансерных приемов (консультаций пульмонолога) пациента с бронхиальной астмой составляет

- каждый квартал
- каждые два месяца
- 1-3 раза в год
- 4-5 раз в год

В рамках проведения диспансерного наблюдения пациента с бронхиальной астмой необходимо контролировать

- КТ органов грудной клетки
- бодиплетизмографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- ФВД

Диспансеризация пациентов с бронхиальной астмой

- КТ органов грудной клетки
- бодиплетизмографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- ФВД

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 26 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на • кашель с трудноотделяемой ржавой мокротой, • повышение температуры тела до 38,2°C, • общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

• Заболел остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились непродуктивный кашель, озноб, общая слабость. • На второй день заболевания при кашле стала отделяться мокрота с ржавым оттенком, принимал жаропонижающие без эффекта.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Работает банковским служащим. • Перенесённые заболевания: корь, скарлатина. • Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. • Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°.

Нормостенического телосложения, рост – 176 см, масса тела – 75 кг, индекс массы тела – 24,2 кг/м², периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Определяются гиперемия щек, более выраженная справа, herpes labialis. Дыхание поверхностное, ЧДД – 18 в минуту. При проведении физикального обследования определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в правой надключичной области, в I и II межреберье справа. При аускультации над местом притупления выслушивается крепитация. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД – 100/65 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- КТ органов грудной клетки

- бодиплетизмографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- ФВД

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза целесообразно выполнить

- КТ органов грудной клетки
- бодиплетизмографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- ФВД

Результаты лабораторных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- КТ органов грудной клетки
- бодиплетизмографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- ФВД

Всем амбулаторным пациентам с внебольничной пневмонией для оценки прогноза и выбора места лечения рекомендуется использовать шкалу

- mMRC
- CAT
- PORT
- CURB/CRB-65

В качестве стартовой эмпирической терапии в амбулаторных условиях пациенту может быть назначен + _____ + внутрь

- амоксициллин
- доксициклин
- метронидазол
- ципрофлоксацин

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах)

- 6-10
- 12-18
- 48-72
- 24-36

Главным критерием окончания антибактериальной терапии является

- стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч
- снижение температуры до субфебрильных цифр
- исчезновение аускультативных признаков пневмонии
- количество лейкоцитов в крови $11-15 \times 10^9/\text{л}$

Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях)

- 5-6
- 7-8
- 1-2
- 3-4

Препаратом выбора для лечения в амбулаторных условиях нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов с сопутствующими заболеваниями будет

- кларитромицин
- левофлоксацин
- амоксициллин
- амоксициллин+клавулановая кислота

Наиболее эффективным средством профилактики внебольничной пневмонии в настоящее время является

- дыхательная гимнастика, йога
- пневмококковая вакцина
- прием поливитаминов содержащих витамин Д
- закаливание

Шкала CURB-65, помимо возраста пациента ≥ 65 лет, повышения уровня азота мочевины > 7 ммоль/л, тахипноэ $\geq 30/\text{мин}$; снижения САД < 90 мм рт.ст. или ДАД, включает в себя

- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- наличие дыхательной недостаточности
- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Пульсоксиметрия является скрининговым методом, позволяющим определить необходимость в

- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- наличие дыхательной недостаточности
- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 56 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на • кашель с трудноотделяемой вязкой желтоватой мокротой, • повышение температуры тела до $37,3^{\circ}\text{C}$, • слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

• С 52 лет беспокоит хронический кашель, длительность которого примерно 3-4 месяца в году, преимущественно в осенне-зимний период. Кашель сопровождается скудным количеством светлой мокроты в утренние часы. • В течение последних 2 лет ежегодно, не менее 4 раз переносила эпизоды бронхолёгочной инфекции (усиление кашля с отделением гнойной мокроты на фоне простудных заболеваний). • Настоящее ухудшение в течение 4 дней – на фоне простудного заболевания (боли в горле, першение, заложенность носа) усилился кашель, увеличилось количество мокроты, которая приобрела желтоватый оттенок.

Анамнез жизни

• Росла и развивался нормально. • Работает кассиром. • Перенесённые заболевания: пневмония, частые ОРВИ. • Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. • Вредные привычки: курит с 18-летнего возраста (30 сигарет в день).

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – $37,2^{\circ}\text{C}$.

Нормостенического телосложения, рост – 160 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – $21,9 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка правильной формы, при перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие базовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- наличие дыхательной недостаточности
- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией

- наличие дыхательной недостаточности
- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- наличие дыхательной недостаточности
- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Факторами риска обострения заболевания у пациентки являются курение и

- индекс массы тела
- средний возраст
- частые респираторные инфекции
- женский пол

В связи с частыми ежегодными обострениями заболевания у больной повышен риск развития

- экссудативного плеврита
- бронхоэктазов
- хронического лёгочного сердца
- базального пневмофиброза

Для лечения обострения заболевания показано комбинированное назначение

- системных глюкокортикостероидов и муколитиков
- антибиотиков и ингаляционных глюкокортикостероидов
- ингаляционных антибиотиков и противокашлевых средств
- антибиотиков и муколитиков

Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

- II с последующим переходом в I
- I
- II
- III

Лечение пациентов по поводу обострения хронического бронхита проводится в

- пульмонологическом отделении

- амбулаторных условиях
- общетерапевтическом отделении
- отделении дневного стационара

Пациентке показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- гриппа
- гепатита А
- гепатита В
- туберкулёза

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного хроническим бронхитом с обострениями заболевания более 3 раз в год составляет + ____ + раз/раза

- 2
- 4
- 3
- 1

Кратность посещения терапевта и пульмонолога 1 раз в год приемлема для пациентов с хроническим бронхитом при частоте обострений

- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- 5-6 раз в год
- каждый месяц

Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают спирометрию и

- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- 5-6 раз в год
- каждый месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

• на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, • одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, • прогрессирующее снижение массы тела.

Анамнез заболевания

• В течение 5 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, в последние 2 года присоединилась одышка при физической нагрузке, похудел на 5 кг. • 2 месяца назад перенёс простудное заболевание со значительным усилением кашля и одышки, амбулаторно принимал азитромицин с положительным эффектом. • В связи с сохраняющейся выраженной одышкой при обычной ходьбе обратился в поликлинику. • В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Работает маляром-штукатуром. • Перенесённые заболевания, операции: пневмония, аппендэктомия. • Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. • Вредные привычки: курит с 20-летнего возраста (20 сигарет в день).

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Пониженного питания, рост – 1,78 м, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – $17,3 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких – коробочный звук, при аускультации – умеренное диффузное ослабление везикулярного дыхания, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 2.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- 5-6 раз в год
- каждый месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- 5-6 раз в год
- каждый месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 1 раз в год
- 1 раз в квартал

- 5-6 раз в год
- каждый месяц

Диагноз

Из системных проявлений заболевания у пациента присутствует

- хронический бронхит
- бронхиальная обструкция
- недостаточная масса тела
- эмфизема лёгких

Дифференциально-диагностический ряд в данном клиническом случае включает

- хронический ларингит, внебольничную пневмонию, бронхоэктатическую болезнь
- острый бронхит, внебольничную пневмонию, бронхоэктатическую болезнь
- хронический бронхит, бронхиальную астму, хроническую сердечную недостаточность
- хронический бронхит, пневмоторакс, экссудативный плеврит

Для базисной фармакотерапии заболевания следует назначить комбинацию

- антагониста лейкотриеновых рецепторов и длительно действующего бета₂-агониста
- ингаляционного глюкокортикостероида и муколитика
- кромона и длительно действующего антихолинергического препарата
- длительно действующего антихолинергического препарата и длительно действующего бета₂-агониста

Для устранения симптомов в режиме «по требованию» следует назначить

- пероральный глюкокортикостероид
- ингаляционный глюкокортикостероид
- короткодействующий бронходилататор
- короткодействующий нитрат

Пациенту показано проведение вакцинации против

- гриппа, пневмококковой инфекции
- гриппа, туберкулёза
- туберкулёза, гепатита А
- пневмококковой инфекции, гепатита В

В качестве нефармакологических методов лечения больному следует рекомендовать

- трансплантацию лёгких, кислородотерапию
- прекращение курения, лёгочную реабилитацию
- аллерген-специфическую иммунотерапию, респираторную поддержку
- лёгочную реабилитацию, низкокалорийную диету

Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения по основному заболеванию составляет + _____ + раз/раза в год

- 4
- 3
- 2
- 1

Лабораторные исследования при диспансерном наблюдении включают клинический анализ крови и

- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении включают спирометрию и

- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Б. 23 лет обратилась в поселковую поликлинику к терапевту

Жалобы

На слабость, снижение работоспособности, ночную потливость, сердцебиение, округлые образования на шее, в подмышечных областях, левом и правом паху, отеочность нижней конечности справа, ежевечерние подъемы температуры до 37,4 С, кашель с отделением слизистой мокроты.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с начала августа прошлого года, когда впервые отметила появление слабости, повышенной ночной потливости и округлых, безболезненных образований на шее, в подмышечных и паховых областях с обеих сторон. Небольшой отек правой нижней конечности. Больная обратилась

к сосудистому хирургу, который при доплеровском исследовании сосудов нижних конечностей не выявил никакой сосудистой патологии, а обнаружил увеличение паховых лимфоузлов с обеих сторон до 1,8 см. Была рекомендована консультация терапевта по месту жительства. Обратилась лишь в конце сентября, когда уже появилась субфебрильная температура, усилилась слабость и отек правой нижней конечности, появилось сердцебиение. Последнюю неделю до обращения появился кашель с отделением светлой мокроты.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально, менструации с 12 лет. * Аллергоанамнез не отягощен * Работает учителем. Контакта с профессиональными вредностями не было. * Перенесенные заболевания - детские инфекции, острый бронхит. * Беременность 1, роды без особенностей. * Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Результаты инструментальных методов обследования

На основании лабораторных и инструментальных методов исследований пациентке можно выставить диагноз

- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Причина развития анемии тяжелой степени у данной больной обусловлена

- аутоиммунным гемолизом, подавлением эритропоэза
- дефицитом железа
- дефицитом витамина В₁₂

- нарушением структуры мембраны эритроцитов

У больной + ____ + стадия заболевания

- II
- I
- III
- IV

Тактика ведения данной больной включает назначение

- лучевой терапии
- иммунохимиотерапии
- оперативного лечения
- антибактериальной терапии

В комбинации с цитостатиками при лечении лимфом используют

- плаквенил
- гидроксихлорохин
- преднизолон
- колхицин

К частым побочным эффектам глюкокортикоидов относят

- синдром Кушинга, стероидную язву
- ретикулярный криз
- сидеропению
- тиреотоксикоз

Синдром иммунодефицита при лимфомах чаще всего проявляется развитием

- пневмонии
- вирусного гепатита
- язвенного колита
- дуоденита

Наиболее информативным визуализирующим методом, позволяющим получить данные о распространенности опухолевого процесса у пациентов с неходжкинскими лимфомами, является

- МРТ с контрастированием
- КТ с контрастированием
- ультразвуковое исследование (УЗИ)
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

Длительность лечения данной больной для достижения стойкой ремиссии заболевания должна составить не менее _____ месяца/ месяцев

- 1
- 6
- 12
- 2

При диспансерном наблюдении пациентов с неходжкинскими лимфомами, получавших антрациклины и блеомицин в сочетании с облучением средостения, дополнительно показано исследование

- 1
- 6
- 12
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет, инженер, обратился в поликлинику

Жалобы

Слабость, потемнение цвета мочи

Анамнез заболевания

5 лет назад после переохлаждения были отеки голеней, протеинурия и гематурия. Проводилась антибактериальная терапия. В дальнейшем при простудных заболеваниях на 2-3 день отмечал потемнение цвета мочи. В анализах мочи эпизодически выявлялась микрогематурия, функция почек была сохранной. Год назад обратился к урологу - по данным МСКТ с контрастированием данных за урологическую причину гематурии не получено. Настоящее ухудшение состояния после очередного обострения тонзиллита.

Анамнез жизни

• Вредные привычки: курит в течение 10 лет, алкоголь употребляет эпизодически • Травмы, операции отрицает • Обострения тонзиллита до 4 раз в год, лечение консервативное

Объективный статус

Состояние средней тяжести. ИМТ 25 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны, ясные, шумов нет. ЧСС 72 в мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области слабо положительный с 2-х сторон, дизурии нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1

- 6
- 12
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

- 1
- 6
- 12
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у пациента является

- 1
- 6
- 12
- 2

Ведущим синдромом у данного пациента является

- остронефритический
- мочево́й
- нефротический
- гипертонический

Мочевой синдром характерен для

- подковообразной почки
- почечного несахарного диабета, фибромускулярной дисплазии почечной артерии, гипоплазии почки
- первичных и вторичных гломерулонефритов, тубулоинтерстициального нефрита
- неполного удвоения почки

Исследования, позволяющие оценить природу гематурии, включают

- УЗИ почек и мочевого пузыря, цистоскопию, компьютерную томографию почек с контрастированием, фазово-контрастную микроскопию осадка мочи
- урофлоуметрию, посевы мочи на флору и чувствительность к антибиотикам, позитронно-эмиссионную томографию, измерение центрального венозного давления

- общий анализ мочи, пробу Нечипоренко, пробу Зимницкого, пробу Реберга
- определение суточной глюкозурии, суточной протеинурии, уровня гликозилированного гемоглобина

Показаниями к иммуносупрессивной терапии при гематурическом нефрите являются

- протеинурия менее 1 г/сут, артериальная гипертензия 1-2 степени, сохранная функция почек
- снижение СКФ, уменьшение размеров почек, истончение паренхимы
- протеинурия менее 1 г/сут, артериальная гипертензия 2-3 степени
- протеинурия более 1г/сут, нефротический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность

Общие немедикаментозные принципы лечения гематурического нефрита заключаются в

- соблюдении общего режима и диеты с повышенным потреблением жидкости (не менее 1,2-1,5 л в сутки)
- соблюдении общего режима, расширенная физическая нагрузка, высокобелковая диета
- соблюдении общего режима, диеты с ограничением поваренной соли, санации очагов инфекции
- соблюдении постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и животного белка

Препаратами для лечения больных гематурическим нефритом с протеинурией 0,5-1 г/сут и нормальной СКФ являются

- антибиотики широкого спектра
- коагулянты непрямого действия
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА)
- глюкокортикостероиды в сверхвысоких дозах, алкилирующие цитостатики, низкомолекулярные гепарины

Больным гематурическим нефритом назначение иАПФ или БРА не требуется при наличии

- нефротического синдрома и артериальной гипертензии
- протеинурии более 1 г/сут в сочетании с артериальной гипертензией
- изолированной гематурии, протеинурии менее 0,5 г/сут с нормальным АД и сохранной функцией почек
- протеинурии более 1 г/сут в сочетании с умеренным снижением скорости клубочковой фильтрации

Показаниями к проведению биопсии почки при гематурическом нефрите являются

- персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность
- протеинурия менее 1 г/сут, умеренная артериальная гипертензия
- протеинурия менее 1 г/сут, сохранная функция почек
- выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации с уменьшением размеров почек и истончением их паренхимы, признаки уремии

К лабораторным критериям неблагоприятного прогноза IgA-нефропатии относятся

- персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность
- протеинурия менее 1 г/сут, умеренная артериальная гипертензия
- протеинурия менее 1 г/сут, сохранная функция почек
- выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации с уменьшением размеров почек и истончением их паренхимы, признаки уремии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 34 лет, учитель, обратился в поликлинику

Жалобы

На повышение АД (максимально до 160/100 мм рт. ст.), повышенную утомляемость, периодически – тянущие боли в поясничной области, головные боли.

Анамнез заболевания

Эпизоды повышения АД отмечает в течение 2 лет, к врачу не обращался, для снижения АД периодически принимал антигипертензивные препараты различных групп. Со слов больного, 7 лет назад при УЗИ были выявлены кисты в почках

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания, операции: редкие ОРВИ. * Наследственность: у матери были кисты в почках, умерла в возрасте 45 лет от ОНМК, об отце ничего не знает (родители были в разводе), о других кровных родственниках данных нет. * Вредные привычки: курит более 5 лет (1/2 пачки сигарет в сутки), алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5°C, рост 182, вес 74 кг, ИМТ – 22,3 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный; выслушивается систолический шум на верхушке сердца. ЧСС – 70 уд/мин., АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка перкуторно не увеличены,

не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки предварительного диагноза лабораторными методами обследования являются

- персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность
- протеинурия менее 1 г/сут, умеренная артериальная гипертензия
- протеинурия менее 1 г/сут, сохранная функция почек
- выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации с уменьшением размеров почек и истончением их паренхимы, признаки уремии

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность
- протеинурия менее 1 г/сут, умеренная артериальная гипертензия
- протеинурия менее 1 г/сут, сохранная функция почек
- выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации с уменьшением размеров почек и истончением их паренхимы, признаки уремии

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность
- протеинурия менее 1 г/сут, умеренная артериальная гипертензия
- протеинурия менее 1 г/сут, сохранная функция почек
- выраженное снижение скорости клубочковой фильтрации с уменьшением размеров почек и истончением их паренхимы, признаки уремии

Диагноз

Ультразвуковым критерием поликистозной болезни почек (ПБП) у пациента 34 лет является обнаружение

- ≥ 2 кист в каждой почке
- ≥ 2 кист в одной почке
- по 1 кисте в каждой почке
- не менее 4 кист в каждой почке

У данного пациента стадия хронической болезни почек (ХБП) по уровню фильтрации соответствует

- ХБП - С2
- ХБП С3
- ХБП С1
- ХБП С4

Внепочечные проявления поликистозной болезни почек включают

- геморрагическую сыпь, артралгии, синдром Рейно, периферическую полинейропатию
- ревматоидные узелки над суставами кистей, лимфаденопатию, иридоциклит, альвеолит
- алопецию, фотосенсибилизацию, эритему «бабочка», артралгии, эпилептические припадки, синдром «матового стекла», внутригрудную лимфаденопатию, сенсорную полинейропатию, тромбозы
- кисты в других органах (печень, селезенка, яичники и др.), сосудистые аневризмы различной локализации, аномалии клапанов сердца, дивертикулы кишечника, паховые и пупочные грыжи, бронхоэктазы

Необследованным кровным родственникам пациента с поликистозной болезнью почек в первую очередь необходимо провести

- пункционную биопсию почки
- магниторезонансную томографию
- ультразвуковое обследование почек
- нефросцинтиграфию

Скрининг на наличие сосудистых аневризм необходимо проводить

- больным с рецидивирующим пиелонефритом
- пациентам с поликистозной болезнью почек
- пациентам с гиперлипидемией
- пациентам с транзиторной артериальной гипертензией

Для лечения артериальной гипертензии при поликистозной болезни почек патогенетически обоснованным выбором является применение

- блокаторов кальциевых каналов, альфа - адреноблокаторов или агонистов имидазолиновых рецепторов
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА)
- бета-блокаторов
- петлевых диуретиков

Тактика ведения больных поликистозной болезнью почек при частых или хронических болях в проекции почек включает

- применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов
- проведение паранефральной новокаиновой блокады
- применение мочегонных препаратов для уменьшения объема кист и спазмолитиков
- проведение физиотерапии на область почек

Оптимальным методом лечения терминальной почечной недостаточности при поликистозной болезни почек является

- гемодиализ в режиме ультрафильтрации
- трансплантация почки
- прием энтеросорбентов
- сочетанная трансплантация почки и печени

У больных с поликистозной болезнью почек (ПКБ) факторами ее более быстрого прогрессирования являются

- гемодиализ в режиме ультрафильтрации
- трансплантация почки
- прием энтеросорбентов
- сочетанная трансплантация почки и печени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет, водитель, обратился в поликлинику.

Жалобы

На умеренные боли в области большого пальца правой стопы, покраснение и припухание пальца. Дискомфорт в области поясницы.

Анамнез заболевания

Периодически отмечал дискомфорт в области поясницы, расценивал как проявление остеохондроза поясничного отдела позвоночника, связанного с особенностями профессии. Периодически – дизурии. Около 2 лет назад при случайном УЗИ выявлены микролиты обеих почек. Не обследовался. Настоящее ухудшение состояния около 2 дней назад: ночью появились выраженные боли в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы, гиперемия и отечность 1-го плюснефалангового сустава правой стопы. Накануне употреблял в пищу жареное мясо с большим количеством пива (1,5 литра). Самостоятельно начал прием ибупрофена внутрь по 400 мг 2 раза в сутки и наружно в виде мази с эффектом – интенсивность боли и отека уменьшились.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность отягощена по желчно-каменной болезни (мать, тетя) и мочекаменной (МКБ) (отец, старший брат) * Вредные привычки: не курит, регулярно (2-3 раза в неделю) употребляет пиво (1-2 л/сут)

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 80кг, рост 182 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Отеков нет. Отмечается припухлость в области 1-го плюснефалангового сустава правой стопы с гиперемией кожных покровов над ним. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

Основными необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- гемодиализ в режиме ультрафильтрации
- трансплантация почки
- прием энтеросорбентов
- сочетанная трансплантация почки и печени

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

- гемодиализ в режиме ультрафильтрации
- трансплантация почки
- прием энтеросорбентов
- сочетанная трансплантация почки и печени

Результаты инструментальных методов обследования

Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

- иммуноглобулин А-нефропатию, амилоидоз почек
- оксалатный нефролитиаз, ишемическую болезнь почек, гипертонический нефроангиосклероз, почечный несахарный диабет, пиелонефрит
- острую мочекислую блокаду, уратный нефролитиаз, хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит, иммунный гломерулонефрит
- тромбоз почечных вен, обструктивную уропатию

Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является

- иммуноглобулин А-нефропатию, амилоидоз почек
- оксалатный нефролитиаз, ишемическую болезнь почек, гипертонический нефроангиосклероз, почечный несахарный диабет, пиелонефрит
- острую мочекислую блокаду, уратный нефролитиаз, хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит, иммунный гломерулонефрит
- тромбоз почечных вен, обструктивную уропатию

Показаниями к госпитализации при подагре являются

- развитие анурии, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ подагрического артрита
- гематурия сплошь в поле зрения, выраженная кристаллурия при сохранном диурезе
- умеренные отеки, мочевого синдром, умеренная артериальная гипертензия, сохранная функция почек
- развитие необструктивного неосложненного пиелонефрита, неосложненного цистита, умеренная артериальная гипертензия сохранная функция почек

Тактика ведения данного больного включает

- санаторно-курортное лечение
- ведение в амбулаторных условиях
- госпитализацию в урологический стационар
- госпитализацию в отделение ревматологии

Общие немедикаментозные принципы лечения подагры с поражением почек заключаются в соблюдении

- низкопуриновой диеты и питьевого режима, предупреждении факторов, провоцирующих приступы подагры
- постельного режима, бессолевой диеты, уменьшении потребления жидкости (не более 1 литра)
- общего режима, диеты с повышенным потреблением белка
- общего режима, ограничении поваренной соли, белка до 0,4 г на кг веса в сутки, приеме кетостерила 12табл. в сутки, приеме сорбентов

Основными направлениями фармакотерапии уратной нефропатии при подагре являются

- иммуносупрессивная терапия, устранение системной и внутриклубочковой гипертензии
- спазмолитическая, противовоспалительная и антимикробная терапия
- угнетение синтеза мочевой кислоты, увеличение экскреции мочевой кислоты, химический распад мочекислых соединений
- уменьшение экскреции мочевой кислоты, лечение отеков, коррекция дисэлектролитных нарушений

Показаниями для назначения урикостатилов (аллопуринол, фебуксостат) являются

- тофусная подагра у беременных женщин
- бессимптомная гиперурикемия, гипоурикемия, остеоартроз, тофусная подагра у беременных женщин, гипероксалурия, гиперфосфатурия

- персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрической артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией
- гипоурикемия, остеоартроз

Препаратами первой линии для лечения острого приступа подагрического артрита являются

- димексид, физиотерапия
- метотрексат и сульфасалазин, алкилирующие цитостатики
- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и колхицин
- аллопуринол, опиаты

Оптимальными для кристаллизации солей мочевой кислоты являются значения pH мочи

- 5,0-6,0
- 6,0-6,8
- >7
- 6,0-7,5

Больному подагрой с мочекаменной болезнью необходимо ограничение

- 5,0-6,0
- 6,0-6,8
- >7
- 6,0-7,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 43 года, рабочий обратился в поликлинику

Жалобы

На изменение цвета мочи - покраснение, повышение АД до 150/100 мм.рт.ст

Анамнез заболевания

Впервые эпизод макрогематурии отметил около 5 лет назад после употребления больших доз алкоголя, в течение 3-х дней цвет мочи нормализовался, не обследовался. В последующем подобные кратковременные эпизоды макрогематурии повторялись дважды, также после употребления крепких спиртных напитков. Настоящее ухудшение после очередного многодневного (10 дней) употребления алкоголя (водка 0,5 л/сут): макрогематурия (сохраняющаяся на протяжении 5 дней), головные боли, при самостоятельном измерении АД - повышение до 150/100 мм.рт.ст., что послужило поводом для обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания и операции: отрицает; * Наследственность не

отягощена; * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет регулярно (2-3 раза в неделю), преимущественно крепкие спиртные напитки (водка 0,5 л/день).

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 172 см. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – выступает из под края реберной дуги на 1,5 см. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделил около 1500 мл мочи (выпил около 1,5 л жидкости).

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 5,0-6,0
- 6,0-6,8
- >7
- 6,0-7,5

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациента необходимо выполнение

- 5,0-6,0
- 6,0-6,8
- >7
- 6,0-7,5

Результаты инструментальных методов обследования

Ведущим нефрологическим синдромом у данного больного является

- мочевой
- нефротический
- хронической почечной недостаточности
- канальцевых дисфункций

Наиболее вероятным диагнозом является

- Обострение хронического цистита
- Хронический гломерулонефрит нефротического типа
- Хронический гломерулонефрит гематурического типа
- Хронический тубулоинтерстициальный нефрит

Дифференциальную диагностику IgA нефропатии следует проводить с

- гипертоническим нефроангиосклерозом у пациентов, страдающих злокачественной или тяжелой артериальной гипертонией

- диабетической нефропатией
- амилоидозом почек
- другими формами хронического гломерулонефрита (ХГН), протекающими с гематурией, наследственными нефропатиями

Показаниями к госпитализации при гематурическом гломерулонефрите являются

- незначительная протеинурия, эритроцитурия, снижение удельного веса мочи
- умеренные отеки, эритроцитурия, умеренная протеинурия, сохранная функция почек
- умеренные отеки, мочевого синдром, умеренная артериальная гипертензия, сохранная функция почек, отсутствие признаков сердечной недостаточности
- персистирующая протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, ренальная ОПН, быстро прогрессирующая почечная недостаточность

Тактика ведения данного больного подразумевает

- ведение пациента в дневном стационаре
- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализацию пациента в нефрологический стационар
- ведение пациента в амбулаторных условиях

Общими немедикаментозными принципами лечения IgA-нефропатии являются

- санация очагов инфекции, устранение факторов, провоцирующих обострение заболевания
- соблюдение общего режима, расширенная физическая нагрузка
- соблюдение общего режима и диеты с повышенным потреблением жидкости (не менее 1,2-1,5 л в сутки)
- соблюдение постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли, алкоголя и белка

Нефропротективная терапия, рекомендуемая больным IgA нефропатией включает

- диуретики
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина
- блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридинового ряда) или блокаторы имидазолиновых рецепторов
- бета блокаторы

Риск прогрессирования нефропатии у данного больного можно оценить как

- очень высокий
- высокий
- низкий
- умеренный

Показаниями для иммуносупрессивной терапии при IgA-нефропатии являются

- протеинурия менее 500 мг в сутки, гематурия меньше 2000 в анализе мочи по Нечипоренко, сохранная функция почек, отсутствие артериальной гипертензии
- протеинурия 0,5-1,0 г в сутки и СКФ менее 50 мл/мин/1,73 м²
- нарастание ПУ >1 г/с, несмотря на нефропротективную терапию в течение 6 мес, присоединение артериальной гипертензии и/или нарушение функции почек
- нефросклероз, тяжелая артериальная гипертензия

Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при IgA-нефропатии являются

- протеинурия менее 500 мг в сутки, гематурия меньше 2000 в анализе мочи по Нечипоренко, сохранная функция почек, отсутствие артериальной гипертензии
- протеинурия 0,5-1,0 г в сутки и СКФ менее 50 мл/мин/1,73 м²
- нарастание ПУ >1 г/с, несмотря на нефропротективную терапию в течение 6 мес, присоединение артериальной гипертензии и/или нарушение функции почек
- нефросклероз, тяжелая артериальная гипертензия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 25 лет, преподаватель, обратилась в поликлинику

Жалобы

На появление отеков голеней и стоп, боли, припухание в суставах кистей, повышение температуры тела до 37,5 С, слабость.

Анамнез заболевания

В течение последних 2 лет отмечала покраснение кожи в области спинки носа и щек после пребывания на солнце, проходившие самостоятельно, эпизодически боли в суставах кистей. Настоящее ухудшение после отдыха на море в январские праздники, уже в конце отдыха появились выраженные отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: отеки нарастали, присоединились артриты мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность не

отягощена * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет * Рабочее АД - 110-120/70 мм.рт.ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 170 см. Кожные покровы бледные. Явления хейлита. Увеличены шейные лимфузлы, при пальпации безболезненные, мягкие, подвижные. Зев не гиперемирован. Припухлость в области межфаланговых суставов кистей. Движения пальцев рук умеренно болезненные. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 1800 мл мочи (выпила около 2 л жидкости).

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- протеинурия менее 500 мг в сутки, гематурия меньше 2000 в анализе мочи по Нечипоренко, сохранная функция почек, отсутствие артериальной гипертензии
- протеинурия 0,5-1,0 г в сутки и СКФ менее 50 мл/мин/1,73 м²
- нарастание ПУ >1 г/с, несмотря на нефропротективную терапию в течение 6 мес, присоединение артериальной гипертензии и/или нарушение функции почек
- нефросклероз, тяжелая артериальная гипертензия

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- протеинурия менее 500 мг в сутки, гематурия меньше 2000 в анализе мочи по Нечипоренко, сохранная функция почек, отсутствие артериальной гипертензии
- протеинурия 0,5-1,0 г в сутки и СКФ менее 50 мл/мин/1,73 м²
- нарастание ПУ >1 г/с, несмотря на нефропротективную терапию в течение 6 мес, присоединение артериальной гипертензии и/или нарушение функции почек
- нефросклероз, тяжелая артериальная гипертензия

Результаты инструментальных методов обследования

Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у данной пациентки, является

- хронической почечной недостаточности
- нефротический
- канальцевых дисфункций
- остронефритический

Наиболее вероятным диагнозом является

- хронической почечной недостаточности
- нефротический
- канальцевых дисфункций
- остронефритический

Дифференциальную диагностику волчаночного нефрита следует проводить с

- амилоидозом почек
- хроническим гломерулонефритом
- диабетической нефропатией
- острым пиелонефритом

Показаниями к экстренной госпитализации больных СКВ с поражением почек являются

- умеренные отеки, эритроцитурия до 8 в п/зр, минимальная протеинурия, сохранная функция почек
- нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, системная активность
- минимальный мочевои синдром, умеренная артериальная гипертензия, сохранная функция почек, отсутствие признаков сердечной недостаточности, поражения крови
- следовая протеинурия, эритроцитурия 3-4 в п/зр, снижение удельного веса мочи

Тактика ведения данной больной подразумевает

- направление на санаторно-курортное лечение
- госпитализацию в нефрологический стационар
- ведение пациентки в амбулаторных условиях
- ведение пациентки в дневном стационаре

Общими немедикаментозными принципами лечения СКВ с поражением почек являются

- соблюдение режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости (при выраженных отеках, олигурии, тяжелой АГ, сердечной недостаточности)
- соблюдение общего режима, расширенная физическая нагрузка
- соблюдение постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и белка

- соблюдение общего режима без ограничения физической нагрузки, диеты с повышенным потреблением жидкости (не менее 1,2-1,5 л в сутки), поваренной соли

Всем больным СКВ с поражением почек рекомендовано назначение

- гидроксихлорохина
- антагонистов кальциевых каналов
- статинов
- антибиотиков

Показаниями для назначения иммуносупрессивной терапии при СКВ с поражением почек являются

- контролируемая артериальная гипертензия, следовая протеинурия
- персистирующая микрогематурия, сохранная функция почек
- волчаночный нефрит I-II классов
- волчаночный нефрит III-V классов

Более благоприятный прогноз имеют обострения волчаночного нефрита (ВН), протекающие с

- остонефритическим синдромом в сочетании с нефротическим
- быстро прогрессирующей почечной недостаточностью и высокой иммунологической активностью СКВ
- нарастанием протеинурии без нарушения функции почек
- остонефритическим синдромом и злокачественной АГ

Инициальная терапия волчаночного нефрита имеет цель

- остонефритическим синдромом в сочетании с нефротическим
- быстро прогрессирующей почечной недостаточностью и высокой иммунологической активностью СКВ
- нарастанием протеинурии без нарушения функции почек
- остонефритическим синдромом и злокачественной АГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юноша 20 лет, студент, обратился в поликлинику.

Жалобы

Слабость, одышка, массивные отеки лица, стоп, голеней, уменьшение количества мочи, выделяемой за сутки.

Анамнез заболевания

2,5 недели назад появился насморк, першение в горле, кашель со скудной мокротой серого цвета, общее недомогание. Температуру не измерял, к врачу не

обращался, продолжал ходить на занятия. Самостоятельно дважды принимал аспирин, использовал отивин, сироп от кашля. Через 10 дней от начала заболевания указанные симптомы постепенно стали уменьшаться до полного исчезновения, оставалась небольшая общая слабость. Вчера утром внезапно обнаружил появление массивных отеков, отметил, что стал мало мочиться, в связи с чем обратился к терапевту.

Анамнез жизни

* В детстве частые респираторные инфекции (4-5 в год). * В 14 лет – аппендэктомия, без осложнений. * Страдает атопическим дерматитом с сезонными обострениями, использует кортикостероидные мази. * 1-2 раза в неделю беспокоят головные боли, которые связывает с перегрузками в университете, купирует приемом пенталгина. * При прохождении диспансеризации год назад было обращено внимание на появление следов белка в анализах мочи, детального обследования не проводилось. * Среди ближайших прямых родственников заболеваний почек не было. * Не курит. С физическими нагрузками на уроках физкультуры всегда справлялся удовлетворительно. Спортom не занимается.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 82 кг (до болезни 77-78 кг), Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая стенок зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Массивные отеки лица, стоп и голеней. Отеки симметричные, равномерные, умеренной плотности, при надавливании легко образуются отчетливая «ямка». Гиперемии, гипертермии кожи в месте формирования отеков не отмечается. При перкуссии – тупой звук над нижними отделами легких, справа – до угла лопатки, слева – на 2 см ниже. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижние отделы не проводится, крепитации нет, хрипы не выслушиваются, перкуторно – притупление звука в нижних отделах (гидроторакс). ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД 105/65 мм рт.ст. При перкуссии живота определяется умеренное количество жидкости в брюшинной полости. Живот мягкий, безболезненный. В проекции аорты, почечных артерий шумов не выслушивается. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. Диурез не измерял. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Необходимыми для постановки предварительного диагноза лабораторными методами обследования являются

- остронефритическим синдромом в сочетании с нефротическим
- быстро прогрессирующей почечной недостаточностью и высокой иммунологической активностью СКВ
- нарастанием протеинурии без нарушения функции почек
- остронефритическим синдромом и злокачественной АГ

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки предварительного диагноза инструментальным методом обследования является

- остронефритическим синдромом в сочетании с нефротическим
- быстропрогрессирующей почечной недостаточностью и высокой иммунологической активностью СКВ
- нарастанием протеинурии без нарушения функции почек
- остронефритическим синдромом и злокачественной АГ

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятной причиной отеков у данного пациента является

- остронефритическим синдромом в сочетании с нефротическим
- быстропрогрессирующей почечной недостаточностью и высокой иммунологической активностью СКВ
- нарастанием протеинурии без нарушения функции почек
- остронефритическим синдромом и злокачественной АГ

Наиболее вероятным нозологическим диагнозом у данного больного является

- поликистозная болезнь почек
- миеломная нефропатия
- хронический гломерулонефрит
- амилоидоз почек

Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) у данного пациента соответствует следующей стадии хронической болезни почек (ХБП)

- ХБП-С3а
- ХБП-С1
- ХБП-С3б
- ХБП-С2

Оптимальной тактикой ведения данного пациента является

- санаторно-курортное лечение
- амбулаторное ведение терапевтом
- госпитализация в нефрологический стационар
- начало заместительной почечной терапии

Диета для данного больного должна предусматривать

- умеренное ограничение потребления белка (0,8 г/кг/сут) + количество белка, теряемое за сутки с мочой
- повышенное потребление белка - более 1г/кг веса/сут
- строгое ограничение потребления белка до 0,4 г/кг веса/сут
- ограничение потребления белка до 0,6 г/кг веса/сут

Основные требования, предъявляемые к водно-солевому режиму у данного больного, включают

- свободное потребление жидкости, свободное потребление соли
- свободное потребление жидкости, строгая бессолевая диета
- контроль суточного диуреза, ограничение потребления жидкости, повышенное потребление соли до 10 г/сут
- контроль суточного диуреза, потребление жидкости в количестве, не превышающем ее выделение, строгое ограничение соли до 4 г/сут

Для патогенетической терапии хронического гломерулонефрита с изолированным нефротическим синдромом и сохранной функцией почек применяются

- стероидные противовоспалительные препараты, ингибиторы кальциневрина
- иммуностимуляторы, нестероидные противовоспалительные препараты
- плазмообмен
- плазмаферез

При нефротическом синдроме внутривенная инфузия донорского альбумина должна проводиться пациентам с

- умеренной гипоальбуминемией, отсутствием признаков гиповолемии
- умеренной гипоальбуминемией и признаками гипervолемии
- гипervолемией и тяжелыми рефрактерными отеками
- развившимся после назначения преднизолона выраженным диурезом (т.н. «стероидным диурезом»)

Методом исследования, на основании которого строится современная классификация хронического гломерулонефрита и определяется тактика лечения, является

- реносцинтиграфия
- морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии
- магнитно-резонансная томография почек и мочевых путей
- иммунохимическое исследование мочи с определением селективности протеинурии

Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием

- реносцинтиграфия
- морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии
- магнитно-резонансная томография почек и мочевых путей

- иммунохимическое исследование мочи с определением селективности протеинурии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 36 лет, инженер, обратился в поликлинику

Жалобы

На отеки голеней и стоп, нарастающие к вечеру, уменьшение количества выделяемой мочи, изменение ее вида (пениющаяся).

Анамнез заболевания

4 месяца назад после перенесенной инфекции ОРВИ стал отмечать периодическое появление отеков на стопах. Учитывая самостоятельный регресс отеков, пациент за медицинской помощью не обращался. В течение последних двух недель отеки стоп и голеней стали носить постоянный характер, заметил, что моча пенится. Обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: частые ОРВИ. В течение 5 лет – избыточная масса тела • Наследственность неотягощена • Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет • АД – 120-130/80 мм.рт.ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 95 кг, рост 172 см. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Периферические л.у. не пальпируются. Отеки голеней, стоп. При надавливании легко образуется ямка. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделяет около 700-800 мл мочи (пьет около 1, 2 л жидкости)

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- реносцинтиграфия
- морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии
- магнитно-резонансная томография почек и мочевых путей
- иммунохимическое исследование мочи с определением селективности протеинурии

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- реносцинтиграфия

- морфологическое исследование ткани почки, полученной путем пункционной биопсии
- магнитно-резонансная томография почек и мочевых путей
- иммунохимическое исследование мочи с определением селективности протеинурии

Результаты инструментальных методов обследования

Ведущим нефрологическим синдромом у данного пациента является

- нефротический
- мочевого
- канальцевых дисфункций
- острой почечной недостаточности

Наиболее вероятным диагнозом является

- нефротический
- мочевого
- канальцевых дисфункций
- острой почечной недостаточности

Дифференциальную диагностику хронического гломерулонефрита (ХГН) с нефротическим синдромом и гематурией следует проводить с

- хроническим пиелонефритом
- острым постстрептококковым гломерулонефритом, вторичным ХГН в рамках системной патологии
- тубулоинтерстициальным нефритом
- сахарным диабетом первого типа с поражением почек (диабетическая нефропатия, нарушение функции почек)

Показаниями к госпитализации при хроническом гломерулонефрите являются

- нефротический синдром, нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром
- умеренно выраженные отеки, незначительная протеинурия, минимальные лейкоцитурия и эритроцитурия, умеренное нарушение функции почек
- контролируемая артериальная гипертензия, изолированная умеренная эритроцитурия, сохранная функция почек
- умеренные отеки, мочевого синдром, умеренная артериальная гипертензия, сохранная функция почек

Тактика ведения данного пациента включает

- санаторно-курортное лечение

- ведение в дневном стационаре
- госпитализацию в нефрологический стационар
- ведение в амбулаторных условиях

Общие немедикаментозные принципы ведения больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек включают

- общий режим, соблюдение «строгой» малобелковой диеты с содержанием белка 0,3-0,4 г/кг/сутки
- соблюдение диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости, животных жиров, умеренным ограничением потребления белка
- общий режим, соблюдение диеты без ограничения соли, жидкости и белка
- соблюдение общего режима с активными физическими нагрузками, диеты с повышенным содержанием белка, расширенный питьевой режим

Показаниями к проведению биопсии почки являются

- протеинурия более 1 г/сут, нефротический синдром, стойкая или рецидивирующая гломерулярная гематурия, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, острое нарушение функции почек неясной этиологии
- почечная недостаточность неясной этиологии у пациентов с уменьшенными размерами почек, развитие нефротического синдрома при поликистозе почек
- развитие протеинурии у пациентов с длительным течением сахарного диабета, с микро- и макроангиопатическими осложнениями; развитие нефротического синдрома у больных со злокачественными опухолями
- протеинурия более 1 г/сут у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, нефротический синдром у пациентов с единственной почкой

Причинами развития нефротического синдрома могут явиться

- острый пиелонефрит, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, тубулоинтерстициальный нефрит, почечный несахарный диабет, нефрокальциноз, поликистозная болезнь почек
- нефрокальциноз, поликистозная болезнь почек
- первичный и вторичный хронический гломерулонефрит (ХГН), амилоидоз почек, диабетическая нефропатия, острый гломерулонефрит, тромбоз сосудов почек, паранеопластический ХГН
- тубулоинтерстициальный нефрит, почечный несахарный диабет

Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием

- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- инфекций, тромбозов

- гиперурикемии, мочекислй блокады
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

О наличии хронической почечной недостаточности (ХПН) у пациента с впервые выявленным высоким уровнем креатинина сыворотки крови могут свидетельствовать

- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- инфекций, тромбозов
- гиперурикемии, мочекислй блокады
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 44 лет, сотрудник МВД, обратился в поликлинику.

Жалобы

На потемнение цвета мочи, в течение суток после начала носоглоточной инфекции, пастозность ног.

Анамнез заболевания

Подобные эпизоды потемнения цвета мочи вслед за обострением фарингита, тонзиллита стереотипно наблюдаются в течение последних пяти лет, в течение недели нормальный цвет мочи обычно восстанавливался. В клинических анализах мочи в этот период: белка до 1 г/л, в осадке эритроцитов до 80-100 в п/з. Дважды исследовал в период обострения уровень иммуноглобулина А (IgA) – он был повышен. Креатинин за эти годы – в пределах нормы -78-80 мкмоль/л.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с частыми обострениями (лечение – самостоятельное) • Наследственность не отягощена • Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет • Рабочее АД - 110-130/90 мм.рт.ст.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 173 см. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Миндалины умеренно увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- инфекций, тромбозов
- гиперурикемии, мочекислй блокады
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- инфекций, тромбозов
- гиперурикемии, мочекишлой блокады
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Результаты инструментальных методов обследования

Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у пациента, является

- нефротический
- хронической почечной недостаточности
- остронефритический
- канальцевых дисфункций

Наиболее вероятным диагнозом является

- нефротический
- хронической почечной недостаточности
- остронефритический
- канальцевых дисфункций

Дифференциальную диагностику IgA-нефропатии следует проводить с

- хронической сердечной недостаточностью
- другими вариантами хронического гломерулонефрита
- гипертонической болезнью с поражением почек
- гипотиреозом

Показаниями к госпитализации при IgA-нефропатии являются

- остронефритический синдром, нефротический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, тяжелая АГ, массивные отеки
- незначительная протеинурия, эритроцитурия, снижение удельного веса мочи
- умеренные отеки и артериальная гипертензия, незначительная эритроцитурия, умеренная протеинурия, сохранная фильтрационная функция почек
- умеренные отеки, мочевого синдром, умеренная артериальная гипертония, сохранная функция почек, отсутствие признаков сердечной недостаточности

Тактика ведения данного больного заключается в

- ведении пациента в дневном стационаре
- ведении пациента в амбулаторных условиях с контролем антигипертензивной и мочегонной терапии
- направлении на санаторно-курортное лечение
- госпитализации пациента в нефрологический стационар для биопсии почки и определения программы иммуносупрессии

Общие немедикаментозные принципы лечения IgA-нефропатии заключаются в

- соблюдении постельного режима независимо от тяжести состояния, диеты без ограничения поваренной соли и животного белка, санации всех очагов хронической инфекции
- соблюдении режима согласно тяжести состояния, диеты с ограничением поваренной соли, санации очагов инфекции, провоцирующих обострение заболевания
- соблюдении общего режима, расширенной физической нагрузки
- соблюдении общего режима и диеты с повышенным потреблением жидкости (не менее 1,2-1,5 л в сутки)

Препаратами для лечения пациентов с IgA-нефропатией с протеинурией до 1 г в сутки при нормальной СКФ являются

- антибиотики широкого спектра
- алкилирующие цитостатики
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА)
- глюкокортикостероиды в стандартных и сверхвысоких дозах и/или дезагреганты и антикоагулянты

Показаниями к иммуносупрессивной терапии IgA-нефропатии являются

- умеренный мочевого синдром, сохранная азотвыделительная функция
- синфарингитная гематурия
- артериальная гипертензия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при изолированном мочевого синдроме являются

- улучшение клинической картины в течение 1-2 недель после начала заболевания
- нормализация артериального давления
- прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия
- улучшение функции почек, восстановление диуреза

К лабораторным критериям неблагоприятного прогноза IgA-нефропатии относятся

- улучшение клинической картины в течение 1-2 недель после начала заболевания
- нормализация артериального давления
- прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия
- улучшение функции почек, восстановление диуреза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 19 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На сильные боли в поясничной области справа, учащенное болезненное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38-38,5°C с ознобом.

Анамнез заболевания

Неделю назад после переохлаждения отметила появление учащенного болезненного мочеиспускания, выделение мутной мочи с неприятным запахом, «тянущих» болей внизу живота. Самостоятельно принимала фитопрепараты без положительного эффекта. 3 дня назад отметила повышение температуры тела до 38,5°C с ознобом, боли в правой поясничной области, в связи с чем самостоятельно два дня назад начала прием левофлоксацина по 500 мг 1 р/сут. В течение последних двух дней температура снизилась до 37,2-37,5°C, уменьшилась интенсивность болей в правой поясничной области.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с обострениями 2-3 раза в год (лечение – самостоятельное). • Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет у бабушки и деда по материнской линии, у деда по отцовской линии генерализированный атеросклероз, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. • Гинекологический анамнез: беременность – 0, роды – 0. Половая жизнь с 18 лет, один постоянный партнер. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом. • Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°C. Рост 172 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. ЧД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, болезненное, моча мутная. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- улучшение клинической картины в течение 1-2 недель после начала заболевания
- нормализация артериального давления
- прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия
- улучшение функции почек, восстановление диуреза

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- улучшение клинической картины в течение 1-2 недель после начала заболевания
- нормализация артериального давления
- прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия
- улучшение функции почек, восстановление диуреза

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- улучшение клинической картины в течение 1-2 недель после начала заболевания
- нормализация артериального давления
- прогрессирующее ухудшение функции почек, нарастающая протеинурия
- улучшение функции почек, восстановление диуреза

Помимо уролога пациентке показана консультация

- инфекциониста
- гинеколога
- кардиолога
- невролога

Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей служит

- повышение эхогенности паренхимы почки
- расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточника
- снижение эхогенности паренхимы и уплотнение пирамид
- снижение подвижности почки

В случае обнаружения обструкции мочевыводящих путей, перед началом антибактериальной терапии, необходимо

- ограничить количество потребляемой жидкости

- перевести пациента на постельный режим
- назначить низкосолевую диету
- восстановить пассаж мочи

Учитывая отсутствие у пациентки обструкции мочевыводящих путей, сопутствующих заболеваний, улучшение состояния на фоне антибактериальной терапии, тактика ведения заключается в

- экстренной госпитализации в нефрологический стационар
- санаторно-курортном лечении
- лечении в амбулаторных условиях
- экстренной госпитализации в урологический стационар

Тактика антибактериальной терапии у данной больной предполагает

- добавление к терапии ко-тримоксазола внутрь
- назначение фосфомицина 3 г/сут однократно
- замену левофлоксацина на цефалоспорины III поколения
- продолжение терапии левофлоксацином по 500 мг 1 р/сут

Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной составляет +____+ дней/день

- 7-10
- 21
- 5
- 3-5

К антибактериальным препаратам с нефротоксическим действием относят

- аминогликозиды
- фторхинолоны
- пенициллины
- макролиды

Осложнениями острого пиелонефрита являются

- абсцесс почки, карбункул почки, паранефрит, уросепсис, бактериемический шок
- интерстициальный цистит, уретрит
- гипергидратация, отек легких
- тромбоз почечных вен, остросептический синдром, дистресс – синдром взрослых

Тактика ведения данной пациентки после купирования атаки острого пиелонефрита и нормализации анализов мочи состоит в

- абсцесс почки, карбункул почки, паранефрит, уросепсис, бактериемический шок
- интерстициальный цистит, уретрит
- гипергидратация, отек легких
- тромбоз почечных вен, остроснефритический синдром, дистресс – синдром взрослых

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 23 года, студентка, обратилась в поликлинику

Жалобы

На появление отеков на лице и лодыжках, изменение цвета и вида мочи (темная, мутная, пенится), уменьшение количества выделяемой мочи (до 500-600 мл/сут), головные боли.

Анамнез заболевания

Через две недели после перенесенной ангины появились отеки на лице и лодыжках, головные боли, моча вида «мясных помоев», количество выделяемой мочи уменьшилось до 500 мл/сут.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с частыми обострениями (лечение – самостоятельное) • Наследственность не отягощена • Гинекологический анамнез: беременность – 1, роды – 1 (Без осложнений. Анализы мочи – норма, АД - норма) • Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет • АД - 110-120/70 мм.рт.ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 170 см. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован. Миндалины умеренно увеличены.

Параорбитальные отеки, умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).

Основными необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- абсцесс почки, карбункул почки, паранефрит, уросепсис, бактериемический шок
- интерстициальный цистит, уретрит
- гипергидратация, отек легких
- тромбоз почечных вен, остроснефритический синдром, дистресс – синдром взрослых

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- абсцесс почки, карбункул почки, паранефрит, уросепсис, бактериемический шок
- интерстициальный цистит, уретрит
- гипергидратация, отек легких
- тромбоз почечных вен, остроснефритический синдром, дистресс – синдром взрослых

Результаты инструментальных методов обследования

Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у данной пациентки, является

- остроснефритический синдром
- синдром канальцевых дисфункций
- синдром хронической почечной недостаточности
- нефротический синдром

Наиболее вероятным диагнозом является

- остроснефритический синдром
- синдром канальцевых дисфункций
- синдром хронической почечной недостаточности
- нефротический синдром

Дифференциальную диагностику острого постстрептококкового гломерулонефрита следует проводить с

- хроническим гломерулонефритом
- гипотиреозом
- гипертонической болезнью
- хронической сердечной недостаточностью

Показаниями к госпитализации при остром гломерулонефрите являются

- нарушение функции почек, нарастающая артериальная гипертония, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, признаки сердечной и дыхательной недостаточности
- умеренные отеки, мочевого синдром, умеренная артериальная гипертония, сохранная азотовыделительная функция почек, отсутствие признаков дыхательной и сердечной недостаточности
- незначительная протеинурия, эритроцитурия, снижение удельного веса мочи
- умеренные отеки, эритроцитурия, умеренная протеинурия, сохранная функция почек

Тактика ведения данной больной заключается в

- ведении в дневном стационаре
- госпитализация в нефрологический стационар
- ведении в амбулаторных условиях
- санаторно-курортное лечение

Общие немедикаментозные принципы лечения острого гломерулонефрита включают

- соблюдение постельного режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости (при выраженных отеках, олигурии, тяжелой АГ, сердечной недостаточности)
- соблюдение общего режима с расширенной физической нагрузкой, диеты без ограничения соли, расширенный питьевой режим независимо от наличия отеков, олигурии
- соблюдение общего режима и диеты с повышенным потреблением жидкости (не менее 1,2-1,5 л в сутки)
- соблюдение постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и белка

Препаратами первого ряда для лечения артериальной гипертензии и отеков у пациентки с остонефритическим синдромом являются

- блокаторы рецепторов ангиотензина
- петлевые диуретики
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- бета блокаторы

Показаниями для антибиотикотерапии являются

- снижение функции почек
- лабораторно неподтвержденная стрептококковая инфекция и наличие изолированной гематурии/лейкоцитурии
- наличие мочевого синдрома
- обнаружение высоких титров антистрептококковых антител в крови и положительные результаты посева из зева

К показаниям для иммуносупрессивной терапии относятся

- контролируемая артериальная гипертензия, выраженная микрогематурия
- умеренный мочевой синдром, умеренная артериальная гипертензия
- сохранная функция почек, минимальная протеинурия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при остром гломерулонефрите являются

- контролируемая артериальная гипертензия, выраженная микрогематурия
- умеренный мочевого синдром, умеренная артериальная гипертензия
- сохранная функция почек, минимальная протеинурия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 37 лет, менеджер, обратилась в поликлинику

Жалобы

На появление мочи вида «мясных помоев», уменьшение количества мочи, отеки лица, кистей рук, ног, повышение АД до 160/90 мм рт. ст., головные боли.

Анамнез заболевания

Через 4 недели после перенесенного острого рожистого воспаления левой голени (проводилась антибактериальная терапия в условиях инфекционного отделения, достигнут положительный эффект) появились отеки на лице и лодыжках, моча вида «мясных помоев», уменьшилось количество мочи (до 500 мл/сут), зарегистрировано повышение АД до 160/90 мм рт. ст.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: хронический тонзиллит с частыми обострениями (лечение – самостоятельное). • Наследственность не отягощена. • Гинекологический анамнез: беременность – 1, роды – 1 (без осложнений, анализы мочи – норма, АД - норма). • Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет эпизодически (реже 1 раза в месяц). • Привычное АД - 110-120/70 мм рт. ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 68 кг, рост 169 см. Кожные покровы бледные, на передней поверхности нижней трети левой голени явления лимфедемы, незначительная гиперемия. Параорбитальные отеки, умеренные отеки голеней, стоп. Зев чистый. Миндалины умеренно увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в мин., АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное. За прошедшие сутки выделила около 500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- контролируемая артериальная гипертензия, выраженная микрогематурия
- умеренный мочевого синдром, умеренная артериальная гипертензия
- сохранная функция почек, минимальная протеинурия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- контролируемая артериальная гипертензия, выраженная микрогематурия
- умеренный мочево́й синдром, умеренная артериальная гипертензия
- сохранная функция почек, минимальная протеинурия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Результаты инструментальных методов обследования

Ведущим синдромом у данной пациентки является

- хронической почечной недостаточности
- канальцевых дисфункций
- остронефритический
- нефротический

Наиболее вероятным диагнозом является

- хронической почечной недостаточности
- канальцевых дисфункций
- остронефритический
- нефротический

Дифференциальную диагностику острого постстрептококкового гломерулонефрита следует проводить с

- хронической сердечной недостаточностью
- хроническим гломерулонефритом
- гипотиреозом
- гипертонической болезнью

Показаниями к госпитализации при остром гломерулонефрите являются

- незначительная протеинурия, эритроцитурия, снижение удельного веса мочи
- нарушение функции почек, нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, признаки сердечной и дыхательной недостаточности
- умеренные отеки, эритроцитурия, умеренная протеинурия, сохранная функция почек
- умеренные отеки, мочево́й синдром, умеренная артериальная гипертензия, сохранная азотовыделительная функция почек, отсутствие признаков дыхательной и сердечной недостаточности

Тактика ведения данной больной заключается в

- направлении на санаторно-курортное лечение

- ведении пациентки в дневном стационаре
- ведении пациентки в амбулаторных условиях
- госпитализации в нефрологический стационар

Общие немедикаментозные принципы лечения острого гломерулонефрита включают

- соблюдение общего режима и диеты с повышенным потреблением жидкости (более 2-2,5 л в сутки)
- соблюдение постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и белка
- соблюдение общего режима, расширенная физическая нагрузка
- соблюдение постельного режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости

Препаратами первого ряда для лечения артериальной гипертензии и отеков у пациентки с остонефритическим синдромом являются

- бета-блокаторы
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- блокаторы рецепторов ангиотензина
- петлевые диуретики

Показаниями для антибиотикотерапии являются

- снижение функции почек
- наличие мочевого синдрома
- обнаружение высоких титров антистрептококковых антител в крови в сочетании с положительными результатами посева из зева или кожи
- лабораторно неподтвержденная стрептококковая инфекция, наличие гематурии, поливалентная лекарственная непереносимость

Показаниями для иммуносупрессивной терапии являются

- следовая протеинурия, микрогематурия
- умеренный мочевой синдром, сохранная функция почек
- умеренный мочевой синдром, контролируемая артериальная гипертензия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при остром гломерулонефрите являются

- следовая протеинурия, микрогематурия
- умеренный мочевой синдром, сохранная функция почек
- умеренный мочевой синдром, контролируемая артериальная гипертензия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В поликлинику обратилась пациентка 35 лет

Жалобы

На повышенную утомляемость, периодически – тянущие боли в поясничной области, полиурию, головные боли

Анамнез заболевания

Около 5 лет беспокоит дискомфорт в области поясницы, было 2 эпизода пиелонефрита. 2 года назад появилась полиурия. Последний год беспокоят головные боли, при разовых измерениях артериальное давление (АД) 140-150/90-100 мм.рт.ст.

Анамнез жизни

• С трех лет воспитывалась бабушкой, жила с ней в деревне, болела редко, в основном ОРВИ. • Наследственность: отец – пропал без вести, мать - умерла в возрасте 55 лет от терминальной почечной недостаточности неизвестной этиологии. У матери растет дочь от второго брака, 20 лет, страдает заболеванием почек, каким не знает. Бабушка по материнской линии (80 лет) – артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет 2 типа. Тетя по материнской линии (60 лет) – кисты в почках, АГ. У пациентки – сын 5 лет, УЗИ почек не делали. • Вредные привычки: курит более 5 лет (1/2 пачки сигарет в сутки), алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 165 см. Кожные покровы бледные, чистые. Отеков нет. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Поколачивание по поясничной области чувствительно с обеих сторон. Пальпируются увеличенные бугристые почки. Мочеиспускание безболезненное.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- следовая протеинурия, микрогематурия
- умеренный мочевого синдром, сохранная функция почек
- умеренный мочевого синдром, контролируемая артериальная гипертензия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования является

- следовая протеинурия, микрогематурия
- умеренный мочевого синдром, сохранная функция почек
- умеренный мочевого синдром, контролируемая артериальная гипертензия

- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- следовая протеинурия, микрогематурия
- умеренный мочево́й синдром, сохранная функция почек
- умеренный мочево́й синдром, контролируемая артериальная гипертензия
- быстро прогрессирующее течение нефрита, нефротический синдром

Ультразвуковым критерием поликистозной болезни почек (ПБП) у 35-летней пациентки является обнаружение

- по 1 кисте в каждой почке
- ≥ 2 кист в каждой почке
- ≥ 2 кист в одной почке
- не менее 4 кист в каждой почке

У данной больной стадия хронической болезни почек (ХБП) по уровню фильтрации (СКФ 83 мл/мин) соответствует

- ХБП-С4
- ХБП-С1
- ХБП-С3а
- ХБП-С2

Внепочечные проявления поликистозной болезни почек включают

- алопецию, фотосенсибилизацию, эритему «бабочка», артралгии, эпилептические припадки, синдром «матового стекла», внутригрудную лимфаденопатию, сенсорную полинейропатию, тромбозы
- кисты в других органах (печень, селезенка, яичники и др.), сосудистые аневризмы различной локализации, аномалии клапанов сердца, дивертикулы кишечника, паховые и пупочные грыжи, бронхэктазы
- геморрагическую сыпь, артралгии, синдром Рейно, периферическую полинейропатию
- ревматоидные узелки над суставами кистей, лимфаденопатию, иридоциклит, альвеолит

Необследованным кровным родственникам пациента с поликистозной болезнью почек в первую очередь нужно провести

- пункционную биопсию почки
- магниторезонансную томографию
- генетическую диагностику
- ультразвуковое обследование почек

Скрининг на наличие внутричерепных аневризм необходимо проводить больным с поликистозной болезнью почек с

- нетипичной головной болью, с предыдущей историей разрыва аневризм, с семейными случаями аневризм
- отсутствием артериальной гипертензии, отсутствием предыдущей истории выявления или разрыва аневризм
- рецидивирующим пиелонефритом
- артериальной гипертензией

Первоочередными при выборе антигипертензивной терапии у больных поликистозной болезнью почек являются

- петлевые диуретики
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина
- дигидроперидиновые блокаторы кальциевых каналов и агонисты имидазолиновых рецепторов
- бета блокаторы

Тактика ведения больных поликистозной болезнью почек при частых или хронических болях в проекции почек включает в себя

- физиотерапевтическое лечение
- назначение мочегонных препаратов, растительных уросептиков, физиотерапии, курсов массажа, обязательное дренирование кист
- назначение мочегонных препаратов
- применение неопиоидных анальгетиков, трициклических антидепрессантов, при резистентных болях – хирургическое лечение

Хирургические методы лечения кист применяются при

- кальцификации кист, нефрокальцинозе
- наличии синусных кист, не нарушающих отток мочи
- сдавлении кистами соседних органов, нарушении оттока мочи; наличии резистентных к анальгетикам болей; развитии кровотечения, угрозе разрыва, нагноении, малигнизации кисты
- наличии подкапсульных кист диаметром до 2-3 см, деформирующих контур почек, вызывающих умеренный дискомфорт, наличии мелких кист с кальцинатами без признаков малигнизации

При подозрении на инфицирование кист(ы) препаратами выбора являются

- кальцификации кист, нефрокальцинозе
- наличии синусных кист, не нарушающих отток мочи

- сдавлении кистами соседних органов, нарушении оттока мочи; наличии резистентных к анальгетикам болей; развитии кровотечения, угрозе разрыва, нагноении, малигнизации кисты
- наличии подкапсульных кист диаметром до 2-3 см, деформирующих контур почек, вызывающих умеренный дискомфорт, наличии мелких кист с кальцинатами без признаков малигнизации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 59 лет, агроном, обратился в поликлинику

Жалобы

На слабость, быструю утомляемость, отсутствие аппетита, обильное мочеотделение, преимущественно в ночное время.

Анамнез заболевания

Около 20 лет страдает подагрой с ежегодными рецидивами артрита первого плюснефалангового сустава правой стопы, по поводу чего самостоятельно принимал НПВП (индометацин) с эффектом. Низкопуриновую диету не соблюдал, аллопуринол принимал эпизодически. Более 5 лет – артериальная гипертензия (АГ) с подъемами АД до 150-160/90-100 мм рт.ст., нерегулярно принимает амлодипин. Последние 6 месяцев – никтурия, полиурия. Со слов больного год назад были выявлены изменения в анализах мочи, повышение креатинина сыворотки крови.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: отрицает
- Наследственность отягощена по МКБ (отец, дядя)
- Вредные привычки: не курит, регулярно (2-3 раза в неделю) употребляет пиво (1-2 л/сут)

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 89 кг, рост 182 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- кальцификации кист, нефрокальцинозе
- наличии синусных кист, не нарушающих отток мочи
- сдавлении кистами соседних органов, нарушении оттока мочи; наличии резистентных к анальгетикам болей; развитии кровотечения, угрозе разрыва, нагноении, малигнизации кисты
- наличии подкапсульных кист диаметром до 2-3 см, деформирующих контур почек, вызывающих умеренный дискомфорт, наличии мелких кист с кальцинатами без признаков малигнизации

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

- кальцификации кист, нефрокальцинозе
- наличии синусных кист, не нарушающих отток мочи
- сдавлении кистами соседних органов, нарушении оттока мочи; наличии резистентных к анальгетикам болей; развитии кровотечения, угрозе разрыва, нагноении, малигнизации кисты
- наличии подкапсульных кист диаметром до 2-3 см, деформирующих контур почек, вызывающих умеренный дискомфорт, наличии мелких кист с кальцинатами без признаков малигнизации

Результаты инструментальных методов обследования

Клиническая картина в наибольшей степени соответствует

- нефротическому синдрому
- хронической болезни почек
- острому повреждению почек
- остронефритическому синдрому

Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

- оксалатный нефролитиаз, ишемическую болезнь почек, гипертонический нефроангиосклероз, почечный несахарный диабет, гангренозный пиелонефрит
- тромбоз почечных вен, обструктивную уropатию
- иммуноглобулин А-нефропатию, амилоидоз почек
- острую мочекислую блокаду, уратный нефролитиаз, хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит, иммунный гломерулонефрит

Наиболее вероятным диагнозом у данного больного является

- оксалатный нефролитиаз, ишемическую болезнь почек, гипертонический нефроангиосклероз, почечный несахарный диабет, гангренозный пиелонефрит
- тромбоз почечных вен, обструктивную уropатию
- иммуноглобулин А-нефропатию, амилоидоз почек
- острую мочекислую блокаду, уратный нефролитиаз, хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит, иммунный гломерулонефрит

Хроническую почечную недостаточность (ХПН) у пациента с уратным тубулоинтерстициальным нефритом следует дифференцировать с

- быстро прогрессирующим течением ХГН
- тромбозом почечных вен

- острым почечным повреждением
- обструктивной уropатией

Показаниями к госпитализации при подагре являются

- олиго-анурия, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ артрита
- умеренные отеки, мочево́й синдром, умеренная артериальная гипертензия, сохранная азотвыделительная функция почек
- развитие необструктивного неосложненного пиелонефрита, неосложненного цистита
- гематурия сплошь в поле зрения, выраженная кристаллурия при сохранном диурезе

Показаниями для назначения урикостати́ков (аллопуринол, фебуксостат) являются

- персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрической артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией
- тофусная подагра у беременных
- бессимптомная гиперурикемия
- эпизодически выявляемая гиперурикемия без признаков подагрической артропатии, тофусов, уратного нефролитиаза и уратной нефропатии

Общими немедикаментозными принципами лечения подагры с поражением почек является

- соблюдение питьевого режима (2–2,5 л/сут, эпизодически ощелачивающее питье), низкопуриновой диеты
- соблюдение постельного режима, длительное ограничение физической нагрузки
- соблюдение постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и белка
- соблюдение строгого постельного режима и диеты с уменьшением потребления жидкости менее 1 литра в сутки

К нефропротективному препарату с дополнительным урикозурическим эффектом относится

- ингибитор ГМГ-коА редуктазы - торвакард
- блокатор медленных кальциевых каналов - дилтиазем
- блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА) - лозартан
- ингибитор ангиотензин-превращающего фермента - эналаприл

К препаратам, способствующим развитию вторичной гиперурикемии, относятся

- фебуксостат, аллопуринол, цитратные смеси (магурлит,блемарен)
- бета-лактамы, антибиотики, преднизолон, курантил
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы, блокаторы рецепторов ангиотензина
- тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин, рибоксин

К заболеваниям, при которых часто наблюдается вторичная гиперурикемия, относятся

- фебуксостат, аллопуринол, цитратные смеси (магурлит,блемарен)
- бета-лактамы, антибиотики, преднизолон, курантил
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы, блокаторы рецепторов ангиотензина
- тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин, рибоксин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 21 года, студентка, обратилась в поликлинику

Жалобы

На появление отеков голеней и стоп, боли в суставах кистей, выпадение волос, повышение температуры тела до 37,5 С, покраснение в области носа и щек, слабость

Анамнез заболевания

В июле впервые отдыхала на море в Турции, уже в конце отдыха появились эритематозные высыпания в области спинки носа и щек, по типу «бабочки», отеки стоп. После возвращения отметила ухудшение состояния: увеличились отеки, появились артралгии мелких суставов кистей, выраженная слабость, субфебрилитет, стали выпадать волосы.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: отрицает • Наследственность не отягощена • Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет • АД - 110-120/70 мм.рт.ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 50 кг, рост 160 см. Кожные покровы бледные, на коже лица эритема по типу «бабочки». Зев не гиперемирован. Умеренные отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 80 в мин., АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделила около 1500 мл мочи (выпила около 1,5 л жидкости).

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- фебуксостат, аллопуринол, цитратные смеси (магурлит, блемарен)
- бета-лактамы, антибиотики, преднизолон, курантил
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы, блокаторы рецепторов ангиотензина
- тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин, рибоксин

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- фебуксостат, аллопуринол, цитратные смеси (магурлит, блемарен)
- бета-лактамы, антибиотики, преднизолон, курантил
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы, блокаторы рецепторов ангиотензина
- тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин, рибоксин

Результаты инструментальных методов обследования

Ведущим нефрологическим синдромом, выявляемым у данной пациентки, является

- канальцевых дисфункций
- хронической почечной недостаточности
- нефротический
- остонефритический

Наиболее вероятным диагнозом является

- канальцевых дисфункций
- хронической почечной недостаточности
- нефротический
- остонефритический

Дифференциальную диагностику волчаночного нефрита следует проводить с

- амилоидозом с поражением почек
- хроническим пиелонефритом
- первичным хроническим гломерулонефритом
- диабетической нефропатией

Показаниями к госпитализации при СКВ с поражением почек являются

- незначительная протеинурия, эритроцитурия 3-4 в п/зр, снижение удельного веса мочи

- нарушение функции почек, сохраняющаяся/нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром, развитие нефротического синдрома, признаки сердечной и дыхательной недостаточности, полиорганная патология
- минимальный мочево́й синдром, умеренная артериальная гипертензия, сохранная азотовыделительная функция почек, отсутствие признаков дыхательной и сердечной недостаточности, полиорганного поражения
- умеренные отеки, эритроцитурия до 8 в п/зр, минимальная протеинурия, сохранная функция почек

Тактика ведения данной больной заключается в

- направлении на санаторно-курортное лечение
- ведении пациентки в дневном стационаре
- амбулаторном ведении пациентки
- госпитализации в нефрологический стационар

Общими немедикаментозными принципами лечения СКВ с поражением почек являются

- соблюдение общего режима, диеты без ограничения соли, потребляемой жидкости вне зависимости от наличия отеков, олигурии, артериальной гипертензии, сердечной недостаточности
- соблюдение постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и белка
- соблюдение постельного режима, диеты с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости (при выраженных отеках, олигурии, тяжелой АГ, сердечной недостаточности)
- соблюдение общего режима и диеты с повышенным потреблением жидкости (не менее 1,2-1,5 л в сутки)

Всем больным СКВ с поражением почек рекомендовано назначение

- антагонистов кальциевых каналов
- статинов
- гидроксихлорохина
- антибиотиков

Показаниями к проведению пункционной биопсии почки при СКВ являются

- улучшение функции почек, уменьшение протеинурии
- умеренная артериальная гипертензия, минимальная протеинурия, сохранная азотовыделительная функция почек
- прогрессирующее ухудшение функции почек, нефротический синдром, активный мочево́й синдром
- персистирующая микрогематурия, следовая протеинурия

Показаниями для назначения иммуносупрессивной терапии при СКВ с поражением почек являются

- минимальная протеинурия, сохранная функция почек
- персистирующая микрогематурия, сохранная функция почек
- контролируемая артериальная гипертензия, следовая протеинурия, отсутствие активного мочевого осадка
- остросистемный синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, нефротический синдром

Таргетная терапия ритуксимабом при СКВ с поражением почек оправдана при

- минимальная протеинурия, сохранная функция почек
- персистирующая микрогематурия, сохранная функция почек
- контролируемая артериальная гипертензия, следовая протеинурия, отсутствие активного мочевого осадка
- остросистемный синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, нефротический синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 19 лет, студентка, обратилась в поликлинику

Жалобы

На выраженные отеки лица, ног, рук, передней брюшной стенки, уменьшение количества выделяемой мочи, изменение ее вида (пениющаяся).

Анамнез заболевания

Два дня назад угостили экзотическим фруктом из Таиланда, после его употребления развился отек Квинке, который был купирован по скорой помощи введением преднизолона. Через день после этого эпизода появились и стали быстро нарастать отеки стоп, голеней, лица, моча начала пениться, уменьшилось ее количество. Обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: частые ОРВИ. • Аллергоанамнез: атопия на кошачью шерсть (ринит, конъюнктивит), пищевая аллергия – цитрусовые (дерматит) • Наследственность: у мамы и сестры – поллиноз (пыльца березы, ольхи, одуванчиков) • Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы бледные, чистые. Зев - не гиперемирован. Периферические л.у. не пальпируются. Выраженные отеки лица, голеней, стоп, кистей рук, передней брюшной стенки. Отеки при надавливании оставляют ямку. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 72 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное. За сутки выделяет около 800мл мочи (пьет около 1, 2 л жидкости)

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- минимальная протеинурия, сохранная функция почек
- персистирующая микрогематурия, сохранная функция почек
- контролируемая артериальная гипертензия, следовая протеинурия, отсутствие активного мочевого осадка
- остронефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, нефротический синдром

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- минимальная протеинурия, сохранная функция почек
- персистирующая микрогематурия, сохранная функция почек
- контролируемая артериальная гипертензия, следовая протеинурия, отсутствие активного мочевого осадка
- остронефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, нефротический синдром

Результаты инструментальных методов обследования

Ведущим нефрологическим синдромом у данной пациентки является

- мочевого синдром
- синдром острого повреждения почек
- нефротический синдром
- синдром канальцевых дисфункций

Быстрое/внезапное развитие изолированного нефротического синдрома позволяет, в первую очередь, предполагать наличие

- мочевого синдром
- синдром острого повреждения почек
- нефротический синдром
- синдром канальцевых дисфункций

У данной больной развитие нефротического синдрома наиболее вероятно связано с

- приемом лекарств
- обострением фарингита
- атопией
- инсоляцией

Показаниями к госпитализации при хроническом гломерулонефрите являются

- изолированная умеренная эритроцитурия, сохранная функция почек, контролируемая артериальная гипертензия
- нефротический синдром, нарушение функции почек, нарастающая артериальная гипертензия, тяжелый отечный синдром
- незначительная протеинурия, умеренное нарушение азотвыделительной функции почек, минимальная лейкоцитурия
- умеренные отеки, мочевого синдром, умеренная артериальная гипертензия, сохранная функция почек

Тактика ведения данной больной включает

- ведение пациентки в амбулаторных условиях
- ведение пациентки в дневном стационаре
- санаторно-курортное лечение
- госпитализацию в нефрологический стационар

Общие немедикаментозные принципы ведения больных гломерулонефритом с нефротическим синдромом и сохранной функцией почек включают

- общий режим, соблюдение диеты без ограничения соли, жидкости и белка
- диету с ограничением поваренной соли, потребляемой жидкости, жиров, умеренным ограничением потребления белка
- общий режим, соблюдение «строгой» малобелковой диеты с содержанием белка 0,3-0,4 г/кг/сутки
- активные физические нагрузки, соблюдение диеты повышенным содержанием белка, расширенный питьевой режим

Для лечения дебюта нефротического синдрома при болезни минимальных изменений рекомендована монотерапия

- статинами
- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента
- блокаторами рецепторов ангиотензина II (БРА)
- глюкокортикоидами

При лечении глюкокортикоидами нефротического синдрома при болезни минимальных изменений (БМИ) характерно

- отсутствие ответа
- торпидное течение
- ухудшение течения заболевания
- развитие полной ремиссии

Нефротический синдром наиболее часто осложняется развитием

- гиперурикемии, мочекислотной блокады
- инфекций, тромбозов
- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Причинами развития отеков при нефротическом синдроме являются

- гиперурикемии, мочекислотной блокады
- инфекций, тромбозов
- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, отсутствие аппетита, снижение массы тела на 2 кг за 6 месяцев, никтурию, полиурию

Анамнез заболевания

С 12 лет выявлялась следовая протеинурия, эритроцитурия, ассоциированная с обострением хронического тонзиллита, диагностирован хронический гломерулонефрит (ХГН) гематурического типа. С 22 лет отмечались эпизоды повышения артериального давления (АД), с 28 лет - стойкая артериальная гипертензия (АГ) с повышением АД до 150/90 мм рт. ст. Принимала ингибитор АПФ эналаприл 5 мг в сутки. + В 27 летнем возрасте беременность, в 3-триместре - усиление протеинурии, АГ, функция почек сохранна. На сроке 29 недель выполнено родоразрешение путем кесаревого сечения без осложнений. В последующем сохранялась протеинурия до 1 г/л и эритроцитурия до 10 в поле зрения, АД контролировала приемом эналаприла в дозе 5 мг/сут, уровень креатинина сыворотки не определяла. С 40 летнего возраста появилась никтурия, полиурия, усилилась АГ, что потребовало дополнительного приема препарата дилтиазем в дозе 90 мг/сут, выявлено умеренное увеличение креатинина сыворотки крови – 140 мкмоль/л. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-х месяцев – появились слабость, быстрая утомляемость, отеки лица, лодыжек и стоп.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: с 7-летнего возраста хронический тонзиллит, с 12 лет ХГН гематурического типа, в возрасте 22 лет тонзилэктомия.
- Наследственность не отягощена
- Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 72 кг, рост 165 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не

выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 80 в мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени - у края реберной дуги. Пастозность лица, нижних конечностей (голеней и стопы). За сутки выделила около 2,5 л мочи (выпила 2,8 л жидкости).

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- гиперурикемии, мочекишечной блокады
- инфекций, тромбозов
- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациентке необходимо выполнить

- гиперурикемии, мочекишечной блокады
- инфекций, тромбозов
- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Результаты скрининговых инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- гиперурикемии, мочекишечной блокады
- инфекций, тромбозов
- пролиферативной ретинопатии, полинейропатии
- повышенной кровоточивости, образованием гематом

Диагноз

Ведущими осложнениями хронической почечной недостаточности (ХПН) являются

- артериальная гипотензия, гипокалиемия, гипонатриемия
- артериальная гипертензия, гипокалиемия, гипертиреоз
- артериальная гипертензия, анемия, гиперкалиемия, вторичный гиперпаратиреоз
- артериальная гипотензия, гипогликемия, гипоурикемия, гиперурикозурия

Дифференциальную диагностику хронической почечной недостаточности (ХПН) необходимо проводить с

- полиорганной недостаточностью
- острой недостаточностью кровообращения
- с острой почечной недостаточностью

- хронической сердечной недостаточностью

Стадия хронической болезни почек (ХБП) у данной больной соответствует

- ХБП-С3а
- ХБП-С4
- ХБП-С3б
- ХБП-С2

Признаками гиперкалиемии на ЭКГ являются

- плоский или отрицательный зубец Т, снижение сегмента ST ниже изолинии
- повышенный зубец Т, расширение комплекса QRS, удлинение интервала P-R
- подъем сегмента ST, патологический зубец Q
- высокий остроконечный зубец Р в отведениях II, III, aVF

Показаниями к началу терапии диализом у больных с ХПН являются

- снижение СКФ менее 30 мл/мин, умеренная артериальная гипертензия, гиперкалиемия до 5,9 ммоль/л, гипернатриемия
- снижение СКФ менее 20 мл/мин, полостные отеки, гиперкалиемия до 5,9 ммоль/л
- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия свыше 6,5 ммоль/л, анурия более 24 часов, угрожающая жизни гипергидратация
- снижение СКФ менее 20 мл/мин, умеренная артериальная гипертензия, гипернатриемия

Общие принципы немедикаментозного лечения пациентки с додиализной стадией ХПН заключаются в

- диете с ограничением в рационе суточной квоты белка, поваренной соли, продуктов, богатых калием, фосфором, адекватном потреблении жидкости
- диете с суточным потреблением белка более 1,0 г/кг веса без ограничения приема поваренной соли и жидкости, продуктов, богатых калием и фосфором
- диете с потреблением белка более 1,0 г/кг/сутки без ограничения поваренной соли и жидкости
- диете с ограничением белка до 0,8 г/кг/сутки, с ограничением соли до 6 г/сутки, жидкости до 1 л/сутки

Для коррекции гиперкалиемии у данной пациентки необходимо

- начать внутривенное введение глюконата кальция или инсулина, назначить верошпирон

- начать лечение диализом
- ограничить прием продуктов, богатых калием; отменить и-АПФ; назначить фуросемид
- ограничить прием калия, назначить верошпирон

Основными препаратами, используемыми для лечения анемии у больных с ХПН являются

- андрогены
- витамин В₁₂ и фолиевая кислота
- препараты железа и эритропоэтины
- анаболические гормоны

Данной больной проведение пункционной биопсии почки не показано по причине выявления

- андрогены
- витамин В₁₂ и фолиевая кислота
- препараты железа и эритропоэтины
- анаболические гормоны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 36 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, утомляемость, дискомфорт в поясничной области справа, учащенное болезненное мочеиспускание, увеличение количества выделяемой мочи (в том числе в ночное время – до 3-4 раз большими порциями), повышение температуры тела до 37,8°C, познabливание

Анамнез заболевания

В юности наблюдались эпизоды болезненного мочеиспускания (после переохлаждения, половых контактов), иногда сопровождавшиеся ухудшением общего самочувствия, повышением температуры тела до 37,2-37,5°C, по поводу которых короткими курсами по 3-5 дней самостоятельно принимала противомикробные препараты (5-НОК, нолицин, палин) с положительным эффектом. К врачу не обращалась, анализы мочи не контролировала. В 25 лет на ранних сроках беременности перенесла острый пиелонефрит, проводилась антибактериальная терапия с положительным эффектом. В последующие годы наблюдалось несколько эпизодов болезненного мочеиспускания с тянущими болями в поясничной области справа, лейкоцитурией, повышением температуры тела до 37,5°C, лечилась антибиотиками, фитопрепаратами. Примерно 6 лет назад отметила нарастание слабости, быструю утомляемость, головные боли, было выявлено повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.); в течение последних 3-4 лет непостоянно принимает амлодипин в дозе 5 мг/сут, а также капотен в дозе 25 мг/сут (при АД > 150/90 мм рт. ст.). Указанные

жалобы появились 2 дня назад после переохлаждения. Начала прием канефрона без четкого положительного эффекта.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: В 23 года – аппендэктомия. • Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет по материнской линии (мать, бабушка), по отцовской линии генерализированный атеросклероз (отец, дед), мочекаменная болезнь (дед). • Гинекологический анамнез: беременность – 1, роды – 1. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом. • Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко (несколько раз в месяц) в небольшом количестве.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°C. Рост 162 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков нет. ЧД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, периодически болезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- андрогены
- витамин В₁₂ и фолиевая кислота
- препараты железа и эритропоэтины
- анаболические гормоны

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациентки необходимо использовать

- андрогены
- витамин В₁₂ и фолиевая кислота
- препараты железа и эритропоэтины
- анаболические гормоны

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- андрогены
- витамин В₁₂ и фолиевая кислота
- препараты железа и эритропоэтины
- анаболические гормоны

Помимо консультации уролога данной пациентке показана консультация

- отоларинголога
- гинеколога
- эндокринолога
- инфекциониста

Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей является

- снижение подвижности почки
- расширение чашечно-лоханочной системы
- увеличение толщины паренхимы почки
- увеличение эхогенности паренхимы почки

Перед началом антибактериальной терапии обострения хронического пиелонефрита в первую очередь необходимо

- исключить обструкцию мочевыводящих путей
- перевести пациента на постельный режим
- ограничить количество потребляемой жидкости менее 1 л
- назначить диету с ограничением белков и жиров

Тактика ведения данной больной заключается в

- экстренной госпитализации в урологическое отделение
- амбулаторном лечении
- госпитализации в кардиологическое отделение
- санаторно-курортном лечении

Антибактериальная терапия данной пациентки заключается в

- назначении ко-тримоксазола внутрь
- однократном приеме фосфомицина в дозе 3 г внутрь на ночь
- приеме фуразидина внутрь в дозе 100 мг 3 р/сут
- пероральном приеме левофлоксацина внутрь по 500 мг 1 р/сут

Продолжительность курса антибактериальной терапии у данной больной должна составлять +_____+ дней/день

- 5-7
- 3-5
- 10-14
- 21-28

К антибактериальным препаратам, оказывающим нефротоксическое действие, относятся

- аминогликозиды

- пенициллины
- макролиды
- фторхинолоны

Дальнейшая тактика ведения данной пациентки после купирования обострения пиелонефрита заключается в

- соблюдении диеты с ограничением соли, белка, продуктов, богатых калием, проведении курсов растительных уроантисептиков, физиотерапии
- длительном приеме низких доз антибиотиков с профилактической целью, продолжении приема амлодипина в более высокой дозе
- соблюдении диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки, постоянном приеме фуразидина, применении иАПФ
- длительном приеме мочегонных и антисептических трав или официальных растительных препаратов, коррекции артериального давления

Показанием к нефрэктомии при хроническом пиелонефрите является

- соблюдении диеты с ограничением соли, белка, продуктов, богатых калием, проведении курсов растительных уроантисептиков, физиотерапии
- длительном приеме низких доз антибиотиков с профилактической целью, продолжении приема амлодипина в более высокой дозе
- соблюдении диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки, постоянном приеме фуразидина, применении иАПФ
- длительном приеме мочегонных и антисептических трав или официальных растительных препаратов, коррекции артериального давления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 40 лет, медсестра, обратилась в поликлинику

Жалобы

На слабость, утомляемость, дискомфорт в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,8°C, ознобы, повышение АД до 150/100 мм рт. ст., плохо поддающееся коррекции приемом 20 мг/сут эналаприла.

Анамнез заболевания

В юности после переохлаждения эпизоды болезненного мочеиспускания с повышением температуры тела до 37,2-37,5°C, лечилась фитопрепаратами (Фитолизин®, Цистон®). В 25 лет на ранних сроках беременности перенесла острый пиелонефрит, проводилась антибактериальная терапия с положительным эффектом. При УЗИ почек после родов – неполное удвоение ЧЛС правой почки. В последующие годы наблюдалось несколько эпизодов болей в пояснице справа, сопровождавшихся лейкоцитурией и повышением температуры тела до 37,5°C, самостоятельно принимала антибиотики,

фитопрепараты с положительным эффектом. На прием препарата Амоксиклав® (Амоксициллин + Клавулановая кислота) развилась крапивница. Более 5 лет отмечает повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.), принимает эналаприл 20 мг/сут, привычное АД на фоне антигипертензивной терапии - 130/80 мм рт. ст.). Указанные жалобы появились 2 дня назад после посещения бассейна. Начала прием норфлоксацина и препарата Канефрон® (Золототысячника трава + Любисток лекарственного корень + Розмарина обыкновенного листья) без четкого положительного эффекта - жалобы сохраняются.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: Хронический бронхит. • Наследственность: артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа по материнской линии (мать, бабушка). • Гинекологический анамнез: в 23 года – аднексит. Беременность – 2, роды – 1, аборт -1. Периодически наблюдаются обострения кандидоза половых органов, по поводу которого проводится терапия флуконазолом. • Аллергоанамнез: крапивница на прием препарата Амоксиклав® (Амоксициллин + Клавулановая кислота). • Вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Рост 162 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеков нет. ЧД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ритм правильный. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в надлобковой области. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, не пальпируются. Мочеиспускание свободное, периодически болезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- соблюдении диеты с ограничением соли, белка, продуктов, богатых калием, проведении курсов растительных уроантисептиков, физиотерапии
- длительном приеме низких доз антибиотиков с профилактической целью, продолжении приема амлодипина в более высокой дозе
- соблюдении диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки, постоянном приеме фуразидина, применении иАПФ
- длительном приеме мочегонных и антисептических трав или официнальных растительных препаратов, коррекции артериального давления

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациентки необходимо использовать

- соблюдении диеты с ограничением соли, белка, продуктов, богатых калием, проведении курсов растительных уроантисептиков, физиотерапии

- длительном приеме низких доз антибиотиков с профилактической целью, продолжении приема амлодипина в более высокой дозе
- соблюдении диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки, постоянном приеме фуразидина, применении иАПФ
- длительном приеме мочегонных и антисептических трав или официальных растительных препаратов, коррекции артериального давления

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- соблюдении диеты с ограничением соли, белка, продуктов, богатых калием, проведении курсов растительных уроантисептиков, физиотерапии
- длительном приеме низких доз антибиотиков с профилактической целью, продолжении приема амлодипина в более высокой дозе
- соблюдении диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки, постоянном приеме фуразидина, применении иАПФ
- длительном приеме мочегонных и антисептических трав или официальных растительных препаратов, коррекции артериального давления

Данной пациентке показана консультация

- эндокринолога
- инфекциониста
- отоларинголога
- уролога

Ультразвуковым признаком обструкции мочевыводящих путей является

- расширение чашечно-лоханочной системы
- увеличение эхогенности паренхимы почки
- увеличение толщины паренхимы почки
- снижение подвижности почки

При пиелонефрите показаниями к экстренной госпитализации являются

- хронический пиелонефрит вне обострения, обострение первичного хронического пиелонефрита без признаков обструкции
- обострение вторичного пиелонефрита, острый обструктивный пиелонефрит
- острый необструктивный пиелонефрит легкой степени, обострение первичного хронического пиелонефрита
- острый необструктивный пиелонефрит легкой степени, хронический пиелонефрит вне обострения

Перед началом антибактериальной терапии обострения хронического пиелонефрита в первую очередь необходимо

- перевести пациента на постельный режим
- назначить диету с ограничением белков и жиров
- ограничить количество потребляемой жидкости до менее 1 л
- исключить обструкцию мочевыводящих путей

Тактика ведения данной больной заключается в

- санаторно-курортном лечении
- госпитализации в кардиологическое отделение
- амбулаторном лечении
- госпитализации в урологическое отделение

Одним из принципов эмпирического назначения антибактериальной терапии при пиелонефрите является предотвращение развития антибактериальной резистентности, которое подразумевает

- применение антибиотиков в высоких дозах длительными курсами
- назначение антибактериальных препаратов в адекватных дозах
- более широкое применение антисинегнойных антибиотиков
- назначение одного антибиотика повторными курсами

При пиелонефрите у беременных в I триместре возможно применение

- препаратов тетрациклинового ряда
- котримоксазола
- фторхинолонов
- защищенных пенициллинов

К антибактериальным препаратам, оказывающим нефротоксическое действие, относятся

- аминогликозиды
- пенициллины
- фторхинолоны
- макролиды

Факторами риска развития инфекции мочевых путей у женщин являются

- аминогликозиды
- пенициллины
- фторхинолоны
- макролиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 65 лет, учитель на пенсии, обратилась в поликлинику

Жалобы

На повышенную утомляемость, полиурию, полидипсию, головокружения и головные боли при подъемах артериального давления (АД).

Анамнез заболевания

С 45 лет – менопауза, избыточная масса тела, артериальная гипертония (подъемы АД до 150/100 мм рт ст), постоянно принимает фозиноприл 10 мг в сутки с эффектом. В 49 лет выявлено нарушение толерантности к глюкозе, в 52 года – диагностирован сахарный диабет 2 типа (СД2) (гипергликемия до 8,2 ммоль/л), назначен глюкофаж (метформин) 1500 мг в сутки, (гликированный гемоглобин HbA1c 7,2-7,4%), в связи с гиперхолестеринемией – торвакард 20 мг. После выхода на пенсию живет на даче, анализы сдает нерегулярно. Два года назад в связи с ухудшением зрения обследовалась у окулиста, диагностирована пролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз, выполнена лазерокоагуляция сетчатки. В ан.мочи в тот период – белок не выявлялся, альбуминурию не исследовала, креатинин сыворотки 100 мкмоль/л. Ухудшение состояния в течение последнего месяца – АД стала хуже поддаваться коррекции, беспокоят слабость, головокружения, более выраженные, чем ранее, жажда и полиурия. Обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни

• Перенесенные заболевания и операции: в течение 20 лет – избыточная масса тела • Наследственность отягощена по материнской линии: ожирение, АГ, желчно-каменная болезнь • Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 162 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы бледные, чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в мин., АД 140/75 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- аминогликозиды
- пенициллины
- фторхинолоны
- макролиды

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- аминогликозиды
- пенициллины
- фторхинолоны
- макролиды

Результаты инструментальных методов обследования

О развитии диабетической нефропатии (ДН) у данной больной могут свидетельствовать

- остонефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, недлительное течение сахарного диабета, отсутствие других его сосудистых осложнений
- развитие протеинурии при длительности сахарного диабета менее 5 лет
- быстрое формирование нефротического синдрома, сочетание его с гематурией
- повышенная альбуминурия, снижение СКФ, длительность течения сахарного диабета, наличие других микрососудистых осложнений (диабетической ретинопатии)

Скрининг на диабетическую нефропатию, а именно оценка альбуминурии (соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи) и расчет СКФ пациенту с СД 2 типа должен выполняться

- 2 раза в год
- 1 раз в 2 года
- ежегодно
- при появлении отеков

У данной пациентки хроническая болезнь почек по уровню фильтрации соответствует следующей стадии

- ХБП-С5
- ХБП-С3б
- ХБП-С3а
- ХБП-С1

При лечении сахарного диабета (СД) выбор целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) зависит от

- социального статуса, психического состояния
- индекса массы тела, уровня артериального давления, выраженности гипергликемии, наличия сердечно-сосудистых осложнений
- возраста пациента, ожидаемой продолжительности его жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии
- тяжести гипергликемии, выраженности гиперлипидемии

Регулярная физическая активность при сахарном диабете 2 типа способствует

- снижению уровня креатинина сыворотки крови
- стимуляции секреции инсулина
- снижению альбуминурии
- уменьшению инсулинорезистентности

Общие принципы ведения данной больной с диабетической нефропатией включают

- общий режим, соблюдение диеты без ограничения белка, соли, противопоказан прием и-АПФ или БРА
- активные физические нагрузки, соблюдение диеты с повышенным содержанием белка и калорий, расширенный питьевой режим, достижение целевого уровня HbA1c менее 6 %
- ограничение физических нагрузок, соблюдение «строгой» малобелковой диеты с содержанием белка 0,3-0,4 г/кг/сутки
- коррекцию веса, физическую активность, соблюдение диеты, достижение индивидуальных целевых значений HbA1c, прием и-АПФ или БРА; коррекцию АГ и дислипидемии

Показаниями к проведению биопсии почки при сахарном диабете являются

- нефротический синдром у больного сахарным диабетом с единственной почкой
- постепенное развитие протеинурии без эритроцитурии, формирование нефротического синдрома у пациента с длительно текущим сахарным диабетом с уже развившимися микрососудистыми осложнениями
- остроснефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, развитие большой протеинурии и нефротического синдрома при длительности СД менее 5 лет, стойкая или рецидивирующая гломерулярная гематурия
- почечная недостаточность неясной этиологии у пациентов с уменьшенными размерами почек

Применение метформина при сахарном диабете допустимо на стадиях хронической болезни почек

- C1-3a
- C1-2
- C1-4
- C 1-5

К немодифицируемым факторам риска развития диабетической нефропатии относятся

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- длительность сахарного диабета, генетические особенности
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия
- гипергликемия, артериальная гипертония, дислипидемия

Оптимальными методами заместительной почечной терапии при терминальной ХПН у больных сахарным диабетом являются

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- длительность сахарного диабета, генетические особенности
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия
- гипергликемия, артериальная гипертония, дислипидемия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 70 лет, пенсионер, обратился в поликлинику

Жалобы

На повышенную утомляемость, полиурию, головокружения и головные боли при подъемах артериального давления (АД).

Анамнез заболевания

С 50 лет страдает ожирением, СД 2 типа, принимает глюкофаж (метформин) 2000 мг в сутки - гликированный гемоглобин HbA1c - 7,4%. Более 20 лет выявляется артериальная гипертония (подъемы АД до 170/100 мм рт ст), постоянно принимает фозиноприл 20 мг в сутки, амлодипин 10 мг с эффектом. В связи с гиперхолестеринемией назначен торвакард 20 мг. В 55 лет перенес острый инфаркт миокарда. В течение 5 лет выявляется нарастающая (от 0,3 до 1 г) протеинурия, повышение креатинина до 130 мкмоль/л. Имеет осложнения СД – пролиферативную ретинопатию, сенсорную форму нейропатии. Ухудшение состояния в течение последнего месяца – АД стала хуже поддаваться коррекции, беспокоят слабость, головокружения, полиурия. Обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: в 20 лет – аппендэктомия
- Наследственность отягощена по материнской линии: сердечно-сосудистые катастрофы, АГ
- Вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы бледные, чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 78 в мин., АД 150/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Мочеиспускание безболезненное.

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- длительность сахарного диабета, генетические особенности
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия
- гипергликемия, артериальная гипертензия, дислипидемия

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- длительность сахарного диабета, генетические особенности
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия
- гипергликемия, артериальная гипертензия, дислипидемия

Результаты инструментальных методов обследования

О развитии диабетической нефропатии (ДН) у данного больного могут свидетельствовать

- развитие протеинурии при длительности сахарного диабета менее 5 лет
- быстрое формирование нефротического синдрома, сочетание его с гематурией
- остонефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, недлительное течение сахарного диабета, отсутствие других его сосудистых осложнений
- протеинурия без эритроцитурии, снижение СКФ, длительность течения диабета, наличие других микрососудистых осложнений (диабетической ретинопатии, нейропатии)

Больным СД 2 типа скрининг на выявление ДН, включающий определение альбуминурии/протеинурии и СКФ, необходимо проводить

- через 5 лет от дебюта СД, далее – ежегодно
- через 10 лет от дебюта СД, далее – ежегодно
- сразу при постановке диагноза, далее - ежегодно
- не менее чем через 15 лет, далее – ежегодно

У данного больной хроническая болезнь почек по уровню фильтрации соответствует стадии

- ХБП-С3б
- ХБП-С3а
- ХБП-С5
- ХБП-С1

При лечении сахарного диабета (СД) выбор целевого уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) зависит от

- индекса массы тела, уровня артериального давления, выраженности гипергликемии, наличия сердечно-сосудистых осложнений
- социального статуса, психического состояния
- возраста пациента, ожидаемой продолжительности его жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии
- тяжести гипергликемии, выраженности гиперлипидемии

Регулярная физическая активность при сахарном диабете 2 типа способствует

- компенсации углеводного обмена, снижению и поддержанию массы тела, уменьшению инсулинорезистентности и гиперлипидемии, повышению сердечно-сосудистой тренированности
- увеличению массы тела, усугублению инсулинорезистентности
- снижению сердечно-сосудистой тренированности, декомпенсации углеводного обмена
- декомпенсации углеводного обмена, увеличению массы тела, усугублению инсулинорезистентности и гиперлипидемии, снижению сердечно-сосудистой тренированности

Общие принципы ведения данного больного СД 2 типа включают

- коррекцию веса, физическую активность, отказ от курения соблюдение диеты, достижение индивидуальных целевых значений HbA1c, прием и-АПФ или БРА; коррекцию АГ и дислипидемии
- ограничение физических нагрузок, соблюдение «строгой» малобелковой диеты с содержанием белка 0,3-0,4 г/кг/сутки
- общий режим, соблюдение диеты без ограничения белка, соли, противопоказан прием и-АПФ или БРА
- активные физические нагрузки, соблюдение диеты с повышенным содержанием белка и калорий, расширенный питьевой режим, достижение целевого уровня HbA1c 6 %

Показаниями к проведению биопсии почки при сахарном диабете являются

- почечная недостаточность неясной этиологии у пациентов с уменьшенными размерами почек
- постепенное развитие протеинурии без эритроцитурии у пациента с длительно текущим СД с микрососудистыми осложнениями
- остроснефритический синдром, быстро прогрессирующая почечная недостаточность, развитие большой протеинурии и нефротического синдрома при длительности СД менее 5 лет, стойкая или рецидивирующая гломерулярная гематурия
- нефротический синдром у больного СД с единственной почкой

Применение метформина при сахарном диабете допустимо на следующих стадиях хронической болезни почек

- C1-2
- C 1-5
- C1-4
- C1-3

К немодифицируемым факторам риска развития диабетической нефропатии относятся

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- гипергликемия, артериальная гипертензия, дислипидемия
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия
- длительность диабета, генетические особенности

Оптимальными методами заместительной почечной терапии при терминальной хронической почечной недостаточности у больных сахарным диабетом являются

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- гипергликемия, артериальная гипертензия, дислипидемия
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия
- длительность диабета, генетические особенности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 68 лет, русская, обратилась в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На одышку в покое и при минимальной физической нагрузке, отеки нижних конечностей, увеличение живота, перебои в работе сердца, головокружения при изменении положения тела, «увеличение» языка, поносы.

Анамнез заболевания

Более пяти лет - слабость, одышка при физической нагрузке, неустойчивый стул. Отмечала постепенное похудание. При обследовании в поликлинике по месту жительства выявлялись протеинурия 0,5-0,75 г/л, анемия 106 г/л, ускорение СОЭ до 35 мм/ч. Проведены эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, не выявившие наличие опухолей. Регулярно к врачам не обращалась, анализы не контролировала. Около трех лет отмечается тенденция к гипотонии, перебои в работе сердца. Примерно в это же время стала отмечать «пенистость» мочи, пастозность ног, лица, обратила внимание на глубокие следы от зубов по краям языка, при малейшем напряжении (кашель, натуживание) стали появляться параорбитальные геморрагии. За последние полгода самочувствие резко ухудшилось: поносы стали профузными, похудела на 8 кг, появились одышка в покое, массивные отеки нижних конечностей, не

уменьшающиеся при приеме фуросемида, беспокоят головокружения, явления ортостатизма и синкопальные состояния, увеличенный язык стал затруднять приём пищи и речь.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально • Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции- корь, ветряная оспа • Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии – у матери ранний атеросклероз, ИБС, артериальная гипертония • Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Параорбитальные геморрагии. Цианоз губ Периферические л/у не увеличены. Выраженная гипотрофия мышц. Массивные отеки нижних конечностей, области поясницы, асцит. Макрогlossия. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД-19 в мин. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м м/реберье по левой срединно-ключичной линии - ригидный, разлитой. Граница относительной сердечной тупости: правая - у правого края грудины, левая совпадает с верхушечным толчком, верхняя - нижний край 3-го ребра. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Пульс нерегулярный, наполнение слабое. ЧСС 58 -80 в мин. АД 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий. Пальпируются плотная, увеличенная печень и селезенка. Перкуторно печень увеличена на 2 см, селезенка увеличена на 1,5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствуют. Стул неоформленный, ежедневный.

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- гипергликемия, артериальная гипертония, дислипидемия
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия
- длительность диабета, генетические особенности

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве инструментального метода обследования пациентке необходимо выполнить

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- гипергликемия, артериальная гипертония, дислипидемия
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия
- длительность диабета, генетические особенности

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- ожирение, дислипидемия, гиперурикемия
- гипергликемия, артериальная гипертония, дислипидемия
- ожирение, инсулинорезистентность, гиподинамия

- длительность диабета, генетические особенности

Диагноз

Системный AL-амилоидоз может быть ассоциирован с

- миеломной болезнью
- туберкулезом легких
- болезнью Бехтерева
- солидной опухолью

Системный AL-амилоидоз необходимо дифференцировать с

- амилоидозом островков Лангенгарса
- АНЦА-ассоциированным васкулитом
- наследственным синдромом Макла-Уэлса
- системным AA-, ATTR- амилоидозом

В группу риска развития AL-амилоидоза входят больные с

- хроническими иммуновоспалительными заболеваниями и нагноениями
- хроническими серопозитивными и серонегативными полиартритами
- периодической болезнью и злокачественными солидными опухолями
- плазмоклеточными дискразиями и лимфопролиферативными заболеваниями

Для дифференциальной диагностики и оценки тяжести AL-амилоидоза необходимо исследовать

- сывороточный уровень металлопротеиназы ADAMTS-13, антитромбоцитарных антител, гаптоглобина
- активность ангиотензин-превращающего фермента в сыворотке, наличие гранул в ткани почки
- уровень свободных легких цепей иммуноглобулинов в крови, биоптат ткани костного мозга
- сывороточный уровень антител к цитоплазме нейтрофилов (р- и с-АНЦА), С3-фракции комплемента

Тактика ведения данной больной заключается в

- экстренной госпитализации в стационар
- лечении в дневном стационаре
- санаторно-курортном лечении
- плановой госпитализации в стационар

Целью терапии любого типа амилоидоза является

- достижение нормального уровня гликемии

- уменьшение количества белков-предшественников
- подавление эффектов активированной РААС
- нормализация показателей гемодинамики

Для подавления патологического клона клеток в костном мозге при AL-амилоидозе проводят терапию

- бортезомибом, мелфаланом, дексаметазоном
- колхицином, аллопуринолом, и-АПФ
- метатрексатом, ингибиторами ФНО-α
- колхицином, унитиолом, димексидом

Показаниями к началу терапии диализом у данной больной являются

- умеренный холестаз и цитолиз, синдром нарушенного всасывания
- тяжелая сердечная недостаточность, полостные и периферические отеки
- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л
- нефротический синдром с гипоальбуминемией 20 г/л, гиповолемия

Тяжелый прогноз у данной пациентки прежде всего обусловлен поражением

- умеренный холестаз и цитолиз, синдром нарушенного всасывания
- тяжелая сердечная недостаточность, полостные и периферические отеки
- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л
- нефротический синдром с гипоальбуминемией 20 г/л, гиповолемия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 45 лет обратилась в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На боли, припухание и деформацию мелких суставов рук и ног, утреннюю скованность, отеки лица, стоп, голеней, поносы.

Анамнез заболевания

10 лет назад диагностирован серопозитивный ревматоидный артрит, в течение 5 лет лечилась нестероидными противовоспалительными препаратами с малым эффектом. Последние 5 лет сохраняется высокая активность болезни, выявляются эрозивные изменения суставных поверхностей (рентгенологическая стадия III), обнаруживаются ревматоидные узелки. Проводилась базисная терапия метотрексатом, лефлуномидом без эффекта, коротко использовался генно-инженерный биологический препарат - инфликсимаб с временным эффектом (сохранялся высокий уровень С-реактивного белка, артралгии, скованность). Более 2-х лет выявляется белок в моче до 1 г в сутки, артериальная гипертензия до 160/100 мм рт. ст., принимает ренитек 10 мг в

сутки, амлодипин 5 мг в сутки. В течение последнего года беспокоят поносы до 3 раз в день, появились отеки ног, лица.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально • Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции- краснуха, ветряная оспа • Наследственность: у матери с 35 лет ревматоидный артрит, лечилась преднизолоном, метотрексатом, умерла в 75 лет от инсульта. Отец – ожирение, сахарный диабет, диабетическая нефропатия с почечной недостаточностью, умер от сердечной недостаточности. • Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. В области локтевых суставов пальпируются плотные, безболезненные подкожные узелки. Увеличены шейные л/у. Припухлость, S-образная деформация и вальгусная девиация пальцев рук по типу «ластообразная кисть», деформация мелких суставов стоп. Движения в суставах кистей и стоп ограничены, болезненные. Выраженная гипотрофия мышц. Отеки лица, голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 70 в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Пальпируются плотная, увеличенная печень и селезенка. Перкуторно печень увеличена на 2 см, селезенка - на 1,5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствуют. Стул неоформленный, ежедневный.

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- умеренный холестаз и цитолиз, синдром нарушенного всасывания
- тяжелая сердечная недостаточность, полостные и периферические отеки
- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л
- нефротический синдром с гипоальбуминемией 20 г/л, гиповолемия

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве первоочередного инструментального метода обследования пациентке необходимо выполнить

- умеренный холестаз и цитолиз, синдром нарушенного всасывания
- тяжелая сердечная недостаточность, полостные и периферические отеки
- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л
- нефротический синдром с гипоальбуминемией 20 г/л, гиповолемия

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- умеренный холестаз и цитолиз, синдром нарушенного всасывания
- тяжелая сердечная недостаточность, полостные и периферические отеки
- снижение СКФ ниже 10 мл/мин, гиперкалиемия выше 6,5 ммоль/л
- нефротический синдром с гипоальбуминемией 20 г/л, гиповолемия

Вторичный АА-амилоидоз необходимо дифференцировать с

- старческим системным амилоидозом
- амилоидозом при болезни Альцгеймера
- амилоидозом у диализных больных
- первичным AL-амилоидозом

В группу риска развития АА-амилоидоза входят пациенты с

- плазматочными дискразиями
- лимфопролиферативными болезнями
- хроническими воспалительными заболеваниями
- моноклональными гаммапатиями

Сывороточным предшественником образования амилоидных фибрилл у данной больной является

- β_2 -микроглобулин
- прокальцитонин
- аполипопротеин
- острофазовый белок SAA

Наиболее приемлемым в рутинной практике показателем острой фазы воспаления является

- сывороточный уровень "С"-реактивного белка
- сывороточный уровень С3-фракции комплемента
- сывороточный уровень антител к нативной ДНК
- уровень свободных легких цепей иммуноглобулинов

Общая тактика ведения данной больной заключается в

- лечении в дневном стационаре
- госпитализации в стационар
- амбулаторном наблюдении
- санаторно-курортном лечении

Целью терапии любого типа амилоидоза является

- подавление эффектов активированной РААС
- нормализация показателей гемодинамики
- достижение нормального уровня гликемии
- уменьшение количества белков-предшественников

Основной стратегией лечения АА-амилоидоза у данной пациентки является

- эффективная базисная терапия ревматоидного артрита

- достижение целевых показателей гликемии
- длительный прием ингибиторов или блокаторов РААС
- нормализация показателей центральной гемодинамики

Антиамилоидная терапия при вторичном АА-амилоидозе может включать

- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- введение аутологичных стволовых клеток

Для АА типа амилоидоза при ревматоидном артрите не характерно поражение

- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- введение аутологичных стволовых клеток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 62 лет, русский, обратился в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На кашель с обильным отделением слизисто-гнойной мокроты преимущественно в утренние часы, редко кровохарканье, одышку при умеренной физической нагрузке, отеки лица, стоп, голеней, слабость, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Более 30 лет назад диагностирован хронический бронхит, обострения 2-3 раза в год проводилась антибактериальная, муколитическая терапия. В 45 лет перенес двухстороннюю нижнедолевую пневмонию, находился на стационарном лечении, в ходе обследования при МСКТ выявлены множественные цилиндрические и мешотчатые бронхоэктазы в обоих легких, диагностирована бронхоэктатическая болезнь. В дальнейшем отмечались частые обострения (до 3-5 раз в год). При МСКТ в динамике наблюдается увеличение количества и размеров бронхоэктазов, от проведения оперативного лечения пациент отказывается. В анализах крови постоянно высокий уровень С-реактивного белка. Белок в моче впервые выявлен 6 лет назад (0,3 г/л; осадок мочи не изменен) и при динамическом наблюдении нарастает: 0,7-1,2-1,6-2,2-3,6 г/л. В течение последних 6 месяцев появились отеки ног, лица. Периодически применяет беродуал (ингаляционно), принимает муколитики.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции – инфекционный паротит, краснуха, ветряная оспа. •

Наследственность: мать страдала артериальной гипертензией, умерла в 75 лет от

инсульта. У отца был хронический бронхит, умер от сердечной недостаточности. • Вредные привычки: курит в течение 47 лет по 1,5 пачки сигарет в день, алкогольные напитки употребляет несколько раз в месяц в умеренном количестве.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, отеки голеней, стоп, лица. Деформация концевых фаланг пальцев рук по типу «барабанных палочек» и «часовых стекол». ЧД 20 в минуту. Дыхание жесткое, мозаично ослаблено в нижних отделах, проводится во все отделы, в нижних отделах небольшое количество незвонких мелкопузырчатых влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 78 в мин. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий. Пальпируются плотная, увеличенная печень и селезенка. Перкуторно печень увеличена на 2 см, селезенка - на 1,5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствуют. Стул неоформленный, ежедневный.

Выберите основные необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- введение аутологичных стволовых клеток

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве первоочередного инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- введение аутологичных стволовых клеток

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- введение аутологичных стволовых клеток

Диагноз

Вторичный АА-амилоидоз необходимо дифференцировать с

- старческим системным амилоидозом

- амилоидозом при болезни Альцгеймера
- первичным AL-амилоидозом
- амилоидозом у диализных больных

В группу риска развития AA-амилоидоза входят пациенты с

- плазматочными дискразиями
- моноклональными гаммапатиями
- хроническими воспалительными заболеваниями
- лимфопролиферативными болезнями

Сывороточным предшественником образования амилоидных фибрилл у данного больного является

- острофазовый белок SAA
- β_2 -микроглобулин
- аполипопротеин
- прокальцитонин

Наиболее приемлемым в рутинной практике показателем острой фазы воспаления является

- сывороточный уровень C3-фракции компонента
- уровень свободных легких цепей иммуноглобулинов
- сывороточный уровень антител к нативной ДНК
- сывороточный уровень "С"-реактивного белка

Общая тактика ведения данного больного заключается в

- лечении в дневном стационаре
- госпитализации в стационар
- амбулаторном наблюдении
- санаторно-курортном лечении

Целью терапии любого типа амилоидоза является

- достижение нормального уровня гликемии
- нормализация показателей гемодинамики
- уменьшение количества белков-предшественников
- подавление эффектов активированной РААС

Основной стратегией лечения AA-амилоидоза у данного пациента является

- нормализация показателей центральной гемодинамики
- эффективная терапия бронхоэктатической болезни
- длительный прием ингибиторов или блокаторов РААС
- достижение целевых показателей гликемии

Антиамилоидная терапия при вторичном АА-амилоидозе может включать

- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- введение аутологичных стволовых клеток

Для АА типа амилоидоза при ревматоидном артрите не характерно поражение

- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- введение аутологичных стволовых клеток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Большая 23 лет, пианистка, обратилась в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На ноющие, тянущие боли в пояснице справа, появляющиеся в конце дня или после тяжелой физической нагрузки.

Анамнез заболевания

С детского возраста имеет дефицит массы тела. В 20 лет – беременность, протекавшая без осложнений, нормальные роды. В течение года после родов похудела на 3 кг, после чего стала отмечать ноющие, тянущие боли в пояснице справа после долгих прогулок с коляской, при подъеме ребенка, иногда сопровождающиеся приступами сердцебиений, слабостью, потливостью. В положении лёжа тяжесть в области поясницы уменьшается. Несколько раз в анализе мочи выявлялся в следовых количествах белок без изменения мочевого осадка.

Анамнез жизни

- Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции - ветряная оспа • Наследственность неотягощена • Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отёков нет. Пониженного питания. ИМТ – 17,5. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс регулярный, хорошего наполнения. ЧСС 70 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/болезненный. В положении лежа на левом боку через переднюю брюшную стенку на вдохе пальпируется нижний полюс правой почки, при выдохе почка уходит в подреберье. В положении стоя отчетливо пальпируется правая почка, пальпация безболезненная. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный, дизурия отсутствуют. Стул оформленный, ежедневный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- введение аутологичных стволовых клеток

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите основные необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- введение аутологичных стволовых клеток

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- антагонисты кальциевых каналов и бета-блокаторы
- колхицин, диметилсульфоксид, фибриллекс
- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов АТ-II
- введение аутологичных стволовых клеток

У данной пациентки к развитию нефроптоза предрасполагают

- артериальная гипертония, хронический пиелонефрит
- избыточная масса тела, гиподинамия, профессия
- мочекаменная болезнь, множественные кисты почек
- дефицит веса, быстрое похудание, подъём тяжестей

О функциональном характере протеинурии у данной пациентки свидетельствуют

- её высокий (>1 г/л) уровень, наличии мочевого осадка, отсутствие связи с нагрузкой, ортостазом
- её высокий (>1 г/л) уровень, стойкий характер, исчезновение в вертикальном положении
- её невысокий уровень и нестойкий характер, появление в вертикальном положении
- нефротический уровень протеинурии, стойкая микрогематурия, нарушение функции почек

К функциональной протеинурии, помимо ортостатической, относят протеинурию при

- сахарном диабете, артериальной гипертензии
- лихорадке, тяжелой физической нагрузке
- воспалении верхних и нижних мочевых путей
- патологии клубочков и интерстиция почки

Развитие болей в области почек при нефроптозе связывают с возможным

- сосочковым некрозом, разрывом кист, онкологическим процессом в почке
- отеком паренхимы почки, разрывом капсулы, тромбозом почечных вен
- нарушением пассажа мочи, перегибом сосудистой ножки, растяжением нервов
- отхождением конкрементов, развитием абсцесса в почке, паранефритом

I степень нефроптоза диагностируют, когда при рентгеновском исследовании нижний полюс почки опущен на _____ позвонка/ позвонков

- более 3
- 1-1,5
- менее 1
- 2 - 2,5

Общий принцип ведения данной больной заключается в

- консервативном амбулаторном лечении
- срочном лечении в хирургическом стационаре
- плановом лечении в хирургическом стационаре
- госпитализации в нефрологический стационар

Консервативное лечение пациентки заключается в

- снижении веса, ограничении нагрузок на мышцы спины и брюшного пресса, усиленном занятии беговыми, силовыми видами спорта, прыжками
- в соблюдении низкопуриновой диеты, обильном питьевом режиме, приеме ощелачивающих минеральных вод, ограничении посещений сауны и бани
- усиленном калорийном питании, длительном постельном режиме в положении с опущенным ножным концом и поднятым изголовьем
- наборе веса, укреплении мышц спины и брюшного пресса, ношении индивидуального бандажа при предстоящих повышенных нагрузках

Хирургическое лечение нефроптоза требуется при нефроптозе

- I степени со следовой протеинурией и умеренными болями в пояснице, исчезающими в положении лежа

- I степени с преходящей микрогематурией, умеренными болями в пояснице при длительном ортостазе
- I степени, неосложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом
- II-III степени, осложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом

Условием для присоединения пиелонефрита, развития гидронефроза при нефроптозе является

- I степени со следовой протеинурией и умеренными болями в пояснице, исчезающими в положении лежа
- I степени с преходящей микрогематурией, умеренными болями в пояснице при длительном ортостазе
- I степени, неосложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом
- II-III степени, осложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С., 45 лет, преподаватель ВУЗа, обратился к участковому врачу

Жалобы

На кашель с выделением скудной мокроты желтого цвета, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, отсутствие аппетита, значительное снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Заболел внезапно, 3 дня назад. Отметил ощущение недомогания, появился кашель (вначале сухой, затем – с выделением скудной мокроты желтого цвета), повысилась температура до 38,0°C. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал парацетамол, аскорбиновую кислоту.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально; • Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит, консолидированный перелом костей левой голени; • Наследственность неотягощена; • Вредные привычки: курит на протяжении 10 последних лет по полпачки сигарет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 75 кг, рост 180 см. Кожные покровы нормальной окраски. Цианоза нет. При пальпации грудной клетки справа ниже угла лопатки выявлен небольшой участок усиления голосового дрожания. При перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, в этой же области выслушиваются влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы при аускультации. Частота дыхания 16 в минуту. Границы сердца не изменены.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 82 ударов в минуту. АД 125/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Из лабораторных исследований необходимо выполнить

- I степени со следовой протеинурией и умеренными болями в пояснице, исчезающими в положении лежа
- I степени с преходящей микрогематурией, умеренными болями в пояснице при длительном ортостазе
- I степени, неосложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом
- II-III степени, осложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- I степени со следовой протеинурией и умеренными болями в пояснице, исчезающими в положении лежа
- I степени с преходящей микрогематурией, умеренными болями в пояснице при длительном ортостазе
- I степени, неосложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом
- II-III степени, осложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- I степени со следовой протеинурией и умеренными болями в пояснице, исчезающими в положении лежа
- I степени с преходящей микрогематурией, умеренными болями в пояснице при длительном ортостазе
- I степени, неосложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом
- II-III степени, осложненном нарушении гемодинамики, уродинамики, хроническим болевым синдромом

Для оценки тяжести пневмонии в амбулаторных условиях можно использовать шкалу

- CHA2DS2-VASc
- APACHE III
- CURB/CRB-65

- SMART-COP/SMRT-CO

Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии нетяжелого течения являются

- витамин С, ингавирин
- аминопенициллины
- аминогликозиды
- карбапенемы

Тактика ведения данного больного включает

- незамедлительное направление пациента к фтизиатру
- отложенную антибактериальную терапию после дообследования
- госпитализацию в инфекционное отделение
- амбулаторное лечение с динамическим наблюдением

Симптоматическая терапия неосложненной бактериальной пневмонии включает назначение

- противовирусных препаратов
- метилксантинов
- отхаркивающих и жаропонижающих препаратов
- гастропротекторной терапии

Критерием эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмонией является

- восстановление аппетита
- полное восстановление работоспособности
- обязательно полное исчезновение хрипов в легких
- нормализация температуры тела в первые 48 - 72 часа после назначения антибиотика

При отсутствии эффективности антибактериальной терапии пневмонии на протяжении 48 – 72 часов и появлении признаков нарастания дыхательной недостаточности необходимо

- удвоить дозу ранее назначенного антибиотика и лечить амбулаторно
- госпитализировать пациента в стационар
- добавить второй антибиотик и продолжить амбулаторное лечение
- продолжить назначенную ранее терапию и лечить амбулаторно

Длительность антибактериальной терапии при пневмонии в среднем составляет

- 7 дней
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика

- 1 месяц
- 3 – 4 дня

Наиболее часто в связи со схожестью клинико-рентгенологической картины дифференциальную диагностику пневмонии следует проводить с

- бронхиальной астмой
- паразитарной инвазией
- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких

Показанием для проведения КТ органов грудной клетки при пневмонии является

- бронхиальной астмой
- паразитарной инвазией
- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Ф., 39 лет, предприниматель, повторно обратился к участковому врачу

Жалобы

На кашель с выделением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 38,5°C, общую слабость

Анамнез заболевания

Около 10 дней назад после контакта с больным ОРВИ ребенком отметил повышение температуры тела до 38°C, насморк, непродуктивный кашель, першение в горле. Лечился, принимая ингавирин и назальный спрей. Состояние больного не улучшилось - через 3 дня отметил повышение температуры тела до 38,5°C, при кашле стала выделяться мокрота желто-зеленого цвета. Пациент был осмотрен врачом, был диагностирован «острый трахеобронхит».

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки не выполнялось. В качестве антибактериальной терапии был назначен ампициллин, который пациент принимал на протяжении 2 -х последних дней. На фоне приема ампициллина отметил, что температура тела значительно снизилась – до 37,1°C, однако появилась гиперемия кожи в области шеи, грудной клетки и верхних конечностей, сопровождающаяся выраженным кожным зудом.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально; • Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, аппендэктомия в возрасте 18 лет, язвенная болезнь желудка; • Наследственность неотягощена; • Вредные привычки: не имеет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 78 кг, рост 179 см. На коже шеи, грудной клетки, рук - высыпания по типу крапивницы. Цианоза нет. При пальпации

грудной клетки справа ниже угла лопатки выявлен участок усиления голосового дрожания. При перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, в этой же области выслушиваются влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы при аускультации. Частота дыхания 17 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 ударов в минуту. АД 120/65 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования будут

- бронхиальной астмой
- паразитарной инвазией
- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- бронхиальной астмой
- паразитарной инвазией
- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом будет

- бронхиальной астмой
- паразитарной инвазией
- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких

Сочетанная патология, развившаяся у пациента

- аллергическая реакция на прием антибиотика
- красный плоский лишай
- корь
- краснуха

В случае развития аллергической реакции по типу крапивницы тактика в отношении антибактериальной терапии заключается в

- продолжении терапии ампициллином и назначении противоаллергического препарата
- отмене ампициллина, назначении антибактериального препарата другой группы, например - макролиды

- уменьшении дозы ампициллина
- полном прекращении антибактериальной терапии

Пациенту необходима дополнительная терапия в виде

- противоаллергической терапии антигистаминным препаратом
- назначения бронхолитической терапии
- назначения НПВС
- применения антисептика

Симптоматическая терапия неосложненной пневмонии включает назначение

- отхаркивающих препаратов
- гастропротекторной терапии
- бронхолитиков
- противовирусных препаратов

Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является

- грибковая флора
- *Streptococcus pneumoniae*
- синегнойная палочка
- протей

Признаком пневмонии тяжелого течения является

- мелкопузырчатые хрипы, выявляемые при аускультации легких
- повышение температуры тела до 37,5 – 38,0°C
- кашель с мокротой желто-зеленого цвета
- выраженная гипотония

Длительность антибактериальной терапии при пневмонии составляет

- в среднем 7 – 10 дней
- 15 – 20 дней
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 3 – 4 дня

Наиболее часто в связи со схожестью клинико-рентгенологической картины дифференциальную диагностику пневмонии следует проводить с

- туберкулезом легких
- острой левожелудочковой недостаточностью
- ревматизмом
- обострением бронхиальной астмы

Критерием тяжести пневмонии является

- туберкулезом легких
- острой левожелудочковой недостаточностью
- ревматизмом
- обострением бронхиальной астмы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Е., 35 лет, осматривается терапевтом дома

Жалобы

На кашель с выделением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до 39,0°C, одышку при незначительной нагрузке, боль в нижних отделах левой половине грудной клетки, выраженную общую слабость, головокружение, значительное снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Заболела внезапно после переохлаждения, 4 дня назад. Стал беспокоить непродуктивный кашель, повысилась температура тела до 38°C. Через сутки при кашле стала выделяться мокрота желто-зеленого цвета, еще через день появилась боль в нижних отделах грудной клетки слева, температура тела повысилась до 39°C, стала беспокоить сильная слабость, появилась одышка при небольшой нагрузке. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала парацетамол, противовирусный препарат – без эффекта.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально • Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит • Наследственность неотягощена. • Вредные привычки: не имеет

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 65 кг, рост 175 см. Кожные покровы нормальной окраски. Цианоз губ, акроцианоз. При пальпации грудной клетки слева в нижних отделах - усиление голосового дрожания, при перкуссии в этой же области определяется укорочение звука и выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание. Частота дыхания 31 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- туберкулезом легких
- острой левожелудочковой недостаточностью
- ревматизмом
- обострением бронхиальной астмы

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- туберкулезом легких
- острой левожелудочковой недостаточностью
- ревматизмом
- обострением бронхиальной астмы

Результаты инструментальных методов обследования

Исходя из клинико-рентгенологических данных верным диагнозом является

- туберкулезом легких
- острой левожелудочковой недостаточностью
- ревматизмом
- обострением бронхиальной астмы

Осложнением пневмонии у данной больной является

- бронхоспазм
- пневмоторакс
- острая правожелудочковая недостаточность
- дыхательная недостаточность

О развитии дыхательной недостаточности у больной свидетельствуют

- боль в грудной клетке при дыхании
- наличие влажных хрипов при аускультации
- высокая температура тела
- жалобы на одышку; цианоз и тахипноэ при осмотре

Тактика ведения данной больной включает

- рекомендацию явиться в поликлинику на следующий день для дообследования
- амбулаторное лечение с динамическим наблюдением
- выполнение рентгенографии органов грудной клетки амбулаторно, после чего госпитализацию больной
- госпитализацию в стационар в экстренном порядке

При пневмонии тяжелого течения антибактериальную терапию предпочтительнее начать с

- левофлоксацин + цефтриаксон
- ципрофлоксацин + цефазолин
- гентамицин + азитромицин
- амоксициллин + гентамицин

Симптоматическая терапия пневмонии включает назначение

- НПВС для купирования болевого синдрома при плевралгии
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- противокашлевых средств
- противовирусных препаратов

Критерием эффективности антибактериальной терапии у больной с пневмонией является

- уменьшение ощущения общей слабости в течение первых 48 – 72 часов
- полное прекращение кашля
- обязательно полное исчезновение хрипов в легких в течение первых 72 часов от начала лечения
- стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч

При развитии синдрома дыхательной недостаточности, обусловленного пневмонией тяжелого течения, необходимо

- назначить оксигенотерапию
- достаточно назначить правильный антибактериальный препарат
- провести массивную инфузионную терапию
- назначить ингаляционную терапию бронхолитиком через небулайзер

Длительность антибактериальной терапии при пневмонии в среднем составляет

- 15-20 дней
- 7 – 10 дней
- 1 месяц
- 3-4 дня при назначении современного антибиотика

Рентгенологическим критерием пневмонии является

- 15-20 дней
- 7 – 10 дней
- 1 месяц
- 3-4 дня при назначении современного антибиотика

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной И., 55 лет, безработный, обратился к участковому врачу

Жалобы

На кашель с выделением мокроты желтого цвета, повышение температуры тела

до 38,5°C, боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, общую слабость.

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро, 5 дней назад. Появился кашель, вначале сухой, затем – с выделением мокроты желтого цвета, повысилась температура до 39°C, стала беспокоить боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально; • Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка; • Наследственность не отягощена; • Вредные привычки: курит на протяжении 35 последних лет по пачке сигарет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 80 кг, рост 180 см. Кожные покровы нормальной окраски. Акроцианоз. При перкуссии ниже угла правой лопатки определяется тупой перкуторный звук, в эту же область дыхание не проводится. Частота дыхания 31 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 125 ударов в минуту. АД 89/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет. Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 15-20 дней
- 7 – 10 дней
- 1 месяц
- 3-4 дня при назначении современного антибиотика

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом диагностики является

- 15-20 дней
- 7 – 10 дней
- 1 месяц
- 3-4 дня при назначении современного антибиотика

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- 15-20 дней
- 7 – 10 дней
- 1 месяц
- 3-4 дня при назначении современного антибиотика

Осложнением пневмонии является

- хроническое легочное сердце
- плеврит
- бронхиальная астма
- острая левожелудочковая недостаточность

Дополнительным методом исследования, позволяющим определить наличие плеврального выпота, является

- ангиография легких
- УЗИ
- спирометрия
- сцинтиграфия легких

Тактика ведения данного больного подразумевает

- консультацию фтизиатра
- консультацию невролога
- консультацию хирурга
- госпитализацию в стационар

Наиболее предпочтительная схема антибактериальной терапии в данной ситуации

- амоксициллин + гентамицин
- цефазолин + кларитромицин
- левофлоксацин + цефтриаксон
- бисептол + азитромицин

Симптоматической терапией необходимой в данной ситуации является назначение

- НПВС в качестве обезболивающего и жаропонижающего средства
- бронхолитиков
- больших доз диуретиков
- противовирусных препаратов

Процедурой, носящей диагностический и лечебный характер, которая может быть выполнена этому пациенту, является

- электрофорез на грудную клетку
- УЗИ органов брюшной полости
- плевральная пункция
- паравертебральная блокада

При отсутствии эффекта от назначенной первичной антибактериальной терапии необходимо

- удвоить дозу ранее назначенного антибиотика

- оставить первичный антибиотик, добавить иммуностимулирующие препараты
- назначить антибиотик, к которому выявлена чувствительность по результатам антибиотикограммы
- продолжить первичную антибактериальную терапию и положительный эффект все равно наступит

Длительность антибактериальной терапии при пневмонии обычно составляет

- 7 – 10 дней
- 1 – 4 дня
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 15-20 дней

Для определения тяжести пневмонии в амбулаторных условиях может быть применена шкала

- 7 – 10 дней
- 1 – 4 дня
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 15-20 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В поликлинику обратился пациент 19 лет на 3-ий день болезни

Жалобы

на повышение температуры, озноб, головную боль, боль в горле, послабление стула.

Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, недомогания, температуру не измерял. К исходу первого дня появились насморк, боли в горле при глотании, «резь» в глазах, усиливающаяся при ярком свете, головная боль, снижение аппетита

Анамнез жизни

• Студент дневного отделения ВУЗа • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные заболевания: детские инфекции. • Вредные привычки: отрицает. • Эпиданамнез: среди студентов были случаи заболевания ОРЗ • Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

• Температура тела 37,9°C. • Кожные покровы чистые, сыпи нет. Лицо умеренно гиперемировано, сосуды склер инъектированы, конъюнктивы гиперемированы. • Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) гиперемирована, миндалины увеличены до 1-2 степени, в их лакунах – налеты серовато-белого цвета, легко снимающиеся шпателем. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами, налетов на ней нет. • Пальпируются

увеличенные до размера мелкой фасоли подчелюстные, передне-и заднешейные, подмышечные лимфоузлы. • В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. • АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС –84 уд. в мин. • Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, селезенка пальпируется на боку. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- 7 – 10 дней
- 1 – 4 дня
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 15-20 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- 7 – 10 дней
- 1 – 4 дня
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 15-20 дней

Боли в животе при аденовирусной инфекции обусловлены развитием

- геморрагического проктосигмоидита
- мезаденита
- терминального илеита
- эрозивно-язвенного гастрита

Осложнением аденовирусной инфекции является

- тромбоз мезентериальных сосудов
- острый дистресс-синдром
- печёночная недостаточность
- острый отит

Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции в начальном периоде заболевания проводят с

- инфекционным мононуклеозом
- скарлатиной
- энтеровирусной инфекцией
- паротитной инфекцией

Показанием к госпитализации при аденовирусной инфекции являются

- одышка, боли в груди
- температура тела не выше 38°C, выраженная ринорея
- повышение артериального давления, головная боль
- диарейный синдром, полилимфаденопатия

Этиотропным средством с доказанным действием для лечения аденовирусной инфекции является

- осельтамивир
- умифеновир
- рибавирин
- ламивудин

Патогенетическое лечение аденовирусной инфекции тяжелого течения включает

- регидратационную терапию
- дезинтоксикационную терапию
- специфическую детоксикацию
- приём иммуномодуляторов

Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано

- при развитии двустороннего пленчатого конъюнктивита
- при развитии острого бактериального тонзиллита
- в случае длительного сохранения полилимфаденопатии
- при наличии лихорадки свыше 38,5°C в течение недели

Для лечения конъюнктивита и кератоконъюнктивита при аденовирусной инфекции применяют инстилляции глазных капель

- тимол - ПОСа
- тропикамида
- инокаина
- интерферона альфа

Неспецифической профилактической мерой при аденовирусной инфекции служит

- ингаляция раствора диоксидина
- промывание носа изотоническим раствором
- обработка помещений дезинфектантами
- применение специфического иммуноглобулина

Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции, являются

- ингаляция раствора диоксидина

- промывание носа изотоническим раствором
- обработка помещений дезинфектантами
- применение специфического иммуноглобулина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач прибыл на вызов к пациентке 29 лет на 6-й день болезни

Жалобы

на слабость, боль в глазах, слезотечение, боль в горле, заложенность носа, сыпь на теле.

Анамнез заболевания

Заболела остро 02.04. - появилась резь в глазах, слезотечение, 03.04 - повышение температуры тела до 38,5°C, затем присоединилась боль в горле, температура тела повысилась до 39°C. 06.04. появилась сыпь на теле, 07.04. - сухой кашель. Фебрильная температура тела сохранялась все дни.

Анамнез жизни

• Работает экономистом в фирме, в условиях офиса. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангины, корь, ветряная оспа. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает в отдельной квартире с мужем. • Эпиданамнез: среди сотрудников в офисе были случаи заболевания ОРЗ • Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививалась.

Объективный статус

• Температура тела 38,8°C. Состояние больной средней тяжести, положение активное. • Кожные покровы бледно-розовые, на коже туловища (преимущественно) и конечностей - папулезная сыпь. Геморрагических проявлений – нет. Склеры ярко инъектированы, слезотечение. • Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована в области дужек и по задней стенке. Миндалины увеличены до I степени, гиперемированы, налётов нет. • Периферические лимфоузлы: отмечается увеличение передних шейных (до 0,5-0,6 см) и подчелюстных лимфоузлов (до 0,8 см), мягкоэластичной консистенции, чувствительны при пальпации. • В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в мин. • АД - 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 84 уд. в мин. • Печень выступает на 0,5 см из-под края рёберной дуги, мягкая, безболезненная. Селезенка не увеличена. • Стул, мочеиспускание - не нарушены. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- ингаляция раствора диоксидина
- промывание носа изотоническим раствором
- обработка помещений дезинфектантами
- применение специфического иммуноглобулина

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для оценки степени тяжести и уточнения локализации патологического процесса у данного больного

- ингаляция раствора диоксидина
- промывание носа изотоническим раствором
- обработка помещений дезинфектантами
- применение специфического иммуноглобулина

Результаты дополнительных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- ингаляция раствора диоксидина
- промывание носа изотоническим раствором
- обработка помещений дезинфектантами
- применение специфического иммуноглобулина

Дополнительными симптомами, которые иногда выявляют при аденовирусной инфекции, являются

- гиперемия кожи по типу «перчаток», «носков» и «капюшона»
- олигоанурия, положительный симптом «поколачивания»
- тошнота, секреторная диарея
- артриты мелких суставов, геморрагическая экзантема

Осложнением аденовирусной инфекции является

- пневмония
- острый дистресс-синдром взрослых
- геморрагический синдром
- печёчно-почечная недостаточность

Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции проводят с

- ветряной оспой, краснухой, эпидемическим паротитом
- инфекционным мононуклеозом, иерсиниозом, парагриппом
- ротавирусной, норовирусной и астровирусной инфекцией
- лептоспирозом, ГЛПС, сыпным тифом

Одним из основных показаний к госпитализации при аденовирусной инфекции является развитие

- бронхита
- пневмонии

- кератоконъюнктивита
- гастроэнтерита

Этиотропным средством для лечения аденовирусной инфекции (на ранней стадии) доказанной эффективностью является

- умифеновир
- занамивир
- осельтамивир
- ремантадин

Патогенетическое лечение при среднетяжёлом течении аденовирусной инфекции включает применение

- коллоидных растворов
- гемостатических препаратов
- глюкокортикостероидов
- нестероидных противовоспалительных препаратов

Местно при аденовирусной инфекции следует применять

- хлорамфеникол+диоксометилтетрагидропиримидин (мазь, для обработки глаз)
- диоксотетрагидрокситетрагидронафталин (назальная мазь)
- ацикловир (глазная мазь)
- интерферон альфа (глазные капли)

Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано

- при присоединении вторичной инфекции
- при развитии ложного крупа
- при наличии лихорадки выше 38,5°C
- во всех случаях заболевания без исключения

Химиопрепаратами, применяемые для профилактики аденовирусной инфекции, являются

- при присоединении вторичной инфекции
- при развитии ложного крупа
- при наличии лихорадки выше 38,5°C
- во всех случаях заболевания без исключения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач прибыл на вызов к пациентке 64-х лет на 3-й день болезни.

Жалобы

на повышение температуры до 40°C, озноб, сильную головную боль в лобных и параорбитальных областях, «ломоту» во всем теле, сухой кашель, першение в горле, заложенность носа.

Анамнез заболевания

Заболела остро с появления озноба, мышечных и суставных болей, выраженной слабости, сильной головной боли в лобной и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,8°C, пропал аппетит, появилась фотофобия. Позже присоединилось першение в горле, заложенность носа, сухой «саднящий» за грудиной кашель.

Анамнез жизни

• Пенсионерка • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные заболевания: мастэктомия, ОРЗ, ГБ I ст. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает в отдельной квартире с супругом. • Эпиданамнез: сопровождала внука в детский сад, где мог быть возможный контакт с больными ОРЗ. • Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не привита.

Объективный статус

• Температура тела 39,2°C. Больная вялая, адинамична. • Кожные покровы бледные, сухие, горячие на ощупь, чистые, сыпи нет. Лицо гиперемировано и одутловато, инъекция сосудов склер. • Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, единичные геморрагии на небной занавеске. • Периферические лимфоузлы не увеличены • В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 22 в мин. • АД-100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин. • Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования с учетом 3-го дня болезни

- при присоединении вторичной инфекции
- при развитии ложного крупа
- при наличии лихорадки свыше 38,5°C
- во всех случаях заболевания без исключения

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- при присоединении вторичной инфекции
- при развитии ложного крупа
- при наличии лихорадки свыше 38,5°C
- во всех случаях заболевания без исключения

Симптомом тяжелого течения гриппа является

- ринорея с желто-зеленым отделяемым
- геморрагическая сыпь

- чувство «саднения» за грудиной, сухой кашель
- продуктивный кашель с гнойной мокротой

Патогенетическими осложнениями гриппа являются

- респираторный дистресс-синдром
- гнойный трахеобронхит
- печёчно-почечная недостаточность
- гиповолемический шок

Дифференциальную диагностику гриппа проводят с

- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей
- менингококковой инфекцией, ГЛПС, парагриппом
- скарлатиной, ротавирусной инфекцией, бруцеллезом

Показанием к госпитализации при гриппе являются

- диарея, боли в суставах
- головная боль, повышение артериального давления
- одышка, боли в груди
- выраженная ринорея, температура тела не выше 38°C

Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

- ламивудин, ацикловир
- умифеновир, осельтамивир
- интерферон гамма, рибавирин
- тилорон, меглюмина акридонацетат

Патогенетическое лечение гриппа, тяжелого течения, включает

- внутривенное введение антибактериальных препаратов
- респираторную поддержку
- парентеральную регидратационную терапию
- приём иммуномодуляторов

Применение антибиотиков при гриппе показано

- во всех случаях заболевания без исключения
- при наличии лихорадки выше 38,5°C
- при присоединении вторичной инфекции
- при развитии ринита

Химиопрепаратами, применяемые для профилактики гриппа, являются

- ламивудин, зидовудин
- занамивир, тилорон
- осельтамивир, умифеновир
- рибавирин, ацикловир

Вакцинопрофилактику сезонного гриппа следует закончить не позднее чем за + _____ + до начала эпидемического сезона

- 7-10 дней
- 2-3 недели
- 2-3 месяца
- 2-5 дней

Механизмом, обуславливающим изменчивость вируса гриппа А является

- 7-10 дней
- 2-3 недели
- 2-3 месяца
- 2-5 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл на вызов к пациенту 19-ти лет на 3-ий день болезни

Жалобы

на головную боль, вялость, озноб, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38°C, серозное отделяемое из носовых ходов, боль в горле при глотании, осиплость голоса и грубый, «лающий» кашель.

Анамнез заболевания

• Со слов пациента заболел остро 3 дня назад утром, когда постепенно появились озноб, слабость, головная боль, снизился аппетит, повысилась температура тела до 37,5° С. • К вечеру этого же дня присоединились заложенность носа, боль в горле при глотании, осиплость голоса, «лающий» кашель, повышение температуры тела до 38° С.

Анамнез жизни

• Студент • Проживает в общежитии • Вредные привычки: табакокурение • Аллергоанамнез: аллергическая реакция на куриный белок. Проявление - отек Квинке • Перенесенные заболевания: детские инфекции • Эпиданамнез: в общежитии были случаи заболевания ОРЗ • Прививочный анамнез: от гриппа не прививался

Объективный статус

• Температура тела 38°C. • Больной вялый, ослаблен. • Кожные покровы суховаты, горячие на ощупь, физиологической окраски, сыпи нет. • Умеренный отек слизистой носа, небольшое серозное отделяемое из носовых ходов. • Гиперемия и зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки. Осиплость

голоса. • Периферические заднешейные лимфоузлы увеличены. • Грубый, «лающий» кашель. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 20 в мин. • АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 88 уд. в мин. • Печень и селезенка не увеличены. • Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- 7-10 дней
- 2-3 недели
- 2-3 месяца
- 2-5 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 7-10 дней
- 2-3 недели
- 2-3 месяца
- 2-5 дней

Основным синдромом поражения дыхательных путей при парагриппе является

- ларингит
- бронхит
- бронхиолит
- пневмония

Частым неспецифическим осложнением при парагриппе является

- вторичная бактериальная пневмония
- надпочечниковая недостаточность
- токсический нефроз
- гнойный менингоэнцефалит

Специфическим осложнением парагриппа является

- истинный круп
- ложный круп
- гнойный бронхит
- геморрагический отек легких

Тактика ведения данного больного включает

- госпитализацию в мельцеровский бокс

- ведение пациента в амбулаторных условиях
- госпитализацию в инфекционное отделение
- ведение пациента в дневном стационаре

В лечении неосложненного парагриппа средней степени тяжести используется + _____ + терапия

- гемостатическая
- гормональная
- симптоматическая
- антибактериальная

При лечении парагриппа пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, значительно ухудшающим качество жизни пациента целесообразно назначить

- противокашлевые средства
- ксантины
- муколитические средства
- отхаркивающие рефлекторные препараты

К противокашлевым препаратам, применяемым при лечении парагриппа пациентам с сухим непродуктивным надсадным кашлем, относят

- бутамират
- амброксол
- ацетилцистеин
- бромгексина гидрохлорид

Применение антибиотиков при парагриппе показано

- при присоединении вторичной инфекции
- при наличии лихорадки свыше 38°C
- при наличии длительной ринореи
- во всех случаях заболевания без исключения

Для медикаментозной неспецифической профилактики парагриппа используют

- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа
- римантадин

Инкубационный период при парагриппе составляет до

- парацетамол
- ацикловир

- интерферон-альфа
- римантадин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациенту 67 лет на 2-ой день болезни.

Жалобы

на чувство нехватки воздуха, повышение температуры до 40,1°C озноб, головную боль в лобно-височных областях, головокружение, «ломоту» во всем теле, кашель с кровянистой мокротой, резкую слабость.

Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, мышечных болей, слабости, выраженной головной боли в лобно-височных и параорбитальных областях, повышения температуры тела до 38,5°C. Позже присоединились заложенность носа, першение в горле, сильный кашель, вначале сухой, «саднящий» за грудиной, затем со скудной мокротой. На 2-ой день состояние резко ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1°C, появились боли в грудной клетке.

Анамнез жизни

• Пенсионер • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные заболевания: ОРЗ, гипертоническая болезнь II ст., острый бронхит в октябре текущего года. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает постоянно в отдельной квартире с женой и сыном. • Эпиданамнез: 3 дня тому назад имел контакт с родственником, больным ОРЗ. • Прививочный анамнез: Полгода назад ревакцинировался от COVID-19.

Объективный статус

• Температура тела 40,1°C. Больной беспокоен, мечется в постели, непроизвольное ортопноэ. Дыхание шумное, с участием вспомогательной мускулатуры. • Кожные покровы сухие, горячие на ощупь. Резкая бледность лица, инъекция сосудов склер, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, в области мягкого неба геморрагии. • Периферические лимфоузлы не увеличены. • При аускультации в легких во всех отделах множественные мелко- и среднекалиберные влажные хрипы. ЧДД – 43 в мин. SpO2 - 87% (при дыхании атмосферным воздухом). Мокрота пенная, розового цвета. • Тоны сердца глухие, АД- 70/40 мм.рт.ст, ЧСС – 122 уд. в мин. • Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет. Сознание сохранено, тревожен, испытывает страх смерти.

Для постановки диагноза, необходимым методом обследования является

- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа

- римантадин

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа
- римантадин

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- парацетамол
- ацикловир
- интерферон-альфа
- римантадин

К симптомам тяжелого течения гриппа с развитием ранних осложнений относят

- иктеричность кожных покровов и слизистых
- продуктивный кашель, диарею
- быстро нарастающую одышку с кровянистой мокротой
- острый кератоконъюнктивит, обильную ринорею

Патогенетическим осложнением гриппа является

- острый респираторный дистресс-синдром
- сепсис
- печеночно-почечная недостаточность
- гнойный трахеобронхит

Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с

- скарлатиной, корью, краснухой
- менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом
- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей

Показанием к госпитализации при гриппе является наличие

- геморрагической сыпи, одышки

- повышенного артериального давления, головной боли
- выраженного диарейного синдрома, сухости слизистых
- температуры тела выше 38°C, выраженной ринореи

Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

- тилорон и меглуминаакридонат
- осельтамивир и умифеновир
- имидазолилэтанамидпентандиовая кислота и ацикловир
- интерферон гамма и рибавирин

Патогенетическое лечение гриппа, тяжелого течения с развитием острого респираторного дистресс-синдрома включает

- респираторную поддержку
- парентеральную регидратационную терапию
- назначение иммуномодуляторов
- антибактериальную терапию

Применение антибиотиков при гриппе показано

- в случае сохранения длительного остаточного кашля
- при наличии лихорадки свыше 38,5 °C
- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции

Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики гриппа, являются

- ламивудин и зидовудин
- рибавирин и ацикловир
- занамивир и тилорон
- умифеновир и осельтамивир

Инкубационный период при гриппе составляет до

- ламивудин и зидовудин
- рибавирин и ацикловир
- занамивир и тилорон
- умифеновир и осельтамивир

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к участковому врачу пришел пациент 62-х лет на 3-ий день болезни.

Жалобы

на небольшое повышение температуры, познабливание, умеренную головную боль, першение и сухость в горле и носу, заложенность носа, скудный насморк, приступообразный сухой кашель.

Анамнез заболевания

Заболевание началось постепенно с недомогания, познабливания, небольшой головной боли, повышения температуры тела до 37,3°C, першения, сухости, жжения в ротоглотке, заложенности носа. На 2-ой день появились скудные слизистые выделения из носа и сухой кашель.

Анамнез жизни

• Пенсионер. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные заболевания: аппендэктомия, ОРВИ, детские инфекции. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает в отдельной квартире с женой, дочерью, зятем, 7-летним внуком. • Эпиданамнез: внук на днях перенес респираторно-синцитиальную инфекцию. • Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

• Температура тела 37,5°C. Состояние удовлетворительное. • Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Инъекция сосудов склер не выражена. • Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, миндалин, дужек, задней стенки глотки умеренно гиперемирована с усиленным сосудистым рисунком. Отмечается ее зернистость за счет увеличенных фолликулов по задней стенке глотки, там же стекают прозрачные слизистые выделения. Миндалины не увеличены, налетов нет. • Периферические лимфоузлы не увеличены. • В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. • АД-130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 86 уд. в мин. • Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Физиологические опражнения в норме. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- ламивудин и зидовудин
- рибавирин и ацикловир
- занамивир и тилорон
- умифеновир и осельтамивир

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- ламивудин и зидовудин
- рибавирин и ацикловир
- занамивир и тилорон
- умифеновир и осельтамивир

Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерно развитие

- бронхита, бронхиолита
- ринита, фарингита
- ларингита, ложного крупа
- фарингита, тонзиллита

Для ранней диагностики респираторных нарушений пациентам с респираторно-синцитиальной инфекцией рекомендовано выполнение

- пульсоксиметрии
- спирометрии
- пикфлоуметрии
- тредмил-теста

Одним из осложнений респираторно-синцитиальной инфекции является

- синдром Рейтера
- печёчно-почечная недостаточность
- отит
- острый кератоконъюнктивит

Дифференциальную диагностику респираторно-синцитиальной инфекции в начальный период проводят с

- скарлатиной, корью, краснухой
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей
- гриппом, аденовирусной инфекцией, парагриппом
- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией

Показанием к госпитализации при респираторно-синцитиальной инфекции является

- одышка с болями в грудной клетке
- выраженный диарейный синдром
- острый кератоконъюнктивит
- повышение артериального давления

Патогенетическое и симптоматическое лечение респираторно-синцитиальной инфекции средне-тяжелого течения, включает назначение

- сосудосуживающих препаратов интраназально
- регидратационной терапии парентерально
- жаропонижающих препаратов
- дезинтоксикационной терапии парентерально

Применение антибиотиков при респираторно-синцитиальной инфекции показано

- в случае длительно сохраняющегося ринита
- при присоединении вторичной инфекции
- во всех случаях заболевания без исключения
- при наличии лихорадки выше 38,5°C

С целью улучшения отхождения мокроты при продуктивном кашле у больных с респираторно-синцитиальной инфекцией назначают

- противокашлевые средства периферического действия
- муколитические средства
- отхаркивающие рефлекторные препараты
- противокашлевые средства центрального действия

Инкубационный период при респираторно-синцитиальной инфекции составляет до

- 2-х суток
- 12 часов
- 6 дней
- 2-х недель

Неспецифической профилактической мерой при респираторно-синцитиальной инфекции служит

- 2-х суток
- 12 часов
- 6 дней
- 2-х недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к участковому врачу прибыл пациент 25 лет на 3-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры до 37,3°C, общую слабость, чувство познабливания, затруднение носового дыхания, чихание, обильное серозное отделяемое из носа, першение в носоглотке, снижение обоняния.

Анамнез заболевания

Заболел остро с повышения температуры тела до 37,4°C, чувства сухости в носу и першения в носоглотке. Через несколько часов присоединились обильные серозные выделения из носа, затруднение носового дыхания. На второй день отмечено снижение обоняния.

Анамнез жизни

• Менеджер в офисе. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, ОРВИ. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает в отдельной квартире один. • Эпиданамнез: среди сотрудников

офиса были случаи заболевания ОРЗ • Прививочный анамнез: от гриппа привит 3.09.2017

Объективный статус

• Температура тела 37,3°C. Больной контактен, адекватен. • Кожные покровы умеренной влажности, чистые, сыпи нет. Инъекция сосудов склер и конъюнктивы. Кожа вокруг носовых отверстий мацерирована. • Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, миндалин, дужек, задней стенки глотки неярко гиперемирована. Энантемы нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. • В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. • АД- 120/75 мм.рт.ст, ЧСС – 80 уд. в мин. • Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

- 2-х суток
- 12 часов
- 6 дней
- 2-х недель

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- 2-х суток
- 12 часов
- 6 дней
- 2-х недель

При риновирусной инфекции в первую очередь поражается

- плоский эпителий
- слизистая железа
- цилиндрический мерцательный эпителий
- базальная мембрана

Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является

- полиартрит
- гайморит
- гнойный менингит
- гнойный трахеобронхит

Для риновирусной инфекции характерно наличие

- ксеростомии
- аносмии

- дисфагии
- анизокории

В острый период риновирусной инфекции требуется

- госпитализация в мельцеровский бокс
- амбулаторное лечение
- лечение в дневном стационаре
- госпитализация по клиническим показаниям

Патогенетическая терапия риновирусной инфекции включает применение

- госпитализация в мельцеровский бокс
- амбулаторное лечение
- лечение в дневном стационаре
- госпитализация по клиническим показаниям

Дополнительная информация

Через неделю после первого обращения у пациента остается заложенность носа, тяжесть в голове, вечерний субфебрилитет, выделения из носа приобрели слизисто-гнойный характер

Учитывая клинические данные, можно заподозрить развитие

- медикаментозного ринита
- евстахиита
- локальной формы гранулематоза Вегенера
- синусита

При развитии синусита показано проведение

- эндоназальных провокационных пробх (ЭПП)
- МРТ придаточных пазух носа
- ольфактометрии
- ринопитогранммы

Препаратом выбора при бактериальных риносинуситах является

- левофлоксацин
- пенициллин
- амоксицилин
- гентамицин

Профилактические меры при риновирусной инфекции включают

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта

Инкубационный период риновирусной инфекции составляет до

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Б. 65 лет обратился к участковому врачу-терапевту по месту жительства

Жалобы

- изжогу после приема пищи • на отрыжку, не связанную с приемом пищи • периодически возникающее вздутие живота

Анамнез заболевания

- Со слов больного, в 33 года внезапно появилась изжога, которая продолжалась 2 часа и самостоятельно прекратилась. В дальнейшем приступы изжоги повторялись и самостоятельно купировались. К врачам не обращался, так как в тот момент изжога не оказывала значительного влияния на качество жизни. • С 61 года боль в нижней трети грудины жгучего характера беспокоила после каждого приема пищи, присоединились жалобы на отрыжку, вздутие живота. Ухудшение самочувствия послужило причиной обратиться к гастроэнтерологу. • При обследовании по данным ЭГДС были выявлены эзофагит, гастрит, хиатальная грыжа. Назначение ингибиторов протонной помпы и обволакивающих препаратов приносит кратковременное и нечетливо выраженное улучшение.

Анамнез жизни

Больной родился в п. Собинка, Владимирской области. В настоящее время работает заведующим музеем. * Вредные привычки – курение и употребление алкоголя отрицает. * Указания на сопутствующую лекарственную терапию отсутствуют. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Наследственный анамнез отягощен: отец умер в 64 года от лимфогранулематоза.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Индекс массы тела – $24,2 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипы отсутствуют. Частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 78 в минуту. АД 115/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта

Результаты инструментальных методов обследования

Спирометрия

Рестриктивных или обструктивных изменений легких не выявлено.

Какой основной диагноз?

- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- проведение вакцинопрофилактики контактировавшим лицам
- ограничение вентиляции помещения
- применение специфического иммуноглобулина в первый день контакта

Диагноз

Рекомендации по образу жизни для пациента включают

- исключение свежих овощей и фруктов, ограничение приема жидкости
- частое дробное питание, ношение бандажа и корсета
- поддержание нормальной массы тела, отказ от курения, последний прием пищи не позднее, чем за 2 часа до сна
- полный отказ от алкоголя, сон с низким изголовьем

В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём

- спазмолитиков
- ингибиторов протонной помпы
- адсорбентов
- антихолинолитиков

В качестве вспомогательных средств фармакотерапии рекомендован приём

- прокинетиков, альгинатов, антацидов
- антибиотиков, альгинатов, антацидов
- спазмолитиков, антацидов, холеретиков

- прокинетиков, антибиотиков, альгинатов

В качестве основного курса лечения в данной ситуации является приём ингибиторов протонной помпы в течение + _____ + недель

- 4
- 8
- 6
- 2

Доза рабепразола для данного пациента, в отсутствие эрозивного поражения пищевода, составляет + _____ + мг + _____ + раз/раза в день

- 10; 1
- 40; 1
- 20; 2
- 40; 2

Пациенту рекомендовано принимать ИПП

- через 30 мин после еды
- за 1,5 часа до еды
- вне зависимости от приема пищи
- за 30 мин до еды

К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

- дротаверин
- итоприд
- эзомепразол
- ипратропий

Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения основного заболевания составляет + _____ + раза/раз в год

- 2
- 1
- 4
- 3

Термин «рефрактерная ГЭРБ» используется при

- 2
- 1
- 4
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К участковому врачу терапевту в поликлинике обратился пациент 22-х лет на 2-ой день болезни.

Жалобы

На заложенность носа, чиханье, слизистые и водянистые выделения из носа, покашливание и першение в горле, слезотечение.

Анамнез заболевания

Заболел остро с появления познабливания и чувства тяжести в голове, слабости, повышения температуры тела до 37,2°C, одновременно присоединилось заложенность носа, чиханье, обильные слизистые и водянистые выделения из носа, охриплость голоса, покашливание и першение в горле, слезотечение, снижение обоняния.

Анамнез жизни

• Студент очного отделения. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Перенесенные заболевания: детские инфекции. • Вредные привычки: курит до одной пачки в день. • Проживает в отдельной квартире с матерью. • Эпиданамнез: в студенческой группе были случаи заболевания ОРЗ • Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

• Температура тела 37,0°C. • Кожные покровы чистые, сыпи нет. В области носа мацерация кожи. Инъекция сосудов склер. Конъюнктивы умеренно гиперемированы, слезотечение. • Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки, нёбных дужек, язычка слабо гиперемирована, отечна. По задней стенке глотки стекает слизь. • Региональные лимфоузлы не увеличены. • Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. • АД-110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 76 уд. в мин. • Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2
- 1
- 4
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- 2
- 1
- 4

- 3

Симптомами неосложненной риновирусной инфекции являются

- ринорея, продуктивный кашель с гнойной мокротой
- ринорея, нарушение обоняния, сухой кашель
- заложенность носа, сухой трахеобронхит
- боли в горле, полилифаденопатия, продуктивный кашель

Патогенетическим осложнением риновирусной инфекции является

- острый синусит
- синдром Рейтера
- эпиглоттит
- «ложный» круп

При развитии синусита показано проведение

- ольфактометрии
- МРТ придаточных пазух носа
- акустической импедансометрии
- рентгенографии антрума

Показанием к госпитализации при риновирусной инфекции является наличие

- клиники трахеобронхита, заложенности носа
- распирающей боли в области лобных, гайморовых пазух, повышение температуры выше 39 °С
- повышения температуры тела не выше 38°С, длительная ринорея, нарушение обоняния и вкуса
- повышенного артериального давления, головной боли

Срок изоляции больного с риновирусной инфекцией составляет +_____+ дней

- 7-10
- 5-6
- 3-4
- 1-2

Патогенетическое лечение риновирусной инфекции легкого течения включает

- внутривенное введение кристаллоидных растворов
- приём иммуномодуляторов
- санацию верхних дыхательных путей (носовых ходов)
- парентеральную регидратационную терапию

Применение антибиотиков при риновирусной инфекции показано

- при наличии лихорадки выше 38,5°C
- при присоединении вторичной инфекции
- во всех случаях заболевания без исключения
- в случае сохранения длительного остаточного кашля

Инкубационный период риновирусной инфекции составляет до

- 2-х недель
- 10-и дней
- 48 часов
- 3-х суток

Профилактические меры при риновирусной инфекции включают

- ограничение вентиляции помещения
- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- введение профилактических доз иммуноглобулина контактировавшим лицам
- проведение заключительной дезинфекции

Неспецифическая профилактика риновирусной инфекции включает назначение

- ограничение вентиляции помещения
- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- введение профилактических доз иммуноглобулина контактировавшим лицам
- проведение заключительной дезинфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 20-ти лет на 4-ый день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, «ломоту» во всем теле, боли в горле при глотании, редкий кашель, заложенность носа, слезотечение, жжение, ощущение песка в глазах, снижение аппетита, дискомфорт в животе, послабление стула.

Анамнез заболевания

• Ухудшение состояния 3 дня назад: познабливание, повышение температуры тела до 37,3°C, заложенность носа, боли в горле при глотании, жжение, рези в области правого глаза, слезотечение. Лечился самостоятельно: жаропонижающие средства, полоскания горла с растворами антисептиков (фурациллин, хлоргексидин), промывания правого глаза раствором спитого чая.

• На день осмотра вышеперечисленные симптомы сохранялись, выросла общая слабость, отметил подъём температуры тела выше 38,0°C, «ломоту» во всем теле, возникновение влажного кашля, появление жжения, рези в области левого глаза, склеивание век правого глаза за счёт экссудата, нарушение аппетита, дискомфорт в верхних отделах живота, кашицеобразный стул без примесей 2 - 3 раза за сутки.

Анамнез жизни

• Студент дневного отделения • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия (2 года назад) • Вредные привычки: отрицает. • Проживает в общежитии, в комнате живут ещё 2 студента. • Эпиданамнез: сосед по комнате неделю назад обращался к офтальмологу по поводу конъюнктивита; в студенческой группе были случаи заболевания ОРЗ • Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

• Температура тела 38,4°C. Больной гиподинамичен. • Кожные покровы бледные, высыпаний нет. Лицо пастозно. Веки отёчны, кожа век гиперемирована, гиперемия склер, конъюнктив, сужение глазных щелей, склеивание век правого глаза серозным экссудатом. • Дыхание носом затруднено, выделения из носа слизистые, без примесей крови. • Слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, задняя стенка глотки зерниста. Миндалины увеличены до II степени, рыхлые, лакуны расширены. На задней стенке глотки и миндалинах - нежные белесоватые плёнчатые налёты. • Увеличение, умеренная болезненность подчелюстных, переднешейных и заднешейных лимфатических узлов. • В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. • АД-115/70 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин. • Живот мягкий, чувствительный при пальпации в верхних отделах, правой подвздошной области, перитонеальных симптомов нет, перистальтика активная. Пальпируются край печени, нижний полюс селезёнки. Мочеиспускание свободное, достаточное, моча жёлтого цвета. • Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- ограничение вентиляции помещения
- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений
- введение профилактических доз иммуноглобулина контактировавшим лицам
- проведение заключительной дезинфекции

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные можно поставить диагноз

- ограничение вентиляции помещения
- изоляцию больного, влажную уборку и проветривание помещений

- введение профилактических доз иммуноглобулина контактировавшим лицам
- проведение заключительной дезинфекции

Опорными диагностическими критериями аденовирусной инфекции являются

- воспаление слизистых оболочек ротоглотки, глаз, системное увеличение лимфатических узлов
- яркая разлитая гиперемия ротоглотки, мелкоточечные высыпания на коже
- охриплость или осиплость голоса, упорный сухой «лающий» кашель
- умеренные катаральные явления, увеличение задне-шейных лимфатических узлов, появление обильной мелкопятнистой сыпи

К дополнительным симптомам, которые иногда выявляют при аденовирусной инфекции, относят

- тошноту, секреторную диарею
- гиперемию кожи по типу «перчаток», «носков» и «капюшона»
- олигоанурию, геморрагический синдром
- артриты мелких суставов, фиброзиты

Дифференциальную диагностику аденовирусной инфекции в начальный период заболевания проводят с

- корью, эпидемическим паротитом
- лептоспирозом, сыпным тифом
- дифтерией ротоглотки, инфекционным мононуклеозом
- паратифом А, псевдотуберкулезом

Специфическим поражением глаз при аденовирусной инфекции является

- пленчатый конъюнктивит
- иридоциклит
- помутнение роговицы
- двустороннее кровоизлияние с 1 дня болезни

К наиболее частым осложнениям аденовирусной инфекции относятся

- полиартриты, фиброзиты
- печёчно-почечная недостаточность, гепатит
- поражения придаточных пазух носа, пневмонии, ангины
- восходящая инфекция мочевыводящих путей, пиелонефриты

Одним из основных показаний к госпитализации при аденовирусной инфекции является развитие

- гастроэнтерита

- кератоконъюнктивита
- бронхита
- пневмонии

Этиотропным средством для лечения аденовирусной инфекции (на ранней стадии) с доказанной эффективностью является

- ремантадин
- доксициклин
- осельтамивир
- умифеновир

Применение антибиотиков при аденовирусной инфекции показано

- при присоединении вторичной инфекции
- при выраженной гепатоспленомегалии
- во всех случаях заболевания без исключения
- при развитии ложного крупа

Химиопрепаратами, применяемыми для профилактики аденовирусной инфекции, являются

- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- зидовудин, ацикловир
- рибавирин, ламивудин
- энисамия йодид, занамивир

Инкубационный период при аденовирусной инфекции составляет до

- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- зидовудин, ацикловир
- рибавирин, ламивудин
- энисамия йодид, занамивир

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый врач терапевт прибыл на вызов к пациенту 74 лет на 2-ой день болезни

Жалобы

на повышение температуры, озноб, сильная головная боль в лобных областях, «ломота» во всем теле, сухой кашель, першение в горле, заложенность носа.

Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, мышечных болей, слабости, выраженной головной боли в лобной и параорбитальных областях, повышения температуры

тела до 38,8°C. Позже присоединилось першение в горле, заложенность носа, сухой «саднящий» за грудиной кашель

Анамнез жизни

• Пенсионер, не работает. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные заболевания: ИБС, артериальная гипертензия. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуками 2-х и 6-ти лет. • Эпиданамнез: контактировал с внуками, больными ОРЗ. • Неспецифическую профилактику не проводил. • Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался

Объективный статус

• Температура тела 39,2°C. Больной вял, адинамичен. • Кожные покровы сухие, горячие на ощупь, чистые, сыпи нет. Лицо несколько гиперемировано и одутловато, инъекция сосудов склер. • Слизистая оболочка ротоглотки в области мягкого неба, задней стенки глотки гиперемирована, отмечается ее зернистость, единичные геморрагии на небной занавеске. • Периферические лимфоузлы не увеличены • В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 22 в мин. • АД-100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин. • Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- зидовудин, ацикловир
- рибавирин, ламивудин
- энисамия йодид, занамивир

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- умифеновир, интерферон альфа интраназальный
- зидовудин, ацикловир
- рибавирин, ламивудин
- энисамия йодид, занамивир

К симптомам тяжелого неосложненного течения гриппа относят

- иктеричность кожных покровов и слизистых
- продуктивный кашель и диарею
- продуктивный кашель с гнойной мокротой
- геморрагическую сыпь и носовые кровотечения

Патогенетическим осложнением гриппа является

- острый дистресс-синдром
- гнойный трахеобронхит

- печёночно-почечная недостаточность
- септическое состояние

Дифференциальную диагностику гриппа в начальный период проводят с

- скарлатиной, корью, краснухой
- паратифом А, псевдотуберкулезом, энтеровирусной инфекцией
- менингококковой инфекцией, ГЛПС, лептоспирозом
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом, дифтерией дыхательных путей

Показанием к госпитализации при гриппе являются наличие

- температуры тела выше 38°C, выраженной ринореи
- одышки, боли в груди
- выраженного диарейного синдрома, першения в горле
- увеличение лимфатических узлов, слабости

Этиотропными средствами для лечения гриппа с доказанной эффективностью являются

- балоксавир, осельтамивир
- интерферон гамма, рибавирин
- имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты, ацикловир
- тилорон, меглумина акридоацетат

Патогенетическое лечение гриппа тяжелого течения включает

- респираторную поддержку
- парентеральную регидратационную терапию
- приём иммуномодуляторов
- внутривенное введение антибактериальных препаратов

Применение антибиотиков при гриппе показано

- в случае сохранения длительного остаточного кашля
- при наличии лихорадки свыше 38,5°C
- во всех случаях заболевания без исключения
- при присоединении вторичной инфекции

Химиопрепаратом, применяемым для профилактики гриппа, является

- осельтамивир
- рибавирин
- комбивир
- ламивудин

Осельтамивир при химиопрофилактике назначается по +_____+ в сутки

- 75 мг
- 0,5г
- 0,3г
- 150 мг

Протективным действием к вирусу гриппа А обладают антитела к

- 75 мг
- 0,5г
- 0,3г
- 150 мг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 18 лет, студент, в начале учебного года обратился в студенческую поликлинику

Жалобы

На общую слабость, ухудшение аппетита, тошноту, двукратную рвоту после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье, темный цвет мочи.

Анамнез заболевания

• Пациент в течение недели амбулаторно лечился по поводу «ОРВИ» в студенческой поликлинике. Заболел остро с повышения температуры до 38,8°C, головной боли, боли в мышцах и суставах, першения в горле. На 5 день болезни температура тела нормализовалась. • В день предполагаемой выписки на учебу, на фоне нормальной температуры, отметил ухудшение самочувствия: ухудшился аппетит, появились общая слабость, тошнота, рвота после приема пищи, дискомфорт и ощущение "тяжести" в эпигастрии и в правом подреберье. На 5 день потемнела моча, окружающие заметили желтушность склер.

Анамнез жизни

• Студент 2 курса. • Проживает в общежитии; в комнате 3 человека. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Парентеральный анамнез неотягощен. • В июле - августе месяце проживал у родственников в сельской местности, купался в пруду, употреблял в большом количестве овощи и фрукты (нередко в немытом виде). Контакты с больными гепатитом отрицает.

Объективный статус

• Температура тела 36,7°C. • Кожа и склеры желтушны, сыпи нет. • Язык влажный, обложен белым налетом. • Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. • Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки. • Моча темная, стул ахоличен. • АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 60 уд. в мин.

Для постановки диагноза и определения степени тяжести заболевания необходимыми методами обследования являются

- 75 мГ
- 0,5г
- 0,3г
- 150 мГ

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 75 мГ
- 0,5г
- 0,3г
- 150 мГ

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические данные, а также лабораторные и инструментальные результаты обследования, можно думать о диагнозе

- 75 мГ
- 0,5г
- 0,3г
- 150 мГ

Продромальный (преджелтушный) период острого вирусного гепатита А характеризуется + _____ + вариантами клинических проявлений

- неврологическим и абдоминальным
- гриппоподобным и диспепсическим
- артралгическим и астеновегетативным
- экзантематозным и артралгическим

О тяжелом течении острого вирусного гепатита А свидетельствует значение протромбинового индекса от + _____ +% и ниже

- 40
- 65
- 50
- 55

Возможным исходом вирусного гепатита А является

- дискинезия желчевыводящих путей
- хронизация инфекционного процесса

- острая печеночная энцефалопатия
- вирусоносительство

Врачебная тактика в данной клинической ситуации состоит в

- госпитализации больного с помещением в Мельцеровский бокс
- амбулаторном лечении
- лечении в дневном стационаре
- госпитализации в инфекционное отделение

Терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

- лактулозы
- ламивудина
- эссенциальных фосфолипидов
- канамицина

Антихолестатическая терапия острого вирусного гепатита А предусматривает назначение

- метадоксина
- урсодезоксихолевой кислоты
- L- орнитина - L- аспартата
- глицирризиновой кислоты

В качестве дезинтоксикационной терапии при вирусном гепатите А средней степени тяжести используется

- полиионный раствор «Квартасоль»
- 5% раствор глюкозы
- 25% раствор альбумина
- плазмозамещение с частичным плазмозамещением

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- интерфероны
- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты

При отсутствии клинических признаков заболевания, контактных лиц, ранее не привитых против гепатита А и не болевших этой инфекцией, вакцинируют по эпидемическим показаниям не позднее + _____ + с момента выявления больного гепатитом А

- интерфероны
- иммуномодуляторы
- вакцинацию

- противовирусные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С., 23 лет обратилась в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На тошноту, снижение аппетита, слабость, утомляемость, боль в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания

• Заболела 12 дней назад, когда отметила повышение температуры тела от 37,2 до 38,5°C, появление слабости, утомляемости, тошноты, снижения аппетита, болей в крупных и мелких суставах конечностей. Лечилась дома самостоятельно от «простуды». К врачу не обращалась. • В последующие дни появились тошнота, ощущение «тяжести» и тупые боли в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит. • На 10-й день болезни отметила потемнение мочи. Родственники заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

• Работает юристом в консалтинговой компании. • Проживает в отдельной квартире с матерью и старшим братом. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Оперативные вмешательства, аутогемотрансфузии отрицает. • В течение 6 месяцев за пределы Москвы, МО, РФ не выезжала. Нередко обедает в общепите. Постоянно посещает маникюрный салон.

Объективный статус

• Температура тела 37°C. • Кожа и склеры желтушны, сыпи нет. • Язык сухой, обложен белым налетом. • Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. • Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, мягко-эластичной консистенции, болезненна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки. • Моча темная, стул ахоличен. • АД – 110 и 70 мм.рт.ст, ЧСС – 74 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- интерфероны
- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- интерфероны

- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинико-лабораторные и инструментальные данные, пациентке можно поставить диагноз

- интерфероны
- иммуномодуляторы
- вакцинацию
- противовирусные препараты

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- упорного кожного зуда
- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи
- геморрагического синдрома
- «сосудистых звездочек» на коже

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита В является

- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в крови
- снижение уровня содержания протромбина в крови
- повышение активности трансаминаз
- значительное повышение показателя сулемовой пробы

Возможным осложнением вирусного гепатита В является

- гиповолемический шок
- инфекционно-токсический шок
- острая дистрофия печени
- перфорация стенки кишечника

Базисной терапией острого вирусного гепатита В средне-тяжелого течения является

- иммуномодулирующая
- дезинтоксикационная
- антибактериальная
- противовирусная

Патогенетическая терапия острого вирусного гепатита В предусматривает назначение

- ванкомицина
- рибавирина
- лактулозы
- эссенциальных фосфолипидов

В случае снижения ПТИ ниже 40% при фульминантной форме острого вирусного гепатита В дополнительно показано назначение

- эссенциальных фосфолипидов
- энтекавира
- урсодезоксихолевой кислоты
- орнитина

Показателем эффективности вакцинации является обнаружение анти-HBs в сыворотке (плазме) крови в концентрации от +_____+ мМЕ/мл и выше

- 5
- 10
- 25
- 50

За лицами, перенесшими острый вирусный гепатит В, устанавливается диспансерное наблюдение в течение _____ после выписки из стационара

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Вакцинации против вирусного гепатита В подлежат новорожденные

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

25.09.17. участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациентке Н. 36 лет на 4 день болезни.

Жалобы

На отсутствие аппетита, тошноту, горечь во рту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания

• Заболела остро с появления тошноты, однократной рвоты съеденным накануне. К врачу не обращалась. • В последующие дни тошнота сохранялась, пропал аппетит, появилась горечь во рту и ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, отмечался двукратный кашицеобразный стул. • На 4-й день болезни окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

• Работает помощником воспитателя в младшей группе детского сада. • Проживает в отдельной квартире с мужем. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, пневмония. • Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен. • Указывает на погрешность в диете накануне заболевания (отмечали день рождения на работе). Окружающие на работе и дома здоровы. Отпуск во второй половине августа провела на даче в Подмосковье. Среди детей после открытия детского сада и возвращения с летних каникул отмечались единичные случаи ОРВИ.

Объективный статус

• Больная повышенного питания. Температура тела 36,5°C. • Кожа и склеры ярко желтушны, сыпи нет. • Язык суховат, уздечка языка иктерична. • Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Симптом поколачивания по краю правой реберной дуги отрицательный. • Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки. • Моча темная, стула в течении последних суток не было. • АД – 120/80мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести необходимыми лабораторными исследованиями являются

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 6 недель
- 45 дней
- 12 месяцев
- 2 месяца

При вирусном гепатите А часто развивается

- синдром Уотерхауса - Фридериксена
- синдром холестаза
- острая почечно-печеночная недостаточность
- инфекционно - токсический шок

В случае развития холестатического варианта вирусного гепатита в динамике заболевания в биохимическом анализе крови будет наблюдаться

- билирубин-трансаминазная диссоциация
- гипергаммаглобулинемия
- гипербилирубинемия за счет непрямой фракции билирубина
- трансаминазно – билирубиновая диссоциация

Внепеченочные проявления острого вирусного гепатита А могут протекать в виде

- спастического гемоколита
- мезентериального лимфаденита
- острого рассеянного энцефаломиелита
- острого одностороннего пиелонефрита

Базисной терапией острого вирусного гепатита А лёгкого и среднетяжелого течения является

- иммуносупрессивная
- иммуномодулирующая
- противовирусная
- дезинтоксикационная

Дезинтоксикационная терапия при вирусном гепатите А средней степени тяжести предусматривает назначение

- 10% раствора альбумина
- полиионного раствора «Квартасоль»
- 5% раствора эпислон - аминокaproновой кислоты
- 5% раствора глюкозы

При ведущей роли синдрома холестаза в затяжном течении желтушного периода острого вирусного гепатита на фоне базовой терапии целесообразно использовать

- урсодезоксихолевую кислоту
- дисахарид лактулозы
- эссенциальные фосфолипиды
- L-орнитин - L-аспартат

В терапии вирусного гепатита А предусмотрено назначение

- лактулозы
- эссенциальных фосфолипидов
- ванкомицина
- рибавирина

Продолжительность инкубационного периода при вирусном гепатите А составляет до +____+ дней

- 14
- 50
- 180
- 21

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- 14
- 50
- 180
- 21

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М. 30 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На слабость, вялость, общее недомогание, подташнивание, снижение аппетита, чувство «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье.

Анамнез заболевания

• Заболел около 2 недель назад, когда постепенно нарастала слабость, снижалась работоспособность, которые связывал с переутомлением на работе. Слабость, общее недомогание постепенно нарастали, около недели назад понизился аппетит, 4-5 дней назад отметил появление тяжести в эпигастрии, которую объяснял обострением гастрита. Самостоятельно принимал антацидные препараты, де-нол. К врачу не обращался. • Несмотря на приём лекарственных средств, за 2 дня до обращения к врачу тяжесть в эпигастрии выросла, чувство «тяжести» появилось и в правом подреберье. Также появились подташнивание, исчез аппетит. • В связи с ухудшением общего состояния обратился к врачу.

Анамнез жизни

• Работает кладовщиком на складе оргтехники. • Проживает в отдельной

квартире с супругой. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, респираторные сезонные заболевания. • Вредные привычки: курение, изредка приём алкоголя (по «праздникам»). • Парентеральный анамнез не отягощен. • За два месяца до настоящего заболевания лечил зубы у стоматолога, за 1,5 месяца до заболевания делал татуировку, на работе питается в столовой.

Объективный статус

• Температура тела 36,6°C. • Кожа и склеры обычной окраски, сыпи нет. • Язык суховат, обложен белым налетом. • Живот мягкий, умеренно чувствителен при пальпации в правом подреберье. • Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластичной консистенции, умеренно чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется. • Моча светлая. • АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 65 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 14
- 50
- 180
- 21

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 14
- 50
- 180
- 21

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных данных можно думать о диагнозе

- 14
- 50
- 180
- 21

Диагноз

Достоверно подтверждает диагноз «вирусный гепатит С» обнаружение

- DNA-HBV
- Anti-HBcor Ig M

- Core Ag HCV
- DNA-HCV

В гемограмме при вирусном гепатите С наблюдается тенденция к

- агранулоцитозу
- нейтрофилезу
- лейкопении
- лейкоцитозу[(1)]

Наиболее вероятным исходом безжелтушной формы острого вирусного гепатита С является

- развитие острой почечной недостаточности
- формирование хронического вирусного гепатита С
- выздоровление
- развитие фульминантной формы с исходом в кому

Клинические проявления вирусного гепатита С связаны с развитием

- прямого цитопатического действия на гепатоциты
- аутоиммунного генерализованного эндотромбоваскулита
- серозно-геморрагического воспаления внутрипеченочных желчных протоков
- гранулематозного воспаления в паренхиме печени

Симптоматическая терапия острого вирусного гепатита С включает назначение

- индукторов интерферонов
- спазмолитиков
- глюкокортикостероидов
- гепатопротекторов

Противовирусная терапия может быть отложена не более, чем на +_____+ недель

- 5
- 16
- 4
- 12

Эффективность противовирусного лечения гепатита С оценивается по

- появлению anti-HCV core
- нарастанию anti-HCV IgG в 4 раза
- исчезновению anti-HCV IgM
- исчезновению RNA HCV

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом С контактным лицам проводят

- лабораторное обследование
- вакцинацию
- противовирусное курсовое лечение
- иммуномодуляцию

С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

- лабораторное обследование
- вакцинацию
- противовирусное курсовое лечение
- иммуномодуляцию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С. 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На снижение работоспособности, чувство недомогания, повышенную утомляемость, снижение аппетита, тошноту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания

* Заболел неделю назад с появления повышенной утомляемости, недомогания, снижения аппетита, ощущение «тяжести» в эпигастрии. Данное состояние сохранялось в течение 3-4 дней. Лечился дома самостоятельно, принимал ноппу, мезим, соблюдал диету. К врачу не обращался. * В последующие дни появились дискомфорт и чувство распирания в правом подреберье, тошнота, отметил отсутствие аппетита. * На 7-й день болезни заметил потемнение мочи, желтушность склер, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Работает главным специалистом по защите информации. * Проживает в отдельной квартире с женой и дочерью 16 лет. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Острый вирусный гепатит В (2 года назад). * Вредные привычки: отрицает. * Парентеральный анамнез: удаление зуба 2 месяца назад. * Три недели назад вернулся из Тайланда, где находился в течение 10 дней. Жил в отеле, пробовал местную пищу в уличных кафе. * После перенесенного 2 года назад ОВГВ, к врачам не обращался, диспансерное наблюдение не проходил.

Объективный статус

• Температура тела 36,7°C. • Кожа и склеры неярко желтушны, чистые, загорелые. • Язык влажный, скудно обложен белым налетом. • Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. • Печень выступает из-под

края реберной дуги на 2см, плотно-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется. • Моча темная, стул осветлен. • АД – 120/70 мм.рт.ст, ЧСС – 68 уд. в мин.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести необходимыми методами обследования являются

- лабораторное обследование
- вакцинацию
- противовирусное курсовое лечение
- иммуномодуляцию

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным методом исследования для уточнения диагноза является

- лабораторное обследование
- вакцинацию
- противовирусное курсовое лечение
- иммуномодуляцию

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе

- лабораторное обследование
- вакцинацию
- противовирусное курсовое лечение
- иммуномодуляцию

Диагноз

Иммуноактивная стадия хронического вирусного гепатита В сопровождается наличием

- анти-HBs
- HDV-Ag
- анти-HBe
- HBe-Ag

Длительность течения иммунореактивной фазы хронического гепатита В коррелирует с риском развития

- аутоиммунной криоглобулинемии
- желчекаменной болезни
- фульминантного гепатита
- цирроза печени

Для уточнения фазы течения хронического вирусного гепатита В необходимо провести

- количественное определение ДНК ВГВ
- качественное определение ДНК ВГВ
- определение анти-НВс_{ог} IgG
- исследование на антитела к митохондриям, IgG+A+M

При обострении хронического вирусного гепатита В целесообразно назначить + _____ + терапию

- дезинтоксикационную
- гепатопротекторную
- антибактериальную
- гормональную

Противовирусное лечение хронического вирусного гепатита В предусматривает назначение

- аналогов нуклеозидов
- ненуклеозидных аналогов
- ингибиторов протеаз
- ингибиторов фузии

К препаратам для лечения хронического вирусного гепатита В относят

- ламивудин
- балаксовир
- рибавирин
- фавипиравир

Контроль вирусологического ответа на противовирусную терапию ламивудином проводится 1 раз в + _____ + месяца(-ев)

- 6
- 1,5
- 9
- 3

Наличие резистентности на противовирусную терапию подтверждают по

- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ
- наличию HBs-Ag
- наличию антимитохондриальных антител

Для специфической профилактики вирусного гепатита В в настоящее время используют

- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ
- наличию HBs-Ag
- наличию антимитохондриальных антител

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М. 26 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.08.2017г.

Жалобы

На слабость, повышение температуры до 37, 4°С, тошноту, снижение аппетита, рвоту после еды, «тяжесть» в эпигастрии и дискомфорт в правом подреберье, потемнение мочи, желтушное окрашивание склер.

Анамнез заболевания

• Заболел остро с повышения температуры до 38,5°С, головной боли, боли в мышцах и суставах. Высокая лихорадка (38,5°С- 39,0°С) сохранялась в течении первых 3-х дней. Лечился дома самостоятельно от «простуды». К врачу не обращался. • В последующие дни появились тошнота, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, пропал аппетит. • На 6-й день болезни отметил потемнение мочи. Окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

• Работает менеджером-консультантом в торговом зале. • Проживает в отдельной квартире с родителями. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Парентеральный анамнез неотягощен. • За полтора месяца до настоящего заболевания выезжал на отдых в Краснодарский край (проживал в частном секторе), пользовался услугами общепита.

Объективный статус

• Температура тела 36,5°С. • Кожа и склеры желтушны, сыпи нет. • Язык сухой, обложен белым налетом. • Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. • Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки. • Моча темная, стул ахоличен. • АД – 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 60 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ
- наличию HBs-Ag
- наличию антимитохондриальных антител

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ
- наличию HBs-Ag
- наличию антимитохондриальных антител

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные данные обследования, можно думать о диагнозе

- уровню ДНК HBV
- значениям АСТ и АЛТ
- наличию HBs-Ag
- наличию антимитохондриальных антител

Клиническим критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита является наличие

- увеличения размеров печени на фоне нарастающей желтухи
- «сосудистых звездочек» на коже
- пальмарной эритемы
- геморрагического синдрома

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита А является

- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в крови
- трансаминазно-билирубиновая диссоциация
- снижение уровня содержания протромбина в крови
- повышение активности трансаминаз

Возможным осложнением вирусного гепатита А является

- гиповолемический шок
- перфорация стенки кишечника
- острая печеночная энцефалопатия
- инфекционно-токсический шок

Базисной терапией вирусного гепатита А является

- противовирусная
- дезинтоксикационная
- антибактериальная
- иммуномодулирующая

С целью дезинтоксикации больным среднетяжелой формой вирусного гепатита А назначают

- эссенциальные фосфолипиды
- аминокислоты
- энтеросорбенты
- низкорезорбтивные антибиотики

Базисная терапия вирусного гепатита А предусматривает назначение

- лактулозы
- рибавирина
- эссенциальных фосфолипидов
- ванкомицина

При лечении вирусного гепатита А с холестатическим синдромом используют

- рибавирин
- орнитин
- урсодезоксихолевую кислоту
- эссенциальные фосфолипиды

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают

- интерфероны
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- иммуномодуляторы

Пациенты, перенесшие острый вирусный гепатит А подлежат диспансеризации в течение _____ месяцев

- интерфероны
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- иммуномодуляторы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 05.12.2017г.

Жалобы

Быструю утомляемость, дискомфорт в правом подреберье.

Анамнез заболевания

- Болен в течение месяца. Точно дату начала заболевания указать не может.

Связывал свое состояние с нерегулярным питанием и ненормированным графиком работы. Температуру не измерял. Лекарства никакие не принимал. К врачу ранее не обращался. • Аппетит несколько снижен. Тошноты, рвоты не было.

Анамнез жизни

• Работает курьером. • Проживает в отдельной квартире, не женат. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ. • Вредные привычки: курит в течение 5 лет. • 6 месяцев назад делал татуировки на плечах. • Из Москвы не выезжал, пользовался услугами общепита.

Объективный статус

• Температура тела 36,5°C. • Кожа и склеры нормальной окраски, сыпи нет. • Язык сухой, слегка обложен белым налетом. • Живот мягкий, безболезненный. • Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, мягко-эластичной консистенции, безболезненна. Селезенка не пальпируется. • Моча ярко желтого цвета, стул нормальной окраски, оформленный. • АД – 120/80 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- интерфероны
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- иммуномодуляторы

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- интерфероны
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- иммуномодуляторы

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- интерфероны
- вакцинацию
- противовирусные препараты
- иммуномодуляторы

Для дожелтушного (начального) периода острого вирусного гепатита С характерно преобладание + _____ + синдрома

- экзантематозного
- астеновегетативного
- гриппоподобного
- артралгического

Для острого вирусного гепатита С характерно

- длительное волнообразное течение с ярко выраженными периодами обострений
- фульминантное течение с развитием острой печеночной энцефалопатии
- легкое течение с быстрой нормализацией всех биохимических показателей
- тяжелое течение с выраженным холестатическим синдромом

Наиболее частым исходом при естественном течении острого ВГС является

- выздоровление
- хронизация
- дискинезия желчевыводящих путей
- подострая дистрофия печени

Противовирусная терапия больным с острым ВГС, в случае отсутствия спонтанного выздоровления должны быть начата не позднее + ____ + недель

- 12
- 2
- 4
- 24

Базисная терапия острого вирусного гепатита С предусматривает назначение

- лактулозы
- ламивудина
- эссенциальных фосфолипидов
- клиндамицина

Патогенетическая терапия острого вирусного гепатита С включает назначение

- гепатопротекторов
- растворов декстрозы
- глюкокортикостероидов
- индукторов интерферонов

Диспансерное наблюдение за больными перенесшими острый вирусный гепатит С осуществляется 1 раз в

- 4 недели
- 6 месяцев
- 8 недель
- 9 месяцев

Максимальный инкубационный период при остром вирусном гепатите С длится до

- 21 дней
- 1 года
- 4 недель
- 6 месяцев

С целью предотвращения инфицирования вирусным гепатитом С для контактных лиц проводят

- 21 дней
- 1 года
- 4 недель
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М. 25 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На лихорадку до 38,5°C, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту до 2-3 раз в день, поверхностный сон, головную боль, боли в суставах, боли в правом подреберье, темную мочу, желтушность склер.

Анамнез заболевания

• Заболел остро 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38,5-39°C, снизился аппетит, появились тошнота, боли в крупных суставах, тяжесть в правом подреберье. Лечился дома самостоятельно, принимал жаропонижающие. К врачу не обращался. • В последующие дни пропал аппетит, появились рвота до 2-3 раз в день, боли давящего характера в правом подреберье, поверхностный сон. • На 3-й день болезни отметил потемнение мочи и желтушность склер, геморрагические элементы сыпи на коже. • В связи с отсутствием эффекта от лечения в домашних условиях и ухудшением общего состояния обратился к врачу.

Анамнез жизни

• Работает курьером в интернет-магазине. • Проживает в отдельной квартире один. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия, со слов больного около 2-х лет назад перенес гепатиты В и Д, лечился в стационаре, на учете у врача инфекциониста не состоит. • Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем (преимущественно пиво, водку),

периодически принимает в/венно наркотики. • Парентеральный анамнез: в/венно наркотики в течение 7 лет, беспорядочные половые связи.

Объективный статус

• Температура тела 38,3°C. • Кожа и склеры желтушны, единичные геморрагии на туловище и верхних конечностях. • Язык сухой, обложен бурым налетом. • Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. • Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги, болезненная при пальпации, плотноватой консистенции, край заострен. Пальпируется полюс селезенки. • Моча темная, стул задержан 2 дня. • АД – 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 21 дней
- 1 года
- 4 недель
- 6 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- 21 дней
- 1 года
- 4 недель
- 6 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 21 дней
- 1 года
- 4 недель
- 6 месяцев

К проявлениям печеночной недостаточности при хроническом вирусном гепатите дельта относят развитие

- бульбарной симптоматики
- холестатического синдрома
- гепатоспленомегалии
- отечно-асцитического синдрома

Основной причиной летального исхода при острой дельта- (супер) инфекции хронического гепатита В является

- токсический мегаколон
- сепсис
- печеночная недостаточность
- гнойный менингоэнцефалит

Наиболее вероятным исходом хронического вирусного гепатита В с дельта-агентом (ХВГД) является

- гепатоцеллюлярная карцинома
- хронический, активно прогрессирующий вирусный гепатит с формированием цирроза
- выздоровление
- быстрое развитие цирроза

Для этиотропного лечения хронического вирусного гепатита дельта ХВГД показано назначение

- тенофовира
- булевиртида
- фавипиравира
- энтекавира

Длительность приема булевиртида при монотерапии должна составлять не менее +____+ недель

- 8
- 12
- 48
- 36

Комбинированная терапия хронического вирусного гепатита дельта (ХВГД) включает сочетание булевиртида с

- интерфероном бета-1b
- тилороном
- пэгинтерфероном альфа-2a
- тенофовиром алафенамида

Для контроля эффективности лечения пациентов с хроническим вирусным гепатитом дельта (ХВГД) показано количественное определение

- РНК HDV
- Anti HDV IgG
- Anti HDV IgM
- ДНК HBV

В целях профилактики инфицирования вирусом гепатита Д назначают

- рибавирин
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В
- интерферон альфа-2а

Пациентам с ХВГД после завершения этиотропного (противовирусного) лечения показано динамическое наблюдение с частотой обследования 1 раз в

- рибавирин
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В
- интерферон альфа-2а

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной П. 37 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

на слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту, усиливающуюся на запахи приготовленной пищи и никотина, однократную рвоту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи.

Анамнез заболевания

• Заболел подостро, появились слабость, анорексия, тошнота, неприятные ощущения в эпигастриальной области, однократно жидкий стул; • Отмечался кратковременный подъем температуры тела до фебрильных значений; • Лечился самостоятельно по поводу острой кишечной инфекции (накануне заболевания вернулся из экспедиции), без успеха; • В последующие дни выросли слабость, недомогание, усилилась анорексия, тошнота, особенно на кулинарные запахи, запах никотина, была однократная рвота; • На 6-7 день болезни отметил потемнение мочи в течение суток. • Отсутствие положительной динамики в самочувствии пациента послужило основанием обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

• Работает руководителем небольшой коммерческой компании по продаже косметических средств. • Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и один ребенок). • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, два года назад перенес острый вирусный гепатит А. • Вредные привычки: отрицает. • Парентеральный анамнез неотягощен. • За два месяца до настоящего заболевания выехал в Китай (провинции Гуйчжоу и Сычуань), где находился в командировке по вопросам своего бизнеса. Проживал в гостиницах, преимущественно питался самостоятельно, имел множественные контакты. Вернулся домой за 2-3 дня до начала заболевания. • Год назад прошел курс вакцинации против вирусного гепатита В.

Объективный статус

• Температура тела 37,1°C. • Кожа и склеры субъиктеричные, сыпи нет. • Язык сухой, обложен белым налетом. • Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. • Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка отчетливо не пальпируется. • Мочится достаточно, моча темная, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул частично ахоличен, оформленный • АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 62 уд. в мин.

Для постановки диагноза и оценки степени тяжести заболевания, необходимыми методами обследования являются

- рибавирин
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В
- интерферон альфа-2а

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- рибавирин
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В
- интерферон альфа-2а

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- рибавирин
- иммуноглобулин против гепатита В
- вакцинацию против гепатита В
- интерферон альфа-2а

Критерием тяжелого течения острых вирусных гепатитов является наличие

- гепатомегалии
- геморрагического синдрома
- пальмарной эритемы
- анорексии

Наиболее значимым лабораторным критерием тяжелого течения острого вирусного гепатита Е является

- высокий уровень содержания прямой фракции билирубина в сыворотке крови

- гиперферментемия (аминотрансминаземия)
- снижение уровня содержания протромбина в крови
- снижение уровня кортизола в сыворотке крови

Возможным осложнением вирусного гепатита Е является

- синдром Уотерхауса-Фридериксена
- реакция Яриша-Геркстеймера
- сепсис
- острая печеночная энцефалопатия

Базисной терапией вирусного гепатита Е является

- дезинтоксикационная
- иммуномодулирующая
- антибактериальная
- противовирусная

Инфузионно-дезинтоксикационная терапия при вирусном гепатите Е средней степени тяжести предусматривает назначение

- 10% раствора альбумина
- свежезамороженной плазмы крови
- полиионного раствора «Трисоль»
- 5% раствора глюкозы

Базисная терапия вирусного гепатита Е предусматривает назначение

- трентала (ангиопротективная терапия)
- этамзилата (гемостатическая терапия)
- лактулозы
- рибавирина

При лечении холестатического варианта вирусного гепатита Е используют

- трентал (ангиопротективная терапия)
- урсодезоксихолевую кислоту
- этамзилат (гемостатическая терапия)
- глюкокортикостероидные препараты

Все контактные лица по вирусному гепатиту Е подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение + _____ + со дня разобщения с источником инфекции

- 40 дней
- 2-х недель
- 1-й недели
- 60 дней

В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом Е рекомендуют

- 40 дней
- 2-х недель
- 1-й недели
- 60 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 61 года обратился в поликлинику

Жалобы

на: * тупую, ноющую боль в эпигастрии, умеренной интенсивности, усиливающуюся после еды; * тошноту; * отрыжку с неприятным запахом; * снижение аппетита; * значительную слабость, утомляемость; * снижение массы тела на 8 кг за 3 месяца; * одышку при физической нагрузке, кашель с выделением серой мокроты, особенно выраженный по утрам; * онемение стоп и кистей.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении 7 лет, когда впервые появились тяжесть в животе после еды, отрыжка. При гастроскопии выявлен участок атрофии слизистой оболочки в желудке. Быстрый уреазный тест положительный. На основании жалоб, объективных и инструментальных данных был установлен диагноз хронический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*. Назначены антисекреторные препараты, прокинетики с положительным эффектом. Было назначено лечение инфекции *H. pylori*, от которой пациент самостоятельно отказался ввиду плохой переносимости антибиотиков. В дальнейшем, больной чувствовал себя удовлетворительно и к врачу не обращался. Одышка и кашель беспокоят длительное время. Больной курит по 20 сигарет в день, в течение 45 лет. Одышка появляется при физической нагрузке и носит экспираторный характер. Кашель происходит с выделением небольшого количества мокроты серого цвета, более выражен по утрам и в холодное время года. Обследовался в поликлинике по месту жительства. При обострении состояния принимает бронхолитические и отхаркивающие препараты. 3-4 месяца назад вновь появилась тяжесть в эпигастрии после еды, которая затем сменилась на тупые, ноющие боли в верхних отделах живота. В дальнейшем, присоединились тошнота и отрыжка с неприятным запахом. Самостоятельно принимал омепразол, без эффекта. Отмечает снижение аппетита, слабость, утомляемость, снижение массы тела на 8 кг за 3 месяца.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Туберкулез, сахарный диабет, ОНМК, инфаркт миокарда, ВИЧ, вирусные гепатиты отрицает. * Лекарственные препараты в настоящее время не принимает. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Наследственность: отец умер от рака желудка в возрасте 72 лет. *

Вредные привычки: курит в течение 45 лет по 20 сигарет в день. * Страховой анамнез: пенсионер, не работает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Периферических отеков нет. Нормального питания. Рост 178 см. Вес 74 кг. Индекс массы тела 23,4 кг/м². Кожные покровы и слизистые умеренно бледные. Одышки в покое нет. В надключичной области слева определяется плотный лимфатический узел диаметром 2,5 см, безболезненный при пальпации, плохо смещаемый. Щитовидная железа не увеличена. При пальпации грудной клетки эластичность её снижена. Перкуторный звук над лёгкими коробочный. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание по всем полям, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный, ЧСС 70 в мин. Акцент II тона на легочной артерии. АД 135/80 мм рт. ст. Язык влажный, с белым налетом, неприятный запах изо рта. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез не нарушены.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 40 дней
- 2-х недель
- 1-й недели
- 60 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 40 дней
- 2-х недель
- 1-й недели
- 60 дней

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом основного заболевания является

- 40 дней
- 2-х недель
- 1-й недели
- 60 дней

По данным клинического анализа крови пациента можно выявить + _____ + анемию, которая может быть вызвана

- гиперхромную макроцитарную анемию; недостатком витамина В12
- нормоцитарную нормохромную анемию; злокачественным процессом
- гемолитическую нормохромную анемию; гемолизом эритроцитов
- микроцитарную гипохромную анемию; дефицитом железа

У пациента также наблюдается сопутствующее заболевание

- хроническая обструктивная болезнь легких
- бронхоэктатическая болезнь
- острый обструктивный бронхит
- двухсторонняя нижнедолевая пневмония

Методом, позволяющим оценить степень интрамурального распространения опухоли и поражения регионарных лимфоузлов, является

- компьютерная томография брюшной полости
- магнитно-резонансная томография брюшной полости
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- эндоскопическое ультразвуковое исследование желудка

Дальнейшая тактика ведения пациента включает

- консультацию онколога с определением дальнейшей тактики
- госпитализацию в специализированный онкологический стационар для радикальной операции
- госпитализацию в хирургический стационар для радикальной операции
- госпитализацию в терапевтический стационар для наблюдения и поддержания состояния пациента

Критерием отбора пациентов для эндоскопической резекции слизистой оболочки желудка (EMR) и эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией подслизистого слоя (ESD) является

- инвазия опухоли в пределах слизистой оболочки
- инфильтрация мышечной или серозной оболочки
- прорастание опухолью серозной оболочки
- инфильтрация слизистой оболочки и подслизистой основы

В качестве стартовой терапии хронической боли рекомендуется использовать парацетамол, НПВП, + _____, как по отдельности, так и в комбинации, в зависимости от клинической оценки и интенсивности болевого синдрома

- глюкокортикоид
- спазмолитик
- опиоид
- фермент

При непреднамеренном снижении массы тела за последние 3 месяца на 10% и более, при наличии индекса массы тела менее 20 кг/м², пациенту необходимо назначить

- препараты глюкокортикоидов
- ферментные препараты
- антисекреторные средства
- нутритивную поддержку

В качестве канцерогена при раке желудка доказана роль инфекционного агента

- *Helicobacter pylori*
- *Staphylococcus aureus*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- Human herpesvirus 4

В первую линию эрадикационной терапии при атрофическом гастрите, ассоциированном с *H. pylori*, входит + _____ + мг 2 раза в сутки, + _____ + мг 2 раза в сутки, + _____ + мг 2 раза в сутки

- *Helicobacter pylori*
- *Staphylococcus aureus*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- Human herpesvirus 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 65 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

• слабость и утомляемость • сердцебиение и одышка при физической нагрузке (подъем на 3-4 этаж) • снижение аппетита • снижение массы тела • ломкость ногтей и волос • неустойчивый стул

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят в течение 5-6 месяцев. Отметила постепенное нарастание немотивированной слабости, утомляемости, снижение аппетита, изменение консистенции стула. Последние 2 месяца стала отмечать сердцебиение и одышку при ранее хорошо переносимой физической нагрузке (подъем на 3-4 этаж). Отметила снижение веса на 7 кг за 5 месяцев.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась по возрасту. • Туберкулез, сахарный диабет, инсульт, инфаркт миокарда, вирусные гепатиты отрицает. • 12 лет назад по поводу ЖКБ выполнена лапароскопическая холецистэктомия. • В течение последних 3 лет отмечает нестабильные цифры АД с редким повышением до 160/90 мм рт. ст. • Лекарственные препараты не принимает. • Аллергологический анамнез не

отягощен. • Наследственность: мать страдала гипертонической болезнью, отец умер от рака желудка в возрасте 78 лет. • Вредные привычки отрицает. • Гинекологический анамнез: в менопаузе около 10 лет. Гинекологическая патология ранее не определялась. Менструации были необильные, непродолжительные. Беременностей – 3, родов – 2, медицинский аборт – 1. Лактация не более 1 месяца у каждого ребенка. • Страховой анамнез: работает математиком в конструкторском бюро.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Периферических отеков нет. Умеренно повышенного питания. Рост 168 см. Вес 84 кг. Индекс массы тела 30,1 кг/м². Кожные покровы и слизистые умеренно бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка правильной формы. Одышки в покое нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание по всем полям, хрипов нет. Границы сердца перкуторно в пределах нормы. При аускультации ритм правильный, ЧСС 70 в мин. I тон на вершухе ослаблен. Там же выслушивается легкий систолический шум. Акцент II тона на аорте. АД 145/80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правой подвздошной области и по правому фланку. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Мочеиспускание не нарушено.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- *Helicobacter pylori*
- *Staphylococcus aureus*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- Human herpesvirus 4

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- *Helicobacter pylori*
- *Staphylococcus aureus*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- Human herpesvirus 4

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных данных можно выставить диагноз основного заболевания

- *Helicobacter pylori*

- Staphylococcus aureus
- Pseudomonas aeruginosa
- Human herpesvirus 4

Диагнозом осложнения основного заболевания является

- гипохромная микроцитарная (железодефицитная) анемия, средней степени тяжести
- гипохромная микроцитарная (В12-дефицитная) анемия, средней степени тяжести
- гиперхромная макроцитарная (В12-дефицитная) анемия, средней степени тяжести
- гиперхромная макроцитарная (железодефицитная) анемия, средней степени тяжести

Одним из факторов риска развития основного заболевания служит

- употребление большого количества овощей
- повышенная или высокая физическая активность
- преобладание в рационе рыбных продуктов
- ожирение или повышенная масса тела

Наиболее частыми осложнениями колоректального рака являются

- болевой синдром, кровотечение, перфорация
- пилефлебит, портальная гипертензия, гиперспленизм
- поддиафрагмальный абсцесс, левосторонний плеврит
- желчный перитонит, левосторонний плеврит

Стадией заболевания по международной классификации с учетом полученных данных является

- T~3~N~x~M~0~
- T~2~N~1~M~1~
- T~3~N~2~M~0~
- T~4~N~1~M~1~

Пациентке планируется резекция ободочной кишки. Предоперационное обследование помимо маркеров вирусных гепатитов и ВИЧ инфекции включает эхокардиографию, холтеровское мониторирование сердечной деятельности и

- рентген турецкого седла
- исследование функции внешнего дыхания
- УЗИ мочевого пузыря
- УЗИ щитовидной железы

Дальнейшая тактика ведения пациентки включает

- госпитализацию в терапевтический стационар
- коррекцию анемии, консультацию хирурга
- коррекцию анемии, консультацию онколога
- госпитализацию в хирургический стационар

Для коррекции анемии пациентке необходимо назначить

- препараты железа
- витамины группы В
- преднизолон, витамин А
- цианкобаламин, фолиевую кислоту

Препаратами выбора для лечения железодефицитной анемии при патологии желудочно-кишечного тракта являются

- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- неорганические соли железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс двухвалентного железа
- неорганические соли двухвалентного железа, органические соли двухвалентного железа

Колоноскопия должна проводиться через + ____ + и + ____ + года/лет после резекции первичной опухоли

- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- неорганические соли железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс двухвалентного железа
- неорганические соли двухвалентного железа, органические соли двухвалентного железа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 52 лет, инвалид II группы, обратился в поликлинику для обследования перед очередным освидетельствованием МСЭК.

Жалобы

- тупые боли после еды в эпигастрии и левом подреберье с иррадиацией в спину,
- метеоризм и выраженное кишечное газообразование,
- обильный кашицеобразный стул с жирным блеском 4-5 раза в день,
- общая слабость.

Анамнез заболевания

Много лет злоупотреблял алкоголем. Три года назад в связи с деструктивным панкреатитом проведена некрэсэквестрэктомия поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки, была установлена II группа инвалидности.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Перенесенные заболевания и операции: простудные, аппендэктомия в детстве. • Наследственность: у отца была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. • Аллергии на медикаменты нет. • Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день, последние 3 года алкоголь не употребляет, наркотики не употреблял никогда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 178 см, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – $17,4 \text{ кг/м}^2$. Кожа и слизистые обычной окраски и влажности. Со стороны сердца и легких без отклонений от нормы. Язык влажный с выраженным серым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. В эпигастрии пальпируется малоболезненное плотное несмещаемое образование $8 \times 5 \text{ см}$. Отчетливая пульсация аорты в левом подреберье. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги (опущена).

Выберите необходимые для постановки диагноза и экспертизы трудоспособности лабораторные методы обследования

- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- неорганические соли железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс двухвалентного железа
- неорганические соли двухвалентного железа, органические соли двухвалентного железа

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите скрининговые инструментальные методы для диагностики хронического панкреатита

- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- неорганические соли железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс двухвалентного железа
- неорганические соли двухвалентного железа, органические соли двухвалентного железа

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания?

- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- неорганические соли железа, гидроксидполимальтозный комплекс трехвалентного железа
- органические соли двухвалентного железа, гидроксидполимальтозный комплекс двухвалентного железа
- неорганические соли двухвалентного железа, органические соли двухвалентного железа

Осложнением основного заболевания, в наибольшей степени определяющим стойкую утрату трудоспособности пациента, является

- панкреатогенный сахарный диабет
- синдром панкреатогенной мальабсорбции
- рецидивирующий абдоминальный болевой синдром
- синдром трофологической недостаточности

Инструментальным исследованием, уточняющим состояние панкреатобилиарной зоны, с которого следует начать обследование, является

- магнитно-резонансная томография брюшной полости
- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- эзофагогастродуоденоскопия
- компьютерная томография органов брюшной полости

Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы подтверждает

- копрологическое исследование
- определение суточной потери жира с калом
- тест Лунда
- определение панкреатической эластазы в кале

Минимальной дозой, обеспечивающей нормальное переваривание пищи у больных хроническим панкреатитом, считается + _____ + тыс.ед. липазы на прием пищи

- 25-50
- 10
- 20
- 60-80

Для заместительной полиферментной терапии больному следует предпочесть препараты

- в форме минимикросфер
- в форме таблеток
- в форме водорастворимого геля
- в кишечнорастворимых оболочках

Для лабораторного скрининга трофологического статуса больного хроническим панкреатитом используют показатели

- альбумино-глобулиновый коэффициент, уровень кальция в крови, протеинурия
- креатинина, мочевины, трансферрина сыворотки, абсолютного числа моноцитов в гемограмме
- общего белка и альбумина крови, уровня гемоглобина, абсолютного числа лимфоцитов в гемограмме
- железа, кальция, калия, витамина В₁₂, фолиевой кислоты сыворотки

Для уменьшения протокового давления в поджелудочной железе больному целесообразно назначить комбинацию

- мебеверина и рабепразола
- рабепразола и парацетамола
- мебеверина и циметидина
- мебеверина и трамадола

Диетическая терапия больного с хроническим панкреатитом предполагает

- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Панкреатогенный сахарный диабет характеризуется

- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 36 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

на * ноющие боли в животе, умеренной интенсивности, возникающие через час после еды независимо от ее качества и количества; * постоянное чувство дискомфорта в эпигастрии.

Анамнез заболевания

В течение нескольких лет отмечает появление боли в эпигастриальной области через час после еды, особенно острой. В течение последнего месяца после нарушений в питании, связанных с празднованием юбилея свадьбы, боль в животе стала более интенсивной, появилось постоянное чувство дискомфорта в эпигастрии.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Работает водителем такси. *

Перенесенные заболевания и операции: простудные заболевания. *

Наследственность: у отца хроническая обструктивная болезнь лёгких. *

Аллергии на медикаменты нет. * Вредные привычки: нерегулярное питание, еда всухомятку, курит по 10 сигарет в день в течение 15 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 72 кг, индекс массы тела 22,7. Кожа чистая, обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное во всех отделах. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот правильной формы, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень не увеличена, селезенка при пальпации не определяется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом основного заболевания является

- достаточное содержание жиров при условии адекватной заместительной ферментной терапии
- низкое содержание белков, углеводов и жиров, назначение жирорастворимых витаминов
- достаточное содержание белков и углеводов, низкое содержание жиров
- низкое содержание белков и жиров, достаточное содержание углеводов

Участковый врач должен спланировать инструментальное исследование пациента, начиная с

- контрастной рентгеноскопии желудка
- эзофагогастродуоденоскопии с биопсией
- хромоэндоскопии пищевода и желудка
- рН-метрии желудка

Для определения индивидуальной чувствительности бактерии применяется

- микробиологический (бактериологический) метод
- обнаружение в сыворотке крови антител класса IgM к *H. pylori*
- дыхательный уреазный тест
- быстрый уреазный тест

Наиболее точно подтвердит степень активности воспаления в слизистой оболочке желудка

- величина лейкоцитоза и СОЭ
- морфологический (гистологический) метод
- уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови
- визуальная эндоскопическая оценка слизистой оболочки желудка

Для 1-й линии эрадикационной терапии *H. pylori* применяется комбинация антибиотиков

- тетрациклина и кларитромицина
- гентамицина и цефалоспорины
- амоксициллина и кларитромицина
- амоксициллин и тетрациклина

В схемах эрадикационной терапии применяются следующие группы антисекреторных препаратов

- ингибиторы протонной помпы
- блокаторы М-холинорецепторов

- блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
- антациды и альгинаты

Мониторинг эффективности эрадикационной терапии проводится с помощью

- определения ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР
- морфологического (гистологического) метода
- эндоскопической визуализации состояния желудка
- определения уровня антител класса IgM к *H. pylori*

В схему эрадикационной терапии 2-й линии, помимо висмута субсалицилат/субцитрат, входят

- кларитромицин и тетрациклин
- тетрациклин и метронидазол
- тетрациклин и офлоксацин
- метронидазол и амоксициллин

Эрадикационная терапия применяется в течение + _____ + дней

- 5-7
- 10-14
- 7-10
- 14-20

Хронический антральный неатрофический гастрит характеризуется

- 5-7
- 10-14
- 7-10
- 14-20

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 47 лет пришла на прием в поликлинику к участковому терапевту с ухудшением состояния здоровья.

Жалобы

* ноющие боли в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в спину, четко не связанные с приемом пищи; * тошнота, не сопровождающаяся рвотой и выраженная гиперсаливация; * кашицеобразный стул с жирным блеском, возникающий 3-4 раза в день; * потеря массы тела за 2 месяца на 10 кг; * снижение аппетита и общая слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 2-3 лет, когда впервые появились ноющие боли в

эпигастральной области и правом подреберье с иррадиацией в спину, четко не связанные с приемом пищи. У больной обнаружили вирусоносительство гепатита В. При обследовании морфологические признаки гепатита не подтвердились. Не исключено, что заражение произошло в период лечения по поводу выраженного пародонтоза 5-6 лет назад. Ухудшение состояния наблюдается в течение двух месяцев, когда на фоне нарушений в питании усилились боли в эпигастральной области и правом подреберье. В дальнейшем, присоединились тошнота после еды, зловонный кашицеобразный стул, возникающий 3-4 раза в день. Пациентка обратилась к врачу для дообследования и назначения терапии.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась соответственно возрасту. • Перенесенные заболевания и операции: простудные заболевания, детские инфекции. • Месячные с 14 лет, установились сразу. Беременности 2, родов 2 в срок, без патологии. • Наследственность: у отца и матери пародонтоз. • Вредных привычек нет. • Аллергических реакций на медицинские препараты, пищевые продукты, пыль и пыльцу растений не отмечает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 164 см, вес 50 кг, ИМТ (Кетле) 18,5 кг/м². Кожа и слизистые обычной окраски и влажности, иктеричности склер и кожи не определяется. Отёков нет. Грудная клетка без патологических изменений. ЧД – 18 в минуту. Перкуторный звук ясный, лёгочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС – 66 ударов в минуту. АД 110 и 70 мм рт.ст. Язык влажный с выраженным белым налетом по спинке. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии, обоих подреберьях. Расширения вен передней брюшной стенки нет. Печень на 1 см выступает из-под края рёберной дуги (опущена), чувствительна при пальпации. Пальпация области поджелудочной железы умеренно болезненна в точке Дежардена и зоне Губергрица-Скульского. Селезёнка не увеличена, не пальпируется. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание в норме. Стул кашицеобразный, плохо смывается с унитаза.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- 5-7
- 10-14
- 7-10
- 14-20

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- 5-7

- 10-14
- 7-10
- 14-20

Результаты инструментальных методов обследования

Данной пациентке на основании жалоб, анамнеза заболевания и дополнительных обследований можно поставить диагноз

- 5-7
- 10-14
- 7-10
- 14-20

Осложнением основного заболевания у пациентки является

- псевдокиста поджелудочной железы
- портальная гипертензия
- синдром мальабсорбции
- дуоденальный стеноз

В плане обследования участковым врачом первым из инструментальных исследований, уточняющих состояние панкреатобилиарной зоны, должно быть

- колоноскопия
- эзофагогастродуоденоскопия
- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости
- обзорная рентгенограмма брюшной полости

Наиболее точно экзокринную недостаточность поджелудочной железы подтверждает

- суточное содержание жирных кислот в кале
- панкреатическая эластаза в кале
- липидный спектр крови
- копрологическое исследование

Заместительная полиферментная терапия больной должна назначаться из расчета + _____ + тыс. МЕ липазы в основной прием пищи и + _____ + тыс. МЕ в промежуточный прием

- 10-20; 10-20
- 15-20, 5-10
- 25-50; 10-25
- 60-100; 25-50

Для заместительной полиферментной терапии больному следует предпочесть препараты в форме

- суспензий
- минимикросфер
- инъекций
- свечей

Критерием адекватности заместительной полиферментной терапии являются

- исчезновение тошноты и гиперсаливации
- увеличение массы тела, уменьшение диареи и метеоризма
- уменьшение тошноты и метеоризма
- повышение трудоспособности и физической активности

С целью уменьшения боли в животе пищеварительные ферменты целесообразно назначать вместе с

- противорвотными средствами
- антидиарейными препаратами
- ингибиторами протонного насоса
- ингибиторами АПФ

Диетическая терапия предполагает помимо ограничения в рационе жиров также

- снижение содержания белков и углеводов
- повышенное содержание белков и углеводов
- снижение уровня углеводов
- повышение уровня белка

Панкреатогенный сахарный диабет характеризуется более + _____ + риском развития гипогликемии и + _____ + частотой кетоацидоза

- снижение содержания белков и углеводов
- повышенное содержание белков и углеводов
- снижение уровня углеводов
- повышение уровня белка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 57 лет обратился в поликлинику по настоянию жены.

Жалобы

* увеличение живота в объеме; * пожелтение кожи; * потемнение мочи; *

метеоризм и обильное кишечное газообразование; * снижение внимания, сонливость, забывчивость.

Анамнез заболевания

Последний месяц обратил внимание на пожелтение кожи, потемнение мочи. Беспокоят также вздутие живота и его увеличение в объеме. Болевых ощущений не испытывает. Со слов жены, неделю назад стал сонлив в дневные часы. Близкие отмечают снижение внимания, трудность концентрации, забывчивость.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Последние годы не работает, в прошлом слесарь-сантехник. * Перенесенные заболевания и операции: простудные, хроническая обструктивная болезнь лёгких. * Наследственность: отец умер в возрасте 80 лет, страдал язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, мать – 80 лет, страдает гипертонической болезнью. * Аллергических реакций на пищевые продукты, пыль, пыльцу растений и медикаментозные препараты не отмечает. * Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день с 20 лет, алкоголем злоупотребляет многие годы, последнее время употребляет суррогаты алкоголя, наркотики не употреблял никогда.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 178 см, вес 72 кг, индекс массы тела 22,7 кг/м². Кожа и склеры желтушные. Яркая окраска губ и языка. На коже лица, шеи и верхней части грудной клетки множество телеангиэктазий. Ладони «печеночные». Контрактура Дюпюитрена. Голени пастозны. В легких дыхание жёсткое, выслушивается над всеми полями, немногочисленные диффузные сухие и влажные хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца несколько приглушены, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, расширенные подкожные вены передней брюшной стенки. Живот чувствительный при пальпации в эпигастрии, правом и левом подреберьях. Невправимая пупочная грыжа. Печень перкуторно выступает из-под правого подреберья на 5-6 см, плотная, селезенка при пальпации не определяется. Над местом скопления свободной жидкости в брюшной полости перкуторно определяется тупой звук. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул ежедневный. По результатам осмотра участковым терапевтом была предложена госпитализация в терапевтическое отделение для уточнения диагноза и лечения, от которой больной категорически отказался.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- снижение содержания белков и углеводов
- повышенное содержание белков и углеводов
- снижение уровня углеводов
- повышение уровня белка

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- снижение содержания белков и углеводов
- повышенное содержание белков и углеводов
- снижение уровня углеводов
- повышение уровня белка

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторных и инструментальных исследований можно поставить диагноз основного заболевания и осложнений

- снижение содержания белков и углеводов
- повышенное содержание белков и углеводов
- снижение уровня углеводов
- повышение уровня белка

Обследование пациента для уточнения состояния печени следует начать с

- ультразвукового сканирования органов брюшной полости
- биопсии печени с гистологическим исследованием биоптата
- магнитно-резонансной томографии органов брюшной полости
- компьютерной томографии органов брюшной полости

Наличие холестатического синдрома, связанного с развитием алкогольного гепатита, наиболее точно подтвердит исследование

- гамма-глутамилтрансферазы (ГГТП) и щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз и глюкозы
- общего белка и мочевой кислоты
- общего билирубина и креатинина

Наиболее точно подтвердит наличие цитолитического синдрома исследование

- протеинограммы
- протромбинового времени
- аминотрансфераз
- щелочной фосфатазы

Для снижения венозного давления в портальной системе назначают

- ингибиторы кальциевых каналов
- неселективные β -блокаторы
- М-холиноблокаторы
- центральные симпатолитики

Лечение асцита больному следует начать с комбинации

- спиронолактона и петлевого диуретика
- спиронолактона и тиазидного диуретика
- спиронолактона и осмотического диуретика
- петлевого и тиазидного диуретика

Мониторинг выраженности синдрома гиперспленизма осуществляют по исследованию

- величины протромбинового индекса
- величины суточной протеинурии
- диаметра селезеночной вены по данным УЗИ
- тромбоцитов в клиническом анализе крови

Для лечения пациентов с диагностированными цитолитическим и холестатическим синдромами в составе комбинированной терапии рекомендуется использовать

- аспирин
- амброксол
- розувастатин
- адеметионин

Пациенту с алкоголизмом, в первую очередь, следует отказаться от

- алкоголя
- курения
- легкоусваиваемых углеводов
- тугоплавких жиров

Одним из первых проявлений печеночной энцефалопатии является

- алкоголя
- курения
- легкоусваиваемых углеводов
- тугоплавких жиров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 46 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

на • кожный зуд, • желтушность кожи и склер, • увеличение живота, • отеки нижних конечностей к вечеру.

Анамнез заболевания

Диагноз цирроза печени был установлен два года назад. Вирусная этиология доказана не была. Алкоголь в умеренных количествах употреблял в молодости.

Были исключены и редкие причины цирроза – болезнь Вильсона, гемохроматоз, аутоиммунный и билиарный варианты. Получал курсами урсодезоксихолевую кислоту, адеметионин, эссенциальные фосфолипиды. Самочувствие оставалось удовлетворительным до последнего времени. Указанные жалобы начались с зуда кожи около месяца назад.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • По профессии – системный администратор. • Перенесенные заболевания и операции: простудные, детские инфекции. • Наследственность: у матери – сахарный диабет 2 типа, отец в возрасте 57 лет умер от инфаркта миокарда. • Аллергии на медикаменты нет. Контакта с токсичными веществами не имеет. • Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост – 180 см, масса тела – 84 кг, индекс массы тела – 25,9. Кожа и слизистые иктеричны. На коже верхней части грудной клетки единичные телеангиэктазии. Ладони «печеночные». Пастозность стоп. Живот несколько вздут, перкуторно определяется свободная жидкость. Выражена венозная сеть на передне-боковых поверхностях живота. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии. Печень перкуторно выступает из правого подреберья на 5 см, край плотно-эластический, селезенка при пальпации не определяется. Тоны сердца ритмичные, несколько приглушены. ЧСС – 80 в мин. АД – 130/80 мм рт.ст. Со стороны легких – без отклонений от нормы.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- алкоголя
- курения
- легкоусваиваемых углеводов
- тугоплавких жиров

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- алкоголя
- курения
- легкоусваиваемых углеводов
- тугоплавких жиров

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз основного заболевания и его осложнений?

- алкоголя
- курения
- легкоусваиваемых углеводов

- тугоплавких жиров

Наиболее информативным исследованием, уточняющим состояние печени, является

- магнитно-резонансная томография брюшной полости
- биопсия печени с гистологическим исследованием биоптата
- компьютерная томография брюшной полости
- ультразвуковое сканирование органов брюшной полости

Наиболее точно подтвердит наличие холестатического синдрома исследование

- щелочной и кислой фосфатаз
- щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтранспептидазы
- аланиаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы
- альдолазы и ацетилхолинэстеразы

Наиболее точно подтвердит наличие цитолитического синдрома исследование

- щелочной фосфатазы
- аминотрансфераз
- протромбинового времени
- протеинограммы

Для снижения венозного давления в портальной системе назначают

- М-холиноблокаторы
- центральные симпатолитики
- ингибиторы кальциевых каналов
- неселективные β -блокаторы

При выраженном кожном зуде у больных с циррозом печени лучшие результаты достигаются назначением

- холестирамина
- аторвастатина
- урсодезоксихолевой кислоты
- адеметионина

Лечение асцита больному следует начать с комбинации

- спиронолактона и осмотического диуретика
- спиронолактона и тиазидного диуретика
- спиронолактона и петлевого диуретика
- петлевого и тиазидного диуретика

Мониторинг выраженности синдрома гиперспленизма осуществляют по исследованию

- величины протромбинового индекса
- диаметра селезеночной вены по данным УЗИ
- тромбоцитов в клиническом анализе крови
- величины суточной протеинурии

При исследовании степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью учитывают содержание

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы

Одним из первых проявлений печеночной энцефалопатии является

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 58 лет обратился к участковому терапевту

Жалобы

• общая слабость, • постоянные выраженные боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи, иррадиирующие в правое подреберье, • ощущение тошноты, • периодически возникающую рвоту пищей, приносящую облегчение, • повышение температуры тела до 37,2-37,4°C.

Анамнез заболевания

* В возрасте 36 лет был установлен диагноз язвенная болезнь желудка, ассоциированная с *H. pylori*. Проведена эрадикационная терапия без оценки ее эффективности. Заболевание рецидивировало ежегодно в весенне-осенний период. Самостоятельно принимал омепразол, достигая удовлетворительного самочувствия. В течение последних 8 лет к врачам не обращался. * Два месяца назад возобновившиеся боли сохранялись и при приеме омепразола, стали постоянными, более выраженными, присоединился субфебрилитет. В связи с вышеперечисленными жалобами пациент обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту; * Перенесенные заболевания и операции: гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск ССО 4 (очень высокий). Постоянно принимает препараты лориста, нолипрел, курсами кардиомагнил; * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет; *

Аллергологический анамнез: непереносимость препаратов группы пенициллина (аллергическая реакция по типу крапивницы); * Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 170 см, ИМТ 24,2 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. ЧДД 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 90 уд. в мин. АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Симптом Менделя положительный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень перкуторно определяется по краю правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом у данного пациента является

- билирубина, альбуминов, протромбиновый индекс
- аминотрансфераз, общего и прямого билирубина
- билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы
- билирубина, альбуминов, аланинаминотрансферазы

Диагнозом осложнения основного заболевания является

- малигнизация язвы желудка
- спаечный процесс между желудком и 12-перстной кишкой
- пенетрация язвы в малый сальник
- стеноз пилорического отдела желудка

В первую очередь дифференциальная диагностика должна быть проведена с

- раком желудка
- функциональной диспепсией
- хроническим панкреатитом
- хроническим холециститом

После установления диагноза пациенту следует рекомендовать

- госпитализацию в терапевтический стационар
- лечение в онкологическом стационаре
- госпитализацию в хирургический стационар
- ведение в условиях поликлиники

Препаратами выбора при необходимости проведения эрадикационной терапии у данного больного являются

- ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин + пробиотик
- ингибитор протонной помпы + кларитромицин + метронидазол + пробиотик
- ингибитор протонной помпы + висмут трикалия дицитрата + левофлоксацин + метронидазол
- ингибитор протонной помпы + висмут трикалия дицитрата + тетрациклин + метронидазол

Регламентированная длительность классической четырехкомпонентной схемы эрадикационной терапии составляет + _____ + дней

- 7
- 5
- 10
- 20

Перед назначением схемы эрадикационной терапии обязательно выполнение исследования на *H. pylori* + _____ + методом

- биохимическим
- радионуклидным
- серологическим
- гистологическим

К методу диагностики *H. Pylori*, проводимому во время эндоскопического исследования, относится

- радионуклидный метод
- серологический метод

- полимеразная цепная реакция
- быстрый уреазный тест

Контроль эффективности эрадикационной терапии проводят через + _____ + недель/недели

- 1-2
- 9-10
- 4-6
- 2-3

Контроль эффективности эрадикационной терапии проводится после отмены ИПП через + _____ + недели/неделю

- 1-2
- 9-10
- 4-6
- 2-3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

* На прием к участковому терапевту обратился мужчина 45 лет после выписки из стационара

Жалобы

* умеренные ноющие боли в верхних отделах живота, возникающие через 2,5 часа после еды, натощак и ночью; * отрыжка кислым содержимым желудка; * слабость.

Анамнез заболевания

В течение 5 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Обострения ежегодные. Последний рецидив 2 недели назад осложнился желудочно-кишечным кровотечением. В течение 7 дней во время пребывания в хирургическом отделении стационара после эндоскопического гемостаза получал консервативное лечение. Выписан для дальнейшего лечения к участковому терапевту.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесенные заболевания и операции: хроническая обструктивная болезнь лёгких, дорсопатия. * Наследственность отягощена по язвенной болезни у отца. * Аллергологический анамнез без особенностей. * Вредные привычки: курит по 20 сигарет в день с 20-ти лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Умеренного питания, астенического телосложения. Кожные покровы и слизистые бледные. Гипергидроз ладоней. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, диффузно ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца

приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный с густым белым налетом по спинке. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Стул ежедневный. **Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования**

- 1-2
- 9-10
- 4-6
- 2-3

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- 1-2
- 9-10
- 4-6
- 2-3

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом основного заболевания является

- 1-2
- 9-10
- 4-6
- 2-3

Диагнозом осложнений основного заболевания являются

- состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение; + постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести; + рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
- состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение; + постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести; + компенсированный рубцово-язвенный стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки
- состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение; + постгеморрагическая анемия средней степени тяжести; + рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
- состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение; + постгеморрагическая анемия средней степени тяжести; + субкомпенсированный рубцово-язвенный стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки

Заболевания верхних отделов пищеварительного тракта, осложняющиеся кровотечением, с которыми в первую очередь следует дифференцировать состояние пациента

- функциональная диспепсия
- НПВП-гастропатия
- аденокарцинома желудка
- лимфома желудка

В связи с выявлением инфекции *H. pylori* больному показана/показано

- терапия пробиотиками
- назначение спазмолитиков
- лечение ферментами
- эрадикационная терапия

Оптимальной комбинацией препаратов для лечения пациента является

- рабепразол, амоксициллин, кларитромицин
- омепразол, альмагель, метронидазол, домперидон
- ранитидин, амоксициллин, метронидазол, викалин
- гастроцепин, альмагель, итоприд, кларитромицин

Для лечения анемии необходимо назначить

- препараты железа для внутривенного введения
- гемотрансфузию эритроцитарной массы
- препараты железа для внутримышечного введения
- препараты железа для приема внутрь

Контроль уровня гемоглобина при лечении анемии следует провести через

- 5-7 дней
- 7-10 дней
- 2-3 недели
- 3-4 недели

Контроль эффективности лечения обеспечивает проведение

- рентгенографии желудка
- рН-метрии желудка
- УЗИ брюшной полости
- эзофагогастродуоденоскопии

Методом контроля эффективности эрадикации *H. pylori* является

- исследование кала на ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- быстрый уреазный тест

- микробиологический высев *H. pylori*
- определение в крови антител IgG к *H. pylori*

Пациенту для исключения риска осложнений заболевания необходимо рекомендовать

- исследование кала на ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- быстрый уреазный тест
- микробиологический высев *H. pylori*
- определение в крови антител IgG к *H. pylori*

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной, 52 года, обратился в поликлинику.

Жалобы

• изжога; • упорная тошнота и обильная кислая рвота съеденной накануне пищей, приносящая облегчение; • отрыжка с запахом «тухлых яиц», ощущение переполнения желудка; • общая слабость; • снижение веса на 5 кг за последние два месяца.

Анамнез заболевания

В возрасте 30 лет у больного впервые диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В 40-летнем возрасте оперирован по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Последние годы к врачам не обращался, не обследовался, самостоятельно принимал соду и омепразол в связи с участвовавшими изжогами. Последние два месяца появилась тошнота и тяжесть в эпигастриальной области, стал вызывать рвоту для облегчения самочувствия. Заметил, что потерял в весе, начали беспокоить слабость, повышенная утомляемость.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Вредные привычки: курит до 20 сигарет пачки в день, алкоголь употребляет систематически, особенно после смерти жены год назад. * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 36 лет. * Наследственность: у деда, отца и старшего брата язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. * Аллергологический анамнез: аллергическая реакция на пенициллин по типу крапивницы.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Вес 65 кг, рост 170 см. ИМТ – 20 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. ЧДД 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 74 уд. в мин. АД 130/70 мм рт.ст. При осмотре живота в вертикальном положении брюшная стенка выбухает. При пальпации живот мягкий, чувствительный в эпигастрии. Справа от средней линии живота, в подложечной области определяется «поздний шум плеска» (положительный симптом Василенко). Печень

перкуторно находится по краю реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул нерегулярный, запоры до 2-3 дней.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- исследование кала на ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- быстрый уреазный тест
- микробиологический высев *H. pylori*
- определение в крови антител IgG к *H. pylori*

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- исследование кала на ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- быстрый уреазный тест
- микробиологический высев *H. pylori*
- определение в крови антител IgG к *H. pylori*

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом основного заболевания является

- исследование кала на ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- быстрый уреазный тест
- микробиологический высев *H. pylori*
- определение в крови антител IgG к *H. pylori*

Осложнением основного заболевания является субкомпенсированный стеноз

- подвздошной кишки
- восходящей ободочной кишки
- пилорического отдела желудка
- кардиального отдела желудка

Препаратами выбора при необходимости проведения эрадикационной терапии у данного пациента являются

- ингибитор протонной помпы + висмут трикалия дицитрата + левофлоксацин + метронидазол
- ингибитор протонной помпы + амоксициллин + кларитромицин + пробиотик
- ингибитор протонной помпы + кларитромицин + метронидазол + пробиотик

- ингибитор протонной помпы + висмут трикалия дицитрата + тетрациклин + метронидазол

Регламентированная длительность эрадикационной терапии составляет _____ дней

- 5
- 20
- 7
- 14

Тактика ведения больного при выявлении декомпенсированного стеноза пилорического отдела желудка предполагает дальнейшее лечение в

- условиях дневного стационара
- хирургическом отделении
- терапевтическом отделении
- условиях поликлиники

К стрессовым гастродуоденальным язвам относят острые, множественные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие при распространенных ожогах (язвы + _____ +)

- Мюсси
- Курлинга
- Мюссе
- Василенко

Н. pylori - негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом

- спазмолитиков
- НПВП
- антибиотиков
- ферментов

К стрессовым гастродуоденальным язвам относят острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, возникающие после черепно-мозговых травм и нейрохирургических операций (язвы + _____ +)

- Захарьина
- Василенко
- Кушинга
- Ортнера

Для оценки эффективности эрадикационной терапии рекомендуют

- микробиологический (бактериальный) метод
- быстрый уреазный тест

- определение ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- исследование антител класса IgG к *H. pylori*

Контроль эффективности эрадикационной терапии проводят через
+ _____ + недель/недели

- микробиологический (бактериальный) метод
- быстрый уреазный тест
- определение ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- исследование антител класса IgG к *H. pylori*

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 66 лет, доставлена машиной скорой помощи в приёмное отделение.

Жалобы

на общую слабость, незначительное головокружение, дискомфорт в эпигастрии, однократную рвоту бурого цвета, полуоформленный стул черного цвета 2-3 раза на протяжении последних суток.

Анамнез заболевания

Известно, что в юности пациентку неоднократно беспокоила боль в верхних отделах живота, проходившая, когда больная начинала соблюдать режим питания и диету. Также пациентка самостоятельно принимала альмагель по поводу изжоги. К врачу за помощью не обращалась. Известно также, что больная длительное время страдает полисегментарным остеохондрозом позвоночника с рефлекторным болевым синдромом. Последнюю неделю в связи с усилением болей в спине она принимала кеторол по 3 таблетки в сутки, при этом боль в животе не беспокоила, тошноты, изжоги не было.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту. * Перенесенные заболевания и операции: полисегментарный остеохондроз позвоночника. * Наследственность: отец страдал язвенной болезнью. * Аллергологический анамнез без особенностей. * Вредных привычек нет.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Правильного телосложения, ИМТ=24,6 кг/м². Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности, слизистые бледные. ЧДД 18 в мин. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца в норме, тоны приглушены, ритм правильный. Пульс 110 уд. в мин, АД 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в верхних отделах. Печень перкуторно по краю реберной дуги, размерами 9-8-7 см. Селезёнка не пальпируется. Симптом Щёткина -Блюмберга отрицательный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное. Предложена госпитализация.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- микробиологический (бактериальный) метод
- быстрый уреазный тест
- определение ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- исследование антител класса IgG к *H. pylori*

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- микробиологический (бактериальный) метод
- быстрый уреазный тест
- определение ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- исследование антител класса IgG к *H. pylori*

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом у данного пациента является

- микробиологический (бактериальный) метод
- быстрый уреазный тест
- определение ДНК *H. pylori* методом ПЦР
- исследование антител класса IgG к *H. pylori*

У больной развились осложнения

- язвенное кровотечение, острая постгеморрагическая анемия 1 степени
- стеноз привратника, острая постгеморрагическая анемия 3 степени
- пенетрация язвы, острая постгеморрагическая анемия 2 степени
- флегмона желудка, острая постгеморрагическая анемия 2 степени

К симптоматическим гастродуоденальным язвам, помимо лекарственных, относятся + _____ + язвы

- ожоговые
- гастритические
- термические
- инфекционные

Основной группой препаратов для лечения симптоматических (лекарственных) язв являются

- невсасывающиеся антациды
- препараты коллоидного висмута
- блокаторы H_2 -гистаминорецепторов
- ингибиторы протонной помпы

При положительном тесте на *Helicobacter pylori* больной показано назначение комбинации лекарственных препаратов

- фамотидин + висмута трикалия дицитрат + кларитромицин
- ранитидин + ампициллин + висмута трикалия дицитрат
- омепразол + амоксициллин + кларитромицин
- висмута трикалия дицитрат + метронидазол + тетрациклин

Коррекция постгеморрагической анемии включает в себя

- препараты фолиевой кислоты внутрь, по 2 мг 2 раза в сутки, не менее полугода, по 2 мг в сутки еще 3 мес.
- препараты железа внутрь в полной дозе до гемоглобина 120 г/л, далее еще 3 мес. в половинной дозе
- витамин В₁₂ внутримышечно не менее 3 недель с последующим переходом на пероральный прием
- препараты железа внутривенно в полной дозе не менее 3 недель с последующим переходом на пероральный прием

Нестероидные противовоспалительные препараты блокируют фермент + _____ +, отвечающий за синтез простагландинов в стенке желудка

- пепсин
- циклооксигеназу-1
- гастрин
- амилазу

Эффективность эрадикации *Helicobacter pylori* следует оценить после завершения приема ингибитора протонной помпы через + _____ + недель/недели

- 10-12
- 1-2
- 4-6
- 2-3

Пациентам с обострением заболевания с целью ускорения сроков заживления язв и улучшения качества образуемого рубца рекомендуется применение

- ребамипида
- ремикейда
- розувастатина
- ровамицина

Наиболее значимым фактором риска развития НПВП-гастропатии осложненного течения является

- ребамипида
- ремикейда
- розувастатина
- ровамицина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На почти ежедневную изжогу, изредка – появляются ноющие боли в эпигастрии натошак. Аппетит, стул и вес не изменились.

Анамнез заболевания

Изжога беспокоит в течение последних 10-12 лет, усиливается после употребления острой, жареной пищи. Пациент прежде к врачу не обращался, обследования не проводились. Периодически самостоятельно принимает антациды с положительным эффектом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Наследственность: отец умер в возрасте 64 лет от рака желудка, мать – 76 лет, страдает ишемической болезнью сердца. * Аллергологический анамнез без особенностей. * Вредные привычки: курит по 5-6 сигарет в день с 20-ти лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 30,5 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренной влажности. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС - 72 уд/мин., АД – 140/85 мм рт. ст. Язык влажный, отечный, чистый. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул ежедневный, обычной окраски, без примеси слизи и крови.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- ребамипида
- ремикейда
- розувастатина
- ровамицина

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- ребамипида
- ремикейда
- розувастатина
- ровамицина

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторных и инструментальных исследований можно поставить следующий диагноз

- ребамипида
- ремикейда
- розувастатина
- ровамицина

К развитию данного заболевания предрасполагает

- наркомания
- ожирение
- кахексия
- эзофагоспазм

Такие препараты как, +_____+, могут снижать тонус нижнепищеводного сфинктера

- каптоприл, верошпирон, амоксициллин
- нитроглицерин, нифедипин, аминофиллин
- омепразол, дротаверин, панкреатин
- метформин, фуросемид, престариум

Наиболее важным режимным мероприятием у пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью считается

- спать не менее 8 часов в сутки
- не ложиться 2 часа после еды
- принимать пищу каждые 2-3 часа
- заниматься спортом 3-4 раза в неделю

Препаратом выбора антисекреторной терапии является

- ранитидин
- омепразол
- пирензипин
- сукральфат

К препаратам 1-й линии эрадикации *Helicobacter pylori* относятся

- омепразол, висмута трикалия дицитрат
- амоксициллин, кларитромицин, омепразол
- левофлоксацин, фамотидин, тинидазол
- метронидазол, тетрациклин, ранитидин

Контроль эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* осуществляется после лечения через + ____ + недель/недели

- 10-12
- 1-2
- 4-6
- 2-3

Для оценки эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* назначается

- уреазный дыхательный тест
- кровь на анти-*Helicobacter pylori* IgG
- кровь на анти-*Helicobacter pylori* IgM
- мазок-отпечаток из желудка

Ключевым фактором патогенеза заболевания, в первую очередь, считается

- ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка
- нарушения качественного состава желудочной слизи
- повышение выработки пепсиногена и пепсина
- заброс кислого содержимого желудка в пищевод

К внепищеводным проявлениям данного заболевания относится

- ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка
- нарушения качественного состава желудочной слизи
- повышение выработки пепсиногена и пепсина
- заброс кислого содержимого желудка в пищевод

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 41 года обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На частую ежедневную изжогу, периодически «голодные» боли в верхних отделах живота.

Анамнез заболевания

В течение последних трех лет беспокоит изжога, которая появляется после приёма острой, жареной пищи, переедания, позднего ужина. Пациент периодически самостоятельно принимает антациды с положительным

эффектом. Аппетит и вес не изменились, стул ежедневный, без примесей. К врачу ранее не обращался.

Анамнез жизни

* В детстве рос и развивался соответственно возрасту. * Работает инженером. * Женат, двое детей, дети здоровы. * Курит по 10 сигарет в день, в течение 21 года. Алкоголь употребляет редко. * Отец, 66 лет, страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Мать, 66 лет, страдает гипертонической болезнью. Аллергических реакций на пищевые продукты, лекарственные препараты, пыль и пыльцу растений не отмечает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 28,5 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 76 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, покрыт сероватым налетом. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастриальной области. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание не изменено. Стул ежедневный, оформленный, без патологических примесей.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка
- нарушения качественного состава желудочной слизи
- повышение выработки пепсиногена и пепсина
- заброс кислого содержимого желудка в пищевод

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка
- нарушения качественного состава желудочной слизи
- повышение выработки пепсиногена и пепсина
- заброс кислого содержимого желудка в пищевод

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных, лабораторных и инструментальных данных можно выставить следующий диагноз

- ухудшения кровоснабжения слизистой оболочки желудка
- нарушения качественного состава желудочной слизи
- повышение выработки пепсиногена и пепсина
- заброс кислого содержимого желудка в пищевод

К развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни предрасполагает

- гипoaцидность
- гиперацидность
- гипотрофия
- эзофагоспазм

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь часто сочетается с + _____ + грыжей

- пупочной
- паховой
- бедренной
- диафрагмальной

К наиболее важным режимным мероприятиям у пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью относится

- прекращение приема пищи за два часа до сна
- прием пищи каждые 2 часа
- сон не менее 8 часов в сутки
- интенсивные занятия спортом

В лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни должен назначаться прокинетики, например

- итоприда гидрохлорид
- атропина сульфат
- пинаверия бромид
- гиосцина бутилбромид

В случае редкой (менее 1 раза в неделю) изжоги больной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью может принимать

- ферменты
- спазмолитики
- антациды
- антибиотики

Контроль эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* осуществляется после лечения через + _____ + месяц/месяцев

- 6
- 1
- 8
- 12

Для оценки эффективности эрадикации *Helicobacter pylori* назначается

- мазок-отпечаток из желудка

- кровь на анти-Helicobacter pylori IgM
- 13C-уреазный дыхательный тест
- кровь на анти-Helicobacter pylori IgG

При эрозивном рефлюкс-эзофагите ингибиторы протонной помпы назначаются в полной дозе на протяжении + _____ + недели/недель

- 2
- 4
- 8
- 1

Диспансерное наблюдение пациентов с эзофагитом без пищевода Баррета рекомендуется проводить 1 раз в + _____ + месяцев в течение + _____ + лет с момента последнего обострения

- 2
- 4
- 8
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 25 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На слабость, боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией, тенезмы, жидкий стул 3-4 раза в сутки, малой порцией, с примесью алой крови в 2-3 порциях, тошноту, вздутие живота, температуру тела 37,6°C. Аппетит несколько снижен, за последние полгода похудел на 4 кг. Эпизодически – пастозность стоп.

Анамнез заболевания

Эпизоды послабления стула отмечает на протяжении последних 2 лет, по 5-6 дней в месяц, которые связывал со сменой работы, напряженным трудовым графиком, командировками, нерегулярным питанием. Позднее присоединились ноющие боли в нижних отделах живота, больше слева, четко не связанные с приемом пищи, но усиливающиеся перед дефекацией. Самостоятельно принимал но-шпу, панкреатин, смекту и лоперамид. Обратиться к врачу заставило появление в кале примеси крови.

Анамнез жизни

Не курит, алкоголем не злоупотребляет, наследственность не отягощена, аллергических реакций на пищевые продукты, лекарственные препараты, пыльцу и пыль не отмечает. В контакте с инфекционными больными не был, употребление подозрительных продуктов питания отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 18,2 кг/м². Кожные покровы чистые,

бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 84 уд/мин., АД – 120/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен светлым налетом. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в обеих подвздошных областях, больше слева, Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- 2
- 4
- 8
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- 2
- 4
- 8
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- 2
- 4
- 8
- 1

У больного развилось осложнение

- тромбоцитопения 2 ст.
- лейкопения 1 ст.
- анемия 1 ст.
- гипокалиемия

К «симптомам тревоги» при хронической диарее относят + _____ + в кале

- слизь
- кровь
- яйца паразитов
- непереваренные остатки

Базисным препаратом для лечения язвенного колита является

- сульфадимезин
- пиперазин
- мертенил
- месалазин

При изолированном дистальном поражении (язвенный проктит) месалазин назначается в форме

- таблеток и микроtabletок
- лекарственных клизм
- свечей и пены
- внутривенных инфузий

При протяженном поражении толстой кишки больному язвенным колитом к месалазину может быть добавлен

- омепразол
- амоксициллин
- преднизолон
- дротаверин

При тяжелой острой атаке язвенного колита «жизнеспасающим» является препарат

- ципрофлоксацин
- инфликсимаб
- пантопразол
- гиосцина бутилбромид

Вероятность оппортунистических инфекций у больных язвенным колитом увеличивается при сопутствующем

- полисегментарном остеохондрозе
- хроническом гастрите
- сахарном диабете
- геморроидальном тромбозе

При необходимости включения в лечение язвенного колита антибиотиков предпочтение следует отдать

- сульфаниламидам
- тетрациклинам
- фторхинолонам
- аминогликозидам

Толстокишечная диарея часто проявляется

- сульфаниламидам
- тетрациклинам
- фторхинолонам
- аминогликозидам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 28 лет, обратилась к участковому терапевту

Жалобы

На диарею 4-6 раз в сутки, малой порцией, с примесью алой крови в 3-5 порциях, боли в животе, усиливающиеся перед дефекацией, тенезмы, тошноту, вздутие живота, температуру тела до 37,5°C, слабость. Аппетит несколько снижен, за последние полгода похудела на 7 кг. Беспокоят высыпания на коже нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Эпизоды послабления стула отмечает на протяжении последних 1,5 лет, расценивала как «пищевые отравления» по 5-7 дней каждые 2-3 месяца, связывала со стрессовой ситуацией в семье, нерегулярным питанием.

Самостоятельно принимала мезим, дротаверин с нестойким положительным эффектом. Значительное ухудшение после поездки на юг и обильной инсоляции, впервые появилась примесь крови в кале.

Анамнез жизни

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Наследственность не отягощена, аллергологический анамнез спокойный. * В контакте с инфекционными больными не была, употребление подозрительных продуктов питания отрицает.

Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- сульфаниламидам
- тетрациклинам
- фторхинолонам
- аминогликозидам

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- сульфаниламидам
- тетрациклинам
- фторхинолонам
- аминогликозидам

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- сульфаниламидам
- тетрациклинам
- фторхинолонам
- аминогликозидам

У больной развилось осложнение

- анемия 1 ст.
- гипокалиемия
- лейкопения 1 ст.
- тромбоцитопения 2 ст.

Поражение кожи у больной описывается как

- гангренозная пиодермия
- мигрирующий панникулит
- аллергический дерматит
- кольцевидная эритема

У данной больной следует предпочесть путь введения месалазина

- только пероральный
- пероральный+внутривенный
- пероральный+ректальный
- только внутривенный

При неэффективности стартовой терапии язвенного колита у данной больной к лечению следует добавить

- актовегин
- преднизолон
- солкосерил
- тетрациклин

При назначении глюкокортикостероидов возможно развитие

- гемералопии
- никтурии
- синдрома Конна
- сахарного диабета

Перед началом терапии ремикейдом больному язвенным колитом следует назначить консультацию

- хирурга
- психиатра
- дерматолога
- фтизиатра

Суммарная продолжительность назначения глюкокортикостероидов больному язвенным колитом не должна превышать

- 6 месяцев
- 4 недель
- 2 месяца
- 12 недель

Гормональная зависимость при язвенном колите – это возникновение рецидива при отмене глюкокортикостероидов в пределах ближайших

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Самым опасным осложнением язвенного колита является

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 47 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы

на боли в верхних отделах живота, появляющиеся натощак, через 2,5 часа после еды и ночью, кислый привкус во рту, запоры.

Анамнез заболевания

Пациент страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 6 лет, диеты не придерживается, эпизодически принимает антацидные препараты. За эти годы у пациента дважды был эндоскопически подтвержденный рецидив язвенной болезни.

Анамнез жизни

У отца и младшего брата – язвенная болезнь. Курит по 10 сигарет в день с 24 лет, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 31,5 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, сухие. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах

ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, ЧСС - 72 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, отечный. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Симптом Менделя положительный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул темного цвета.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить диагноз

- 6 месяцев
- 4 недель
- 15 недель
- 3 месяцев

У пациента при эзофагогастродуоденоскопии выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс. Его возникновению может способствовать

- приём молочных продуктов
- трёхразовое питание
- употребление в пищу мяса
- избыточная масса тела

При обнаружении язвенного дефекта эндоскопически в круг дифференциальной диагностики входит

- хронический панкреатит
- острый гастрит

- симптоматическая язва
- желчнокаменная болезнь

При диетотерапии язвенной болезни следует придерживаться принципа

- исключения легкоусвояемых углеводов
- механического, термического и химического щажения
- ограничения белка до физиологической нормы
- ограничения поваренной соли и жидкости

К препаратам с наиболее выраженным антисекреторным эффектом относятся

- Н₂-гистаминоблокаторы
- ингибиторы протонной помпы
- невсасывающиеся антациды
- коллоидные препараты висмута

Квадротерапия с висмута трикалия дицитратом применяется как основная схема терапии второй линии при

- поливалентной лекарственной аллергии
- угрозе длительного оккультного кровотечения
- сопутствующем компенсированном гипотиреозе
- неэффективности стандартной тройной терапии

В лечении сопутствующего гастроэзофагеального рефлюкса может применяться

- Н₁-гистаминоблокатор
- транквилизатор
- спазмолитик
- прокинетик

В настоящее время наиболее значимым фактором риска развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является

- несбалансированное питание
- АВ(IV) группа крови
- употребление алкоголя
- инфекция *H. pylori*

***H. pylori* - негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом**

- НПВП
- цитостатиков
- спазмолитиков
- антибиотиков

К наиболее значимым дополнительным факторам риска развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки следует отнести

- НПВП
- цитостатиков
- спазмолитиков
- антибиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 35 лет, обратился к участковому терапевту

Жалобы

на боли в верхних отделах живота, появляющиеся натощак, через 2,5 часа после еды и ночью, рвоту пищей, съеденной накануне, повторяющуюся 3-4 раза в неделю, изжогу, кислый вкус во рту, запоры.

Анамнез заболевания

Пациент страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 10 лет, диеты не придерживается, эпизодически принимает антацидные препараты. За эти годы у пациента 8 раз был эндоскопически подтвержденный рецидив язвенной болезни.

Анамнез жизни

У отца и младшего брата – язвенная болезнь. Курит по 2-3 сигареты в день с 20 лет, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 22,5 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 92 уд/мин., АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной и околопупочной областях. При пальпации живота в подложечной области определяется «поздний шум плеска» (симптом Василенко). Печень и селезенка не увеличены. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул имеет темную окраску.

Для постановки диагноза необходимы следующие лабораторные методы обследования

- НПВП
- цитостатиков
- спазмолитиков
- антибиотиков

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимы следующие инструментальные методы обследования

- НПВП
- цитостатиков
- спазмолитиков
- антибиотиков

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективных данных, лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить диагноз

- НПВП
- цитостатиков
- спазмолитиков
- антибиотиков

У больного развилось осложнение основного заболевания в виде

- желудочно-кишечного кровотечения из язвы
- пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
- прикрытой перфорации язвы двенадцатиперстной кишки
- компенсированного стеноза привратника

У пациента имеется сопутствующее заболевание в виде

- хронической обструктивной болезни лёгких, в стадии обострения
- хронического билиарного панкреатита, в стадии обострения
- остеохондроза позвоночника с корешковым синдромом
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: с эрозивным рефлюкс-эзофагитом

К важнейшим режимным рекомендациям для больного гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью следует отнести

- ограничить прием жидкости до 1 л в сутки, оценивать диурез, ежедневное употребление достаточного количества клетчатки
- отказ от курения, не ложиться 2 часа после еды, не носить тугих поясов, спать с приподнятым головным концом кровати
- ограничить потребление белка до 1 г/кг массы тела в сутки, полностью исключить употребление алкоголя
- ежедневная ходьба не менее 30-40 минут в сутки, увеличить физические нагрузки, выпивать не менее 2 л жидкости в сутки

К наиболее эффективным антисекреторным препаратам относят

- ингибиторы протонной помпы
- невсасывающиеся антациды
- ганглиоблокаторы

- Н₂-гистаминоблокаторы

Продолжительность эрадикационной терапии должна составлять + _____ + дней

- 20
- 16
- 7
- 14

Контроль эрадикации *H. pylori* проводится через + _____ + недель/недели

- 10-12
- 8-10
- 4-6
- 2-3

Пациентам с лабораторно и эндоскопически подтвержденным язвенным кровотечением с целью его остановки рекомендуется + _____ + введение ингибиторов протонного насоса

- пероральное
- подкожное
- внутримышечное
- внутривенное

«Золотым стандартом» диагностики инфекции *H. pylori* считается

- бактериологический метод
- мазки-отпечатки со слизистой желудка
- серологический метод
- уреазный дыхательный тест

При подборе минимально эффективной дозы лекарственных препаратов и контроле эффективности проводимого консервативного лечения больным ГЭРБ может быть выполнена

- бактериологический метод
- мазки-отпечатки со слизистой желудка
- серологический метод
- уреазный дыхательный тест

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 32 лет, обратилась к участковому врачу

Жалобы

на жидкий или водянистый стул более чем в половине случаев. Стул возникает 3-4 раза в утренние часы, сопровождается императивными позывами, имеет кашицеобразную консистенцию, содержит прозрачную слизь, без примеси крови. Беспокоят также разлитые ноющие боли в животе, чётко не связанные с приёмом пищи, усиливающиеся при волнении и стрессе, но уменьшающиеся в горизонтальном положении, после отхождения стула и газов. Ночью пациентка спит спокойно, боль в животе не беспокоит.

Анамнез заболевания

В возрасте 17 лет перенесла тяжелую форму шигеллезной дизентерии, с этого времени часто беспокоят боли в животе, метеоризм, склонность к послаблению стула. Симптомы имеют непостоянный характер, исчезают на 2-3 мес. под влиянием курсового приема спазмолитиков, антидиарейных препаратов, но в дальнейшем возобновляются с прежними проявлениями. Обратилась к врачу для дообследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

* в детстве росла и развивалась соответственно возрасту; * гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, болезненные. Беременность – 1, роды – 1. Abortов не было; * условия проживания удовлетворительные; * работает инженером на предприятии, профессиональных вредностей нет; * наследственность: мать, 57 лет, страдает гипертонической болезнью. Отец, 60 лет, страдает желчнокаменной болезнью; * вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет; * перенесенные заболевания: сезонные простудные заболевания; * аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 23,5 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 84 уд/мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации болезненный в околопупочной области. Петли кишечника спазмированы, аускультативно – перистальтика активная. Печень и селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненно. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- бактериологический метод
- мазки-отпечатки со слизистой желудка
- серологический метод
- уреазный дыхательный тест

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- бактериологический метод

- мазки-отпечатки со слизистой желудка
- серологический метод
- уреазный дыхательный тест

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных данных можно выставить следующий клинический диагноз

- бактериологический метод
- мазки-отпечатки со слизистой желудка
- серологический метод
- уреазный дыхательный тест

К симптомам тревоги при синдроме раздраженного кишечника с диареей относится

- метеоризм
- примесь крови в кале
- кожная сыпь
- постпрандиальная боль

При комплексном подходе данной пациентке показана консультация

- невролога
- нарколога
- физиотерапевта
- психотерапевта

При синдроме раздраженного кишечника с диареей пациентам рекомендуется ежедневное употребление в пищу

- овса
- риса
- ячменя
- кукурузы

При синдроме раздраженного кишечника с диареей показано назначение

- итоприда гидрохлорида
- урсодезоксихолевой кислоты
- омепразола
- мебеверина

К антидиарейным препаратам относится

- лоперамид

- дротаверин
- фталазол
- фурадонин

К кишечным антибиотикам относится

- цефуроксим
- пенициллин
- рифаксимин
- смектит диоктаэдрический

У пациентов при синдроме раздраженного кишечника с диареей часто наблюдается непереносимость

- компота
- молока
- зеленого чая
- минеральной воды

Пациентам с синдромом раздражённого кишечника для облегчения боли в животе, нормализации частоты и консистенции стула рекомендуется назначение

- кортикостероидов
- антацидов
- ферментов
- пробиотиков

К лабораторным маркерам воспалительных заболеваний кишечника относится

- кортикостероидов
- антацидов
- ферментов
- пробиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 34 лет, обратилась к участковому терапевту

Жалобы

на затруднение дефекации, запоры по 3-4 дня. Кал очень твердый или фрагментированный, иногда – со слизью, без крови. Беспокоят также разлитые ноющие боли в животе, чётко не связанные с приёмом пищи, усиливающиеся при волнении, стрессе, уменьшающиеся в горизонтальном положении и после отхождения стула, газов. По ночам живот не болит. Также пациентка жалуется

на вздутие, урчание в животе, редко – тошноту. Аппетит сохранен, снижение веса не отмечает. Предъявляет жалобы на головные боли при перемене погоды.

Анамнез заболевания

Страдает запорами с детства, отмечает усиление запоров и болей в стрессовых ситуациях – при длительных поездках, перемене питания, сильном эмоциональном волнении. Прогрессирование болей и запоров наблюдалось 5 лет назад, после родов. Течение заболевания имеет непостоянный, перемежающийся характер. Симптомы исчезают на 2-3 месяца, чаще летом, на фоне увеличения потребления свежих овощей и фруктов. Последние, вместе с тем, способствуют усилению метеоризма, что ограничивает пациентку в регулярном употреблении овощей. Симптомы присутствуют в течение 7-8 месяцев в году. Вынуждена 2-3 раза в месяц принимать препараты сенны.

Анамнез жизни

* В детстве росла и развивалась соответственно возрасту. * Гинекологический анамнез: менструации с 12 лет, болезненные. Беременность – 1, роды – 1. Абортов не было. * Условия проживания удовлетворительные. * Работает инженером на предприятии. Профессиональных вредностей нет. * Наследственность: мать, 57 лет, страдает ожирением и запорами. Отец, 60 лет, страдает желчнокаменной болезнью. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. * Перенесенные заболевания: сезонные простудные заболевания. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 25,5 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС - 64 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации болезненный в левых отделах живота. Петли кишечника немного спазмированы. Печень и селезенка не увеличены. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Поколачивание по поясничной области с обеих сторон безболезненно. Мочеиспускание не нарушено, безболезненное.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- кортикостероидов
- антацидов
- ферментов
- пробиотиков

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- кортикостероидов
- антацидов
- ферментов
- пробиотиков

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных данных можно выставить следующий клинический диагноз

- кортикостероидов
- антацидов
- ферментов
- пробиотиков

К симптомам тревоги при синдроме раздраженного кишечника с преобладанием запоров относится

- лихорадка
- метеоризм
- кожный зуд
- горечь во рту

Для постановки диагноза синдрома раздражённого кишечника требуется наличие у пациента рецидивирующих болей в животе, по крайней мере

- неделю каждый месяц при общей продолжительности не менее 2 лет
- 5 дней в месяц в течение последних 5 месяцев при общей продолжительности не менее года
- 1 день в неделю в течение последних 3 месяцев при общей продолжительности не менее 6 месяцев
- 3 дня в неделю в течение последнего месяца при общей продолжительности не менее 1 года

При комплексном подходе данной пациентке показана консультация

- нарколога
- физиотерапевта
- психотерапевта
- невролога

К слабительным, увеличивающим объем кишечного содержимого, можно отнести

- лиофилизированные *Saccharomyces boulardi*
- пикосульфат натрия
- семена подорожника *Plantago ovata*
- гиосцина бутилбромид

К осмотическим слабительным относится

- фталазол

- лактулоза
- дротаверин
- бисакодил

Пациентам с СРК с запором рекомендуется назначение контактных слабительных для лечения запоров, к которым относится

- семена подорожника *Plantago ovata*
- лактулоза
- дротаверин
- бисакодил

Спазмолитиком миотропного действия является

- итоприда гидрохлорид
- мебеверин
- платифиллина гидротартрат
- гастроцепин

При метеоризме следует назначить

- дротаверин
- симетикон
- лоперамид
- мебеверин

Пациентам с СРК для уменьшения боли в животе рекомендуется назначение

- дротаверин
- симетикон
- лоперамид
- мебеверин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту

Жалобы

на слабость, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, тошноту, увеличение объема живота. Аппетит несколько снижен, стул через день, оформленный, без патологических примесей. За последний месяц прибавил в весе 3 кг.

Анамнез заболевания

В течение последних пяти лет эпизоды желтухи, асцита, спутанного сознания. Настоящее ухудшение после недельного запоя.

Анамнез жизни

Мужчина в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, признает употребление суррогатов, периодически принимает алкоголь помимо пищи. Питание скудное и однообразное. Употребление наркотиков категорически отрицает. В контакте с инфекционными больными не был.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – $21,9 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы чистые, умеренная желтушность кожи и склер. На коже лица, шеи, груди – телеангиоэктазии, язык малиновый, пальмарная эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС - 92 уд/мин., АД – 130/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет ненапряженного асцита, симметричный, несколько вздут, мягкий, при пальпации незначительно болезненный в верхних отделах, больше справа, перитонеальных знаков нет. Печень +2 см из-под края реберной дуги, мягкая, чувствительная, край закруглен. Пальпируется нижний полюс селезенки. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- дротаверин
- симетикон
- лоперамид
- мебеверин

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- дротаверин
- симетикон
- лоперамид
- мебеверин

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

- дротаверин
- симетикон
- лоперамид
- мебеверин

Степень тяжести цирроза печени определяется по шкале

- Моргана-Стокса
- Чайлд-Пью

- Вернера-Моррисона
- Фореста

К проявлениям портальной гипертензии относят

- печеночную энцефалопатию
- отеки нижних конечностей
- желтушность кожи и склер
- пальмарную эритему

Важнейшей рекомендацией немедикаментозного лечения служит

- нормализация массы тела, достаточная физическая нагрузка
- дополнительное энтеральное и парентеральное питание
- строжайший постельный режим
- отказ от алкоголя, консультация врача-нарколога

Для лечения геморрагического синдрома при циррозе печени следует назначить

- аскорбиновую кислоту
- менадиона натрия бисульфит
- аминокaproновую кислоту
- препараты плазмы

Для коррекции асцита предпочтительно назначение

- спиронолактона
- отвара брусники
- маннитола
- индапамида

При лечении асцита следует назначить внутривенно

- альбумин
- эссенциальные фосфолипиды
- тиоктовую кислоту
- адеметионин

Самым опасным осложнением асцита считается развитие

- асцита-перитонита
- пупочной грыжи
- тромбоза подвздошных вен
- почечной недостаточности

Для лечения печеночной энцефалопатии следует назначить

- омепразол
- фуросемид
- пропранолол
- лактулозу

При циррозе печени под гиперспленизмом понимают сочетание

- омепразол
- фуросемид
- пропранолол
- лактулозу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к больному А. 48 лет 18.06.2018г.

Жалобы

• на слабость, недомогание, снижение аппетита, повышение температуры тела, чувство жара, головные боли, 2-кратную рвоту, боли в шее и мышцах верхних и нижних конечностей

Анамнез заболевания

• Заболел остро 13.06.18 с повышения температуры до 39,2°C, появления болей в мышцах и суставах, чувства жара. • Принимал самостоятельно ибупрофен, ингавирин – с непродолжительным эффектом в виде снижения температуры тела до 37,5°C. • В последующие дни сохранялось повышение температуры тела по вечерам до 38,8°-39,4°C. • На 6 день болезни температура тела – 38,6°C, сохранение мышечных болей, появление головных болей и рвоты, что послужило причиной обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

• Работает учителем физики в общеобразовательной школе. • Проживает в отдельной квартире с женой и ребёнком. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Парентеральный анамнез неотягощен. • Больной 2 недели назад был на даче в Тверской области. Отмечал укус клеща, который заметил через несколько часов. Со слов, клеща извлёк самостоятельно.

Объективный статус

• Температура тела 38,7°C. • Кожа лица умеренно гиперемирована, сыпи нет. • Язык влажный, обложен тонким белым налетом. • В лёгких – везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 /мин. • АД – 110/65 мм.рт.ст, ЧСС – 90 уд. в мин. • Живот мягкий, при пальпации безболезнен во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательны. Симптом поколачивания – отрицателен. • Печень не увеличена, мягко-эластичной консистенции, безболезненна при пальпации. Селезенка не пальпируется. • Моча светло-

жёлтая, стул оформленный. • Отмечается ригидность затылочных мышц. Симптомы Брудзинского и Кернига отрицательны. Сознание сохранено. Для постановки диагноза больному необходимо назначить

- омепразол
- фуросемид
- пропранолол
- лактулозу

Результаты обследования

Какой основной диагноз?

- омепразол
- фуросемид
- пропранолол
- лактулозу

Для клеточного состава ликвора при клещевом энцефалите наиболее характерно наличие

- лимфоцитарного плеоцитоза ниже 500 клеток в 1 мкл
- нейтрофильного лейкоцитоза ниже 500 клеток в 1 мкл
- лимфоцитарного плеоцитоза свыше 1000 клеток в 1 мкл
- нейтрофильного лейкоцитоза свыше 1000 клеток в 1 мкл

Относительно тяжёлым течением характеризуется _____ клиническая форма клещевого вирусного энцефалита

- инаппарантная
- менингоэнцефалитическая
- вторично-прогредиентная
- лихорадочная с двухволновым течением

К характерным проявлениям полиомиелитической формы клещевого вирусного энцефалита относят

- диплопию и птоз
- симптом «свислой» головы
- амимию и асимметрию лица
- фасцикуляцию языка

Дифференциальную диагностику клещевого энцефалита следует проводить с

- сыпным тифом, малярией, инфекционным мононуклеозом
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, лептоспирозом, иерсиниозом

- лайм-боррелиозом, полиомиелитом, эрлихиозом
- псевдотуберкулезом, менингококковой инфекцией, висцеральным лейшманиозом

Этиотропная терапия клещевого вирусного энцефалита включает назначение

- ламивудина
- специфического иммуноглобулина
- сульфаметоксазол/триметоприма
- доксициклина

В качестве патогенетической терапии при менингеальной форме клещевого энцефалита используются

- диуретики
- холиноблокаторы
- нейролептики
- гемостатические препараты

При тяжелых формах клещевого энцефалита, с целью профилактики развития отека головного мозга применяют

- миорелаксанты
- глюкокортикостероиды
- холиноблокаторы
- нейроплегические средства

Первоочередной мерой экстренной профилактики при укусе клеща в эндемичном по клещевому вирусному энцефалиту регионе является

- применение индукторов интерферона
- введение вакцины против клещевого энцефалита
- введение иммуноглобулина
- применение химиопрофилактики рибавирином

Для профилактики клещевого вирусного энцефалита перед выездом в эндемичный регион используется

- химиопрофилактика иодантипирином
- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- вакцинация

В качестве неспецифической меры профилактики клещевого вирусного энцефалита следует применять

- химиопрофилактика иодантипирином

- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- вакцинация

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 23 лет обратился в поликлинику на 2-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, боль в горле, общее недомогание, снижение аппетита

Анамнез заболевания

- Заболел вчера остро с повышения температуры тела до 37,7°C, слабости, снижения аппетита, небольшой боли в горле. Кашля, насморка не было. Лечился самостоятельно жаропонижающими средствами – без эффекта.
- Сегодня боль в горле усилилась, температура повысилась до 38,1°C, обнаружил налеты на миндалинах, в связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

- Работает менеджером в торговой фирме.
- Проживает в отдельной квартире вдвоем с женой. Детей нет.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, ангина в возрасте 12 лет.
- Вредные привычки: отрицает.
- Прививочный анамнез: не известен

Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- химиопрофилактика иодантипирином
- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- вакцинация

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- химиопрофилактика иодантипирином
- химиопрофилактика рибавирином
- иммуноглобулинопрофилактика
- вакцинация

Клинические признаки дифтерии ротоглотки включают

- синдром тонзиллита, значительно болезненный регионарный лимфаденит, бледность носогубного треугольника, экзантему

- боль в ротовой полости, слюнотечение, дисфагию, умеренное увеличение подбородочных лимфоузлов
- синдром тонзиллита, синдром интоксикации, возможное увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов
- боль в горле, аденоидит, лихорадку, генерализованную полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию

Поражение слизистой оболочки ротоглотки при дифтерии характеризуется наличием налетов

- грязных зеленоватых с гнилостным запахом и односторонним глубоким кратерообразным поражением миндалины
- в виде творожистых наложений, переходящих на внутреннюю поверхность щек
- плотных фибриновых, серо-белого цвета, выступающих над поверхностью миндалин, с трудом снимающихся шпателем
- рыхлых, желтоватого цвета, не выступающих над поверхностью миндалин, легко снимающихся шпателем без кровоточивости и эрозий

Неспецифическими осложнениями дифтерии являются

- экзантема, миокардит, полиартрит
- миокардит, полинейропатия, токсический нефроз
- пневмония, бронхит, паратонзиллярный абсцесс
- стеноз гортани, анафилактический шок, инфекционно-токсический шок

Дифференциальную диагностику локализованной дифтерии ротоглотки следует проводить с

- лакунарной ангиной, инфекционным мононуклеозом, язвенно-некротической ангиной Симановского- Венсана
- эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта, химическим ожогом ротоглотки, паратонзиллярным абсцессом
- аденовирусной инфекцией, энтеровирусной инфекцией
- корью, краснухой, ветряной оспой

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы
- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Лечебная тактика при легком течении неосложненной дифтерии ротоглотки включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе _____ тыс. МЕ

- 20-30
- 60-80
- 10-20
- 30-40

Выписка больного дифтерией осуществляется после полного клинического выздоровления и

- нарастания титра противодифтерийных антитоксических антител в 4 раза
- нарастания титра противодифтерийных антитоксических антител в 2 раза
- 3-кратного отрицательного бактериологического обследования
- 2-кратного отрицательного бактериологического обследования

Лица, бывшие в контакте с больным дифтерией, подлежат бактериологическому обследованию на ВЛ не позже _____ часов с момента изоляции больного

- 24
- 12
- 72
- 48

С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител осуществляется в течение первых _____ дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

- 3
- 7
- 5
- 2

За лицами, общавшимися с больными дифтерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение _____ дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 3
- 7
- 5
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов на дом к пациенту 48 лет на 4-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, боли в горле при глотании, резкую слабость, головную боль, отсутствие аппетита, припухлость в области шеи.

Анамнез заболевания

• Заболевание началось остро с выраженных болей в горле, озноба, повышения температуры тела до 38,0°C, появилась вялость, головная боль, снизился аппетит. • На 2-ой день болезни состояние ухудшилось: температура повысилась до 38,8°C, нарастала слабость, исчез аппетит, усилились боли в горле, стал с трудом сглатывать слюну. • На 3-й день обнаружил припухлость под нижней челюстью, больше справа, которая в течение суток увеличилась. Дочь пациента вызвала врача на дом.

Анамнез жизни

• Пациент в течение последнего года нигде не работает. За 3-4 дня до болезни пил пиво на улице из одного стакана с незнакомыми людьми. • Проживает в отдельной квартире вдвоем с дочерью. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: хронический бронхит, пневмония, инфаркт миокарда в возрасте 40 лет. • Вредные привычки: курит по 1,5 пачки сигарет в день, злоупотребляет алкоголем в течение последних 2-х лет после смерти жены. • Прививочный анамнез: не известен.

Объективный статус

• Температура тела 38,9°C. • Выраженная бледность кожных покровов, одутловатость лица. Шея увеличена в объеме за счет тестообразного отека подкожно-жировой клетчатки, справа - до середины шеи. Гиперемии кожи над поверхностью отека нет. • Подчелюстные периферические лимфоузлы увеличены справа до 3 см в диаметре, умеренно болезненные при пальпации. • Рот открывает свободно. Слизистая оболочка ротоглотки в области небных дужек, язычка, мягкого неба умеренно гиперемирована с цианотичным оттенком, отека, больше справа. Миндалины шаровидной формы, увеличены до II-III степени за счет отека, слева в области верхнего полюса определяется островчатый налет белого цвета, справа – сплошной налет беловато-серого цвета, который покрывает всю миндалину и распространяется на небную дужку, язычок и частично на мягкое небо. Налеты плотные, возвышаются над поверхностью слизистой («плюс ткань»), с усилием снимаются шпателем с обнажением кровоточащей поверхности. • Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 110/70 мм.рт. ст., ЧСС – 108 уд. в мин. • В легких дыхание жесткое, с обеих сторон – множественные сухие хрипы. • Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень + 1,5-2,0 см из-под края реберной дуги, плотноватой консистенции, безболезненная. Селезенка не пальпируется. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3
- 7

- 5
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 3
- 7
- 5
- 2

Клинические признаки дифтерии ротоглотки токсической формы включают

- высокую лихорадку с ознобами и потливостью, выраженный плотный отек и асимметрию шеи, отсутствие фибриновых налетов в ротоглотке
- интоксикацию, болезненность в области околоушной слюнной железы при жевании, сухость слизистой оболочки ротоглотки, симптом Мурсу, поражение железистых органов
- нарастающие боли в горле при глотании пульсирующего характера, высокую лихорадку, выраженный резко болезненный аденит с периаденитом
- тонзиллит, синдром интоксикации, регионарный лимфаденит, наличие отека слизистой оболочки ротоглотки и шейной подкожно-жировой клетчатки

Критерием токсической формы дифтерии ротоглотки I степени является отек подкожно-жировой клетчатки

- ниже ключицы
- над подчелюстными лимфоузлами
- до ключицы
- до середины шеи

Клетками-мишенями для дифтерийного экзотоксина являются

- мононуклеарные фагоциты
- гепатоциты
- кардиомиоциты
- миоциты скелетной мускулатуры

Для тяжелого течения дифтерии характерно развитие

- токсико-метаболического шока, миокардита
- острого респираторного дистресс-синдрома, токсического гепатита
- синусита, трахеобронхита
- нефротического синдрома, хронической почечной недостаточности

Дифференциальную диагностику токсической дифтерии ротоглотки следует проводить с

- паратонзиллярным абсцессом, эпидемическим паротитом, флегмоной дна полости рта (флегмона Людвига)
- ангинами стрептококковой и стафилококковой этиологии, инфекционным мононуклеозом, аденовирусной инфекцией
- сифилитической ангиной, грибковыми поражениями ротоглотки, энтеровирусной инфекцией
- ангинозно-бубонной формой туляремии, язвенно-некротической ангиной Симановского-Плаута-Венсана

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в терапевтическое отделение многопрофильной больницы
- ведении пациента в амбулаторных условиях
- госпитализации в специализированное отделение инфекционной больницы
- ведении пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при дифтерии ротоглотки токсической формы I степени включает назначение противодифтерийной сыворотки (ПДС) в дозе + _____ + тыс. МЕ

- 20-30
- 50-60
- 30-50
- 30-40

Выписка больного дифтерией осуществляется

- через 5 дней после нормализации температуры тела и 3-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- через 5 дней после нормализации температуры тела и 1-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии
- после полного клинического выздоровления и 2-кратного отрицательного результата бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии

С целью верификации прививочного анамнеза у больного дифтерией серологическое исследование крови на наличие дифтерийных антител

осуществляется в течение первых _____ дней от начала заболевания и до введения противодифтерийной сыворотки (ПДС)

- 5
- 3
- 2
- 7

За лицами, общавшимися с больными дифтерией, устанавливается медицинское наблюдение в течение _____ дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 5
- 3
- 2
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 38 лет

Жалобы

- на повышение температуры тела до 39,0 °С, головную боль, головокружение, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- Заболел остро три дня назад, когда появился выраженный озноб, повышение температуры тела до 39°С, головная боль, ломота в мышцах и суставах • Лечился самостоятельно противогриппозными и жаропонижающими средствами без эффекта. • На 3-ий день состояние ухудшилось, усилилась головная боль, появилась тошнота, отмечалась повторная рвота, головокружение. Температура тела сохраняется на высоких цифрах.

Анамнез жизни

- Офисный работник. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает один, в отдельной квартире, холост. • Эпиданамнез: Десять дней назад до начала заболевания вернулся из туристической поездки в Египет, отмечал там укусы комаров.

Объективный статус

- Температура тела 39,1°С. • Лицо умеренно гиперемировано. Кожные покровы чистые, загорелые, сыпи нет. • Слизистая оболочка задней стенки глотки обычной окраски. Миндалины не увеличены, налетов нет. • Пальпируются умеренно увеличенные шейные лимфатические узлы. • Дыхание через нос свободное. Катаральных явлений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 в мин. • АД-90/60 мм.рт.ст, ЧСС – 115уд. в мин. • Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется печень на 1 см ниже реберной дуги. Селезенка

не увеличена. Мочеиспускание не нарушено. • Отмечается ригидность затылочных мышц, симптом Кернига отрицательный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 5
- 3
- 2
- 7

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 5
- 3
- 2
- 7

Ведущим синдромом Лихорадки Западного Нила является

- диспепсический
- гриппоподобный
- артралгический
- желтушный

Для тяжелого течения Лихорадки Западного Нила характерно развитие

- печёчно-почечной недостаточности
- септического состояния
- гиповолемического шока
- менингоэнцефалита

Дифференциальную диагностику Лихорадки Западного Нила проводят с

- брюшным тифом, псевдотуберкулезом
- паратифом А, дифтерией дыхательных путей
- паротитной инфекцией, инфекционным мононуклеозом
- менингококковой инфекцией, гриппом

Выделяют несколько клинических форм ЛЗН

- субклиническая; гриппоподобная; гриппоподобная с нейротоксикозом; менингеальная: менингоэнцефалическая
- острая; подострая; хроническая; резидуальная
- локализованная; генерализованная; хроническая; резидуальная
- лихорадочная; менингеальная; менингоэнцефалитическая; полиомиелитическая; полирадикулоневритическая

Особенностью клеточного состава ликвора при Лихорадке Западного Нила является плеоцитоз

- нейтрофильный свыше 1000 клеток в 1 мкл
- лимфоцитарный до 1000 клеток в 1 мкл
- нейтрофильный ниже 500 клеток в 1 мкл
- смешанный ниже 500 клеток в 1 мкл

К показаниям к госпитализации при Лихорадке Западного Нила относят

- длительную лихорадку, не превышающую 38°C
- стойкое повышение артериального давления
- наличие менингеальной симптоматики
- наличие гепатолиенального синдрома

Лечение неосложненной Лихорадки Западного Нила включает назначение

- специфического иммуноглобулина
- антибактериальных средств
- противовирусных препаратов
- симптоматической терапии

Применение антибиотиков при Лихорадке Западного Нила показано при

- менингеальной форме
- присоединении гепатолиенального синдрома
- присоединении вторичной инфекции
- длительной лихорадке выше 38,0°C

Выписка реконвалесцентов после Лихорадки Западного Нила осуществляется после

- клинического выздоровления
- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G

К профилактическим мероприятиям при Лихорадке Западного Нила относят

- клинического выздоровления
- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В поликлинику обратилась пациентка 20 лет

Жалобы

- на зуд в области заднего прохода

Анамнез заболевания

- Заболела около 10 дней назад, когда на фоне хорошего самочувствия стала ощущать зуд в области заднего прохода. Зуд беспокоит преимущественно по ночам.

Анамнез жизни

- Студентка • Аллергоанамнез: не отягощен. • Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает в отдельной квартире с родителями. • Эпиданамнез: Месяц назад гостила на даче у подруги, купалась в речке, загорала на песке, играла с маленькими детьми. Имеет привычку грызть ногти.

Объективный статус

- Температура тела 36,7°C. • Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. • Видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные. • Периферические лимфоузлы не пальпируются. • Дыхание через нос свободное. В легких хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. • АД-105/60 мм.рт.ст, ЧСС – 78 уд. в мин. • Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. • Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. • Мочеиспускание не нарушено. • Менструальный цикл регулярный, патологических выделений нет. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- клинического выздоровления
- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- клинического выздоровления
- 2-х кратного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- однократного отрицательного исследования крови на арбовирусы
- 4-х кратного нарастания титра специфических антител класса G

К симптомам неосложненного энтеробиоза относят

- субфебрильную лихорадку и частый жидкий стул
- зуд в области заднего прохода и аногенитальной области
- субфебрильную лихорадку, продуктивный кашель, уртикарную сыпь на коже

- боли в животе и зудящую сыпь на туловище

Возможным осложнением энтеробиоза является

- непроходимость кишечника
- пневмония
- парапроктит
- механическая желтуха

Дифференциальную диагностику энтеробиоза проводят с

- геморроем
- сальмонеллезом
- неспецифическим язвенным колитом
- шигеллезом

При массивной инвазии при энтеробиозе возможны

- лихорадка ремиттирующего или неправильного типа, отёчный синдром, макулопапулёзные высыпания на коже с геморрагическим компонентом
- высокая лихорадка, продуктивный кашель с мокротой с прожилками крови, гепатолиенальный синдром
- боли и урчание в животе, метеоризм, тошнота, рвота, запор или понос, иногда с примесью слизи
- генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия

При массивной инвазии при энтеробиозе возможно появление

- аппендикулярной симптоматики
- катарального синдрома
- менингеального симптомокомплекса
- генерализованной полилимфаденопатии

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в мельцеровский бокс
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении пациента в амбулаторных условиях
- ведении пациента в дневном стационаре

Этиотропным средством для лечения энтеробиоза является

- ацикловир
- хлорохин
- доксициклин
- альбендазол

Повторный курс лечения энтеробиоза показано проводить через
+ _____ + день/дней после первого

- 5
- 7
- 21
- 14

Первое контрольное обследование больных энтеробиозом проводят через
+ _____ + после окончания курса лечения

- 3 недели
- 1 месяц
- 1-2 дня
- 6-7 дней

Профилактика энтеробиоза включает

- 3 недели
- 1 месяц
- 1-2 дня
- 6-7 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 23 лет на 3-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, небольшой насморк, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

• Заболел с появления чувства недомогания, слабости, головной боли, повышение температуры тела до 37,4°C, миалгии. • Далее присоединился насморк, редкий сухой кашель. • Лечился самостоятельно, принимал витаминизированное питье, парацетамол. • На 3-й день болезни самочувствие прежнее, появилась сыпь на лице, туловище, конечностях.

Анамнез жизни

• Работает курьером по доставке в интернет-магазине бытовых приборов. • Проживает в квартире с родителями. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез: в детстве, со слов пациента, прививался согласно Национальному календарю профилактических прививок, отводов не было, в школе проведение ревакцинации не помнит. От гриппа прививки не делал.

Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3 недели
- 1 месяц
- 1-2 дня
- 6-7 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 3 недели
- 1 месяц
- 1-2 дня
- 6-7 дней

Специфическим осложнением при приобретенной краснухе является

- доброкачественная лимфоцитомы
- трахеобронхит
- полиартрит
- кератит

Тяжелым специфическим осложнением краснухи, приводящим к летальному исходу, является

- энцефалит
- двусторонняя интерстициальная пневмония
- инфекционно-токсический шок
- асфиксия вследствие надгортанного стеноза

Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются

- скудная, розеолезная сыпь, гепатоспленомегалия, диспепсические явления, высокая лихорадка
- мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия
- обильная мелкоточечная экзантема, высокая лихорадка, лимфаденопатия, тонзиллит
- катаральный синдром, субфебрильная лихорадка, скудная геморрагическая сыпь

Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

- лептоспирозом, трихинеллезом, аллергическим дерматитом
- менингококковой инфекцией, сыпным тифом, ветряной оспой

- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, листериозом, инфекционным мононуклеозом
- инфекционным мононуклеозом, энтеровирусной инфекцией, внезапной экзантемой

Тактика ведения больного с краснушным энцефалитом заключается в

- ведении пациента в дневном стационаре
- ведении пациента в амбулаторных условиях
- госпитализации в ОРИТ
- госпитализации в инфекционное отделение

Лечебная тактика при среднетяжелом течении краснухи включает проведение + _____ + терапии

- антибактериальной
- дезинтоксикационной
- симптоматической
- гормональной

Госпитализированные лица с диагнозом краснуха должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем

- 5-ти календарных дней с момента нормализации температуры тела
- 3-х календарных дней с момента появления сыпи
- 7-ми календарных дней с момента появления сыпи
- 5-ти календарных дней с момента появления катаральных явлений

К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят

- вакцинопрофилактику
- карантинные мероприятия в очаге
- текущую и заключительную дезинфекцию в очаге
- химиопрофилактику

За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение + _____ + дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 14
- 5
- 7
- 21

Минимальными условно защитными титрами специфических IgG к возбудителю краснушной являются + _____ + МЕ/мл

- 14
- 5
- 7
- 21

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 19 лет на 4-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, слабость, головную боль, боль в мышцах, суставах, небольшой насморк, ощущение «першения» в горле, сухой редкий кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

• Считает себя больной, когда вечером заметила появление небольшой болезненности и увеличения затылочных и заднешейных лимфоузлов, слабость, головную боль. Температуру не измеряла. • Утром температура тела до 37,6°C, миалгии, артралгии. • Присоединился насморк, редкий сухой кашель. • Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), щелочное питье, витамин С. • На 4-й день болезни появилась сыпь на лице, которая в течение нескольких часов распространилась на туловище и конечности, самочувствие без ухудшения.

Анамнез жизни

• Студентка дневного отделения ВУЗа. • Проживает в квартире с родителями. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: ОРВИ. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез: со слов пациентки, в детском возрасте прививки сделаны согласно Национальному календарю профилактических прививок. В школе проведение профилактических прививок, согласно рекомендациям врача, какие точно не помнит. От гриппа не прививалась.

Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 14
- 5
- 7
- 21

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- 14

- 5
- 7
- 21

Специфическим осложнением при краснухе является

- тромбоцитопеническая пурпура
- аксональная полинейропатия
- пневмония
- аутоиммунный гепатит

Тяжелым специфическим осложнением краснухи является

- надпочечниковая недостаточность
- энцефалит
- инфекционно-токсический шок
- миокардит

Типичными клиническими проявлениями при краснухе являются

- мелкая пятнисто-папулезная сыпь, незначительный подъем температуры, лимфаденопатия
- скудная, розеолезная сыпь, гепатоспленомегалия, диспепсические явления, высокая лихорадка
- обильная мелкоточечная экзантема, высокая лихорадка, лимфаденопатия, тонзиллит
- катаральный синдром, субфебрильная лихорадка, скудная геморрагическая сыпь

Дифференциальную диагностику краснухи следует проводить с

- листериозом, бруцеллезом, аллергическим дерматитом
- инфекционным мононуклеозом, псевдотуберкулезом, скарлатиной
- лептоспирозом, ветряной оспой, сыпным тифом
- трихинеллезом, менингококковой инфекцией, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом

Лечебная тактика при краснухе с развитием полиартрита заключается в применении

- противовирусных препаратов
- глюкокортикостероидов коротким курсом
- нестероидных противовоспалительных средств
- антибактериальных препаратов пенициллинового ряда

При развитии краснушного энцефалита показано назначение

- специфического иммуноглобулина

- дексаметазона
- цефтриаксона
- антагонистов альдостерона

Выявление Anti-Rubella virus IgM является наиболее неблагоприятным фактором для

- детей до 3 лет
- беременных
- ВИЧ-инфицированных
- взрослых старше 50 лет

За лицами, общавшимися с больными краснухой, устанавливается медицинское наблюдение в течение + _____ + дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 14
- 21
- 5
- 7

К методам специфической профилактики и защиты населения от краснухи относят

- вакцинопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию
- карантинные меры
- химиопрофилактику

Вакцинация против краснухи проводится согласно календарю прививок РФ в возрасте

- вакцинопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию
- карантинные меры
- химиопрофилактику

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 30 лет на 7-й день болезни.

Жалобы

• на озноб, повышение температуры тела, повышенную потливость, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

• Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 39,2°C, головной

боли, слабости. • Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом, сопровождаемым обильным потоотделением. • На 7-й день болезни ознобы усилились, температура тела периодически повышалась до 40,0°C.

Анамнез жизни

• Инженер горнорудной промышленности • Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и двое детей). • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез: со слов пациента в последние 2 года прививался против желтой лихорадки и брюшного тифа. • Неделю назад вернулся из командировки из Эфиопии, где работал инженером-консультантом в горнорудной промышленности.

Объективный статус

• Температура тела 39,4°C. • Лицо гиперемировано. • Кожные покровы горячие на ощупь, сухие, сыпи на теле нет. • Периферические лимфоузлы не увеличены. • Слизистая ротоглотки обычной физиологической окраски, энантемы нет. • АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 102 уд. в мин. • В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. • Живот мягкий, безболезненный. Нижняя граница печени определяется на уровне края реберной дуги, селезенка пальпаторно не увеличена. • Очаговых и менингеальных знаков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- вакцинопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию
- карантинные меры
- химиопрофилактику

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- вакцинопрофилактику
- текущую и заключительную дезинфекцию
- карантинные меры
- химиопрофилактику

Характерными клиническими признаками малярии являются

- гепатоспленомегалия, артралгии, микрополиаденопатия на фоне длительной фебрильной лихорадки с выраженной потливостью, с сохранением работоспособности пациента
- выраженные гемодинамические, двигательные, сенситивные и психические расстройства, связанные с сосудистым поражением ЦНС на фоне выраженной постоянной лихорадки

- повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы, включающие последовательно появляющиеся признаки: озноб- жар- пот
- фебрильная лихорадка в течение 4-5 дней с последующим снижением ее до нормальных значений с ухудшением самочувствия больного на фоне развития острого геморрагического нефрозонофрита

Для малярии характерно наличие

- лихорадочных пароксизмов, гепатолиенального синдрома, гемолитической анемии
- длительной лихорадки неправильного типа, фиброзитов, целлюлитов, артритов, синовитов
- длительной фебрильной лихорадки, генерализованной полилимфаденопатии, гепатоспленомегалии
- лихорадочной реакции, гепатоспленомегалии, геморрагического синдрома

Дебют малярии может проявляться

- серозным менинго-энцефалитом
- экзантемой пятнисто-папулезного характера
- острой почечной недостаточностью
- инициальной лихорадкой (лихорадка неправильного типа)

Дифференциальную диагностику малярии следует проводить с

- легионеллезом
- клещевыми пятнистыми лихорадками
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом
- лихорадкой Денге

Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия

- *Ovale*
- *Malariae*
- *Vivax*
- *Falciparum*

Специфическим осложнением малярии является

- гипергликемическая кома
- полинейропатия
- острая обтурационная дыхательная недостаточность
- разрыв селезенки

Тактика ведения больного малярией заключается в

- ведении пациента в дневном стационаре

- госпитализации в диагностическое отделение
- госпитализации в боксовое отделение
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Купирующая терапия при неосложненной малярии включает назначение _____ препаратов

- нестероидных противовоспалительных
- гематошизотропных
- антибактериальных
- гамошизотропных

Для купирующей терапии данного больного целесообразно использовать

- хлорохин
- хинина дегидрохлорид
- примахин
- метронидозол

Наблюдение за больными, перенесшими малярию, вызванную Pl. Vivax, осуществляется в течение

- хлорохин
- хинина дегидрохлорид
- примахин
- метронидозол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 31 лет на 7-й день болезни

Жалобы

- на слабость и регулярно появляющиеся приступы, которые сопровождаются ознобом, повышением температуры тела, повышенной потливостью

Анамнез заболевания

- Заболел остро, внезапно с озноба, повышения температуры тела до 39,2°C с последующим обильным потоотделением. • Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом, приступы продолжались. Появилась слабость. • На 7-й день болезни ознобы усилились, температура тела периодически повышалась до 40,3°C. • Приступы регистрируются через день и, как правило, в одно и тоже время. Озноб продолжается от 20 мин до 2 ч. Лихорадка продолжается 2-6 часов. Далее снижение температуры в течение 1-2 ч с профузным потоотделением.

Анамнез жизни

- Геолог • Проживает в отдельной квартире с семьей (жена, ребенок дошкольного возраста). • Перенесенные инфекционные и неинфекционные

заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, 9 месяцев назад, когда вернулся из рабочей командировки в Эфиопию, перенес малярию, вызванную *Plasmodium vivax*. Лечился в стационаре. Эффективность лечения была подтверждена прекращением эритроцитарной шизогонии. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез - в прошлом прививался против желтой лихорадки и брюшного тифа. • Последние 9 месяцев никуда за пределы Москвы не выезжал.

Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- хлорохин
- хинина дегидрохлорид
- примахин
- метронидазол

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- хлорохин
- хинина дегидрохлорид
- примахин
- метронидазол

Характерными клиническими признаками малярии являются

- выраженные гемодинамические, двигательные, сенситивные и психические расстройства, связанные с сосудистым поражением ЦНС на фоне выраженной постоянной лихорадки
- фебрильная лихорадка в течение 4-5 дней с последующим снижением ее до нормальных значений с ухудшением самочувствия больного на фоне развития острого геморрагического нефрозонефрита
- гепатоспленомегалия, артралгии, микрополиаденопатия на фоне длительной фебрильной лихорадки с выраженной потливостью, с сохранением работоспособности пациента
- повторно развивающиеся лихорадочные пароксизмы, включающие последовательно появляющиеся признаки: озноб- жар- пот

Осложнением позднего рецидива малярии- *vivax* является

- церебральная форма
- менингит
- нефротический синдром
- анемия

Дифференциальную диагностику рецидива малярии- vivax следует проводить с

- сепсисом, висцеральным лейшманиозом
- геморрагической лихорадкой с почечным синдромом, амебиазом
- клещевыми пятнистыми лихорадками, лептоспирозом
- легионеллезом, иксодовым клещевым боррелиозом

Специфическим осложнением малярии является

- разрыв селезенки
- гипергликемическая кома
- острая обтурационная дыхательная недостаточность
- полинейропатия

Наиболее тяжело, с развитием тяжелых осложнений протекает малярия

- Malariae
- Vivax
- Ovale
- Falciparum

Тактика ведения больного с рецидивом малярии -vivax заключается в

- госпитализация в отделении интенсивной терапии
- госпитализации больного в инфекционный стационар
- ведении больного в амбулаторных условиях
- ведении больного в условиях дневного стационара

Купирующая терапия при позднем рецидиве малярии- vivax включает назначение + _____ + препаратов

- нестероидных противовоспалительных
- гемошизонтоцидных
- антибактериальных
- гамотропных

Для профилактики поздних рецидивов при малярии – vivax используют \ _____ препараты

- гематошизонтоцидные
- гамотропные
- антибактериальные
- гистошизотропные

Для профилактики поздних рецидивов при малярии – vivax используют

- хлорохин

- хинина дегидрохлорид
- метронидозол
- примахин

Диспансеризация больных, перенесшими малярию -vivaх должна проводиться в течение

- хлорохин
- хинина дегидрохлорид
- метронидозол
- примахин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 42 лет на 10-й день болезни

Жалобы

- на слабость, адинамию, кожные высыпания

Анамнез заболевания

• Заболела остро с повышения температуры тела до 37,9°C, головной боли, слабости, недомогания. • Позже отметила появление чувства онемения и покалывания в области скуловой дуги справа. • Лечилась самостоятельно, принимала противовоспалительные средства (ибупрофен), с кратковременным эффектом. • На 5-й день болезни температура тела нормализовалась, появилась сыпь на лице, сопровождающаяся болезненными ощущениями, усиливающимися в ночные часы, увеличились околоушные, поднижнечелюстные лимфатические узлы.

Анамнез жизни

• Работает консьержем в многоквартирном жилом доме. • Проживает в отдельной собственной квартире с сыном. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, в т.ч. ветряная оспа, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делала.

Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- хлорохин
- хинина дегидрохлорид
- метронидозол
- примахин

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- хлорохин
- хинина дегидрохлорид
- метронидозол
- примахин

Клиническими признаками продромального периода опоясывающего лишая являются

- боли в голе, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия
- слабость, повышение температуры тела, чувство онемения, покалывания или жжения в области поражённого дерматома
- заложенность носа, боли в горле, сухой трахеобронхит
- конъюнктивит, ринорея, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия

Главным клинико-диагностическим критерием опоясывающего лишая в стадию герпетических высыпаний считают наличие

- экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизированном и отёчном основании
- мелких пузырьков, экссудативных папул, пустул на фоне яркой гиперемии и отека с образованием мокнущих эрозий с прозрачным экссудатом
- характерного очага эритемы с четкими границами, неровными краями с буллезными элементами с серозно-геморрагическим содержимым
- красных, четко очерченных элементов сыпи в форме отечных бляшек, покрытых везикулами, близко расположенными друг к другу

Осложнениями опоясывающего лишая являются

- тиреоидит, сфеноидит
- энцефалит, менингит
- гломерулонефрит, узловатая эритема
- артрит, миокардит

Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая следует проводить с

- энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом
- аллергическим дерматитом, скарлатиной
- менингококковой инфекцией, боррелиозом
- зостериформным простым герпесом, рожей

Тактикой ведения данной больной является

- амбулаторное наблюдение и лечение
- госпитализация пациента в мельцеровский бокс
- ведение пациента в дневном стационаре
- госпитализация в инфекционное отделение

Лечебная тактика при неосложненном опоясывающем лишае, в первую очередь, включает назначение

- антибактериальных препаратов
- иммуномодуляторов
- противовирусной терапии
- гормональной терапии

Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

- ламивудина
- энтекавира
- специфического противозостервирусного иммуноглобулина
- ацикловира

Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

- 3-го дня с начала отторжения корочек после везикулезных элементов
- 5-го дня нормальной температуры
- 7 –го дня с момента начала пигментации
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Допуск реконвалесцентов опоясывающим лишаем в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после

- контрольной рентгенографии органов грудной клетки
- их клинического выздоровления
- нарастания титра специфических IgG в 4 раза
- отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки

Медицинское наблюдение за контактными неиммунными лицами устанавливается сроком на +_____+ день/дней с момента изоляции больного с опоясывающим лишаем

- контрольной рентгенографии органов грудной клетки
- их клинического выздоровления
- нарастания титра специфических IgG в 4 раза
- отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 36 лет обратился в поликлинику по месту жительства 22.01.2018г.

Жалобы

- на приступообразную боль в межреберной области спины справа, температуру до 37, 5°C, наличие элементов сыпи.

Анамнез заболевания

- С 20.01. беспокоит постоянная боль справа, в межреберной области спины, усиливающаяся при движении и трении одеждой. Самостоятельно применил эмульсию диклофенака местно. Вечером отметил познобливание, подъем температуры до 37,2°C, появление жжения и покраснения между 8 и 9 ребром справа.
- Утром 21.01. были обнаружены первые элементы мелкой сыпи, которую расценил как аллергическую реакцию. Боль в спине усилилась.
- Вечером на месте элементов сыпи сформировались пузырьки.

Анамнез жизни

- Строитель, последнее время работает на улице
- Проживает в отдельной квартире с семьей.
- Аллергоанамнез: не отягощен.
- Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания.
- Вредные привычки: курение, алкоголь умеренно.
- Парентеральный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Лабораторным методом для постановки диагноза является

- контрольной рентгенографии органов грудной клетки
- их клинического выздоровления
- нарастания титра специфических IgG в 4 раза
- отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- контрольной рентгенографии органов грудной клетки
- их клинического выздоровления
- нарастания титра специфических IgG в 4 раза
- отрицательного бактериологического исследования мазка из ротоглотки

Предшественником данного заболевания является

- инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейн-Барр
- заболевание, вызванное герпес вирусом 6 типа
- ранее перенесенная ветряная оспа
- хроническая инфекция, вызванная герпесом 1 и 2 типа

Тяжелое течение данного заболевания наблюдается при

- абортном течении заболевания
- генерализации и трансформации в буллезную форму
- присоединении упорного кожного зуда
- хронизации процесса

Критерии тяжести при опоясывающем лишае включают

- увеличение печени и селезенки, повышение активности трансаминаз в биохимическом анализе крови
- выраженность интоксикационного синдрома с признаками поражения ЦНС и местные кожные проявления
- наличие катарального синдрома в раннем периоде заболевания
- выраженность интоксикационного синдрома на фоне полилимфаденопатии и снижения массы тела

Неоднократные повторные случаи опоясывающего лишая можно наблюдать у пациентов с

- выраженной иммуносупрессией
- частыми рецидивами розеи
- нарушением когнитивных функций
- хронической инфекцией, вызванной герпесом 1 и 2 типа

К основным кожным симптомам, характерным для опоясывающего лишая, относят

- множественные однокамерные везикулы с пупкообразным вдавлением в центре
- красные, четко очерченные элементы сыпи в форме отечных бляшек, покрытых везикулами, близко расположенными друг к другу
- элементы эрозий с фибринозным налетом на кожных покровах
- гиперемии на коже и слизистых с элементами везикулезной сыпи

Основными клиническими симптомами, характерными для опоясывающего лишая, являются

- приступообразные корешковые боли с местной гиперестезией и везикулезная сыпь на фоне эритемы
- менингеальные симптомы и обильная геморрагическая сыпь с возможным некротическим компонентом
- высокая лихорадка и обильная полиморфная макуло-папуло-везикулезная сыпь
- выраженная интоксикация и эритематозный очаг с геморрагиями и буллами

К возможным осложнениям опоясывающего герпеса относят

- парезы глазодвигательного и лицевого нервов
- формирование лимфедемы и фибродемы на месте эритемы
- вторичный менингит с нейтрофильным плеоцитозом в периоде продромы
- глубокие некрозы мягких тканей на месте высыпаний с формированием келоидных рубцов

Госпитализация при опоясывающем лишае показана

- больным с поражением n. ophthalmicus
- всем больным
- пациентам с длительно сохраняющейся корешковой симптоматикой
- больным с поражением n. maxillaris

Схема лечения для данного пациента включает назначение

+ _____ + мг + _____ + раза в сутки

- ампициллина 500; 2
- валацикловира 1000; 3
- римантадина 100; 3
- осельтамивира 75; 2

Допуск реконвалесцентов опоясывающим лишаем в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после

- ампициллина 500; 2
- валацикловира 1000; 3
- римантадина 100; 3
- осельтамивира 75; 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 38 лет обратился в поликлинику по месту жительства на 5-й день болезни.

Жалобы

- на кожные высыпания в области груди, сопровождающиеся болевым синдромом, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

- Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 37,5°C, головной боли, слабости.
- Далее стал отмечать появление чувства онемения и покалывания в области грудной клетки слева.
- Самостоятельно принимал парацетамолсодержащие препараты (Терафлю), с незначительным эффектом.
- На 3-й день болезни температура тела нормализовалась, появилась сыпь на коже груди слева, сопровождающаяся появлением боли в этой области, усиливающейся в ночные часы, сенсорными нарушениями в зоне высыпаний в

виде расстройства чувствительности, увеличились аксиллярные лимфатические узлы.

Анамнез жизни

• Работает специалистом в IT-компании. • Проживает один в отдельной собственной квартире. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался «как все» в школе и в институте). От гриппа прививки не делал.

Объективный статус

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ампициллина 500; 2
- валацикловира 1000; 3
- римантадина 100; 3
- осельтамивира 75; 2

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- ампициллина 500; 2
- валацикловира 1000; 3
- римантадина 100; 3
- осельтамивира 75; 2

Патогномоничным признаком опоясывающего лишая является наличие

- экзантемы с тесно сгруппированными везикулами с прозрачным серозным содержимым, располагающиеся на гиперемизованном и отёчном основании
- яркой, горячей на ощупь эритемы с четкими, неровными контурами на фоне выраженного отека и регионарного лимфаденита
- багрово-синюшного, резко болезненного при пальпации инфильтрата
- обильной, сливной пятнисто-папулезной сыпи на гиперемизованном фоне

Клинические признаки продромального периода опоясывающего лишая включают

- лихорадку, головную боль, чувство онемения в очаге
- заложенность носа, боли в горле, сухой трахеобронхит
- конъюнктивит, ринорею, полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию
- боли в горле, полилимфаденопатию, гепатоспленомегалию

Для сенсорных нарушений при опоясывающем лишае характерны

- локальные жгучие боли, усиливающиеся в ночные часы
- сенсорная афазия
- нарушение дискриминационной чувствительности в очаге
- расстройство мышечного тонуса в зоне поражения

Дифференциальную диагностику опоясывающего лишая с представленной локализацией до момента появления сыпи следует проводить с

- рожей, холециститом
- пневмонией, стенокардией
- поперечным миелитом, гломерулонефритом
- холециститом, пиелонефритом

К возможным осложнениям опоясывающего лишая относят

- односторонний сакроилеит
- инфекционно-токсический миокардит
- терминальный илеит
- серозный менингит

Тактикой ведения данного больного является

- госпитализация в стационар любого профиля
- госпитализация в инфекционное отделение
- госпитализация в мельцеровский бокс
- амбулаторное наблюдение и лечение

Лечебная тактика при неосложненном опоясывающем лишае, в первую очередь, включает назначение

- противовирусной терапии
- гормональных препаратов коротким курсом
- антибактериальных препаратов
- иммуномодулирующей терапии

Этиотропная терапия при опоясывающем лишае предусматривает назначение

- специфического противозостервирусного иммуноглобулина
- ацикловира
- осельтамивира
- энтекавира

Изоляция больного опоясывающим лишаем завершается по истечении

- 3-го дня с окончания отторжения корочек на месте высыпаний
- 5-го дня нормальной температуры
- 7-го дня с момента начала пигментации

- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Индекс контагиозности при опоясывающем лишае не превышает + _____ + %

- 3-го дня с окончания отторжения корочек на месте высыпаний
- 5-го дня нормальной температуры
- 7-го дня с момента начала пигментации
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 20 лет на 3-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, рвоту, боли в животе, более выраженные в правой половине, боли в суставах.

Анамнез заболевания

• Заболел остро с озноба, повышения температуры тела до 39,3°C, головной боли, болей в животе, более выраженных в правой половине, жидкого стула. • На 3-й день болезни беспокоили боли в суставах, рвота 2-3 раза в сутки, боли в животе усилились, локализовались в правой подвздошной области. Стул нормализовался. • Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол), энтеросорбенты (энтеросгель) и спазмолитики (но-шпу) - без эффекта.

Анамнез жизни

• Студент дневного отделения ВУЗа • Проживает в отдельной квартире с родителями. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе). • Эпид. анамнез: в течение последнего месяца 2 раза работал на овощной базе; ежедневно употребляет в пищу салаты, приготовленные из моркови, капусты, листовых овощей.

Объективный статус

• Температура тела 39,1°C. • Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив. • Кисти и стопы гиперемированы, отечные. • Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации. • Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины гипертрофированы. • Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный. • АД – 110/65 мм.рт.ст, ЧСС – 116 уд. в мин. • В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. • Живот мягкий, напряженный и болезненный в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга. • Диурез не нарушен, моча

обычного цвета. • Стул оформленный. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3-го дня с окончания отторжения корочек на месте высыпаний
- 5-го дня нормальной температуры
- 7-го дня с момента начала пигментации
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-anamnestические и лабораторные данные можно думать о диагнозе

- 3-го дня с окончания отторжения корочек на месте высыпаний
- 5-го дня нормальной температуры
- 7-го дня с момента начала пигментации
- 5 дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи

В гемограмме при псевдотуберкулезе наблюдается

- лейкоцитоз, нейтрофилез, относительная лимфопения
- лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитопения
- лейкопения, анэозинофилия, относительный лимфоцитоз
- лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, атипичные мононуклеары

Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

- терминальный илеит, тифлит, острый панкреатит
- гепатоспленомегалию, острый панкреатит, сигмоидит
- спленомегалию, гастроэнтероколит, острый панкреатит
- мезаденит, терминальный илеит, острый аппендицит

Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

- обильная крупная «грубая» пятнисто-папулезная сыпь, склонная к слиянию, на фоне неизмененного цвета кожи, которая появляется на 4-5 день болезни с поэтапным ее распространением
- обильная розеолезно-петехиальная сыпь на лице, туловище, конечностях, не зудящая, которая появляется на 5-й день болезни
- обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4-й день болезни

- скудная розеолезная сыпь на передней и боковых поверхностях грудной клетки и живота, которая появляется на 8-11-й день от начала болезни с феноменом подсыпания

Осложнениями абдоминальной формы псевдотуберкулеза являются

- острое желудочно-кишечное кровотечение, деструктивный негнойный холангит, холецистит
- острый гепатит, желудочное кровотечение, холецистит
- острый панкреатит, сигмоидит, некроз и перфорация гепатохоледоха
- перитонит, стеноз терминального отдела подвздошной кишки, спаечная болезнь

Дифференциальную диагностику абдоминальной формы псевдотуберкулеза следует проводить с

- острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, ущемленной грыжей
- сальмонеллезом, холерой, энтеровирусной инфекцией
- холерой, ботулизмом, энтеровирусной инфекцией
- ротавирусной инфекцией, холерой, бактериальными пищевыми отравлениями

Тактика ведения данного больного заключается в

- ведении пациента в амбулаторных условиях
- госпитализации в хирургическое отделение
- дальнейшем ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в мельцеровский бокс

Лечебная тактика при абдоминальной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

- глюкокортикостероидов
- энтеросорбентов
- спазмолитиков
- антибиотикотерапии

Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется

- ципрофлоксацин
- ампициллин
- триметоприм
- стрептомицин

Выписка больных из стационара возможна после

- их полного клинического выздоровления
- отрицательного бактериологического исследования кала

- снижения титра специфических IgM
- снижения титра специфических IgG в 4-е раза

Профилактика псевдотуберкулеза заключается в

- их полного клинического выздоровления
- отрицательного бактериологического исследования кала
- снижения титра специфических IgM
- снижения титра специфических IgG в 4-е раза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациенту 19 лет на 2-й день болезни

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, озноб, боль в горле при глотании, снижение аппетита, боли в животе, жидкий стул 1-2 раза в день, боль в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания

- Заболел остро с озноба, повышение температуры тела до 38,3°C, головной боли, слабости, заложенности носа, боли в горле при глотании. • Далее стал раздражать яркий свет, слезились глаза, появилось ощущение «песка» в глазах, беспокоили ноющая боль в животе и жидкий стул. • Лечился самостоятельно, принимал жаропонижающие (парацетамол) и энтеросорбенты (смекту) с кратковременным эффектом. • На 2-й день болезни температура тела повысилась до 39,1°C, появилась мелкоточечная сыпь на боковых поверхностях туловища, на сгибательных поверхностях конечностей с концентрацией вокруг суставов.

Анамнез жизни

- Студент дневного отделения сельскохозяйственного ВУЗа • Проживает в отдельной квартире с родителями. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался в школе и в институте). • Эпид. анамнез: в течение последнего месяца несколько раз работал в теплице (на практике)

Объективный статус

- Температура тела 39,1°C. • Лицо одутловато, гиперемировано, веки припухшие, выраженная гиперемия конъюнктив. • На коже туловища и конечностей обильная мелкоточечная сыпь на фоне гиперемии, более обильная в области отека кистей и стоп. • Периферические лимфоузлы (заднешейные, подчелюстные) увеличены до размера горошин, незначительно болезненные при пальпации. • Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины гипертрофированы. • Язык обложен белым налетом, кончик языка ярко красный. • АД – 110/70 мм.рт.ст, ЧСС – 106 уд. в мин. • В легких жесткое дыхание, хрипы не выслушиваются. • Живот мягкий, слегка болезненный в

правой половине, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. • Диурез не нарушен, моча обычного цвета. • Стул жидкий, без патологических примесей. • Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- их полного клинического выздоровления
- отрицательного бактериологического исследования кала
- снижения титра специфических IgM
- снижения титра специфических IgG в 4-е раза

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- их полного клинического выздоровления
- отрицательного бактериологического исследования кала
- снижения титра специфических IgM
- снижения титра специфических IgG в 4-е раза

Клинические признаки абдоминального синдрома при псевдотуберкулезе включают

- гепатоспленомегалию, острый гастрит, острый панкреатит
- острый панкреатит, гепатоспленомегалию, сигмоидит
- гепатоспленомегалию, тифлит, токсико-аллергический холангит
- острый аппендицит, мезаденит, терминальный илеит

Характерным для поражения кожных покровов в начальный период болезни при псевдотуберкулезе является

- обильная мелкоточечная скарлатиноподобная сыпь со сгущением в местах естественных складок, вокруг суставов, которая появляется на 2-4-й день болезни
- скудная розеолезная сыпь на передней и боковых поверхностях грудной клетки и живота, которая появляется на 8-11-й день от начала болезни с феноменом подсыпания
- обильная крупная «грубая» пятнисто-папулезная сыпь, склонная к слиянию, на фоне неизмененного цвета кожи, которая появляется на 4-5 день болезни с поэтапным ее распространением
- обильная розеолезно-петехиальная сыпь на лице, туловище, конечностях, не зудящая, появляется на 5-й день болезни

Осложнениями генерализованной формы псевдотуберкулеза являются

- желудочно-кишечное кровотечение, некроз и перфорация гепатохоледоха, острый холецистит

- панкреатит, токсический мегаколон, холецистит
- инфекционно-токсический шок, диффузный илеит с перфорацией кишечника и развитием перитонита
- острая печеночная недостаточность, желудочно-кишечные кровотечения, тромбоз мезентериальных сосудов

Дифференциальную диагностику псевдотуберкулеза в ранние сроки болезни следует проводить с

- гриппом, скарлатиной, менингококцемией
- ротавирусной инфекцией, розей, бруцеллезом
- краснухой, боррелиозом, орнитозом
- инфекционным мононуклеозом, ботулизмом, брюшным тифом

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в мельцеровский бокс
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении пациента в амбулаторных условиях
- ведении пациента в дневном стационаре

Лечебная тактика при генерализованной форме псевдотуберкулеза заключается в назначении

- антибиотикотерапии
- бактериофагов
- иммунокорректоров
- гепатопротекторов

Для этиотропной терапии псевдотуберкулеза используется

- клиндамицин
- ципрофлоксацин
- амикацин
- ампициллин

Диспансерное наблюдение реконвалесцентов после перенесенного псевдотуберкулеза осуществляется до _____ месяцев после выписки из стационара

- 6-ти
- 12 -ти
- 2-х
- 3-х

Выписка больных из стационара возможна после

- нарастания титра специфических IgG в 4-е раза

- снижения титра специфических IgG
- их полного клинического выздоровления
- отрицательного бактериологического исследования кала

Профилактика псевдотуберкулеза заключается в

- нарастания титра специфических IgG в 4-е раза
- снижения титра специфических IgG
- их полного клинического выздоровления
- отрицательного бактериологического исследования кала

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 65 лет

Жалобы

- на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой половины лица, чувство жжения и распирания в ней.

Анамнез заболевания

- Заболела вечером остро с озноба, повышение температуры тела до 38,2°C, головной боли, слабости.
- Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) с кратковременным эффектом.
- Утром заметила отек и покраснение в области щек и носа

Анамнез жизни

- Пенсионерка.
 - Проживает в отдельной квартире с дочерью и внуком.
 - Данным заболеванием болеет первый раз.
 - Вредные привычки: отрицает.
 - За несколько дней до заболевания пациента перенесла ОРВИ, после которого на слизистой носа оставались корочки и трещинки
- Перенесенные заболевания: Артериальная гипертензия 1 ст. (принимает "эналаприл"), желчекаменная болезнь, варикозная болезнь вен нижних конечностей, ожирение II степени, сахарный диабет отрицает (однако, имеет дома глюкометр: натощак глюкоза крови 7,3-7,8)

Объективный статус

Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза

- нарастания титра специфических IgG в 4-е раза
- снижения титра специфических IgG
- их полного клинического выздоровления
- отрицательного бактериологического исследования кала

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая клинико-анамнестические и лабораторные данные, можно думать о диагнозе

- нарастания титра специфических IgG в 4-е раза
- снижения титра специфических IgG
- их полного клинического выздоровления
- отрицательного бактериологического исследования кала

Диагностическим критерием местного очага воспаления при роже является эритема

- резко болезненная с нечеткими границами
- гомогенная, округлой формы, медленно увеличивающаяся в размерах
- с бледно-цианотичным центром и яркими краями
- с четкими границами и неровными контурами, горячая на ощупь

К первичным элементам рожистого очага относят

- геморрагии
- буллы
- эритему
- эрозии

К провоцирующим факторам при роже относят

- хроническую венозную недостаточность
- эндокринные нарушения
- нарушение целостности кожных покровов
- метаболический синдром

Предрасполагающим фактором для возникновения рожи у этой пациентки является

- нарушение целостности слизистой носа
- метаболический синдром
- желчекаменная болезнь
- варикозная болезнь вен нижних конечностей

К общим осложнениям рожи относится

- формирование флегмоны на месте эритемы
- абсцедирование очага
- инфекционно-токсический шок
- глубокий некроз кожи

Для лечения первичной неосложненной рожи применяют

- левомицетина сукцинат
- хинина дегидрохлорид
- терациклин гидрохлорид
- бензилпенициллин натриевую соль

Дополнительно, этой пациентке целесообразно назначить

- антибактериальные мази местно на очаг воспаления
- венотонизирующие и антикоагулянтные местные средства
- курс физиотерапии (УФО, УВЧ)
- лечебный массаж лица и воротниковой зоны

Методом профилактики рецидивов рожи является

- профилактический прием фторхинолонов
- вакцинотерапия
- профилактический прием аминогликозидов
- полноценное лечение первичной рожи

Показанием для профилактического назначения бицилина-5 больным рожей является

- рецидивирующее течение
- развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной флоры
- тяжелое течение заболевания
- распространенная рожа с захватом 3-х и более анатомических областей

При частых рецидивах рожи длительность бицилинопрофилактики составляет не менее + _____ + месяцев

- рецидивирующее течение
- развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной флоры
- тяжелое течение заболевания
- распространенная рожа с захватом 3-х и более анатомических областей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 64 лет на 4-й день болезни

Жалобы

• на высокую температуры тела, слабость, озноб, отек, покраснение, боль и появление пузырей в области левой голени.

Анамнез заболевания

• Заболевание началось днем остро с озноба, повышения температуры тела до 39,1°C, слабости, пропал аппетит, вечером заметила небольшой отек и покраснение в нижней трети левой голени. • На 2-й день болезни сохранялась высокая температура - 39,2°C, отек, яркое покраснение в области левой голени усилились, появилось жжение. • На 3-й день болезни сохранялись высокая температура - 39,3°, слабость, отек, боль и покраснение левой голени, появились пузыри. • Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие

(парацетамол) без эффекта. • Аналогичные заболевания на этой же ноге перенесла два раза за текущий год, последний раз - три месяца назад.

Анамнез жизни

• Пенсионерка • Проживает в отдельной квартире вместе с мужем. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, ангины, хронический отит, тонзилэктомия. Перелом левой голени 20 лет назад. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

Объективный статус

План обследования данной больной включает

- рецидивирующее течение
- развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной флоры
- тяжелое течение заболевания
- распространенная рожа с захватом 3-х и более анатомических областей

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- рецидивирующее течение
- развитие осложнений, связанных с присоединением вторичной флоры
- тяжелое течение заболевания
- распространенная рожа с захватом 3-х и более анатомических областей

Клинические признаки начального периода рожи включают

- заложенность носа, першение в горле, сухой «саднящий» кашель
- озноб, повышение температуры, слабость, головную боль
- боли в горле, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия
- озноб, повышение температуры, выраженную потливость, спленомегалию

К патогномоничным признакам рожи относят

- обильную сливную пятнисто-папулезную сыпь на гиперемизированном фоне
- пятнисто-папулезную сыпь с кожным зудом, микрополилимфаденопатию
- красный, резко болезненный при пальпации инфильтрат с геморрагическим пропитыванием, регионарный лимфаденит
- отек, яркую горячую на ощупь эритему с неровными контурами, геморрагии, буллы, регионарный лимфаденит

К местным осложнениям рожи, которые могут возникнуть у данной больной относят развитие

- единичных или множественных абсцессов
- облитерирующего эндартериита

- фокального витилиго
- хронического нейроаллергодерматоза

Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

- скарлатиной, системной красной волчанкой, краснухой
- энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом, иерсиниозом
- мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем
- менингококковой инфекцией, корью, бруцеллезом

Часто рецидивирующей рожей считают наличие рецидивов от + _____ + раз/раза в год

- 1
- 5
- 3
- 2

Тактика ведения данной больной заключается в

- госпитализации в инфекционный стационар
- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в хирургическое отделение
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Лечебная тактика в отношении данной пациентки, заключается в назначении

- тугого бинтования с наложением синтомициновой эмульсии в сочетании с физиотерапией
- антибактериальных мазей (местно на очаг) и глюкокортикостероидов коротким курсом
- двухкурсового лечения антибактериальными препаратами
- монотерапии антибактериальными препаратами, действующими на L-формы стрептококка

Нахождение больного рожей в инфекционном стационаре осуществляется до

- момента уменьшения эритемы
- появления пигментации в области рожистого очага
- 10-го дня нормальной температуры
- клинического выздоровления

Для профилактики рожи, данной пациентке следует рекомендовать

- бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели 1 год

- тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц
- эритромицин по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев
- левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев

Инкубационный период рожи при экзогенном заражении длится до

- бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели 1 год
- тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц
- эритромицин по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев
- левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 58 лет на 3-й день болезни

Жалобы

• на повышение температуры тела, слабость, головную боль, покраснение левой голени, чувство жжения и распирания в ней, появление пузырей.

Анамнез заболевания

• Заболела остро: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 38,6°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие препараты, без видимого эффекта. • На вторые сутки заболевания появились тянущие боли в левой паховой области, покраснение, отёк, чувство распирания и жжения в области левой голени. Использовала местно полуспиртовые компрессы. • На третьи сутки на фоне сохраняющейся лихорадки с ознобом отметила увеличение очага в размерах и его яркости, появление пузырей, болей в левой нижней конечности при движениях и при ходьбе.

Анамнез жизни

• Пенсионерка. • Проживает в отдельной квартире с мужем, дочерью и внуком. • Похожим заболеванием болеет второй раз. Первый раз – 3 года назад на этой же конечности. Лечилась самостоятельно. • Вредные привычки: отрицает. • За день до заболевания пациента долго простояла на балконе (ждала внука), «промерзла».

Объективный статус

Составьте план обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза

- бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели 1 год
- тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц
- эритромицин по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев
- левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- бициллин-5 по 1,5 млн ЕД 1 раз в три недели 1 год
- тетрациклин по 0,3 г 4 раза в день 1 месяц
- эритромицин по 0,5 г 4 раза в день 6 месяцев
- левофлоксацин по 0,5 г 2 раза в день 8 месяцев

Клинические признаки буллезно-геморрагической рожи включают наличие

- мелкоточечной геморрагической сыпи на гиперемизированном фоне
- эритемы с размытыми границами и плоских булл
- пустулезных элементов с формированием геморрагических корок
- булл и геморрагий на фоне эритемы

Критерием часто рецидивирующей рожи является

- развитие рецидива через 6 месяцев с иной локализацией очага
- ежегодный рецидив с той же локализацией очага
- развитие рецидива в течение 6 месяцев с той же локализацией очага
- наличие 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией

Местными осложнениями, которые могут возникнуть у данной больной, являются

- абсцессы, флегмоны
- менингит, облитерирующий эндартериит
- тромбоэмболия легочной артерии, сепсис
- инфекционно-токсический шок, пневмония

Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

- эризепилоидом, боррелиозом, краснухой
- абсцессом, узловатой эритемой, контактным дерматитом
- сибирской язвой, бруцеллезом, боррелиозом
- опоясывающим лишаем, корью, иерсиниозом

Последствием рожи является

- сепсис
- флегмона
- фибридема
- абсцесс

Антибиотиками, применяемыми в остром периоде повторной рожи являются

- тетрациклины
- сульфаниламиды
- пенициллины

- аминогликозиды

Назначение препаратов, действующих на L- формы стрептококка, показано при

- повторной роже
- частом рецидивировании рожи
- тяжелом течении
- наличие осложнений

Местная терапия при буллезных формах рожи включает назначение

- тугое бинтование с ихтиоловой или линкомициновой мазями
- примочек с риванолом или фурацилином
- перевязок с линиментом Вишневского или левомеколем
- перевязок с синтомициновой эмульсией и перманганатом калия

К показаниям для назначения бициллина-5 больным рожей относят

- рожу лица
- преклонный возраст пациента
- развитие гнойных осложнений
- частые рецидивы болезни

Методом профилактики рецидивов рожи является назначение

- рожу лица
- преклонный возраст пациента
- развитие гнойных осложнений
- частые рецидивы болезни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

26.02. врач-терапевт участковый прибыл на вызов к пациентке 53-х лет на 3-ий день болезни.

Жалобы

- на повышение температуры тела, озноб, общую слабость, покраснение, отёк, в области левой нижней конечности, боли в ней при движениях и при ходьбе.

Анамнез заболевания

• Ухудшение самочувствия с 24.02.: слабость, потрясающий озноб, подъём температуры тела до 39,0°C. Начала самостоятельно принимать жаропонижающие, обезболивающие препараты. 25.02.: появились покраснение, отёк, чувство распирания и жжения в области левой голени. Использовала местно мази троксевазин, левомеколь, спиртовые компрессы. 26.02.2018: на фоне сохраняющейся лихорадки с ознобом отметила увеличение очага в

размерах и его яркости, болей в левой нижней конечности при движениях и при ходьбе.

Анамнез жизни

• Повар. • Перенесенные заболевания: ветряная оспа, краснуха, скарлатина - в детстве, артериальная гипертензия II, хронический бронхит, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, микоз стоп. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Вредные привычки: отрицает. • Проживает с семьёй (муж, сын, жена сына, внуки) в отдельной квартире. • Эпиданамнез: Работа связана с постоянной повышенной статической физической нагрузкой, микротравматизацией кожных покровов, резкой сменой температуры воздуха. • Покраснение и отёк левой голени на фоне подъёма температуры тела до 37.5° – 38.0°C отмечались также в декабре предыдущего года (3 месяца назад), лечилась амбулаторно, принимала азитромицин по схеме, ортофен, местно использовала троксевазин. После выздоровления приступила к работе.

Объективный статус

Составьте план лабораторного обследования данной пациентки для подтверждения предполагаемого диагноза

- рожу лица
- преклонный возраст пациента
- развитие гнойных осложнений
- частые рецидивы болезни

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- рожу лица
- преклонный возраст пациента
- развитие гнойных осложнений
- частые рецидивы болезни

Опорными диагностическими критериями местных изменений в очаге рожи являются наличие

- эритемы с неровными границами, увеличенных регионарных лимфатических узлов, отёка
- геморрагической сыпи с центральными некрозами на плотном основании, безболезненных при пальпации
- гиперемии с размытыми краями и флюктуацией в области очага воспаления, болей дёргающего характера в покое
- выраженного лимфаденита с резкой болезненностью и геморрагического пропитывания тканей над лимфоузлом

Предрасполагающим фактором для возникновения рецидива рожи у данной пациентки является

- микротравматизация кожных покровов
- микоз стоп
- психоэмоциональный стресс
- резкая смена температуры

Провоцирующим фактором при роже является

- метаболический синдром
- переохлаждение
- венозная недостаточность
- эндокринные нарушения

В классификацию рожи по распространённости местных проявлений включена форма

- распространённая
- септикопиемическая
- абдоминальная
- генерализованная

Осложнениями рожи являются

- гломерулонефрит, острая почечная недостаточность, острая печёночная энцефалопатия, респираторный дистресс-синдром
- стойкий лимфостаз, вторичная слоновость, облитерирующий эндартериит, атеросклероз коронарных артерий
- отит, гайморит, дерматит, дакриоцистит
- абсцесс, флебит, сепсис, инфекционно-токсический шок

К последствиям перенесенной рожи относится развитие

- синовита, бурсита
- гемолитической анемии, тромбоцитопении
- окуло-уретро-синовиального синдрома, узловой эритемы
- лимфедемы, фибредемы

Критерием часто рецидивирующей рожи является наличие

- 3-х и более рецидивов в год с той же локализацией очага
- рецидива через 12 месяцев с той же локализацией очага
- рецидива через 6 месяцев с иной локализацией очага
- ежегодного сезонного рецидивирования с той же локализацией очага

Учитывая выраженную инфильтрацию кожи в местном очаге, пациентке показано назначение

- нестероидных противовоспалительных средств
- иммунокорректирующей терапии

- глюкокортикостероидов коротким курсом
- 2-х курсов антибактериальной терапии с назначением на втором курсе линкомицина

Для лечения данной больной целесообразно назначить (при переносимости) препараты группы

- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений
- тетрациклинов
- аминогликозидов

Метод непрерывной круглогодичной бициллинопрофилактики рожи целесообразен при наличии

- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений
- тетрациклинов
- аминогликозидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов врача на дом к пациентке 72 лет на 2-й день болезни

Жалобы

• на озноб, повышение температуры тела, слабость, головную боль, отек, покраснение и жжение лица.

Анамнез заболевания

• Заболела утром остро с озноба, повышение температуры тела до 38,8°C, головной боли, слабости. Вечером заметила красное пятно в области левой щеки. • На 2-й день болезни сохранялась высокая температура, появились отек, яркое покраснение и жжение в области левой половины лица, сужение глазной щели. • Лечилась самостоятельно, принимала жаропонижающие (парацетамол) без эффекта.

Анамнез жизни

• Пенсионерка • Проживает в отдельной квартир вместе с мужем. • Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, в том числе скарлатина, ангины, хронический гайморит, аппендэктомия. • Вредные привычки: отрицает. • Прививочный анамнез не помнит (со слов пациентки прививалась в школе). Делала прививку от гриппа.

Объективный статус

План обследования данной пациентки включает назначение

- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений

- тетрациклинов
- аминогликозидов

Результаты лабораторных методов обследования

Какой основной диагноз?

- карбапенемов
- цефалоспоринов I-II поколений
- тетрациклинов
- аминогликозидов

Клинические признаки начального периода рожи включают

- озноб, повышение температуры, слабость, головную боль
- выраженный озноб, сменяющийся жаром и обильным потоотделением
- боли в горле, полилимфаденопатия, гепатоспленомегалия
- заложенность носа, першение в горле, сухой кашель

Патогномоничными признаками рожи являются

- отек, яркая горячая на ощупь эритема с неровными контурами, регионарный лимфаденит
- пятнисто-папулезная сливная сыпь, наличие кожного зуда
- красный, резко болезненный при пальпации инфильтрат с размытыми границами и геморрагическим пропитыванием, лимфаденопатия
- обильные везикулезные высыпания на гиперемизованном фоне, микролимфаденопатия

Осложнениями рожи являются

- вторичная слоновость, облитерирующий эндартериит, флегмона
- гломерулонефрит, острая почечная недостаточность, острая печёночная энцефалопатия
- респираторный дистресс-синдром, стойкий лимфостаз, атеросклероз коронарных артерий
- абсцесс, тромбофлебит, инфекционно-токсический шок

Дифференциальную диагностику рожи следует проводить с

- экземой, энтеровирусной инфекцией, бруцеллезом
- системной красной волчанкой, корью, бруцеллезом
- скарлатиной, опоясывающим лишаем, краснухой
- мигрирующей эритемой, аллергическим дерматитом, опоясывающим лишаем

Рожу считают часторецидивирующей при наличии рецидивов от _____ раз/раза в год

- 5
- 1
- 2
- 3

Тактика ведения данной больной заключается в

- госпитализации в инфекционный стационар
- госпитализации в хирургическое отделение
- ведении пациента в дневном стационаре
- ведении пациента в амбулаторных условиях

Лечебная тактика при первичной роже лица заключается в назначении

- противовирусных препаратов и местного назначения мази вишневского
- антибактериальной терапии в сочетании с антигистаминными препаратами
- антибактериальных мазей (местно) и нестероидных противовоспалительных препаратов
- тугого бинтования с наложением синтомициновой эмульсии в сочетании с физиотерапией

Препаратом выбора при лечении пациентки с первичной рожей в условиях стационара является

- ципрофлоксацин
- бензилпенициллин
- амоксициллин
- гентамицин

Профилактика рецидивов рожи включает

- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- вакцинотерапию

Профилактика часто рецидивирующей рожи проводится

- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- вакцинотерапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 40 лет.

Жалобы

• На эпизод внезапно развившегося удушья, потемнения в глазах и последующей потери сознания, после чего появилась одышка при привычных нагрузках

Анамнез заболевания

Считал себя здоровым человеком, не обследовался и за медицинской помощью не обращался. Эпизод удушья и потери сознания развился на фоне привычной дневной активности. За неделю до возникновения жалоб пациент занимался в спортивном зале со штангой (непривычная для него нагрузка)

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Работает автослесарем. • Перенесённые заболевания: ОРВИ, рецидивирующий тромбоз 1 год назад • Наследственность: мать – гипертоническая болезнь, отец – перенесенный тромбоз глубоких вен правого бедра. • Аллергоанамнез: не отягощен. • Вредные привычки: нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, вес - 84 кг, рост – 187 см. Индекс массы тела (ИМТ) = $24,7 \text{ кг/м}^2$, Т тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. SpO₂ 95% при дыхании атмосферным воздухом. ЧСС 72 в мин. АД - 115/70 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- вакцинотерапию

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- вакцинотерапию

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- лечение предрасполагающих заболеваний
- профилактический прием фторхинолонов
- регулярный прием стафилококкового бактериофага
- вакцинотерапию

Вероятность ТЭЛА у пациента по клиническим данным: модифицированный индекс Geneva

- средняя
- высокая
- низкая
- очень высокая

Патогномоничным изменением ЭКГ при ТЭЛА является паттерн

- rSR в отведении V1
- депрессия сегмента PQ
- S1Q3
- дельта-волна на восходящем колене зубца R

Оценка вероятности ТЭЛА у пациента по клиническим данным: индекс Wells

- низкая
- средняя
- высокая
- очень высокая

Проведение тромболитической терапии при острой ТЭЛА показано при

- кардиогенном шоке
- повторной ТЭЛА
- илиофemorальном тромбозе
- двусторонней ТЭЛА

Для продленной тромбопрофилактики используют _____ в сутки

- дабигатран 110 мг два раза
- аспирин 100 мг
- ривароксабан 15 мг два раза
- апиксабан 2,5 мг два раза

Продленная тромбопрофилактика показана при

- остром венозном тромбозе
- повторном эпизоде неспровоцированной ТЭЛА
- вторичной легочной гипертензии
- известной генетической тромбофилии

Длительность антикоагулянтной терапии после первого эпизода венозной тромбоэмболии составляет не менее _____ месяцев

- 6
- 3
- 9
- 12

Анализ на D-димер проводят для

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки риска смерти в период госпитализации

Магнитно-резонансная томография для диагностики ТЭЛА

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки риска смерти в период госпитализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 36 лет.

Жалобы

на • быструю утомляемость, сонливость, снижение памяти, • сухость кожи, • выпадение волос на голове.

Анамнез заболевания

• В течение года беспокоит утомляемость, сонливость, снижение памяти. • В течение месяца отмечает сухость кожных покровов, выпадение волос.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально. • Работает менеджером. • Перенесённые заболевания: детские инфекции. • Беременности – 2, роды – 2. •

Наследственность: неотягощена. • Аллергоанамнез: неотягощен. • Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 166 см, масса тела – 63 кг, индекс массы тела – $22,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,2^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы

не увеличены, отмечаются плотные отеки голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 50 в минуту. АД – 120/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, пальпируется узловое образование в левой доле. Глазные симптомы отрицательные.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки риска смерти в период госпитализации

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для обследования инструментальные методы исследования

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки риска смерти в период госпитализации

Результаты инструментальных методов обследования

**Дополнительно пациентке необходимо определить + _____ +
сыворотки крови**

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки риска смерти в период госпитализации

Результат дополнительного обследования

Пациентке показано проведение

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- исключения венозных тромбоэмболических осложнений
- подтверждения венозных тромбоэмболических осложнений
- оценки риска смерти в период госпитализации

Результат дополнительного обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- оценки вероятности ТЭЛА по индексу Wells
- исключения венозных тромбозмболических осложнений
- подтверждения венозных тромбозмболических осложнений
- оценки риска смерти в период госпитализации

Диагноз

Пациентке необходимо назначить

- левотироксин натрия в дозе 50 мкг
- левотироксин натрия в дозе 100 мкг
- йодид калия в дозе 200 мкг
- тиамазол в дозе 30 мг

Для контроля лечения необходимо оценить уровень

- Т4 свободного
- ТТГ
- Т3 свободного
- Т4 общего

Определение уровня ТТГ необходимо провести через +____+ недель/недели после начала терапии

- 2
- 4
- 12
- 8

В случае наступления беременности пациентке необходимо рекомендовать

- увеличить дозу левотироксина натрия на 30-50%
- отменить левотироксин натрия
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30-50%
- заменить левотироксин натрия на йодид калия

После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

- 1 раз в 2 месяца
- 1 раз в год
- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года

УЗИ щитовидной железы необходимо проводить +____+ раза/раз в год

- 1
- 2

- 4
- 3

Профилактика осложнений первичного гипотиреоза заключается в

- 1
- 2
- 4
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме пациентка 21 года.

Жалобы

на * слабость, плохой аппетит, * похудание, * головокружение.

Анамнез заболевания

* Пациентка затрудняется сказать, когда появилась слабость, снизился аппетит.

* В течение последнего месяца похудела на 4 кг, появилось головокружение, особенно выраженное при перемене положения тела. * 2 месяца назад обращалась к врачу-психиатру с жалобами на плохое настроение, был назначен антидепрессант агомелатин 25 мг в сутки. В связи с отсутствием положительного эффекта самостоятельно отменила лечение 3 недели назад.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Является студенткой. * Перенесённые заболевания: детские инфекции. * Менструации регулярные, средней обильности, безболезненные. * Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, принимает левотироксин натрия около 10 лет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сниженного питания, рост – 172 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – $18,7 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы оттенка легкого загара, влажные, кожные складки и слизистая оболочка полости рта гиперпигментированы, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Лобковое оволосение по женскому типу, скудное. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации не увеличена, безболезненная, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании.

Для постановки диагноза необходимо определение + _____ +
сыворотки крови утром натощак

- 1

- 2
- 4
- 3

Результаты обследования

Результаты обследования

Для косвенного подтверждения диагноза необходимо выполнить

- 1
- 2
- 4
- 3

Результаты дополнительных методов обследования

Определение антител к + _____ + позволяет идентифицировать этиологию заболевания

- 1
- 2
- 4
- 3

Результаты обследования

Какой диагноз вы поставите пациентке?

- 1
- 2
- 4
- 3

Диагноз

Пациентке необходимо назначить гидрокортизон в дозе + _____ +, флудрокортизон в дозе

- 25 мг в сутки в 2 приема; 100 мкг в сутки утром
- 50 мг в сутки в 2 приема; 200 мкг в сутки в два приема
- 10 мг утром; 50 мкг перед сном
- 50 мг вечером; 50 мкг вечером

Как альтернативу гидрокортизону можно назначать некоторым пациентам + _____ + мг/сутки

- дексаметазон 1

- дексаметазон 3
- преднизолон 15
- преднизолон 5

Оценивать адекватность заместительной терапии необходимо по

- уровню кортизола
- уровню антител к 21-гидроксилазе
- клиническому состоянию
- уровню альдостерона

Заместительную терапию пациентке необходимо продолжать

- пожизненно
- до наступления беременности
- до исчезновения антител к 21-гидроксилазе
- в течение 12-18 месяцев

На фоне заместительной терапии у пациентки отмечается повышение АД до 130/100 мм рт.ст.; вы порекомендуете ей

- снизить дозу флудрокортизона до 50 мкг
- снизить дозу гидрокортизона до 10 мг
- добавить к лечению торасемид 5 мг
- отменить флудрокортизон

У пациентки есть риск развития

- пернициозной анемии
- синдрома поликистозных яичников
- гормонально-неактивной опухоли надпочечника
- синдрома множественных эндокринных неоплазий 2 типа

Профилактика развития аддисонического криза при интеркуррентном заболевании заключается в

- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Пациентам с первичной надпочечниковой недостаточностью, получающим заместительную терапию, показана консультация врача-эндокринолога 1 раз в

- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты

- увеличении дозы глюкокортикоидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 38 лет.

Жалобы

на * на периодически беспокоящую сухость во рту, * кожный зуд, * мелькание «мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания

* В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд. * Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает менеджером. * В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг. * В 16 лет установлен диагноз «сахарный диабет 1 типа», получает инсулин гларгин 32 Ед в сутки, инсулин аспарт по 8-10 Ед на основные приемы пищи, самоконтроль гликемии нерегулярный, последний визит к врачу-эндокринологу более года назад. * Перенесённые заболевания и операции: аппендэктомия в детстве. * Беременности – 1, роды – 1 (масса тела ребенка при рождении – 3800 г). * Наследственность: у отца инфаркт миокарда. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит. * Питание включает продукты с большим количеством легкоусваиваемых углеводов, подсчет ХЕ не проводит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 174 см, масса тела – 51 кг, индекс массы тела – $16,8 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Осмотр нижних конечностей: кожа чистая, сухая, пульсация на артериях стопы сохранена с обеих сторон, чувствительность не снижена.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимо провести инструментальные методы обследования

- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Результаты инструментальных методов обследования

Пациентке необходимо оценить

- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Результаты дополнительных методов обследования

С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

- увеличении дозы минералокортикоидов
- дополнительном назначении глутаминовой кислоты
- дополнительном назначении аскорбиновой кислоты
- увеличении дозы глюкокортикоидов

Диагноз

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- общее потребление белков, жиров и углеводов, не отличающееся от такового у здорового человека
- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < + _____ + %

- 7,5
- 6,0
- 6,5
- 7,0

Для компенсации углеводного обмена пациентке показано обучение в школе Диабета и

- самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, интенсифицированная инсулинотерапия
- самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, дробная инсулинотерапия
- самоконтроль гликемии, подсчет ХЕ, инсулинотерапия, метформин
- коррекция стандартных доз инсулинотерапии, питание с ограничением углеводов

Для лечения диабетической ретинопатии показано

- проведение витрэктомии
- проведение лазеркоагуляции сетчатки
- проведение витрэктомии с эндолазеркоагуляцией
- назначение сулодексида

Пациентке с диабетическим макулярным отеком может быть показана терапия

- ранибезумабом
- метотрексатом
- этанерцептом
- инфликсимабом

Необходим повторный контроль _HbA1c_ через +_____+ (в месяцах)

- 1
- 3
- 12
- 9

Проверка техники и осмотр мест введения инсулина должны проводиться не реже 1 раза в +_____+ месяцев

- 6
- 12
- 10
- 8

Применение антиоксидантов и витаминов при диабетической ретинопатии

- 6
- 12
- 10
- 8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 72 лет.

Жалобы

на * отеки на ногах, * одышку при обычной физической нагрузке, * на сухость во рту.

Анамнез заболевания

* Несколько месяцев назад появилась одышка при ходьбе в обычном темпе, тогда же заметила отеки на ногах в области лодыжек. * В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Пенсионерка. * Перенесённые заболевания, операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия в 42 года), периодически повышение артериального давления, максимально до 175 и 105 мм.рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает. * Наследственность: у отца сахарный диабет 2 типа. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает. * Часто употребляет конфеты, торты, хлебобулочные изделия.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 164 см, масса тела – 76 кг, индекс массы тела – $28,1 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,2^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, плотные отёки голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 158/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 6
- 12
- 10
- 8

Результаты лабораторных методов обследования

Какое дополнительное исследование необходимо провести?

- 6
- 12
- 10
- 8

Результаты дополнительного обследования

Инструментальными исследованиями, которые необходимо провести пациентке, являются

- 6
- 12
- 10
- 8

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований пациентке можно поставить диагноз

- 6
- 12
- 10
- 8

Диагноз

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < + _____ + %

- 7,5
- 6,5
- 8,0
- 7,0

В качестве сахароснижающей терапии показано назначение

- метформина и эмпаглифлозина
- акарбозы и глибенкламида
- метформина и саксаглиптина
- метформина и глибенкламида

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 12
- 3
- 2
- 9

Пациентке необходимо рекомендовать проводить контроль глюкозы капиллярной крови + _____ + и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- перед каждым приемом пищи

- 1 раз в неделю натощак
- 2 раза в сутки утром и вечером
- 1 раз в сутки в разное время

Для лечения сопутствующей патологии показано назначение

- моксонидина, анаприлина, гипотиазида и розувостатина
- метопролола, торасемида, фенофибрата и лизиноприла
- лизиноприла, бисопролола, гипотиазида и розувастатина
- верапамила, бисопролола, колестирамина и аспирина

При обследовании через 6 месяцев уровень HbA1c составил 8,4%.

Пациентке показано назначение

- пиоглитазона
- саксаглиптина
- глибенкламида
- инсулина ультракороткого действия

Медикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в приеме

- ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- метформина
- витамина Д
- тиазолидиндионов

Немедикаментозная профилактика сахарного диабета 2 типа для лиц с избыточной массой тела, нарушенной толерантностью к глюкозе и нарушенной гликемией натощак заключается в

- ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- метформина
- витамина Д
- тиазолидиндионов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 58 лет.

Жалобы

на * сухость во рту, * жажду.

Анамнез заболевания

* В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и жажда. * К врачу с подобными жалобами обратилась впервые.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает медсестрой. * В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 5 кг. * 6 лет назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления до 165/100 мм рт.ст., назначен Валсартан в дозе 180 мг). * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия в детстве. * Беременности – 2, роды – 2 (вес детей при рождении 3500 г и 4100 г). * Наследственность: у матери мерцательная тахикардия, ишемический инсульт в 63 года. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит. * Часто употребляет конфеты и газированные напитки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 167 см, масса тела – 71 кг, индекс массы тела – $25,4 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 74 в минуту. АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- ингибиторов дипептидилпептидазы-4
- метформина
- витамина Д
- тиазолидиндионов

Результаты лабораторных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз

- Нарушение толерантности к глюкозе
- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушение гликемии натощак
- Сахарный диабет 1 типа

Для уточнения стадии поражения почек необходимо

- Нарушение толерантности к глюкозе
- Сахарный диабет 2 типа
- Нарушение гликемии натощак
- Сахарный диабет 1 типа

Результаты дополнительных методов обследования

С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек

- C2, A1
- C4, A3
- C3a, A3
- C3b, A2

У пациентки присутствует следующая сопутствующая патология

- Артериальная гипертензия 2 ст, низкий сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.
- Артериальная гипертензия 2 ст, высокий сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени.
- Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 1 ст, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0,8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < + _____ + %

- 5,5
- 6,0
- 7,0
- 7,5

В качестве сахароснижающей терапии следует назначить

- лираглутид
- инсулин короткого действия
- глибенкламид
- натеглинид

Для лечения осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии показано назначение

- индапамида, аторвастатина, валсартана
- моксонидина, бисопролола, гипотиазида
- метопролола, торасемида, фенофибрата
- верапамила, бисопролола, колестирамина

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 3
- 12
- 2
- 9

Оценка альбуминурии/протеинурии у больного с сахарным диабетом и хронической болезнью почек С3 должна проводиться 1 раз в + ____ + месяца/месяцев

- 3
- 6
- 12
- 9

У пациентки на додиализных стадиях ХБП необходим контроль уровня витамина

- 3
- 6
- 12
- 9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому пришел пациент 49 лет.

Жалобы

на * сухость во рту, * жажду.

Анамнез заболевания

* Около 3-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает водителем. * Перенесённые заболевания: в течение 2-х лет в связи с повышением артериального давления самостоятельно стал принимать индапамид 2,5 мг в сутки, на этом фоне периодически при самоконтроле отмечает повышение артериального давления, максимально до 145 и 100 мм рт.ст. * Наследственность: у отца – инфаркт

миокарда в 59 лет. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: отрицает. * Питается нерегулярно, употребляет сладкие газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 184 см, масса тела – 93 кг, индекс массы тела – $27,4 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,2^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 3
- 6
- 12
- 9

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 3
- 6
- 12
- 9

Диагноз

Из сопутствующей патологии у пациента имеется (уровень общего холестерина – 6,9 ммоль/л, ЛПНП – 1,9 ммоль/л)

- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий сердечно-сосудистых осложнений. Дислипидемия. Ожирение 2 степени
- Артериальная гипертензия 2 ст., низкий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени
- Артериальная гипертензия 1 ст., средний риск сердечно-сосудистых осложнений. Дислипидемия. Избыточная масса тела
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Дислипидемия. Избыточная масса тела

Рекомендации по изменению образа жизни включают + _____ + с целью снижения массы тела

- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + _____ + %

- 7,0
- 6,0
- 7,5
- 6,5

В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить

- монотерапию глибенкламидом
- комбинацию метформина и вилдаглиптина
- комбинацию инсулина и пиоглитазона
- комбинацию глибенкламида и репаглинида

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 9
- 12
- 3
- 2

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови + _____ + и проводить 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- 1 раз в неделю натощак
- 2 раза в сутки утром и вечером
- перед каждым приемом пищи
- 1 раз в сутки в разное время

Для лечения сопутствующей патологии показано назначение

- верапамила, бисопролола и эзетимиба
- моксонидина, бисопролола и гипотиозида
- эналаприла, нифедипина и аторвастатина
- метопролола, торасемида и фенофибрата

При снижении скорости клубочковой фильтрации < 45 мл/час необходимо изменить дозу

- вилдаглиптина
- метформина
- нифедипина
- аторвастатина

Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- альбуминурии

Кратность ежегодного посещения врача-офтальмолога в рамках мониторинга больного сахарным диабетом без диабетической ретинопатии составляет +___+ раза/раз в год

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- альбуминурии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился пациент 50 лет.

Жалобы

на * периодически беспокоящую сухость во рту, * онемение и жжение в стопах.

Анамнез заболевания

* в течение полугода беспокоят онемение и жжение в стопах, * накануне обращения появилась боль в правой ноге при ходьбе более 300 м.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает строителем. * Около 3 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает пероральную сахароснижающую терапию (метформин 2000 мг в сутки, алоглиптин 25 мг в сутки). Мониторинг гликированного гемоглобина и биохимического анализа крови проводился более года назад. * Около года отмечается повышение артериального давления до 165/100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает. * Перенесённые заболевания: простудные. * Наследственность: у деда сахарный диабет 2 типа. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курение. * Питание включает продукты с большим количеством простых углеводов и животных жиров.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, масса тела – 105 кг, индекс массы тела – $33,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 165/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Кожные покровы правой стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация тыльной артерии правой стопы снижена. На дистальной фаланге безымянного пальца правой стопы язвенный дефект $0,5 \times 0,5 \text{ см}$ без гнойного отделяемого, без эритемы. Снижена тактильная и болевая чувствительность правой стопы. ЛПИ-0,8.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- альбуминурии

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- альбуминурии

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- альбуминурии

Диагноз

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $\text{HbA1c} < + \text{_____} + \%$

- 7,5

- 8,0
- 6,5
- 7,0

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

- Артериальная гипертензия 2 степени., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени.
- Артериальная гипертензия 2 степени., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.
- Артериальная гипертензия 1 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 степени., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 степени.

Рекомендации данному пациенту по изменению образа жизни включают

- уменьшение количества выкуриваемых сигарет, питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- уменьшение количества выкуриваемых сигарет и массы тела, питание с исключением углеводов и высоким содержанием белка, ношение разгрузочного башмака
- отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, умеренные аэробные физические нагрузки не менее 150 минут в неделю (бег, плавание)
- отказ от курения, уменьшение массы тела, гипокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ношение разгрузочного башмака

Для коррекции сахароснижающей терапии необходимо

- заменить метформин на пиоглитазон
- увеличить дозу алоглиптина
- добавить акарбозу
- добавить базальный инсулин

Пациенту с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы показаны

- мазовые повязки, противомикробная терапия и озонотерапия
- антибиотикотерапия и консультация хирурга-ортопеда
- анальгетики, ампутация правой ноги на уровне нижней трети голени
- обработка раны и консультация сосудистого хирурга

Необходим повторный контроль HbA1c через +_____+ месяца/месяцев

- 9
- 2
- 3
- 12

Через 6 месяцев после интенсификации сахароснижающей терапии у пациента уровень HbA1c составил 9,0 % . Пациенту необходимо

- отменить алоглиптин, интенсифицировать и оптимизировать инсулинотерапию
- отменить всю пероральную сахароснижающую терапию, назначить базис-болюсную инсулинотерапию
- назначить антибактериальный препарат, оставив прежнюю сахароснижающую терапию
- добавить инсулин короткого действия перед каждым приемом пищи

Профилактика образования язвенных дефектов в области стопы заключается в

- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок
- регулярных горячих ножных ванн с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении кабинета диабетической стопы

У пациента с сахарным диабетом 2 типа на инсулинотерапии необходимо осматривать места инъекции инсулина не реже 1 раза в +_____+ месяцев

- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок
- регулярных горячих ножных ванн с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении кабинета диабетической стопы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому пришла пациентка 42 лет.

Жалобы

на * сухость во рту, * жажду, * частое мочеиспускание.

Анамнез заболевания

В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает воспитателем в детском саду. * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия 16 лет назад. *

Беременности – 3, роды – 3 (масса тела детей при рождении 3400 г, 3600 и 4700 г). * Наследственность: у матери – сахарный диабет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает. * Часто употребляет мучные и кондитерские изделия, сладкие газированные напитки.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 168 см, масса тела – 79 кг, индекс массы тела – $28,2 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 125/88 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок
- регулярных горячих ножных ванн с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении кабинета диабетической стопы

Результаты лабораторных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз

- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок
- регулярных горячих ножных ванн с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении кабинета диабетической стопы

Диагноз

После установки диагноза необходимо провести

- регулярном посещении косметического салона для проведения педикюра
- посещении тренажерного зала с выполнением аэробных нагрузок
- регулярных горячих ножных ванн с удалением ороговевших слоев кожи стопы самостоятельно или родственниками
- регулярном посещении кабинета диабетической стопы

Результаты дополнительных методов обследования

Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела

- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < + _____ + %

- 7,5
- 6,5
- 7,0
- 6,0

В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается

- метформин
- акарбоза
- глибенкламид
- вилдаглиптин

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 2
- 3
- 9
- 12

Пациентке необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови + _____ + и проводить гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) 1 раз в неделю

- перед каждым приемом пищи
- 1 раз в неделю натощак
- 2 раза в сутки утром и вечером
- 1 раз в сутки в разное время

Через 6 месяцев у пациентки уровень HbA1c 7,1% на монотерапии метформином в дозе 2000 мг. Вы порекомендуете

- отменить метформин и назначить препараты сульфонилмочевины
- добавить к метформину ингибиторы дипептидилпептидазы 4 типа
- продолжить терапию в прежнем режиме, исследовать HbA1c через 3 месяца

- увеличить дозу метформина

Целевой уровень холестерина ЛНП для данной пациентки составляет < + _____ + ммоль/л

- 1,4
- 4,5
- 1,8
- 2,5

Контролировать клинический анализ крови у больных с сахарным диабетом 2 типа без осложнений необходимо + _____ + раз/раза в год

- 4
- 2
- 1
- 3

Целевые цифры артериального давления у больных с сахарным диабетом без хронической болезни почек составляют для систолического АД + _____ + мм рт.ст., для диастолического АД + _____ + мм рт.ст.

- 4
- 2
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 53 лет.

Жалобы

на * на периодически беспокоящую сухость во рту, * кожный зуд, * мелькание «мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания

* В течение нескольких месяцев беспокоит сухость во рту и кожный зуд. * Около недели отмечает появление «мушек» перед глазами.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает менеджером. * В течение последних 6 месяцев отмечает постепенное снижение веса на 5 кг. * Около 2 лет установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., назначен лозартан в дозе 100 мг). * Перенесённые заболевания: простудные. * Беременности – 1, роды – 1 (масса тела ребенка при рождении – 4200 г). * Наследственность: у отца инфаркт миокарда. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит. *

Питание включает продукты с большим количеством простых углеводов и животных жиров.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост – 164 см, масса тела – 98 кг, индекс массы тела – $36,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 78 в минуту. АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 4
- 2
- 1
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 4
- 2
- 1
- 3

Диагноз

Пациентке необходимо провести дополнительные методы обследования

- 4
- 2
- 1
- 3

Результаты дополнительных методов обследования

С учетом полученных данных обследования у пациентки имеет место

- пролиферативная диабетическая ретинопатия OU
- препролиферативная диабетическая ретинопатия OU
- непролиферативная диабетическая ретинопатия OU
- препролиферативная диабетическая ретинопатия с макулопатией OU

У пациентки из сопутствующей патологии присутствуют

- Артериальная гипертензия 2 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 1 ст.
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.
- Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.
- Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Гиперлипидемия. Избыточная масса тела.

В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить

- монотерапию метформином
- метформин и дапаглифлозин
- монотерапию вилдаглиптином
- алоглиптин и лираглутид

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является $HbA1c < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

- 7,0
- 5,5
- 6,0
- 7,5

Для лечения осложнений сахарного диабета и сопутствующей патологии показано назначение

- верапамила, бисопролола и колестирамина
- моксонидина, бисопролола и гипотиазида
- аторвастатина, лозартана, индапамида
- фуросемида, анаприлина, актовегина

Необходим повторный контроль $HbA1c$ через $+ \_\_\_\_\_\_ +$ месяца/месяцев

- 12
- 2
- 9
- 3

Через 6 месяцев после начала терапии у пациентки выявлен острый цистит, $HbA1c$ 7,0 % . Пациентке необходимо

- оставить прежнюю сахароснижающую терапию
- перевести на базис-болюсную инсулинотерапию
- отменить дапаглифлозин
- отменить метформин

Оценка креатинина и мочевины, липидов сыворотки, скорости клубочковой фильтрации у больного сахарным диабетом 2 типа должна проводиться не реже 1 раза в +____+ месяца/месяцев

- 18
- 36
- 24
- 12

Профилактика прогрессирования диабетической ретинопатии у данной пациентки заключается в достижении уровня гликированного гемоглобина менее +____+ %

- 18
- 36
- 24
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 56 лет.

Жалобы

на * сухость во рту, * жажду, * избыточный вес.

Анамнез заболевания

* В течение 3 лет отмечает увеличение массы тела на 10 кг. * Неоднократно пыталась соблюдать диету с целью снижения массы тела без эффекта. * В течение последнего месяца беспокоит сухость во рту и жажда.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает бухгалтером. * Перенесённые заболевания, операции: желчнокаменная болезнь (холецистэктомия 2 года назад), гестационный сахарный диабет, периодически повышение артериального давления, максимально до 165 и 100 мм рт.ст., регулярной гипотензивной терапии не получает. * Беременности – 2, роды – 2 (масса тела детей при рождении 3400 г и 4200 г). * Наследственность: у матери – инфаркт миокарда в 64 года. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает. * Часто употребляет хлебобулочные изделия, шоколад, газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 164 см, масса тела – 83 кг, индекс массы тела – $30,9 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены,

ритмичные, ЧСС – 68 в минуту. АД – 146/88 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 18
- 36
- 24
- 12

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 18
- 36
- 24
- 12

Диагноз

Какая сопутствующая патология присутствует у пациентки?

- Артериальная гипертензия 2 ст., низкий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени.
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени.
- Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени.

Рекомендации данной пациентке по изменению образа жизни включают

- низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является $HbA1c < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

- 7,0
- 5,5

- 7,5
- 6,0

В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается

- глибенкламид
- вилдаглиптин
- метформин
- акарбоза

Необходим повторный контроль HbA1c через +____+ месяца/месяцев

- 2
- 3
- 9
- 12

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии +_____+ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- 1 раз в неделю натощак
- 2 раза в сутки утром и вечером
- 1 раз в сутки в разное время
- перед каждым приемом пищи

При дообследовании выявлен уровень холестерина 7,8 ммоль/л. Для лечения сопутствующей патологии показано назначение

- моксонидина, бисопролола и гипотиазида
- эналаприла, нифедипина и аторвастатина
- метопролола, торасемида и фенофибрат
- верапамила, бисопролола и колестирамина

При снижении скорости клубочковой фильтрации <45 мл/мин/1,73 м² необходима коррекция дозы

- нифедипина
- гликлазида
- метформина
- аторвастатина

Наблюдение пациентки с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- альбуминурии
- эхокардиографии

- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

Кратность посещения врача-офтальмолога в рамках мониторинга пациента с сахарным диабетом без диабетической ретинопатии составляет +_____+ раза/раз в год

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- альбуминурии
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приёме у врача-терапевта участкового пациент 43 лет.

Жалобы

на * сухость во рту,; * жажду; * избыточный вес.

Анамнез заболевания

Около 3-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, с подросткового возраста имеет избыточную массу тела.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает системным администратором. * Перенесённые заболевания: 2 года назад установлен диагноз «артериальная гипертензия» (повышение артериального давления максимально до 175 и 105 мм рт.ст.), получает эналаприл 10 мг в сутки. * Наследственность: у отца – ожирение и сахарный диабет 2 типа. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит. * Питается нерегулярно, любит и часто употребляет фастфуд.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост – 176 см, масса тела – 113 кг, индекс массы тела – $36,5 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,3^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 128/98 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- альбуминурии
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови
- альбуминурии
- эхокардиографии
- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей

Диагноз

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

- Артериальная гипертензия 1 ст., низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела.
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст.
- Артериальная гипертензия 2 ст., очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 ст.
- Артериальная гипертензия 2 ст., высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 3 ст.

Рекомендации для данного пациента по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и

- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- низкокалорийную диету с исключением легкоусвояемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов и высоким содержанием белка, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + _____ + %

- 7,5
- 7,0
- 6,0
- 6,5

В качестве приоритетного препарата сахароснижающей терапии необходимо назначить

- лираглутид
- актрапид
- глибенкламид
- репаглинид

Необходим повторный контроль HbA1c через +_____+ месяца/месяцев

- 3
- 2
- 12
- 9

Пациенту необходимо проводить самоконтроль гликемии +_____+ и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- перед каждым приемом пищи
- 1 раз в неделю натощак
- 2 раза в сутки утром и вечером
- 1 раз в сутки в разное время

Для лечения артериальной гипертензии к эналаприлу целесообразно добавить

- торасемид
- моксонидин
- бисопролол
- гидрохлортиазид

Для диагностики наличия диабетической нефропатии пациенту необходимо

- провести пробу Зимницкого
- оценить альбуминурию
- провести экскреторную урографию
- провести дуплексное ультразвуковое исследование сосудов почек

Данному пациенту рекомендовано проведение самоконтроля артериального давления

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю

Для непролиферативной стадии диабетической ретинопатии характерны +_____+ на глазном дне

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 27 лет.

Жалобы

на * похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон;
* сердцебиение, * потливость, * ломкость ногтей, * слезотечение, покраснение глаз.

Анамнез заболевания

* В течение трех месяцев после сильного психо-эмоционального стресса стала отмечать сердцебиение, повышение аппетита, ломкость ногтей, снижение веса, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздраженной, появились слезотечение и инъекция склер, нарушение менструального цикла по типу олигоменореи. * В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает учителем. * Перенесённые заболевания: детские инфекции. * Беременности – 1, роды – 1. *

Наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, первичный гипотиреоз, принимает левотироксин около 10 лет. * Аллергоанамнез: не отягощен. *

Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 168 см, масса тела – 59 кг, индекс массы тела – 21 кг/м^2 , температура тела – $37,0^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. АД – 130/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, деформирует ее, при пальпации умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Тремор рук. ОУ отек век, умеренная гиперемия конъюнктивы, экзофтальм, ретракция верхнего века – 1 мм, положительный симптом Грефе.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 2-3 раза в день
- 2-3 раза в неделю

Диагноз

Перед назначением лечения пациенту необходимо исследовать

- иммунограмму и цитокиновый профиль
- тиреолиберин и паратиреоидный гормон
- кальцитонин и тиреоглобулин
- клинический и биохимический анализы крови

Пациентке необходимо назначить

- тиамазол 30 мг, анаприлин 120 мг в сутки
- преднизолон 20 мг, анаприлин 40 мг в сутки
- тиамазол 30 мг, преднизолон в режиме пульс терапии
- индометацин 75 мг, анаприлин 40 мг в сутки

Для решения вопроса о снижении дозы тиреостатических препаратов необходимо провести

- УЗИ щитовидной железы
- исследование АТ к ТПО и АТ к ТГ
- сцинтиграфию щитовидной железы
- исследование св. Т4 в сыворотке крови

Определение уровня св. Т4 необходимо провести через + _____ + недель/недели от начала лечения

- 16-18
- 12-14
- 3-4
- 1-2

Лечение тиамазолом необходимо продолжать + _____ + месяцев

- 24-36
- 12-18
- 4-6
- 8-10

Пациентке рекомендована консультация

- психиатра
- офтальмолога
- дерматолога
- невролога

В связи с наличием эндокринной офтальмопатии пациентке надо порекомендовать глазные капли с

- гипромеллозой
- тетраизолином
- дексаметазоном
- гентамицином

Для снижения риска прогрессирования эндокринной офтальмопатии пациентке следует дать рекомендации

- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение

Профилактика прогрессирования эндокринной офтальмопатии заключается в

- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 39 лет.

Жалобы

на * головные боли, * слабость.

Анамнез заболевания

* Около года назад было выявлено повышение артериального давления до 150/100 мм рт.ст., в качестве гипотензивной терапии получает эналаприл 10 мг в сутки. * В течение 2 лет наблюдается у врача-гинеколога с олигоменореей. * 3

месяца назад появилась и стала нарастать мышечная слабость в ногах. * В течение года поправилась на 8 кг.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает преподавателем. * Перенесённые заболевания: детские инфекции. * Менструации нерегулярные (менструальный цикл от 28 до 45 дней), скудные, безболезненные. * Беременностей 2 (в 29 и 36 лет, наступили самостоятельно, протекали без угрозы прерывания, роды в срок). * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, распределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу, рост – 165 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – $26,7 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,8^\circ\text{C}$. Лицо лунообразное, рубец щек. Кожные покровы: на лице, спине, груди – элементы пиодермии, на боковых поверхностях брюшной стенки, в поясничной области – бордовые стрии до 2 см в ширину, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 72 в минуту. АД – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, не увеличена, подвижная при глотании, узловые образования не пальпируются. Глазных симптомов нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом исследования является определение

- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение

Результаты гормонального метода обследования

Для подтверждения заболевания необходимо провести

- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение

Результаты дополнительных методов обследования

Для дифференциальной диагностики патогенетических вариантов заболевания необходимо выполнить

- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов

- прекратить курение

Для топической диагностики пациентке необходимо провести

- включить в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка
- исключить из рациона мясные блюда
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- прекратить курение

С учетом полученных данных обследования, проведение селективного забора из нижних каменистых синусов пациентке

- показано в случае отказа от операции
- не требуется
- требуется в связи с молодым возрастом
- показано в любом случае

Какой диагноз вы поставите пациентке?

- показано в случае отказа от операции
- не требуется
- требуется в связи с молодым возрастом
- показано в любом случае

Диагноз

Методом выбора лечения кортикотропиномы является

- пожизненная терапия блокаторами стероидогенеза
- трансназальная селективная аденомэктомия
- двусторонняя адреналэктомия
- лечение агонистами дофамина

Предиктором успешного лечения является

- женский пол
- размер опухоли менее 10 мм
- наличие в анамнезе двух беременностей
- возраст пациентки менее 40 лет

При неэффективности первого нейрохирургического вмешательства повторная операция возможна не ранее чем через

- 2 года
- 6 месяцев
- 3 недели
- 2 месяца

После нейрохирургического лечения ремиссия заболевания с низким риском рецидива регистрируется при

- лабораторно подтвержденной (кортизол в крови менее 50 нмоль/л) надпочечниковой недостаточности в раннем послеоперационном периоде
- высоких (выше верхнего нормативного значения) значениях АКТГ в раннем послеоперационном периоде
- нормальных значениях АКТГ и кортизола в раннем послеоперационном периоде
- нормальных значениях альдостерона в раннем послеоперационном периоде

Восстановление трудоспособности после патогенетического лечения происходит в течение

- 3-12 месяцев
- 1-2 недель
- 3-4 недель
- 6-8 недель

В течение первого года после операции пациентку необходимо вызывать на осмотр

- 3-12 месяцев
- 1-2 недель
- 3-4 недель
- 6-8 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 34 лет

Жалобы

* боль при глотании * боли по передней поверхности шеи, иррадиирующие в околоушную область, шею, затылок * сердцебиение * потливость * повышение температуры тела до 38,2 °С

Анамнез заболевания

* 4 недели назад заболела гриппом (диагноз подтвержден лабораторно), была лихорадка до 39° С, слабость, на 3-и сутки начался ринит. Через неделю от начала заболевания чувствовала себя удовлетворительно, жалоб не предъявляла, была выписана на работу. Накануне визита к терапевту стала отмечать боль по передней поверхности шеи, иррадиирующую в околоушную область и затылок, боль при глотании, сердцебиение, потливость. * в связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов и повышением температуры тела до 38,2° С пришла на прием к участковому врачу-терапевту

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает преподавателем в ВУЗе. *

Перенесённые заболевания: детские инфекции * Беременности – 2, роды – 2. *

Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 56 кг, индекс массы тела $21,5 \text{ кг/м}^2$, t тела $38,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа видна при осмотре области шеи, при пальпации плотная, резко болезненная, кожные покровы шеи обычной окраски, гиперемии нет. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Тремор рук. Глазные симптомы - положительный симптом Грефе.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 3-12 месяцев
- 1-2 недель
- 3-4 недель
- 6-8 недель

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для обследования инструментальными методами исследования являются

- 3-12 месяцев
- 1-2 недель
- 3-4 недель
- 6-8 недель

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 3-12 месяцев
- 1-2 недель
- 3-4 недель
- 6-8 недель

Диагноз

Тест Крайля заключается в

- снижении до нормальных значений свободного Т3 через 24-72 часа при назначении анаприлина в дозе 120 мг
- уменьшении болезненности и снижении СОЭ через 24-72 часа при назначении осельтамивира в дозе 150 мг в сутки
- уменьшении болезненности в области шеи и снижении СОЭ через 24-72 часа при назначении 20-30 мг преднизолона
- компенсации тиреотоксикоза при назначении тиамазола в дозе 30 мг через 24-72 часа

Пациентке необходимо назначить

- осельтамивир в дозе 150 мг в сутки
- амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки
- преднизолон 30 мг в сутки
- метилпреднизолон в режиме пульс терапии

Критерием для снижения дозы преднизолона служит

- снижение абсолютного количества лимфоцитов и появление лейкоцитоза в клиническом анализе крови
- нормальный захват ^{99m}Tc -пертехнетата при сцинтиграфии щитовидной железы
- уменьшение (исчезновение) болей в щитовидной железе, нормализация СОЭ
- исчезновение «облаковидных» зон в ткани щитовидной железы при УЗИ

Учитывая наличие тиреотоксикоза, пациентке необходимо назначить

- пропилтиоурацил
- тиамазол
- раствор Люголя
- анаприлин

Лечение преднизолоном проводят в течение +_____+ месяцев

- 12-18
- 2-3
- 24-36
- 6-8

При снижении дозы преднизолона к лечению можно добавить

- ацетилсалициловую кислоту
- физиотерапевтические процедуры
- напроксен
- карбонат лития

Через 2-4 месяца от начала заболевания развивается +_____+ стадия

- гипотиреоидная
- латентная
- хроническая
- гипертиреоидная

В большинстве случаев подострый тиреоидит заканчивается

- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием многоузлового зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Левотироксин натрия, назначенный во время гипотиреоидной фазы подострого тиреоидита, должен быть

- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием многоузлового зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 57 лет.

Жалобы

на * похудание, * плохой сон, раздражительность, * сердцебиение, * потливость.

Анамнез заболевания

* В течение полугода похудела на 4 кг, появились сердцебиение, потливость, нарушился сон, стала эмоционально лабильной, раздражительной. * В анамнезе – узловой зоб в течение 15 лет, проводилась тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (заключение: коллоидный зоб), лечение не получала. * В связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к врачу-терапевту участковому.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает кассиром. * Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия в 12 лет. * Беременности – 1, роды – 1. * Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост – 172 см, масса тела – 61 кг, индекс массы тела – $20,3 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $37,0^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 96 в минуту.

АД – 130/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа при пальпации умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании, в правой доле пальпируется узловое образование. Положительные симптомы Кохера, Грефе.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием многоузлового зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом исследования является

- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием многоузлового зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Результаты инструментальных методов обследования

Для проведения дифференциальной диагностики необходимо

- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием многоузлового зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Результаты дополнительных обследований

Какой предполагаемый основной диагноз?

- выздоровлением
- развитием многоузлового токсического зоба
- развитием многоузлового зоба
- развитием стойкого гипотиреоза

Диагноз

Тактика лечения пациентки заключается в

- приеме йодида калия длительно
- тиреоидэктомии или радиойодтерапии
- радиочастотной абляции узлового образования щитовидной железы
- тиреостатической терапии в течение 12-18 месяцев

Перед хирургическим лечением пациентке необходимо назначить

- индометацин, йодид калия до компенсации тиреотоксикоза
- преднизолон, дигоксин в течение 6-8 недель
- раствор Люголя, ивабрадин в течение 6-8 недель
- тиамазол, пропранолол до компенсации тиреотоксикоза

Перед назначением тиреостатической терапии пациентке необходимо оценить

- клинический и биохимический анализы крови
- тиреолиберин и паратиреоидный гормон
- кальцитонин и тиреоглобулин
- иммунограмму и цитокиновый профиль

**Определение уровня св. Т4 необходимо провести через +_____+
недель/недели от начала лечения**

- 3-4
- 10-11
- 1-2
- 7-8

После тиреоидэктомии пациентке показана пожизненная терапия

- трийодтиронином
- левотироксином натрия
- тиамазолом
- йодидом калия

Для оценки адекватности заместительной терапии пациентке необходимо контролировать уровень

- Т4 свободного
- Т3 свободного
- тиреоглобулина
- тиреотропного гормона

После радикального лечения и подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в год
- 1 раз в 2 месяца

Для пожилых лиц с узловым токсическим зобом и противопоказаниями к оперативному лечению и радиойодтерапии может быть рекомендована/рекомендовано

- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в год
- 1 раз в 2 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 65 лет.

Жалобы

* На одышку при минимальной физической нагрузке, ощущения неритмичного учащенного сердцебиения, отеки нижних конечностей

Анамнез заболевания

* К врачу не обращался * В течение последних 2х месяцев стали беспокоить перебои в работе сердца, появилась одышка и отеки нижних конечностей

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Пенсионер * Перенесённые заболевания: холецистэктомия 5 лет назад, более 12 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 190/100 мм рт.ст., регулярно принимает Престариум 5 мг утром и Амлодипин 5 мг вечером. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: анальгин - крапивница. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёки нижних конечностей до средней трети голеней. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 90-115 в минуту. АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Для назначения терапии из лабораторных методов обследования необходимо провести

- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в год
- 1 раз в 2 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

Всем пациентам для верификации диагноза ХСН рекомендуется определение уровня

- тропонина I
- КФК МВ
- С-реактивного белка
- натрийуретических гормонов

Для постановки диагноза необходимо провести инструментальные методы обследования

- тропонина I
- КФК МВ
- С-реактивного белка
- натрийуретических гормонов

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз пациента

- тропонина I
- КФК МВ
- С-реактивного белка
- натрийуретических гормонов

Диагноз

Сопутствующая патология у пациента следующая

- Гипертоническая болезнь I стадии, 3 степени повышения АД
- Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД
- Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени повышения АД
- Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения АД

Шкала CHA₂-DS₂-VASc используется для оценки

- клинического состояния при ХСН
- смертности от сердечно-сосудистых заболеваний
- риска кровотечения
- риска тромбоэмболических осложнений

Шкала ШОКС используется для оценки

- клинического состояния при ХСН
- риска кровотечения
- риска инсульта
- смертности от сердечно-сосудистых заболеваний

Терапия, рекомендованная всем больным симптоматической сердечной недостаточностью и сниженной фракцией выброса левого желудочка, включает

- антагонисты кальция, антиаритмики IC класса
- антагонисты кальция, антиаритмики I A класса
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, бета-адреноблокаторы и антагонисты альдостерона
- ингибиторы If-каналов в синусовом узле, гормоны щитовидной железы и триметазидин

Для больных хронической сердечной недостаточностью II-IV функционального класса и сниженной фракцией выброса левого желудочка применение + _____ + может быть опасно, и не рекомендовано

- статинов
- непрямых антикоагулянтов
- ингибиторов протонной помпы
- нестероидных противовоспалительных препаратов

Наличие тромба в ушке левого предсердия предусматривает

- назначение антикоагулянтной терапии
- восстановление синусового ритма электроимпульсной терапией
- назначение ацетилсалициловой кислоты
- восстановление синусового ритма введением кордарона

При лечении антагонистами витамина К необходимо оценивать

- антитромбин III
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- международное нормализованное отношение (МНО)

В плановое обследование пациентов с фибрилляцией предсердий в рамках диспансерных осмотров рекомендуется включать ЭКГ в 12 отведениях не реже + _____ + раз/раза в год

- антитромбин III
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- международное нормализованное отношение (МНО)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в поликлинику обратился мужчина 36 лет

Жалобы

* На постоянное повышение артериального давления, максимально до 180/100 мм рт.ст., адаптирован к 150/90 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью,

покраснением лица. * На спонтанно возникающее ощущение жжения, покалывания, ползания мурашек в области верхних и нижних конечностей. * На ощущение недомогания, слабости. * Учащенное мочеиспускание, преимущественно в ночные часы.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления беспокоит около полугода, впервые было выявлено случайно, при прохождении диспансеризации. Периодически возникавшие головные боли с гипертонией не связывал, однако в дальнейшем при самостоятельном измерении АД прослеживалась четкая взаимосвязь с повышением САД более 170 мм рт.ст. Точное время возникновения симптоматики парестезий и слабости указать не может, однако отмечает, что за последние три месяца произошло значительное снижение трудоспособности. В связи с этим обратился на консультацию к терапевту поликлиники. + До обращения постоянную гипотензивную терапию не получал, при повышении артериального давления, сопровождавшемся головной, болью самостоятельно принимал капотен 25 мг под язык с умеренным положительным эффектом. На руках у пациента имеются данные общего анализа крови (без отклонений) и биохимического анализа крови (обращает на себя внимание снижение уровня калия крови до 2.5 ммоль/л).

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает врачом-травматологом в травмпункте. * Перенесённые заболевания, операции: отрицает. * Наследственность: отец умер от инсульта в возрасте 37 лет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит в течение 20 лет, выкуривает до 10 сигарет в день

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 1,82 м, вес 82 кг, индекс массы тела 24.76 кг/м^2 , t тела 36.6°C . + Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета, отёков нет. + При аускультации сердца патологические шумы не выслушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные, при аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Пульс 72 уд/мин, ритмичный, ЧСС 72 уд/мин, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Для постановки диагноза необходимо определить уровень

- антитромбин III
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- международное нормализованное отношение (МНО)

Результаты определения уровня

Для определения варианта первичного гиперальдостеронизма необходимо провести

- антитромбин III
- Д – димер

- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- международное нормализованное отношение (МНО)

Результаты обследования

Основной диагноз пациента

- антитромбин III
- Д – димер
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- международное нормализованное отношение (МНО)

Методом выбора в лечении подтипов первичного гиперальдостеронизма с односторонней гиперпродукцией альдостерона является

- односторонняя адреналэктомия открытым доступом
- лапароскопическая тотальная адреналэктомия
- лапароскопическая односторонняя адреналэктомия
- двусторонняя адреналэктомия открытым доступом

При выявлении увеличения альдостерон/ренинового соотношения, если имеются противопоказания или пациент отказывается от дальнейших необходимых исследований, показано лечение

- петлевыми диуретиками
- антагонистами минералокортикоидных рецепторов
- альфа и бета-адреноблокаторами
- ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента

Основными препаратами, используемыми в качестве предоперационной подготовки, а также у пациентов имеющих противопоказания к хирургическому лечению, являются

- тиазидные и тиазидоподобные диуретики
- агонисты имидазолиновых рецепторов
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- блокаторы медленных кальциевых каналов

Наиболее частым и дозозависимым побочным эффектом спиронолактона является

- снижение либидо у мужчин
- болезненная гинекомастия
- снижение остроты зрения
- ulcerогенное действие

Основным преимуществом использования эплеренона, в особенности у пациентов молодого возраста, является

- более высокая эффективность
- отсутствие диуретического эффекта
- отсутствие антиандрогенного эффекта
- более короткий период полувыведения

Начальная доза дексаметазона для взрослых при глюкокортикоид-зависимом гиперальдостеронизме является + _____ + мг

- 1,25-2,75
- 0,5-0,75
- 0,125-0,25
- 125-250

Противопоказанием к назначению антагонистов минералокортикоидных рецепторов является + _____ + степень хронической болезни почек

- III А
- II
- IV
- III Б

Нормализация АД или максимальное улучшение течения АГ в типичных случаях наступает через + _____ + после односторонней адреналэктомии

- 1-3 часа
- 1–6 месяцев
- 1–6 часов
- 1–3 месяца

Всем пациентам с АГ, которым была назначена АГТ, рекомендуется проводить плановые визиты к врачу для оценки переносимости, эффективности и безопасности лечения, а также контроля выполнения врачебных рекомендаций с интервалом в

- 1-3 часа
- 1–6 месяцев
- 1–6 часов
- 1–3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в поликлинику обратилась женщина 39 лет

Жалобы

* На постоянное повышение артериального давления, максимально до 190/110 мм рт.ст., адаптирована к 160/90 мм рт.ст., сопровождающееся недомоганием,

общей слабостью * На увеличение массы тела с 75 до 96 кг за последние 3-5 месяцев * Нерегулярность менструального цикла, отсутствие менструальных кровотечений на протяжении последних трех месяцев, беременность отрицает * Периодически возникающие гнойничковые высыпания преимущественно на коже спины * Постоянно пониженный фон настроения, снижение трудоспособности

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления беспокоит последние 3-5 месяцев, впервые выявлено при самостоятельном измерении, когда на фоне быстрого набора веса стала регулярно ощущать недомогание и слабость. Набор массы тела ни с чем связать не может, режим питания и физической активности за указанный промежуток времени не менялся. Нарушения менструального цикла возникли впервые, по этому поводу обратилась к гинекологу. Для исключения аменореи центрального генеза была направлена к терапевту поликлиники. Гипотензивную терапию никогда не получала.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает менеджером в банке. *

Перенесённые заболевания, операции: миопия высокой степени обоих глаз, операция кесарево сечение от 2004 года. * Гинекологический анамнез: беременностей - 1, родов - 1, дата последней менструации – 15.05.18, оральные контрацептивы и иные гормональные препараты не принимает. *

Наследственность: не отягощена * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,65 м, вес 96 кг, индекс массы тела $35,26 \text{ кг/м}^2$, отложение жира преимущественно в верхней части тела (лицо, шея, живот), в области 7 шейного позвонка определяется «климактерический горбик», t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы нормальной окраски, кожа щек гиперемирована, на коже передней брюшной стенки определяются широкие стрии багрового цвета, видимые слизистые розового цвета, отёков нет. При аускультации сердца патологические шумы не выслушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона во втором межреберье справа, при аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Для постановки диагноза из лабораторных методов обследования необходимо выполнить определение

- 1-3 часа
- 1–6 месяцев
- 1–6 часов
- 1–3 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

Для уточнения диагноза необходимо выполнить определение в крови уровня

- 1-3 часа
- 1–6 месяцев
- 1–6 часов
- 1–3 месяца

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 1-3 часа
- 1–6 месяцев
- 1–6 часов
- 1–3 месяца

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить пациентке на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных?

- 1-3 часа
- 1–6 месяцев
- 1–6 часов
- 1–3 месяца

Диагноз

Методом выбора в лечении АКТГ - независимого эндогенного гиперкортицизма является

- двусторонняя адреналэктомия открытым доступом
- лапароскопическая тотальная адреналэктомия
- односторонняя адреналэктомия открытым доступом
- лапароскопическая односторонняя адреналэктомия

В послеоперационном периоде у пациентки может развиваться

- надпочечниковая недостаточность
- гиперкальциемический криз
- гиперпролактинемия
- гипертонический криз

Заместительная терапия в послеоперационном периоде проводится

- гидрокортизоном

- флудрокортизоном
- преднизолоном
- метипредом

Пероральная форма гидрокортизона назначается на +____+ сутки после адреналэктомии

- 1
- 3
- 2
- 5

Снижение дозы гидрокортизона после выписки из стационара проводят на +____+ мг каждые +____+ дней до полной отмены

- 7,5-10;7-10
- 2,5-5; 7-10
- 5-10;2-3
- 2,5-5;2-3

Дополнительное введение глюкокортикоидов в течение года после их полной отмены может потребоваться при

- оперативных вмешательствах
- головной боли
- нарушении сна
- повышении АД

Внутривенная терапия препаратами калия при эндогенном гиперкортицизме назначается при уровне калия +____+ ммоль/л

- 2,8
- 2,9
- 3,0
- 2,5

Гипокалиемия при эндогенном гиперкортицизме будет относительным противопоказанием к назначению +____+ для лечения артериальной гипертензии

- 2,8
- 2,9
- 3,0
- 2,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Х. 75 лет. Вызов врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

* на одышку при минимальной физической нагрузке, отеки нижних конечностей, выраженную усталость.

Анамнез заболевания

* в возрасте 54 лет без предшествующей стенокардии перенес ОИМ задней стенки левого желудочка; * с 60 лет нарастание одышки при умеренной физической нагрузке, появление отеков нижних конечностей. При проведении КАГ - многососудистое поражение. Выполнено аорто-коронарное шунтирование ПКА, маммаро-коронарное шунтирование ПМЖА. При повторной КАГ в возрасте 68 лет - шунты проходимы; * в течение последних 4 лет - постоянная тахисистолическая форма мерцательной аритмии, тогда же выявлены эпизоды устойчивой желудочковой тахикардии, на ЭКГ – полная блокада ПНПГ. Проведена CRT-D (сердечная ресинхронизирующая терапия с функцией кардиовертера-дефибриллятора); * настоящее ухудшение в течение последних трех месяцев, когда появилась выраженная одышка при минимальной физической нагрузке, стали нарастать отеки нижних конечностей.

Анамнез жизни

* рос и развивался нормально * сестра перенесла ОИМ в возрасте 77 лет * курил по 20 сигарет в день в течение 40 лет, последние 7 лет не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 174 см, вес - 105 кг. ИМТ 35 кг/м^2 . Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ЧД – 28 в минуту, в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, ослабленное в нижних отделах обоих легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, неритмичные, акцент второго тона над проекцией аорты. ЧСС – 110 в мин. АД – 110 и 80 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Отеки голеней и стоп.

К необходимым для постановки диагноза и определения дальнейшей тактики ведения лабораторным методам обследования относятся

- 2,8
- 2,9
- 3,0
- 2,5

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- 2,8
- 2,9
- 3,0

- 2,5

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз может быть сформулирован как

- 2,8
- 2,9
- 3,0
- 2,5

Развитие сердечной недостаточности у данного пациента обусловлено

- нарушением диастолической функции ЛЖ
- увеличением постнагрузки и формированием концентрической гипертрофии миокарда ЛЖ
- ишемическим ремоделированием миокарда с увеличением преднагрузки и развитием эксцентрической гипертрофии
- развитием легочной гипертензии

Осложнениями основного заболевания являются

- ХСН 2Б ст. Пароксизмальная форма мерцательной аритмии, сохраняющиеся эпизоды неустойчивой полиморфной желудочковой тахикардии, полная блокада ПНПГ
- ХСН 2Б ст. Постоянная форма мерцательной аритмии, сохраняющиеся эпизоды неустойчивой полиморфной желудочковой тахикардии, полная блокада ЛНПГ
- ХСН 2А ст. Постоянная форма мерцательной аритмии, сохраняющиеся эпизоды неустойчивой полиморфной желудочковой тахикардии, полная блокада ПНПГ
- ХСН 2Б ст. Постоянная форма мерцательной аритмии, сохраняющиеся эпизоды неустойчивой полиморфной желудочковой тахикардии, полная блокада ПНПГ

Желудочковая тахикардия у пациента с ФВ<40 %

- не влияет на риск внезапной смерти
- повышает риск внезапной смерти
- снижает качество жизни, без влияния на прогноз
- влияет на частоту госпитализаций, без влияния на прогноз

С целью снижения риска смерти пациенту необходимо назначить

- пролонгированные нитраты, сердечные гликозиды
- ингибиторы АПФ, β-блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов

- антагонисты кальциевых каналов, диуретики и антиаритмические препараты
- диуретики и сердечные гликозиды

Для оценки риска развития инсульта у пациента с мерцательной аритмией используют шкалу

- TIMI
- CHA₂DS₂-VASC
- GRACE
- HAS-BLED

В целях профилактики инсульта пациенту с мерцательной аритмией необходимо назначить

- тромболитические препараты
- пероральные антикоагулянтные препараты
- антагонисты гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов
- двойную антитромбоцитарную терапию

В качестве диуретической терапии оптимальным является назначение

- комбинации петлевых, тиазидных диуретиков в сочетании с АМКР (спиронолактон 100-300 мг/сут или эплеренон)
- тиазидных диуретиков
- спиронолактона 25-50мг/сут
- ингибитора карбоангидразы

Оптимальным темпом снижения веса при терапии диуретиками является потеря в сутки

- 1 кг
- 300гр
- 2 кг
- 3 кг

Для контроля частоты сердечных сокращений необходимо назначить

- 1 кг
- 300гр
- 2 кг
- 3 кг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 60 лет

Жалобы

* на выраженную одышку при малейшей физической нагрузке * на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты * на плохую переносимость физических нагрузок низкой интенсивности

Анамнез заболевания

Около 15 лет назад пациент впервые стал отмечать одышку при значительных физических нагрузках, которая со временем нарастала, стал ходить по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, толерантность к физическим нагрузкам снижалась, присоединился малопродуктивный кашель. Лечение не получал. В течение последней недели отметил увеличение выраженности одышки.

Анамнез жизни

* пациент курит в течение 40 лет по 1 пачке сигарет в день * в течение 30 лет работал электриком и газосварщиком

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6 °С. ИМТ – 22 кг/м². Диффузный тёплый цианоз. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание ослаблено над всей поверхностью лёгких, выслушиваются сухие свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД 27 в мин. Пульс 88 в мин. АД 120 и 80 мм рт.ст. SpO₂ ~ 90%.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 1 кг
- 300гр
- 2 кг
- 3 кг

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1 кг
- 300гр
- 2 кг
- 3 кг

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 1 кг
- 300гр
- 2 кг
- 3 кг

Как осложнение основного заболевания у пациента развилась

- полисегментарная пневмония
- эмпиема плевры
- дыхательная недостаточность
- тромбоэмболия легочной артерии

Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- CURB-65, SMART-COP
- HAS-BLED, CHA₂DS₂-VASc
- MDRD, CKD-EPI
- CAT, mMRC

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- бочкообразная грудная клетка
- участие вспомогательной дыхательной мускулатуры
- значение ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70% в постбронходилатационной пробе
- обнаружение большого числа лейкоцитов в цитологическом анализе мокроты

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- антибактериальный препарат в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом через небулайзер
- бронходилататор через небулайзер в сочетании с коротким курсом пероральных или ингаляционных глюкокортикостероидов
- антибактериальный препарат через небулайзер в сочетании с внутривенным введением метилксантина
- метилксантин пролонгированного действия в сочетании с муколитиком с через небулайзер

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- β₂-адреномиметика короткого действия с β₂-адреномиметиком длительного действия
- М-холинолитика короткого действия с М-холинолитиком длительного действия

- β_2 -адреномиметика короткого действия с М-холинолитиком короткого действия
- β_2 -адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия

В план лечения пациента дополнительно необходимо включить

- электростимуляцию диафрагмы
- длительную кислородотерапию и дыхательную гимнастику
- назначение муколитиков на постоянной основе
- назначение иммуностимуляторов

В план лечения пациента дополнительно нужно включить

- назначение ингаляций оксида азота через небулайзер
- проведение вакцинации по графику
- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- назначение антибактериальных препаратов на постоянной основе

Необходимо предусмотреть вакцинацию пациента с ХОБЛ против

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- кори

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- кори

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 56 лет

Жалобы

* повышение температуры тела до 38,5 °С * кашель с отделением зелёно-жёлтой вязкой мокроты * одышка при незначительной физической нагрузке (подъём по лестнице на несколько ступеней) * общую слабость

Анамнез заболевания

Около 25 лет пациент отметил возникновение кашля с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты. Последние 10 лет беспокоит одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гнойности мокроты, повышением

температуры тела. За прошедший год 2 раза находился на стационарном лечении в связи с усилением имеющихся симптомов. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней. Самостоятельно начал приём амброксола, парацетамола без значимого эффекта.

Анамнез жизни

* пациент курит с 26 лет по 20 сигарет в сутки * работает в офисе с документами

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,5 °С. ИМТ – 27 кг/м². Кожные покровы цианотичны, горячие на ощупь. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД = 20 в мин. Пульс 105 в мин. АД = 110 и 70 мм рт.ст.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- кори

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- кори

Результаты инструментальных методов обследования

У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- обострением атопической бронхиальной астмы, аспергиллезом лёгких и васкулитом
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией

Основной диагноз можно сформулировать как

- обострением атопической бронхиальной астмы, аспергиллезом лёгких и васкулитом
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией

Диагноз

Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- CURB-65, SMART-COP
- MDRD, CKD-EPI
- CAT, mMRC
- HAS-BLED, CHA₂-DS₂-VASc

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- обнаружение большого числа лейкоцитов в цитологическом анализе мокроты
- значение ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70% в постбронходилатационной пробе
- участие вспомогательной дыхательной мускулатуры
- обнаружение большого числа лейкоцитов в общем анализе крови

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- кромоглициевая кислота (интал) через дозированный аэрозольный ингалятор
- глюкокортикостероид (будесонид) через небулайзер
- недокромил натрия (тайлед) через дозированный аэрозольный ингалятор
- бронходилататор (беродуал) через небулайзер

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить + _____ + препарат

- антибактериальный (амоксциллин/клавулановая кислота)
- ритмурежающий (атенолол)
- противокашлевой (кодеин)
- противогрибковый (флуконазол)

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- М-холинолитика короткого действия с М-холинолитиком длительного действия

- β_2 -адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия
- метилксантина и антибактериального препарата
- β_2 -адреномиметика короткого действия с β_2 -адреномиметиком длительного действия

При ведении пациента с бронхитическим фенотипом ХОБЛ с частыми обострениями заболевания на длительный прием дополнительным служит назначение

- фенспирида (эrespал)
- бутамирата (омнитус)
- рофлумиласта (даксас)
- сурфактанта (куросурф)

В план ведения пациента дополнительно нужно включить

- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- проведение вакцинации против гриппа
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер
- назначение курсов ингаляций антибактериальных препаратов через небулайзер

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать

- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- проведение вакцинации против гриппа
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер
- назначение курсов ингаляций антибактериальных препаратов через небулайзер

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 56 лет

Жалобы

* повышение температуры тела до 38,0 °C * кашель с отделением зеленоватой плохо откашливаемой мокроты * одышка при небольшой физической нагрузке * общую слабость * потливость

Анамнез заболевания

На протяжении около 16 лет пациентка отмечала кашель с отделением небольшого количества мокроты. Последние 10 лет присоединилась одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гнотности мокроты, с повышением температуры тела, по поводу чего самостоятельно принимала

разные группы антибактериальных препаратов. 5 дней назад после переохлаждения отметила настоящее ухудшение состояния. От приема микстуры от кашля эффекта не отметила.

Анамнез жизни

* пациентка курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день * ранее работала переводчиком, в настоящее время не работает * аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,2 °С. ИМТ – 25,5 кг/м². Кожные покровы горячие на ощупь. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД = 24 в мин. Пульс 108 в мин. АД = 125 и 70 мм рт.ст.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- проведение вакцинации против гриппа
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер
- назначение курсов ингаляций антибактериальных препаратов через небулайзер

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- проведение вакцинации против гриппа
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер
- назначение курсов ингаляций антибактериальных препаратов через небулайзер

Результаты инструментальных методов обследования

У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- инфарктом миокарда, миокардитом и отёком лёгких
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы и васкулитом
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем

Основной диагноз можно сформулировать как

- инфарктом миокарда, миокардитом и отёком лёгких
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы и васкулитом
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем

Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- CURB-65, SMART-COP
- CAT, mMRC
- MDRD, CKD-EPI
- HAS-BLED, CHA₂DS₂-VASc

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- участие вспомогательной дыхательной мускулатуры
- обнаружение большого числа лейкоцитов в цитологическом анализе мокроты
- обнаружение большого числа лейкоцитов в общем анализе крови
- значение ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70% в постбронходилатационной пробе

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- глюкокортикостероид (будесонид) через небулайзер
- бронходилататор (беродуал) через небулайзер
- недокромил натрия (тайлед) через дозированный аэрозольный ингалятор
- кромоглициевая кислота (интал) через дозированный аэрозольный ингалятор

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить + _____ + препарат

- ритмурежающий (атенолол)
- противокашлевой (кодеин)
- муколитический (N-ацетилцистеин)
- противогрибковый (амфотерицин В)

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить

- β₂-адреномиметик длительного действия и М-холинолитик длительного действия
- метилксантина короткого действия
- β₂-адреномиметика короткого действия
- М-холинолитика короткого действия

При учащении обострений ХОБЛ в дальнейшем на длительный прием целесообразно будет назначить

- бутамират (омнитус)
- сурфактант (куросурф)
- рофлумиласт (даксас)
- фенспирид (эреспал)

Необходимо предусмотреть вакцинацию против

- туберкулёза
- ротавирусной инфекции
- коклюша
- гриппа

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать в себя

- туберкулёза
- ротавирусной инфекции
- коклюша
- гриппа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 года, пенсионер обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

* на кашель с легко отделяемой мокротой слизистого характера в небольшом количестве, больше в утренние часы * на тупые боли в правом плече, иррадиирующие по медиальной поверхности предплечья * общую слабость, похудание на 5 кг в течение 2 последних месяцев

Анамнез заболевания

* “Кашель курильщика” около 50 лет * Обострения ежегодно 1-2 раза в год. * Слабость и боли в плече стали беспокоить последние 2 месяца.

Анамнез жизни

* Рос и развивался в соответствии с возрастом. * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. * 40 лет назад – аппендэктомия * Курит 55 лет по 20-25 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. * Работал инженером, профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0°C. ИМТ 24 кг/м². Кожа обычной окраски, влажности, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Правосторонний птоз и миоз. Отмечается гипотрофия мышц правой руки, сила кистевого хвата справа снижена. ЧДД 20 в минуту. SpO₂

95%. Грудная клетка нормостенической формы, симметрична, перкуторный звук ясный легочный, справа в подключичной области притупление. При аускультации над лёгкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, больше справа в подключичной области. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств, 80 в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.
Из лабораторных методов исследования в первую очередь необходимо провести

- туберкулёза
- ротавирусной инфекции
- коклюша
- гриппа

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов исследования в первую очередь необходимо проведение

- туберкулёза
- ротавирусной инфекции
- коклюша
- гриппа

Результаты инструментальных методов обследования

На основании полученных данных можно поставить предварительный диагноз

- туберкулёза
- ротавирусной инфекции
- коклюша
- гриппа

Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с

- бронхоэктатической болезнью
- туберкулезом
- идиопатическим легочным фиброзом
- саркоидозом II стадии с суставным синдромом

Пациенту требуется в первую очередь консультация

- невролога и ревматолога
- торакального хирурга, онколога

- фтизиопульмонолога и бронхолога
- пульмонолога-терапевта

Стадийность процесса определяется

- наличием сопутствующих заболеваний, ограничивающих возможность оперативного лечения
- размером и распространением опухоли, наличием метастазов (TNM)
- морфологическим вариантом после оперативного лечения, обозначается сТсNсМ
- рентгенологическими критериями (по результатам компьютерной томографии), обозначается рTrNpM

После дообследования пациенту вероятнее всего будет показано назначение

- химиолучевой терапии
- ингаляционных бронхолитиков
- внутрисуставных инъекций глюкокортикостероидов
- системных глюкокортикостероидов

Госпитализация пациенту

- срочно необходима в терапевтический стационар
- показана в отделение торакальной хирургии онкологического стационара
- необходима в диагностическое отделение фтизиатрического стационара
- не показана, необходима паллиативная амбулаторная помощь

После радикального лечения показано динамическое наблюдение с обследованием в течение первого года каждые + _____ + месяца/месяцев

- 4
- 6
- 2
- 3

С помощью опухолиассоциированных маркеров можно

- оценить эффективность проводимой терапии
- определить гистологический вариант опухоли, не проводя морфологическую верификацию
- определить объем хирургического вмешательства
- предположить приблизительные размеры опухоли

Рак легких метастазирует в первую очередь в периферические лимфатические узлы

- кубитальные
- поднижнечелюстные

- околоушные
- надключичные

При злокачественных опухолях легких наиболее частыми поражаемыми органами-мишенями, доступными для УЗИ, являются

- кубитальные
- поднижнечелюстные
- околоушные
- надключичные

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому повторно через 2 недели после первого посещения.

Жалобы

* на интенсивный непродуктивный кашель * на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся до степени удушья при физической нагрузке * на общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр

Анамнез заболевания

* кашель и слабость появились 2 недели назад, в связи с чем и обращалась первично в поликлинику, где был поставлен диагноз ОРЗ «острый бронхит». * при рентгенографии легких выявлялось усиление легочного рисунка * по назначению участкового врача принимала амоксициллин 5 дней, затем азитромицин 3 дня и амброксол * на фоне лечения кашель и слабость усилились, появилась нарастающая одышка, в связи с чем обратилась к участковому врачу повторно

Анамнез жизни

* росла и развивалась в соответствии с возрастом * жилищно-бытовые условия удовлетворительные * в течение последнего месяца живет в сельской местности, занимается животноводством, помогает мужу заниматься разведением голубей * хронических сопутствующих заболеваний нет * не курит, злоупотребление алкоголем отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски; температура тела 37,5°C. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств. ЧСС — 100 в мин, АД — 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, сердечный толчок не определяется. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 в минуту. ЧДД 22 в минуту. SpO₂ ~ 92%. Грудная клетка нормостенической формы. При аускультации дыхание везикулярное, над нижними отделами с обеих сторон выслушивается звучная крепитация. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не

пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.
Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза в первую очередь необходимо провести

- кубитальные
- поднижнечелюстные
- околоушные
- надключичные

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов обследования в первую очередь для постановки диагноза необходимо проведение

- кубитальные
- поднижнечелюстные
- околоушные
- надключичные

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных данных, пациентке целесообразно выполнить

- кубитальные
- поднижнечелюстные
- околоушные
- надключичные

Результаты обследования

Данной больной можно поставить диагноз

- кубитальные
- поднижнечелюстные
- околоушные
- надключичные

Диагноз

Диагноз экзогенного аллергического альвеолита подтверждают данные

- анамнеза (занимается разведением голубей)
- анамнеза (недавняя неэффективная антибактериальная терапия)
- объективного статуса (наличие субфебрильной температуры тела)
- паспортной части (пол и возраст пациентки)

Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с

- поражением легких при гриппе
- пневмонией
- обострением бронхоэктатической болезни
- острым бронхитом

Руководствуясь основным принципом лечения больных экзогенным аллергическим альвеолитом, данной пациентке следует рекомендовать

- сменить работу
- начать прием ИГКС
- начать прием антигистаминных препаратов
- заняться легочной гимнастикой

Из медикаментозной терапии пациентке необходимо в первую очередь назначить

- системные глюкокортикостероиды
- антибактериальный препарат класса цефалоспоринов
- теофиллин внутривенно и глюкокортикостероид через небулайзер
- комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида и длительно действующего бета2-агониста

Дополнительно к основному лечению при данном варианте течения показано назначение

- эндоваскулярной лазеротерапии
- плазмафереза
- иммуномодуляторов
- аллергенспецифической иммунотерапии

Продолжительность противовоспалительной терапии при данном варианте течения заболевания должна составлять + _____ + (в месяцах)

- 1
- 12
- 3
- 6

Критерием излеченности является стабилизация клинических и рентгенологических признаков болезни после прекращения лечения в течение + _____ + (в месяцах)

- 1
- 1,5
- 2
- 3

Основным средством профилактики заболевания является

- 1
- 1,5
- 2
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 46 лет вызвал участкового врача на дом.

Жалобы

* На стойкое повышение температуры тела до 37,6°C, 39-39,5°C в вечерние часы, сопровождающееся потрясающим ознобом, головной болью, ломотой в мышцах и суставах, выраженной общей слабостью, при снижении температуры – профузная потливость; * На одышку при умеренной, повседневной нагрузке (поход в магазин, прогулка), усугубление одышки в положении лежа на спине; * На выраженное похудение, на 8 кг за 1 месяц; * Высыпания на коже груди и ног, не сопровождающиеся зудом и шелушением.

Анамнез заболевания

Повышение температуры тела, высыпания беспокоят около 4 недель. Заболевание переносил на ногах, пробовал лечиться самостоятельно, принимал антибиотики (левомецетин), обезболивающие/жаропонижающие препараты (анальгин, парацетамол). На фоне приема препаратов отмечал незначительное улучшение состояния. Последние две недели в связи с присоединением и прогрессированием симптоматики одышки, выраженным снижением переносимости физических нагрузок, вызвал участкового врача поликлиники. При более детальном расспросе указывает, что за неделю до появления симптоматики перенес экстирпацию зуба.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает слесарем. * Перенесённые заболевания, операции: аппендектомия в возрасте 6 лет, при прохождении медкомиссии во время призыва в армию со слов пациента был выявлен шум в области сердца, в дальнейшем по этому поводу не обследовался * Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: курил с 19 до 40 лет, на данный момент не курит.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Пониженного питания, рост 1,85 м, вес 59 кг, индекс массы тела 17.24 кг/м², t тела 38.3°C. Кожные покровы бледные с землистым оттенком, видимые слизистые бледно-розового цвета, отёков нет, на коже передней поверхности грудной клетки и нижних конечностей (голени, в большей степени стопы) определяются петехиальные высыпания размером от 1 до 2 мм. По данным пальпации и перкуссии: верхушечный толчок разлитой, смещен влево и усилен, левая границы относительной сердечной тупости выступает на 3 см наружи от срединно-ключичной линии. При аускультации определяется ослабление I и II тона сердца, во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина выслушивается тихий диастолический шум, начинающийся

сразу за II тоном. Преимущественно в области верхушки сердца выслушивается умеренный мягкий систолический шум. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, ЧСС 110 уд/мин, АД – 160/60 мм.рт.ст. При аускультации легких дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах с обеих сторон выслушиваются мелкопузырчатые хрипы и крепитация. При пальпации и перкуссии определяется увеличение печени: при пальпации – болезненная, выступает из под края реберной дуги на 1,5 см, размеры по Курлову: 13,11 и 10 см. Селезенка при перкуссии: длина – 14 см, поперечный размер – 9 см.

Необходимым методом исследования для постановки диагноза в данном случае является

- 1
- 1,5
- 2
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 1
- 1,5
- 2
- 3

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом пациента в данном случае является

- 1
- 1,5
- 2
- 3

Оптимальной техникой забора крови на бактериологическое исследование является

- трехкратное взятие образцов крови из периферической вены (10 мл) с интервалом в 30 минут
- трехкратное взятие образцов крови из периферической вены (10 мл) с интервалом в 90 минут
- двукратное взятие образцов крови из периферической вены (20 мл) с интервалом в 30 минут
- двукратное взятие образцов крови из центральной вены (10 мл) с интервалом в 30 минут

Вы прибыли на повторный визит к пациенту, по данным ЭХО-КТ исследования, диагностировано наличие вегетаций, пролабирующих в выводной отдел левого желудочка в диастолу. Ваша дальнейшая тактика заключается в

- неотложная госпитализация пациента в инфекционное отделение
- плановой госпитализации пациента в кардиологический/терапевтический стационар, консультации пациента у сердечно-сосудистого хирурга, для решения вопроса о возможном хирургическом лечении
- осуществлении амбулаторного наблюдения, назначении консервативной терапии
- неотложной госпитализации пациента в кардиологический/терапевтический стационар, консультации пациента у сердечно-сосудистого хирурга, для решения вопроса о хирургическом лечении

Эффект от антибиотикотерапии, назначенной эмпирически (до получения результатов посева крови), оценивается в течение + _____ + часа/ов

- 24
- 48
- 12
- 72

Для лечения данного пациента НЕ может быть использована следующая комбинация антибиотиков

- пенициллин G+ гентамицин
- офлоксацин + гентамицин
- амоксициллин+гентамицин
- цефтриаксон+ гентамицин

Основным критерием выбора антибиотика для лечения инфекционного эндокардита у данного пациента являются

- предпочтения врача, основанные на личном опыте
- предпочтения пациента
- результат пробы на чувствительность к антибиотикам
- более низкая стоимость препарата

Продолжительность антибактериальной терапии инфекционного эндокардита нативного клапана составляет

- от 2 до 6 недель
- от 6 недель и более
- до полугода
- до 2 недель

К основным критериям эффективности антибиотикотерапии относят

- снижение уровня неспецифических воспалительных показателей (лейкоциты, СОЭ, фибрин и т.д.)
- нормализацию аускультативных показателей, исчезновение мелкопузырчатых хрипов и крепитации
- регрессию проявлений гепатоспленомегалии, нормализацию уровня печеночных ферментов (АЛТ, АСТ)
- нормализацию температуры, отсутствие роста бактерий при повторном посеве крови, положительную динамику данных ЭХО-КГ

Антибиотикопрофилактика перед выполнением стоматологических процедур повышенного риска назначается пациентам + _____ + риска

- промежуточного
- высокого
- низкого
- любой группы

Антибиотикопрофилактика проводится при

- промежуточного
- высокого
- низкого
- любой группы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 68 лет обратился на прием в поликлинику.

Жалобы

* На ноющую, давящую, сжимающую боль за грудиной, отдающую в левую руку, возникающую на фоне повседневной (пройтись до автобусной остановки, подняться на второй этаж) физической нагрузки, купирующуюся самостоятельно после прекращения нагрузки * На периодическое повышение артериального давления, максимально до 200/180 мм рт.ст, адаптирован к 140/80 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Болевой синдром в грудной клетке начал беспокоить около 10 лет назад. Эпизоды возникали редко (до 1-2 раз в год), только на фоне чрезмерной нагрузки. По этому поводу однократно был консультирован терапевтом на профосмотре, рекомендованную терапию не принимал, не обследовался. Во время приступа боли самостоятельно, однократно пробовал принимать нитроглицерин, однако в связи с возникшей головной болью в дальнейшем от препарата отказался. Настоящее ухудшение около двух лет назад, когда впервые стал ощущать прогрессивное снижение переносимости физических нагрузок,

возникновение приступов загрудинных болей на фоне незначительной нагрузки (подъем на 1 лестничный пролет). В связи с этим обратился на прием к терапевту поликлиники. Повышение артериального давления беспокоит около 15 лет, по этому поводу не обследовался, постоянная гипотензивная терапия не назначалась. Перенесенные инсульты и инфаркты отрицает.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает учителем труда в школе. * Перенесённые заболевания, операции: геморрой, ремиссия; хронический гастрит, ремиссия; трансуретральная резекция предстательной железы (по поводу ДГПЖ). * Наследственность: отец – смерть в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда, старший брат – в 2016 году перенес операцию аортокоронарного шунтирования * Аллергоанамнез: аллергия на пенициллин (отек Квинке) * Вредные привычки: курение – стаж 45 лет, бросил месяц назад, так как "замучил" кашель, особенно по утрам, сопровождающийся откашливанием мокроты, отмечаемый в течение длительного времени и усилившийся в последние 5 лет. По рекомендации пульмонолога по месту жительства выполнена ФВД: ОФВ1/ФЖЕЛ - <0,7, ОФВ1 – 72%.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Телосложение гиперстеническое, рост 1,95 м, вес 105кг, индекс массы тела 27.61 кг/м^2 . Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, в области верхушки сердца выслушивается систолический шум малой интенсивности. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, над всей поверхностью легочных полей выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Наиболее правильным сочетанием лабораторных методов обследования, необходимым для постановки диагноза является

- промежуточного
- высокого
- низкого
- любой группы

Результаты лабораторных методов обследования

С учетом того, что в настоящее время невозможно провести пациенту тест с физической нагрузкой в связи с крайне низкой толерантностью и выявленными ишемическими изменения на ЭКГ во время приступа стенокардии для постановки диагноза из инструментальных методов обследования предпочтительно провести

- промежуточного
- высокого
- низкого
- любой группы

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- промежуточного
- высокого
- низкого
- любой группы

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента, относятся

- гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени; дислипидемия. геморрой; хронический гастрит
- гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени; ожирение I степени; дислипидемия; наследственность
- гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени; избыточная масса тела; дислипидемия; наследственность; длительный анамнез употребления табака
- гипертоническая болезнь 2 стадии, 2 степени; избыточная масса тела; дислипидемия; геморрой; хронический гастрит; доброкачественная гиперплазия предстательной железы

У данного пациента можно предположить следующее сопутствующее заболевание респираторной системы

- J41.0 – простой хронический бронхит
- J44.9 – хроническая обструктивная легочная болезнь неуточненная
- J42 – хронический бронхит неуточненный
- J40 – бронхит, не уточненный как острый или хронический

Для предотвращения развития сердечно-сосудистых событий данному пациенту необходимо назначить следующие группы препаратов

- блокаторы медленных Ca^{2+} -каналов, ингибитор If-каналов синусного узла
- антикоагулянты, β -адреноблокаторы, нитраты
- антиагреганты, гиполипидемические средства (статины), ингибиторы АПФ и дигидропиридиновый антагонист кальция
- антикоагулянты, гиполипидемические средства (статины), ингибитор If-каналов синусного узла

Терапия стабильной ишемической болезни сердца первой линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает назначение короткодействующих нитратов и

- β -адреноблокаторов или недигидропиридиновых блокаторов медленных Ca^{2+} -каналов
- β -адреноблокаторов или дигидропиридиновых блокаторов медленных Ca^{2+} -каналов
- β -адреноблокаторов или ингибитора If-каналов синусного узла
- блокаторов медленных Ca^{2+} -каналов или ингибитора If-каналов синусного узла

Терапия стабильной ишемической болезни сердца второй линии для контроля ЧСС и симптомов подразумевает сочетание таких препаратов как ивабрадин/никорандил/ранолазин/ триметазидин и

- дигоксина
- β -адреноблокаторов
- недигидропиридиновых блокаторов медленных Ca^{2+} - каналов
- органических нитратов

У пациента со стабильной ишемической болезнью сердца (с точки зрения эффективности и безопасности) оптимальной является доза аспирина + _____ + мг/сут

- 75 и менее
- 300-600
- 75-100
- 150-300

В случае данного, конкретного пациента должно быть достигнуто целевое значение уровня ЛПНП менее + _____ + ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если невозможно достичь уровня ЛПНП в + _____ + ммоль/л

- 2,5 и 2,5
- 1,4 и 1,4
- 3 и 3
- 3,5 и 3,5

У пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией предпочтительно использование следующей комбинации препаратов

- ингибитор АПФ + коротко действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + длительно действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + селективный β -адреноблокатор
- ингибитор АПФ + неселективный β -адреноблокатор

Контрольные амбулаторные осмотры пациентов со стабильной ИБС рекомендуется проводить каждые + _____ + месяца/месяцев на первом году лечения врачу-терапевту или врачу-кардиологу

- ингибитор АПФ + коротко действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + длительно действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + селективный β -адреноблокатор
- ингибитор АПФ + неселективный β -адреноблокатор

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в поликлинику обратился мужчина 56 лет

Жалобы

* На жгучую, тянущую боль за грудиной и в области левой руки. * На выраженную слабость, похолодание конечностей, чувство нехватки воздуха. * Учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Описанная выше симптоматика начала беспокоить около 6 часов назад, возникла на фоне чрезмерного физического перенапряжения (переезд). Болевой синдром переносил на ногах, самостоятельно принял две таблетки нитроглицерина, 30 капель валокордина - без эффекта. В связи с усилением боли и присоединением симптоматики общей слабости обратился в регистратуру поликлиники по месту жительства. Был направлен к терапевту. Пациент указывает, что около 10 лет страдает повышением артериального давления, максимальные значения до 180/90 мм рт.ст, адаптирован к 150/90 мм рт.ст. Повышение артериального давления сопровождается головной болью, покраснением кожи лица. За показателями АД не следит, постоянную гипотензивную терапию не получает, отменил самостоятельно.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает водителем грузовика. * Перенесённые заболевания, операции: мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы * Наследственность: отец – смерть от инфаркта миокарда в возрасте 53 лет * Аллергоанамнез: не отягощен * Вредные привычки: стаж курения 30 лет, выкуривает по 10 сигарет в день

Объективный статус

Состояние тяжелое. Отмечается выраженная общая слабость. Пациент напуган. Телосложение гиперстеническое, рост 1,65 м, вес 95 кг, индекс массы тела 34.89 кг/м^2 . Кожные покровы бледные, видимые слизистые бледно розового цвета, отёков нет. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, акцент второго тона во втором межреберье справа. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, в нижнебоковых отделах с обеих сторон выслушиваются мелкопузырчатые хрипы и крепитация. Пульс 98 уд/мин,

ритмичный, ЧСС 98 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- ингибитор АПФ + коротко действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + длительно действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + селективный β -адреноблокатор
- ингибитор АПФ + неселективный β -адреноблокатор

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования на догоспитальном этапе является

- ингибитор АПФ + коротко действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + длительно действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + селективный β -адреноблокатор
- ингибитор АПФ + неселективный β -адреноблокатор

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз пациента

- ингибитор АПФ + коротко действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + длительно действующий дигидропиридиновый антагонист медленных Ca^{2+} -каналов
- ингибитор АПФ + селективный β -адреноблокатор
- ингибитор АПФ + неселективный β -адреноблокатор

Состояние данного пациента осложнилось острой сердечной недостаточностью Killip

- I
- IV
- II
- III

Сопутствующий диагноз у данного пациента звучит как гипертоническая болезнь

- 2 степени, 3 стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений высокий
- 3 степени, 1 стадии, средний риск сердечно-сосудистых осложнений

- 3 степени, 3 стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий
- 2 степени, 2 стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений очень высокий

У пациента диагностирован инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST передне-перегородочной локализации в острейшей фазе, дальнейшая тактика заключается в обеспечении незамедлительной транспортировки пациента

- (в пределах 90 минут) в стационар, обладающий возможностью круглосуточного выполнения ЧКВ
- (в пределах 20 минут) в стационар, обладающий возможностью круглосуточного выполнения ЧКВ
- (в пределах 20 минут) в стационар кардиологического профиля с целью выполнения тромболизиса
- (в пределах 90 минут) в любой стационар кардиологического профиля, для проведения курса консервативной терапии

Реперфузионная терапия для снижения риска смерти рекомендуется всем пациентам с ИМпST и длительностью симптомов +_____+ часов

- менее 12
- более 24
- менее 24
- более 12

Нагрузочная доза аспирина должна составлять +____+ мг

- 150-325
- 50-100
- 800-1000
- 300-600

Перед чрескожным коронарным вмешательством, в случае отсутствия тикагрелора, необходимо назначать клопидогрель в дозе +_____+ мг

- 300
- 75
- 150
- 600

Наиболее эффективным и безопасным является применение антикоагулянта

- гепарина
- эноксапарина
- варфарина
- фондапаринукса

Минимальная периодичность диспансерных приемов пациентов с перенесенным инфарктом миокарда составляет не реже + ____ + раз/раза в

- 2; месяц
- 2; год
- 4; год
- 4; месяц

Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших инфаркт миокарда, после оказания медицинской помощи в стационарных условиях медицинских организаций, осуществляется врачом-кардиологом в течение + ____ + месяцев

- 2; месяц
- 2; год
- 4; год
- 4; месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием в поликлинику обратилась женщина 46 лет

Жалобы

* На периодически возникающие эпизоды повышения артериального давления, максимально до 250/120 мм рт.ст., сопровождающиеся головной болью, шумом в ушах, тошнотой, возникающие после умеренной и чрезмерной физической нагрузки и нервного перенапряжения; * На ощущение учащенного сердцебиения, при самостоятельном измерении частота пульса – 105 уд/мин; * На снижение работоспособности, ощущение беспокойства и беспричинной тревоги; * На выраженную потливость.

Анамнез заболевания

Описанные жалобы беспокоят около двух месяцев. Приступы, как правило, проходили самостоятельно, к врачу не обращалась, не обследовалась.

Кардиотропную терапию никогда не применяла. Последние две недели стала отмечать учащение кризовых эпизодов до нескольких раз в день, повышение уровня тревожности. В связи с этим обратилась на консультацию к врачу поликлиники.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает бухгалтером. * Перенесённые заболевания, операции: язвенная болезнь желудка в возрасте 20 лет, лапароскопическая холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита в возрасте 43 лет. * Наследственность: мать пациентки страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа. * Гинекологический анамнез: беременности 2, роды 2, менопауза с 44 лет. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: отсутствуют.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост 1,75 м, вес 68 кг, индекс массы тела 22.20 кг/м^2 , t тела 36.6°C . Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые розового цвета, отёков нет. При

аускультации сердца патологические шумы не выслушиваются, тоны сердца приглушены, ритмичные, при аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Пульс 95 уд/мин, ритмичный, ЧСС 95 уд/мин, АД – 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2; месяц
- 2; год
- 4; год
- 4; месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 2; месяц
- 2; год
- 4; год
- 4; месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 2; месяц
- 2; год
- 4; год
- 4; месяц

У пациентов с феохромоцитомой в качестве консервативной терапии и предоперационной подготовки предпочтительно назначение

- α - и β -адреноблокаторов
- тиазидных диуретиков
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- блокаторов медленных кальциевых каналов

Необходимо соблюдать следующую последовательность назначения препаратов

- назначение α -блокаторов только после достижения β -адреноблокирующего действия
- одномоментное назначение α - и β -адреноблокаторов для достижения максимального эффекта
- назначение β -блокаторов только после достижения α -адреноблокирующего действия
- замена β -адреноблокаторов на α -адреноблокаторы при их неэффективности

У данной пациентки может быть использована следующая комбинация гипотензивных препаратов

- празозин + доксазозин
- доксазозин + атенолол
- празозин + пророксан
- доксазозин + пророксан

При назначении α -адреноблокатора (доксазозина), в начале терапии пациенту необходимо соблюдать следующие рекомендации

- ограничение употребления поваренной соли до 2 г в сутки

- строгий постельный режим в течение 5-7 дней
- строгий постельный режим в течение 2-3 дней
- ограничение употребления поваренной соли до 3-5 г в сутки

Альфа-адреноблокаторы должны быть назначены минимум за + _____ + дня/дней до операции

- 10
- 7
- 14
- 3

Критерием эффективности терапии адреноблокаторами является

- уменьшение количества кризов и амплитуды повышения артериального давления
- изолированное снижение показателей диастолического артериального давления
- изолированное снижение показателей систолического артериального давления
- уменьшение размеров опухолевого образования

Оптимальным методом лечения феохромоцитомы в данном случае является

- терапевтический – лучевая терапия
- хирургический – правосторонняя адреналэктомия
- хирургический – тотальная адреналэктомия
- терапевтический – химиотерапия

Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через + _____ + недели/недель после операции

- 12-24
- 1-3
- 2-4
- 4-8

Лабораторное обследование пациентов после перенесенной операции адреналэктомии проводится

- 12-24
- 1-3
- 2-4
- 4-8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родственники 85-летней женщины вызвали участкового врача-терапевта на дом

Жалобы

На постоянную сонливость, одышку и покашливание

Анамнез заболевания

* в течение недели родственники пациентки обратили внимание на значительное ухудшение ее состояния: заметно снизился аппетит, пациентка стала больше времени проводить в постели в постоянной полудреме. * 3 дня назад пациентке стало труднее дышать, дыхание участилось и стало поверхностным, при этом появился кашель, однако мокроту пациентка откашливала с большим трудом из-за выраженной слабости, а в течение

последних суток перестала откашливать совсем. * Утром родственники были обеспокоены тем, что с трудом смогли разбудить больную и она снова погружалась в забытие, при этом уровень артериального давления без приема препаратов снизился до 100/60 мм рт.ст., а пульс достиг 120 ударов в минуту.

Анамнез жизни

* длительно страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 180/130 мм рт.ст., на фоне антигипертензивной терапии целевой уровень АД не достигнут. 15 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, гликированный гемоглобин 9,8%. 8 лет назад перенесла ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии, после которого сохранялся правосторонний гемипарез * не курит, алкоголем не злоупотребляет * менопауза с 52 лет, опущение матки * аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Уровень сознания – сопор. Вес 90 кг, рост 169 см. Температура тела 37,8⁰С (ранее температуру тела не измеряли). * Кожные покровы влажные, теплые, пастозность голеней. Катаральных явлений нет. * Справа ниже угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, там же выслушивается ослабленное жесткое дыхание и небольшое количество влажных звонких мелко- и среднепузырчатых хрипов. Над остальными отделами легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 30/мин, дыхание поверхностное. * Тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке ЧСС 120/мин, АД 95/65 мм рт.ст. * Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня, мочеиспускание свободное. * Сухожильные рефлексы справа оживлены, правосторонний гемипарез. Рефлекс Бабинского справа. Менингеальных знаков нет.

Тактикой вызванного участкового врача-терапевта будет

- лечение в амбулаторных условиях (на дому)
- немедленная госпитализация
- назначение лечения в амбулаторных условиях с последующей оценкой эффекта и принятия решения о необходимости госпитализации
- лечение в условиях «дневного стационара»

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- лечение в амбулаторных условиях (на дому)
- немедленная госпитализация
- назначение лечения в амбулаторных условиях с последующей оценкой эффекта и принятия решения о необходимости госпитализации
- лечение в условиях «дневного стационара»

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- лечение в амбулаторных условиях (на дому)
- немедленная госпитализация
- назначение лечения в амбулаторных условиях с последующей оценкой эффекта и принятия решения о необходимости госпитализации
- лечение в условиях «дневного стационара»

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятной причиной ухудшения состояния пациентки является

- лечение в амбулаторных условиях (на дому)
- немедленная госпитализация
- назначение лечения в амбулаторных условиях с последующей оценкой эффекта и принятия решения о необходимости госпитализации
- лечение в условиях «дневного стационара»

Течение заболевания следует оценить как

- легкое
- тяжелое
- крайне тяжелое
- среднетяжелое

Оптимальная стартовая антибактериальная терапия включает назначение

- левофлоксацин+амоксиклав
- амоксиклав/клавуланат+кларитромицин
- амоксиклав+амикацин
- амоксиклав/клавуланат+цефтриаксон

Предпочтительным путем введения препарата пациентке является

- ингаляционный
- сублингвальный
- пероральный
- парентеральный

Критерием эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала будет являться

- нормализация показателей общего анализа крови
- снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки
- нормализация рентгенологической картины
- нормализация аускультативной картины: исчезновение фокуса влажных хрипов, нормализация характера дыхания

Антибактериальная терапия в случае ее эффективности у данной пациентки должна проводиться

- 7-дневным курсом
- до нормализации рентгенологической картины
- до нормализации лабораторных показателей
- до нормализации аускультативной картины

Повторное рентгенологическое обследование в случае благоприятного течения заболевания и клинических признаков эффективности проводимой антибактериальной терапии проводится через

- 5-7 дней
- 2-4 недели
- 2-3 дня
- 2-3 месяца

Возможным осложнением данного заболевания, помимо деструкции легочной ткани и эмпиемы плевры, является

- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма
- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии

- развитие периферического рака легкого

К очевидным факторам риска затяжного течения пневмонии у пациентки, помимо наличия сопутствующих заболеваний и тяжелого течения пневмонии, относятся

- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма
- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
- развитие периферического рака легкого

Условие ситуационной задачи

Ситуация

мужчина 35 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом

Жалобы

на повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, кашель с отделением небольшого количества «ржавой» мокроты, боль в правом боку при глубоком дыхании

Анамнез заболевания

2 дня назад сильно переохладился на зимней рыбалке. В ночь после этого почувствовал сильный жар, температура тела повысилась до $39,3^{\circ}\text{C}$, принял 1 г ацетилсалициловой кислоты и уснул, ночью обильно потел. Утром самочувствие ухудшилось: появилась выраженная слабость, пропал аппетит, температура тела - $38,1^{\circ}\text{C}$. Самостоятельно принимал комбинированные препараты от «простуды» (колдрекс, терафлю), однако самочувствие от этого не улучшалось, а температура тела лишь кратковременно снижалась до $37,8^{\circ}\text{C}$, быстро повышаясь вновь. Пациента познанивало весь день, а к вечеру появились боль в боку и кашель с трудноотделимой мокротой ржавого цвета. На следующее утро вызвал врача на дом.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы влажные, теплые, лихорадочный румянец на лице. Herpes labialis. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Справа ниже угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, там же выслушивается бронхиальное дыхание и крепитация. Справа по задней подмышечной линии выслушивается нежный шум трения плевры. SpO₂ - 96%, ЧДД - 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 98/мин, АД - 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня, мочеиспускание свободное.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма
- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии

- развитие периферического рака легкого

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма
- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
- развитие периферического рака легкого

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма
- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
- развитие периферического рака легкого

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- стационарных условиях (терапевтическое или пульмонологическое отделение)
- условиях «дневного стационара»
- стационарных условиях (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных условиях (на дому)

Пациенту показано назначение

- арбидола 200 мг 4 раза в день
- амоксициллина/клавулоновой кислоты 0,625/0,125 г 3 раза в сутки
- кларитромицина 0,5 г 2 раза в сутки
- метронидазола 0,5 г 3 раз в сутки

Предпочтительным путем введения препарата данному пациенту является

- ингаляционный
- внутримышечный
- энтеральный
- внутривенный

Повторный осмотр пациента для определения эффективности лечения необходим через

- 48-72 часа
- 1 месяц
- 1 неделю
- 6 часов

К критериям эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала относят

- нормализацию аускультативной картины, прекращение кашля и отхождения мокроты
- нормализацию показателей общего анализа крови
- снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки
- нормализацию рентгенологической картины

Продолжительность антибактериальной терапии должна составлять

- 21 сутки
- 5-7 суток
- 14 суток
- 48-72 часа

В качестве симптоматической терапии данному пациенту показано назначение

- муколитиков
- бронхолитиков
- противокашлевых препаратов
- антигистаминных препаратов

К возможным осложнениям данного заболевания относится

- рак легкого
- острый респираторный дистресс-синдром
- пневмоторакс
- бронхиальная астма

Предрасполагающим фактором развития заболевания у пациента можно считать

- рак легкого
- острый респираторный дистресс-синдром
- пневмоторакс
- бронхиальная астма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 78 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом

Жалобы

* Приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. * Продолжительность несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Анамнез заболевания

* С 72 лет артериальная гипертензия и ИБС: стенокардия, получает антиангинальную терапию и гипотензивную терапию (аспирин, статины, БАБ, иАПФ, мочегонные), может подняться на 3 этаж, после отмечает боли за грудиной сжимающего характера, проходящие в покое через 3-5 мин. * Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, не обследовался, терапии не получает.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально в соответствии с возрастом. * Перенесенные заболевания и операции: холецистэктомия, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. * Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 уд/мин. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см внутри от левой среднеключичной линии, верхняя – верхний край III ребра. При

аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9х8х7 см.

Необходимыми методами лабораторной диагностики в данном случае являются

- рак легкого
- острый респираторный дистресс-синдром
- пневмоторакс
- бронхиальная астма

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами исследования для постановки диагноза являются

- рак легкого
- острый респираторный дистресс-синдром
- пневмоторакс
- бронхиальная астма

Результаты инструментальных методов обследования

Основной диагноз в данном случае

- рак легкого
- острый респираторный дистресс-синдром
- пневмоторакс
- бронхиальная астма

Осложнением основного заболевания является

- пароксизмальная форма фибрилляции предсердий
- блокада правой ножки пучка Гиса
- блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- персистирующая форма фибрилляции предсердий

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений необходимо использовать шкалу

- HAS-BLED
- SCORE2
- CAPRINI
- CHA₂-DS₂-VASc

У данного пациента риск развития инсульта по шкале CHA₂-DS₂-VASc равен + _____ + баллам

- 3
- 4
- 5
- 2

Данному пациенту необходимо провести следующую коррективку принимаемой терапии

- отменить аспирин, назначить антикоагулянты, антиаритмики
- оставить аспирин, антигипертензивные препараты, добавить блокаторы протонной помпы
- к получаемому аспирину добавить статины, антиоксиданты

- оставить аспирин, назначить статины, антиаритмики и антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Антигипертензивная терапия у данного пациента

- включает необходимость увеличения дозы ингибиторов АПФ
- включает необходимость увеличения дозы бета-блокаторов
- в коррективке не нуждается
- должна быть отменена

Для профилактики инсульта пациенту показано назначение

- клопидогреля
- тикагрелора
- дабигатрана
- аспирина

Для оценки риска кровотечений необходимо использовать шкалу

- CAPRINI
- HAS-BLED
- CHA₂-DS₂-VASc
- SCORE2

К частично модифицируемым факторам риска геморрагических осложнений можно отнести

- инсульт в анамнезе
- возраст
- большое кровотечение в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению

Целевое значение МНО на терапии варфарином должно быть в диапазоне между

- инсульт в анамнезе
- возраст
- большое кровотечение в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 35 лет вызвала СМП

Жалобы

* На повышение температуры тела до 39,0°C, * слабость, * кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты, * инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке и в покое.

Анамнез заболевания

Отмечает ухудшение самочувствия 3 дня назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39,2 С^о^, появился сухой кашель. Лечилась народными средствами. Стала отмечать одышку при умеренной, а затем и при незначительной физической нагрузке.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ. * Наследственность не отягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет в умеренном количестве. * По профессии менеджер.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 74 кг, рост 175 см. Температура тела 38°C. Цианоз губ. Кожные покровы горячие на ощупь, повышенной влажности. Видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Доступные пальпации периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. При пальпации грудной клетки справа выявлено усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечной линиям. Аускультативно дыхание жесткое, справа в нижней доле выслушиваются влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 30 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 110 ударов в минуту. АД 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы. SpO₂ ~ 91%. Врачом СМП было принято решение о госпитализации

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- инсульт в анамнезе
- возраст
- большое кровотечение в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- инсульт в анамнезе
- возраст
- большое кровотечение в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больной может быть установлен клинический диагноз

- инсульт в анамнезе
- возраст
- большое кровотечение в анамнезе
- анемию и тромбоцитопению

Диагноз

Для скрининговой оценки тяжести пневмонии следует использовать шкалу

- CURB-65
- CHA2DS2-VASc
- Глазго
- mMRC

Для оценки прогноза при внебольничной пневмонии следует использовать шкалу

- CAT

- PORT
- HAS-BLED
- mMRC

Газовый состав крови следует определять при SpO₂ менее + _____ + %

- 95
- 90
- 98
- 85

Терапией выбора для стационарного лечения внебольничной пневмонии тяжелого течения является комбинация

- амоксициллина клавуланат и макролида
- меропенема и левофлоксацина
- тетрациклина и метронидазола
- ванкомицина и гентамицина

Симптоматическая терапия пневмонии включает назначение

- бронхолитиков
- НПВС
- противокашлевых средств
- антидепрессантов

Критерием эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмониями является + _____ + в течение + _____ + после назначения антибиотика

- полное исчезновение симптомов; 5-7 суток
- прекращение кашля; 24 часа
- снижение температуры; 48-72 часа
- исчезновение инфильтрации при рентгенограмме органов грудной клетки; 3-4 суток

Альтернативной схемой для лечения тяжелой пневмонии в стационаре является комбинация

- гликопептидов с тетрациклинами
- респираторных фторхинолонов с цефалоспорином III поколения
- незащищенных пенициллинов с макролидами
- ампициллин/клавуланата с ванкомицином

У госпитализированной больной должны применяться антибактериальные препараты с + _____ + путем введения

- комбинированным (пероральным и внутривенным)
- пероральным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- внутривенным

Контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды, недавнее (<2 нед) морское путешествие/проживание в гостинице увеличивает риск развития пневмонии, вызванной

- комбинированным (пероральным и внутривенным)
- пероральным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- внутривенным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В. 63 лет, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,5°C, кашель с отхождением слизистой мокроты, выраженную слабость, потливость

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 4 дней, когда после переохлаждения внезапно стала повышаться температура тела до 37,5°C, появился кашель со слизистой мокротой. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал доксициклин без эффекта: к третьим суткам заболевания температура тела повысилась до 38,3°C, присоединилась выраженная слабость, потливость, преимущественно в ночное время

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесенные заболевания и операции: холецистэктомия. * Наследственность неотягощена. * Вредные привычки: курит в течение 25 лет по пачке сигарет в сутки, алкоголь не употребляет. * По профессии кондитер.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 94 кг, рост 170 см. Температура тела 38,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Периферических отеков нет. При пальпации грудной клетки справа выявлено усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечной линиям. Аускультативно дыхание жесткое, справа в нижней доле выслушиваются влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 20 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- комбинированным (пероральным и внутривенным)
- пероральным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- внутривенным

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- комбинированным (пероральным и внутривенным)
- пероральным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- внутривенным

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больному может быть установлен клинический диагноз

- комбинированным (пероральным и внутривенным)
- пероральным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- внутривенным

Появление у больного немотивированной слабости и потливости следует расценивать как проявление

- сердечной недостаточности
- дисбактериоза кишечника, индуцированного приемом антибиотиков
- интоксикационного синдрома
- сахарного диабета

Дифференциальную диагностику пневмонии у пожилого пациента следует проводить с

- гипертоническим кризом
- инфекционным эндокардитом
- опухолью легкого
- бронхиальной астмой

Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии нетяжелого течения у пациента, имеющего в анамнезе факт приема антибактериального препарата более 2 суток, являются

- ингибиторозащищенные аминопенициллины
- макролиды
- аналоги нуклеозидов
- аминогликозиды

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в отделение терапевтического профиля
- ведении в амбулаторных условиях
- госпитализации в инфекционное отделение
- госпитализации в отделение реанимации

Антибактериальная терапия должна

- начинаться как можно раньше после установления диагноза пневмонии
- назначаться только с учетом пола пациента (степень тяжести, наличие сопутствующей патологии и эпидемиологические данные не должны влиять на выбор антибактериального препарата)
- начинаться только после получения результатов посева мокроты с учетом выявленной чувствительности высеянного микроорганизма
- проводиться до полного исчезновения инфильтративных изменений при рентгенографии органов грудной клетки

Критериями эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмониями следует считать + _____ + в течение 48-72 часов после назначения антибиотика

- нормализацию картины крови (исчезновение лейкоцитоза)
- исчезновение инфильтрации при контрольной рентгенограмме органов грудной клетки
- снижение температуры тела, уменьшение интоксикации, улучшение общего самочувствия
- исчезновение кашля

При сохранении в течение 72 часов после назначения антибактериального препарата лихорадки на прежнем уровне, верной тактикой дальнейшего ведения больного является

- продолжение терапии этим же антибактериальным препаратом в течение 10 дней
- добавление к терапии НПВС
- пересмотр тактики лечения и повторная оценка целесообразности госпитализации пациента
- проведение контрольной рентгенографии органов грудной клетки с целью оценки динамики инфильтративных изменений

Средняя продолжительность антибактериальной терапии неосложненной пневмонии должна составлять + _____ + дней

- 18-20
- 2-5
- 7-10
- 14-30

К клиническим особенностям пневмонии у лиц пожилого возраста относят

- 18-20
- 2-5
- 7-10
- 14-30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 19 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,0°C, повышенную потливость, общую слабость, утомляемость, кашель с отхождением мокроты слизисто-гнойного характера.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение двух дней, когда внезапно повысилась температура до 38,0°C, появилась слабость, потливость, утомляемость, кашель со слизисто-гнойной мокротой. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал парацетамол в таблетках.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа. * Наследственность неотягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы. Вес 78 кг, рост 185 см. Температура тела 38,5° С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Периферических отеков нет. При пальпации грудной клетки слева выявлено усиление голосового дрожания. При перкуссии определяется укорочение звука слева ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечной линиям. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах левого легкого выслушиваются влажные звонкие

мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 22 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 18-20
- 2-5
- 7-10
- 14-30

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 18-20
- 2-5
- 7-10
- 14-30

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больному может быть установлен клинический диагноз

- 18-20
- 2-5
- 7-10
- 14-30

Дифференциальную диагностику пневмонии у молодого пациента следует проводить с

- туберкулезом легкого
- инфекционным эндокардитом
- острым трахеитом
- муковисцидозом

Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии легкого течения являются

- фторхинолоны (ципрофлоксацин)
- аминопенициллины (амоксциллин)
- аминогликозиды (гентамицин)
- тетрациклины (тетрациклин)

Тактика ведения данного больного заключается в

- ведении пациента в амбулаторных условиях
- ведении пациента в дневном стационаре
- госпитализации в инфекционное отделение
- госпитализации пациента в отделение терапевтического профиля

К симптоматической терапии пневмонии относят назначение

- НПВС
- антиагрегантов
- моноклональных антител

- ингибиторов АПФ

Оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через +_____+ от ее начала

- 24-36 часов
- 7-10 суток
- 48-72 часа
- 4-6 часов

Основными критериями эффективности антибактериальной терапии является

- исчезновение кашля
- исчезновение инфильтрации при контрольной рентгенограмме органов грудной клетки
- обильное отхождение стекловидной мокроты
- снижение температуры тела

Помимо *Streptococcus pneumoniae*, наиболее частыми возбудителями внебольничной пневмонии у молодых лиц без сопутствующей патологии являются

- *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*
- *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*
- *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae*

Развития внебольничной пневмонии, вызванной анаэробной флорой, следует подозревать у лиц с

- ОРВИ
- аспирацией
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой

Показанием к выписке пациента из стационара будет

- ОРВИ
- аспирацией
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 46 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

* Учащенное неритмичное сердцебиение, * ноющие боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, * одышку, в том числе при минимальной физической нагрузке, * дрожь в руках, * потливость, * слабость, быструю утомляемость

Анамнез заболевания

* Считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб. * Длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт.ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. * При обследовании 2 года

назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. * За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. * Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C

Анамнез жизни

* Наследственность не отягощена. * Курит по 0,5 пачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Ориентирована всесторонне правильно. Рост 165 см. Вес 48 кг. Температура тела 36.9° С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Выраженный экзофтальм. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ОРВИ
- аспирацией
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ОРВИ
- аспирацией
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой

Результаты инструментальных методов обследования

Данной пациентке можно поставить диагноз

- ОРВИ
- аспирацией
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий следует использовать шкалу

- CHA₂-DS₂-VASc
- HAS-BLED

- GRACE
- SCORE

У больных с фибрилляцией предсердий при отсутствии антикоагуляции наиболее частым осложнением является

- тромбоэмболия легочной артерии
- тромбоз глубоких вен голеней
- кардиоэмболический инсульт
- внезапная коронарная смерть

У пациентки риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂-DS₂-VASc составляет 2 балла. Предпочтительным вариантом антитромботической терапии является назначение

- антиагрегантов (ацетилсалициловой кислоты или клопидогрела)
- тромболитической терапии (альтеплаза или стрептокиназа)
- двойной антитромботической терапии (варфарин в сочетании с ацетилсалициловой кислотой)
- прямых пероральных антикоагулянтов или варфарина под контролем МНО

Правильной тактикой лечения фибрилляции предсердий у этой пациентки является

- экстренная электрическая кардиоверсия
- плановая медикаментозная кардиоверсия амиодароном
- отказ от восстановления ритма, назначение ритм-урежающей и антикоагулянтной терапии
- плановая электрическая кардиоверсия после 3-недельной подготовки антикоагулянтами

Лечение сердечной недостаточности у пациентки подразумевает назначение

- комбинации ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов минералокортикоидных рецепторов и петлевых диуретиков
- комбинации ингибиторов АПФ, блокаторов ангиотензиновых рецепторов, верапамила и петлевых диуретиков
- комбинации бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, ивабрадина, триметазидина
- комбинации ингибиторов АПФ, антагонистов кальция, петлевых диуретиков, препаратов метаболического действия

На фоне назначения спиронолактона пациентам с сердечной недостаточностью возможно развитие

- гиперкалиемии
- гипогликемии
- гипергликемии
- гипокалиемии

Для лечения основного заболевания щитовидной железы, которое привело к развитию осложнений, показано назначение

- левотироксина (L-тироксин)
- тиамазола (мерказолол)
- препаратов йода (йодомарин)
- амиодарона (кордарон)

Радикальными методами лечения диффузного токсического зоба являются

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- длительное течение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)

- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом

С целью профилактики эндокринной офтальмопатии пациентке следует дать рекомендации по

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- длительное течение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился в поликлинику к участковому врачу-терапевту для прохождения планового осмотра (диспансеризации)

Жалобы

Не предъявляет

Анамнез заболевания

* В течение 3 лет при самоконтроле регистрируются значения АД 145-150/90-95 мм рт. ст. * Антигипертензивную терапию не получает. * Наличие сахарного диабета, перенесенные инфаркт миокарда, инсульт, отрицает.

Анамнез жизни

* Отец умер в 55 лет от инфаркта миокарда. * Курит по 20 сигарет в день на протяжении 30 лет. * Работает механиком, толерантность к физической нагрузке высокая. * Аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 176 см (ИМТ=25,2 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 72 уд./мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нижних конечностей нет. Щитовидная железа не увеличена.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- длительное течение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- длительное течение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза и данных обследования у пациента выявлена

- длительное лечение препаратами йода или хирургическое лечение (резекция щитовидной железы)
- длительное течение тиреостатиками или хирургическое лечение (резекция 2/3 щитовидной железы)
- хирургическое лечение (склерозирование щитовидной железы этанолом) или лечение радиоiodом
- хирургическое лечение (тиреоидэктомия) или лечение радиоiodом

Диагноз

Так как у пациента в биохимическом анализе крови выявлено, что уровень общего холестерина составляет 6,7 ммоль/л., то следующим этапом исследования является

- липидный спектр (определение ЛНП, ЛВП, триглицеридов)
- дообследование не показано, ситуация вполне ясна
- определение ЛП(а)
- генетическое тестирование для определения мутации гена рецепторов ЛНП

Оценкой величины сердечно-сосудистого риска у этого пациента является шкала

- NIHSS
- CHA₂DS₂VASc
- SCORE
- GRACE

Вариантом, отражающим правильный подход к началу антигипертензивной терапии является

- немедленное ее начало
- модификация образа жизни, необходимости в медикаментозном лечении нет
- модификация образа жизни и динамическое наблюдение в течение 3 месяцев, при неэффективности – начало антигипертензивной терапии
- модификация образа жизни и динамическое наблюдение в течение 3 недель, при неэффективности – начало антигипертензивной терапии

К антигипертензивным препаратам первой линии можно отнести

- агонисты имидазолиновых рецепторов, ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину
- бета-блокаторы, ингибиторы If-каналов, антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики

- блокаторы рецепторов к ангиотензину, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, петлевые диуретики

Дополнительными препаратами, которые должны быть назначены пациенту, являются

- аспирин
- антикоагулянты
- омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты
- статины

Мероприятия по изменению образа жизни у этого пациента включают

- отказ от курения, увеличение физической активности, ограничение потребления соли
- отказ от курения, потребление йодированной соли, ограничение физической нагрузки
- отказ от курения, ограничение потребления жидкости, увеличение физической активности, использование силовых тренажеров
- снижение массы тела, ограничение физической нагрузки, низкобелковая диета

С учетом высокого риска при стратификации по шкале SCORE, гиполипидемическую терапию статинами для этого пациента необходимо проводить

- до снижения уровня общего холестерина до 4,0 ммоль/л, затем препараты отменяют
- пожизненно, целевое значение ЛНП $\leq 1,8$ ммоль/л или его снижение на $\geq 50\%$ от исходного
- пожизненно, целевое значение ЛНП $< 3,0$ ммоль/л
- курсами по 2 месяца с 4-месячными перерывами

Терапию антигипертензивными препаратами для этого пациента необходимо проводить + _____ + при условии хорошей переносимости

- пожизненно, целевое АД $< 145/80$ мм рт.ст
- пожизненно, целевое АД $< 140/95$ мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД $< 130/80$ мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД $< 150/90$ мм рт.ст

К возможным методам лечения никотиновой зависимости у этого пациента относятся

- пожизненно, целевое АД $< 145/80$ мм рт.ст
- пожизненно, целевое АД $< 140/95$ мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД $< 130/80$ мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД $< 150/90$ мм рт.ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 73 лет осматривается врачом-терапевтом в стационаре

Жалобы

на слабость, утомляемость, тошноту без связи с приемом пищи, ухудшение аппетита, зрения, памяти

Анамнез заболевания

С 54 лет периодически беспокоили головные боли в затылочной области. При обращении к врачу регистрировались повышенные цифры АД (систолического до 150-160 и диастолического до 90-100 мм рт.ст.). Больному назначались

антигипертензивные препараты, которые он принимал нерегулярно. С 60 лет АД стабилизировалось на цифрах 160 и 100 мм рт.ст. Постепенно стало нарастать ухудшение зрения. К врачам не обращался и не лечился. Использовал нетрадиционные методы лечения. В 68 лет уровень АД составлял 180-190 и 100-120 мм рт.ст, выявлялась протеинурия, отмечалось прогрессивное ухудшение памяти. За последний год появились жалобы на быструю утомляемость, слабость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, в связи с чем обратился к врачу и был госпитализирован для обследования и лечения.

Анамнез жизни

* рос и развивался нормально, * перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит, * наследственность: отец имел артериальную гипертензию с 35 лет, перенес ОНМК в возрасте 53 лет, * вредные привычки: курит по 20 сигарет в день с 20-летнего возраста, * двигательная активность: малоподвижный образ жизни, * отдает предпочтение соленой пище.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. ИМТ 18 кг/м^2 . Кожные покровы бледные с землистым оттенком, сухие, тургор снижен. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Размеры относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии в 5 межреберье, верхняя - по верхнему краю 3 ребра. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в мин, приглушены, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины. Пульс ритмичный, 88 ударов в минуту, напряженный. АД 170/115 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x6 см. Нижний край печени мягкий, острый, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Неврологической симптоматики нет.

Скрининговыми лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- пожизненно, целевое АД <145/80 мм рт.ст
- пожизненно, целевое АД <140/95 мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД <130/80 мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД <150/90 мм рт.ст

Результаты скрининговых лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- пожизненно, целевое АД <145/80 мм рт.ст
- пожизненно, целевое АД <140/95 мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД <130/80 мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД <150/90 мм рт.ст

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить следующий диагноз

- пожизненно, целевое АД <145/80 мм рт.ст
- пожизненно, целевое АД <140/95 мм рт.ст.
- пожизненно, целевое АД <130/80 мм рт.ст.

- пожизненно, целевое АД <150/90 мм рт.ст

К поражению органов-мишеней, связанному с артериальной гипертензией у больного, относят

- гипертрофию левого желудочка
- стеатоз печени
- диффузный пневмосклероз
- пульсовое артериальное давление 55 мм рт.ст.

У больного имеется метаболическое нарушение в виде

- метаболического ацидоза
- гиперлипидемии
- подагры
- сахарного диабета

Дополнительным инструментальным методом обследования больных артериальной гипертензией является

- УЗИ сонных артерий
- экскреторная урография
- биопсия почки
- КТ головного мозга

Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в

- сочетании с монотерапией антигипертензивными препаратами
- сочетании с назначением фиксированной комбинации трех антигипертензивных препаратов
- течение первых 6 месяцев наблюдения, с последующим назначением антигипертензивных препаратов
- сочетании с назначением комбинации двух антигипертензивных препаратов

Данному больному предпочтительнее назначить

- лизиноприл+ирбесартан
- амлодипин+бисопролол
- лизиноприл + фуросемид
- лизиноприл+ бисопролол

Немедикаментозный компонент лечения данного пациента должен включать

- отказ от курения
- бальнеологическое лечение
- снижение массы тела
- физиотерапевтическое лечение

Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до отметки + _____ + мм рт.ст

- 120-130/70-79
- 130-139/70-79
- <150/90
- <120/80

Диета для данного пациента должна включать

- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- ограничение потребления растительной пищи

Данному пациенту следует воздержаться от назначения препаратов из группы

- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- ограничение потребления растительной пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 59 лет, менеджер, обратился к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение

Жалобы

на дискомфорт, появление давящих болей за грудиной, возникающие при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице выше 2 -3 -го этажа, или при ходьбе более 500 м. Боли периодически отдают в левую руку, проходят после прекращения нагрузки в течение 5 минут или купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Снижение толерантности к нагрузкам.

Анамнез заболевания

Впервые дискомфорт в груди заметил около года назад при быстрой ходьбе в гору, боль прошла после прекращения нагрузки. Стал ограничивать нагрузку, ходил медленнее. В последующем стал отмечать появление давящих болей за грудиной при подъеме по лестнице выше 3 этажа, ходьбе более 500 м.

Предположил, что это связано с курением и бронхами, уменьшил число выкуриваемых сигарет. К врачу не обращался. При медленной ходьбе и в покое болей не было, но при увеличении темпа возникал дискомфорт. За последние полгода частота, длительность и интенсивность болей не изменилась. По рекомендации знакомого стал использовать нитроглицерин для купирования приступов с хорошим эффектом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. Служил в армии. * Образование высшее. *

Работает. * Перенесенные заболевания и операции: отрицает *

Наследственность: мать умерла в 64 года, ОНМК, страдала АГ; отец – умер в 50 лет от острого инфаркта миокарда. * Аллергологический анамнез неотягощен. *

Вредные привычки: курит 25 лет, по 5-7 сигарет в день, алкоголь употребляет редко в малых дозах. * Ведет малоподвижный образ жизни.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 171 см, вес 89 кг, ИМТ 30,44 кг/м². Окружность талии – 104 см. В легких – дыхание везикулярное. ЧД = 16 в 1 минуту. Тоны сердца умеренно приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 86 уд. в 1 минуту. АД – 130/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Печень и селезенка не увеличены.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- ограничение потребления растительной пищи

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- ограничение потребления растительной пищи

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- употребление минеральной воды
- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от приема алкоголя
- ограничение потребления растительной пищи

Ведущим модифицируемым фактором риска развития атеросклероза, выявленным при первичном осмотре у данного пациента, является

- мужской пол
- возраст старше 45 лет
- малоподвижный образ жизни
- курение

Пациента следует направить на коронароангиографию при

- неэффективности оптимальной медикаментозной терапии
- отсутствии приступов стенокардии на фоне лечения
- недостижении целевых уровней холестерина
- выявлении утолщения комплекса интимы-медиа или атеросклеротической бляшки при ультразвуковом исследовании сонных артерий

Для купирования приступов стенокардии пациенту следует назначить

- триметазидин пролонгированный в капсулах
- валидол под язык
- нитраты короткого действия под язык
- диклофенак в таблетках

В качестве антиангинальной терапии в первую очередь пациенту необходимо назначить

- нифедипин
- торасемид
- бета-адреноблокаторы
- дигоксин

При лечении больного со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС

+ _____ + в минуту

- 76-90
- 55-60
- 35-40

- 70-75

Для профилактики атеротромботических осложнений пациенту следует назначить

- клопидогрель+аспирин
- варфарин
- ацетилсалициловую кислоту (аспирин) в низких дозах 75-150 мг/сут
- варфарин + аспирин

При недостижении целевых уровней холестерина больному стабильной стенокардией, получающему статины, следует добавить

- атероклефит
- эзетимиб
- никотиновую кислоту
- милдронат

Для определения показаний к назначению статинов у больного со стабильной стенокардией использование шкалы SCORE

- возможно, при условии, если пациент не курит
- возможно, но с учетом уровней ЛВП
- невозможно
- возможно

Контрольные амбулаторные осмотры больному со стабильной ИБС на первом году лечения рекомендуется проводить

- возможно, при условии, если пациент не курит
- возможно, но с учетом уровней ЛВП
- невозможно
- возможно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

30-летняя женщина на приеме у участкового врача-терапевта

Жалобы

На «выкручивающие» боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во второй половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянущие и боли, дискомфорт в животе без определенной локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием и урчанием в животе и проходящие после отхождения газов или приема адсорбентов (энтеросгель, эспумизан); на головные боли, возникающие во второй половине дня

Анамнез заболевания

* С молодости на фоне сильных волнений (конфликты, экзамены и т.п.) отмечала послабление стула, чему пациентка не придавала особого значения, поскольку подобные ситуации возникали редко, а в остальное время она чувствовала себя хорошо. * С 27 лет самочувствие ухудшилось: большое количество конфликтных ситуаций на работе стало сопровождаться послаблением стула и учащением дефекаций до 3-4 раз в дневное время (без примеси крови и непереваренной пищи), редкий день обходился без приема

лоперамида. Около года назад присоединились боли в животе и вздутие, последние полгода чтобы уменьшить их и избежать неловких ситуаций на работе стала принимать адсорбенты (3-4 раза в неделю). Кратковременное улучшение состояния было во время двухнедельного отпуска, но после возвращения на работу боли в животе, вздутие и послабление стула возобновились. * Обратилась к участковому терапевту для обследования, поскольку сильно обеспокоена состоянием своего здоровья и в последнее время стала испытывать все больше затруднений на работе в связи с имеющимися симптомами.

Анамнез жизни

* Бабушка со стороны матери умерла в 77 лет от рака сигмовидной кишки, у матери пациентки (58 лет) выявлена аденокарцинома толстой кишки, * частный предприниматель, замужем, есть дочь, * не курит, алкоголем не злоупотребляет, * питается нерегулярно, избегает жирной и острой пищи, употребляет большое количество сырых овощей и фруктов * месячные обильные, болезненные, цикл регулярный, гинекологических заболеваний нет, * аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 169 см. Температура тела 36,8°C. * Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. * Катаральных явлений нет. Над легкими везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, ЧДД 15/мин * Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 68/мин, АД 105/75 мм рт.ст. * Живот мягкий, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка, при пальпации слепой кишки определяется урчание. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень, селезенка не увеличены. Стул послабленный (6 тип по Бристольской шкале), мочеиспускание свободное. * Per rectum: перианальная область не изменена, при пальцевом исследовании тонус сфинктера сохранен, геморроидальные узлы не пальпируются, объемных образований не выявлено, на перчатке кал коричневого цвета.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования, помимо общих анализов крови, мочи и кала относят

- возможно, при условии, если пациент не курит
- возможно, но с учетом уровней ЛВП
- невозможно
- возможно

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- возможно, при условии, если пациент не курит
- возможно, но с учетом уровней ЛВП
- невозможно
- возможно

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данной больной?

- возможно, при условии, если пациент не курит
- возможно, но с учетом уровней ЛВП
- невозможно
- возможно

Диагноз

Рациональной диетической рекомендацией пациентке является

- исключение из рациона куриных яиц
- ограничение употребления жидкости до 500 мл/сут
- полное исключение из рациона мясных и молочных продуктов
- избегать приема пищи в спешке, в процессе работы

Для лечения абдоминальной боли пациентке показано назначение

- селективных ингибиторов ЦОГ-2
- спазмолитиков
- парацетамола
- опиоидных анальгетиков

Для купирования диареи пациентке показано назначение

- фуразолидона
- кларитромицина
- лоперамида гидрохлорида
- активированного угля

Альтернативным препаратом для купирования диареи является

- метронидазол
- лактулоза
- амоксициллин/клавулоновая кислота
- диоктаэдрический смектит

К «симптомам тревоги» у пациентки относится

- отягощенная наследственность
- «выкручивающий» характер болей
- связь симптомов с психотравмирующими ситуациями
- появление симптомов в молодом возрасте

Элиминационная диета характеризуется

- ограничением употребления термически обработанных продуктов
- ограничением употребления термически не обработанных продуктов
- включением в рацион повышенного количества продуктов, содержащих пищевые волокна
- ограничением употребления продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания

Профилактика данного заболевания

- заключается в длительном приеме лоперамида гидрохлорида
- не разработана
- заключается в соблюдении аглютиновой диеты
- включает в себя профилактический прием спазмолитиков на фоне психотравмирующих ситуаций

Для оценки характера кала используется

- шкала Чайлд-Пью
- шкала SCORE
- Бристольская шкала
- Фреммингемская шкала

Прогноз quoad vitam при данном заболевании

- шкала Чайлд-Пью
- шкала SCORE
- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 44 года осматривается врачом-терапевтом участковым в поликлинике

Жалобы

На головную боль в затылочной области, ощущение пульсации в голове, жара, головокружение, снижение работоспособности

Анамнез заболевания

Головные боли при стрессовых ситуациях беспокоят в течение нескольких лет. Не придавал этому значение. Год назад при случайном, однократном измерении артериального давления были выявлены повышенные цифры, однако к врачам не обращался. В течение последнего месяца на фоне неприятностей на работе отметил усиление головных болей, появление головокружения, пошатывания при ходьбе, что заставило обратиться к врачу по месту жительства.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический гастрит * Наследственность: отец имеет артериальную гипертензию с 40 лет, перенес инфаркт миокарда в возрасте 53 лет. * Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 18-летнего возраста * Двигательная активность: малоподвижный образ жизни

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 105 кг, рост 177 см. ИМТ - 33,52 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Левая граница сердца определяется по 5 межреберью на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона во второй межреберье справа от грудины. ЧСС 85 ударов в минуту. АД 170/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Скрининговыми лабораторными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- шкала Чайлд-Пью
- шкала SCORE
- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- шкала Чайлд-Пью

- шкала SCORE
- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом, который можно поставить данному больному, является

- шкала Чайлд-Пью
- шкала SCORE
- Бристольская шкала
- Фремингеймская шкала

К поражениям органов-мишеней, связанных с артериальной гипертензией у больного, относят

- гипертрофию левого желудочка
- стеатоз печени
- ожирение
- сахарный диабет

К метаболическим нарушениям, имеющимся у больного, относятся

- подагра
- ожирение
- гемохроматоз
- сахарный диабет

К дополнительным инструментальным методам обследования больных артериальной гипертензией относят

- экскреторную урографию
- перфузионную сцинтиграфию миокарда
- эхокардиографию
- КТ головного мозга

Тактика ведения данного больного включает коррекцию образа жизни в

- сочетании с монотерапией антигипертензивными препаратами
- сочетании с назначением фиксированной комбинации трех антигипертензивных препаратов
- течение первых 6 месяцев наблюдения, с последующим назначением антигипертензивных препаратов
- сочетании с назначением фиксированной комбинации двух антигипертензивных препаратов

Данному больному предпочтительнее назначить

- лизиноприл+бисопролол
- лизиноприл+ирбесартан
- амлодипин+бисопролол
- лизиноприл+амлодипин

Немедикаментозные методы лечения данного пациента должны включать

- аппаратный массаж воротниковой зоны
- физиотерапевтическое лечение
- регулярные физические аэробные нагрузки
- бальнеологическое лечение

Целевыми показателями при лечении данного больного является снижение артериального давления до отметки + ____ + мм рт.ст

- 130-139/70-79
- <120/80

- <150/90
- 120-130/70-79

Диета для данного пациента должна включать

- ограничение потребления поваренной соли
- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды

Контроль достижения и поддержания целевого уровня артериального давления следует осуществлять посредством

- ограничение потребления поваренной соли
- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Ш., 73 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке, отеки голеней.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые появились боли за грудиной сжимающего характера. При госпитализации в стационар был диагностирован инфаркт миокарда, постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин. Последние 5 лет стал отмечать появление одышки при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца. При выполнении суточного мониторирования ЭКГ выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса, частая желудочковая экстрасистолия. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последнего месяца, когда стала нарастать одышка, появились отеки голеней.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Последний год не работает, пенсионер. * 5 лет назад диагностирован сахарный диабет, постоянно принимает метформин. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Семейный анамнез: не отягощен. * Перенесенные заболевания: холецистэктомия по поводу желчно-каменной болезни более 15 лет назад, пневмония в прошлом году.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Цианоз губ, акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, единичные влажные хрипы в нижних долях обоих легких. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ограничение потребления поваренной соли
- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ограничение потребления поваренной соли
- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- ограничение потребления поваренной соли
- ограничение потребления продуктов богатых животным белком
- отказ от приема алкоголя
- употребление минеральной воды

К осложнениям у пациента относится

- ХПН I степени
- ХСН 2Б стадии
- Анемия легкой степени
- ДН II степени

У пациента диагностирована аритмия

- пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- постоянная форма ФП
- частая желудочковая экстрасистолия
- трепетание предсердий неправильной формы

Для лечения ХСН больному показано назначение

- антагонистов кальция
- сердечных гликозидов
- иАПФ
- нитратов

Для лечения желудочковой экстрасистолии этому больному показано назначение

- сердечных гликозидов
- антагонистов кальция
- препаратов калия
- бета-блокаторов +амиодарона

Абсолютным противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является

- атриовентрикулярная блокада 3 степени
- блокада правой ножки пучка Гиса
- блокада левой ножки пучка Гиса
- бифасцикулярная блокада

Сочетанной патологией, которая выявлена у пациента, является

- пневмония
- сахарный диабет 2 типа
- язвенная болезнь желудка
- хронический холецистит

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг

- уровня железа
- креатинина
- АлТ, АсТ
- альбуминов плазмы крови

Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является

- С-реактивный белок
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- фибриноген

Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является

- С-реактивный белок
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- фибриноген

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А., 67 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

На боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при выполнении физической нагрузки (прохождение более 500 метров по ровной поверхности), продолжительностью до 5 минут, которые пациент купирует приемом нитроглицерина, чувство неритмичного сердцебиения, одышку при физической нагрузке, превышающей обычную для пациента, пастозность голеней в вечернее время.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые отметил появление болей за грудиной. При обследовании был рекомендован прием аспирина, бисопролола, аторвастатина. При возникновении болей использовал нитроглицерин. Эпизодически появляются приступы неритмичного сердцебиения, со слов пациента были эпизоды фибрилляции предсердий, продолжительностью до 2 часов, которые проходили самостоятельно или при приеме седативной терапии. В течении последнего года отмечает снижение толерантности к физическим нагрузкам, появление отеков нижних конечностей.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Последние 5 лет не работает, пенсионер. * Не курит, алкоголь не употребляет. * В 20-летнем возрасте была

диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, последнее обострение было 10 лет назад. * Семейный анамнез: отец пациента умер в возрасте 57 лет от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Незначительный цианоз губ, акроцианоз. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 ударов в мин. АД 120/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- С-реактивный белок
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- фибриноген

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- С-реактивный белок
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- фибриноген

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

- С-реактивный белок
- амилаза
- гликозилированный гемоглобин
- фибриноген

К осложнениям основного заболевания у пациента относится

- ДН II степени
- ХСН II ф.к. по NYNA
- ХПН I степени
- Отечно-асцитический синдром

У пациента имеется нарушение ритма сердца

- пароксизмальная форма ФП
- постоянная форма ФП
- пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
- трепетание предсердий неправильной формы

Наиболее рациональной комбинацией лекарственных препаратов для лечения пациента является

- антагонист кальция, нитраты
- метилксантины, бета-адреномиметик
- бета-блокатор, антикоагулянты статины
- диуретик, сердечные гликозиды

Для профилактики пароксизмов ФП этому больному показано назначение

- хинидина
- верапамила
- соталола
- дигоксина

К новым оральным антикоагулянтам, используемым для профилактики тромбоэмболических осложнений при ФП, относят

- варфарин
- гепарин
- дабигатран
- аспирин

Для лечения ХСН больному показано назначение

- глюкокортикоидов
- нитратов
- ингибиторов АПФ
- сердечных гликозидов

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг

- альбуминов плазмы крови
- АлТ, АсТ
- уровня железа
- креатинина

При назначении варфарина для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных ФП необходимо определять уровень

- протромбинового индекса
- фибриногена
- С-реактивного белка
- МНО

Наиболее информативным методом для диагностики ИБС является

- протромбинового индекса
- фибриногена
- С-реактивного белка
- МНО

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет

Жалобы

* на сухой, свистящий кашель, * одышку при физической нагрузке, * повышенную утомляемость, общую слабость, * ухудшение состояния в ночное время с приступообразным удушливым кашлем.

Анамнез заболевания

* Перенесла ОРВИ, около 3-х недель назад, с повышением температуры до 38,5°C, беспокоили насморк, головная боль. * После чего сначала появился непродуктивный кашель, затем приступы свистящего дыхания, в последние дни стала возникать одышка при быстрой ходьбе, беге, сопровождающаяся

приступообразным сухим кашлем. * Ранее к врачу не обращалась лечилась народными средствами. * Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. Также сухой кашель и свистящее дыхание возникает во время проведения уборки дома, в запылённых помещениях, в ванной. Живёт в панельном доме, в угловой квартире.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает учителем физики в школе. * Перенесённые заболевания: Сезонный аллергический ринит интермиттирующий, лёгкой степени тяжести. Принимает во время сезона цветения Назоваль, Аллергодил назальный спрей по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером, Антигистаминные препараты второго поколения. Назначения были сделаны аллергологом, которого посещала около 6-7 лет назад. С тех пор к аллергологу не обращалась, лечилась по предложенной им схеме. * Беременности – 2, родов -2. * Наследственность: у отца –Бронхиальная астма с детства * Аллергоанамнез: аллергическая реакция на цветение в конце апреля до середины мая. * Вредные привычки: нет. * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,75 м, вес 65 кг, t тела 37,0°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, единичные сухие рассеянные хрипы, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- протромбинового индекса
- фибриногена
- С-реактивного белка
- МНО

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- протромбинового индекса
- фибриногена
- С-реактивного белка
- МНО

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-анамнестических данных и результатов исследования данной пациентке можно поставить диагноз

- протромбинового индекса
- фибриногена
- С-реактивного белка
- МНО

К факторам риска развития обострений бронхиальной астмы относится

- хороший контроль бронхиальной астмы
- применение ингаляционных глюкокортикостероидов
- чрезмерное использование короткодействующих β_2 -агонистов
- ОФВ1 75% и более

Для лечения бронхиальной астмы у данной пациентки целесообразно назначить

- антибиотикотерапия+ антигистаминные препараты первого поколения + β_2 -агонист короткого действия
- комбинация ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе + β_2 -агонист длительного действия
- комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в высоких дозах +длительно действующие β_2 -агонисты
- препараты кромоглициевой кислоты + антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Для терапии персистирующей бронхиальной астмы легкого течения ингаляционные глюкокортикостероиды показаны в + _____ + дозах

- высоких
- низких
- высоких и средних
- низких и средних

Для конца апреля- середины мая, в средней полосе России, характерно цветение таких растений, как

- берёза, ольха, лещина, клён
- тимopheевка, ежа, амброзия
- одуванчик
- полынь, лебеда, амброзия

Перекрёстную пищевую реакцию пыльца берёзы даёт с

- яблоками, грушами, персиками, черешней, вишней
- пищевыми злаками, медом
- свёклой, шпинатом
- маслом подсолнечника, подсолнечным семенем, халвой

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения впервые выявленной бронхиальной астмы подбирается с учётом

- возраста и пола пациента
- патогенетического варианта
- выраженности симптомов
- длительности течения заболевания

При назначении β_2 -адреномиметика короткого действия как средства, купирующего приступы удушья, необходимо предупредить больного о возможности передозировки препарата с

- тахикардией (ЧСС до 200 уд./мин), трепетанием желудочков
- повышением АД

- брадикардией, угнетенным состоянием, наджелудочковой экстрасистолией
- снижением аппетита

Больной для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой должен отслеживать

- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания частоты дыхательных движений

Факторами, провоцирующими проявление бронхиальной астмы, аллергического ринита являются

- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания частоты дыхательных движений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу- терапевту участковому обратился пациент 19 лет.

Жалобы

* На непродуктивный кашель, * ежедневную одышку и приступы затруднённого дыхания при физической нагрузке, * чувство заложенности в груди, * повышенную утомляемость, общую слабость, * приступообразный кашель в ночное время, * плохой сон.

Анамнез заболевания

* Кашель и приступы удушья появились около 3-х недель назад, примерно 10 июля, когда пациент был на даче, * резкое ухудшение при выходе на улицу, * заметил улучшение в дождливую погоду, * к врачу не обращался, принимал Амбробене.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Студент. * Перенесённые и сопутствующие заболевания: Атопический дерматит среднетяжелого течения в фазе ремиссии. В фазе обострения принимает антигистаминные препараты (дезлоратадин), на кожу местные глюкокортикостероиды. Наблюдался у дерматолога. * Наследственность: у матери в детстве атопический дерматит, аллергический ринит на цветение полыни. * Аллергоанамнез: пищевая аллергия, проявляющаяся сыпью и зудом, не знает на что. Приступы свистящего дыхания при контакте с собакой. * Вредные привычки: курит по 5-10 сигарет в день в течение 3 лет. * Занимается спортом, в последние 2 недели не может, так как ощущает чувство нехватки воздуха, возникают приступы затруднённого дыхания. * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,82 м, вес 75 кг, t тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, на локтевых сгибах имеются участки лихенификации, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не

увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – над всей поверхностью лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 72 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Необходимым лабораторным методом исследования является

- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания частоты дыхательных движений

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания частоты дыхательных движений

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз, который можно поставить данному больному

- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания частоты дыхательных движений

При невозможности провести спирометрию пациенту необходимо провести

- шаттл-тесты
- степ-тест
- пикфлоуметрию в течение 2-х недель и более
- пикфлоуметрию в течение 5-6 дней или одной недели

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- элиминацию аллергена, отказ от курения
- занятия конным спортом, отказ от курения
- строгую элиминационную диету, отказ от курения
- исключение профессиональных вредностей, посещение гомеопата

В качестве базисной терапии бронхиальной астмы у данного пациента необходимо назначить

- короткодействующие β -агонисты+ ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах
- ингаляционные глюкокортикостероиды +длительнодействующие β -2 агонисты в низких дозах
- ингаляционные глюкокортикостероиды +длительно действующие β -2 агонисты высоких дозах

• системные глюкокортикостероиды из расчета на массу тела коротким курсом
Рассмотрение вопроса о смене дозировки назначенного препарата, в сторону уменьшения, может быть произведён через +_____+ дней

- 30
- 60
- 20
- 90

В качестве вспомогательных средств фармакотерапии рекомендован приём

- тиотропия бромида
- короткодействующих β -агонистов по потребности
- лекарственных средств, улучшающих реологию бронхиального секрета
- бенрализумаба

Пациент жаловался на пищевую аллергию, проявляющуюся сыпью и зудом, но не знает на что, необходимым и разрешённым методом обследования в практике врача терапевта или пульмонолога является

- исследование аллергоспецифических иммуноглобулинов Е к пищевым аллергенам
- исследование специфических иммуноглобулинов G к пищевым аллергенам
- проведение прик-прик теста
- проведение провокационного теста с нативным пищевым аллергеном

При аллергии на собаку, вы порекомендуете, кроме элиминации животного из жилища

- можно заводить птиц и рыб
- можно заводить кошек
- никаких животных не заводить
- можно заводить хомячков

Тяжелое течение у больных находящихся на базисной терапии длительное время характеризуется

- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 3-4 степени
- терапией 2 степени
- терапией 4-5 степени

На пятой степени терапии тяжелой аллергической бронхиальной астмы, с уровнем общего иммуноглобулина Е 1200 МЕ, необходимо рассмотреть применение

- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 3-4 степени
- терапией 2 степени
- терапией 4-5 степени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 18 лет

Жалобы

* На непродуктивный кашель, обостряющийся в ночное время, * Приступы затруднённого дыхания во время быстрой ходьбы или бега, * Повышенную тревожность, * Плохой сон.

Анамнез заболевания

* Около месяца назад, после употребления сыра с плесенью развился приступ удушья, была вызвана скорая помощь, введен в/в преднизолон, эуфиллин. * Через несколько дней появился непродуктивный кашель, с приступами удушья при физической нагрузке. * Кашель появляется также при уборке дома. * Отмечает ухудшение состояния, с приступообразным удушливым кашлем, в ночное время и при посещении студенческой библиотеки. * Температура не повышалась, других респираторных симптомов не было. * Обоняние и вкусовые ощущения не изменялись. * Ранее к врачу не обращалась самостоятельно принимала амбробене.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Студентка. * Перенесённые заболевания: в детстве была часто болеющим ребенком. * Беременности – 0, родов -0. * Наследственность: у бабушки (со стороны матери) –Бронхиальная астма. * Аллергоанамнез: без особенностей. * Вредные привычки: курит по 5 сигарет в день. * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,78 м, вес 58 кг, t тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, единичные сухие высоко дискантные, свистящие хрипы над всей поверхностью легких с двух сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На основании клинико-анамнестических данных пациентке можно поставить предварительный диагноз

- Бронхиальная астма впервые выявленная
- Вирусная пневмония вызванная Sars-Cov2
- Острый бронхит
- ОРВИ

Необходимым для подтверждения диагноза инструментальным методом обследования является

- Бронхиальная астма впервые выявленная
- Вирусная пневмония вызванная Sars-Cov2
- Острый бронхит
- ОРВИ

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-анамнестических данных и проведённых исследований данной больной можно поставить диагноз

- Бронхиальная астма впервые выявленная

- Вирусная пневмония вызванная Sars-Cov2
- Острый бронхит
- ОРВИ

Для выявления спектра сенсibilизации у данной пациентки к необходимому лабораторному исследованию относится

- Бронхиальная астма впервые выявленная
- Вирусная пневмония вызванная Sars-Cov2
- Острый бронхит
- ОРВИ

Результаты дополнительного метода обследования

В качестве базисной терапии бронхиальной астмы у данной пациентки необходимо назначить

- средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + длительнодействующие β -2 агонисты
- монотерапия антилейкотриеновыми препаратами
- низкие дозы фиксированной комбинации ингаляционного глюкокортикостероида и быстродействующего бета 2-агониста (ИГКС-БДБА) «по потребности»
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + длительнодействующие β -2 агонисты

Для данной больной подойдет режим единого ингалятора, он зарегистрирован для препарата

- будесонид + формотерол в виде дозированного порошкового ингалятора (турбохалер)
- вилантерола трифенат + умеклидиния бромид + флутиказона фууроат (эллипта)
- флутиказона пропионат + салметерола ксинафоат, порошок для ингаляций дозированный (мультидиск)
- вилантерола трифенат + флутиказона фууроат (эллипта)

Для сенсibilизации к грибковым аллергенам характерны перекрестные пищевые реакции с

- морковью, сельдереем, маслинами
- макаронами, манной кашей, рисом
- сыром, вином, кефиром, пивом
- яблоками, грушами, сливами, персиками

При недостаточном ответе на проводимую терапию или после купирования обострения лечащему врачу необходимо в первую очередь

- увеличить кратность приема β 2-адреномиметика короткого действия
- проверить технику ингаляции
- назначить системные глюкокортикостероиды коротким курсом
- рассмотреть применение биологической терапии

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения бронхиальной астмы подбирается с учётом

- длительности течения заболевания
- степени тяжести
- возраста и пола пациента
- патогенетического варианта

При развитии легкого или среднетяжелого обострения у данной пациентки необходимо в первую очередь

- многократное применение ингаляционных короткодействующих бета 2 агонистов
- назначить небольшую дозу кислорода

- добавить к базисной терапии ингаляционный М-холинолитик
- повышение дозировки ингаляционных глюкокортикостероидов + бета 2 агонистов длительного действия

Тяжелое течение бронхиальной астмы у больных находящихся на базисной терапии длительное время характеризуется

- терапией 3-4 ступени
- терапией 2 ступени
- терапией 4-5 ступени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты

На пятой ступени терапии тяжелой аллергической бронхиальной астмы, с уровнем общего иммуноглобулина Е 1200 МЕ, необходимо рассмотреть применение

- терапией 3-4 ступени
- терапией 2 ступени
- терапией 4-5 ступени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику

Жалобы

На повышение артериального давления, максимально до 190/110 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Первые годы артериальное давление повышалось до 150/90 мм рт.ст., возникало только на фоне выраженного эмоционального перенапряжения. Последние два года повышение артериального давления стал отмечать чаще, самостоятельно принимал капотен под язык с положительным эффектом. Известно, что около трех месяцев назад пациент обратился к кардиологу. Была проведена электрокардиограмма (ЧСС – 85 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, признаков ишемии миокарда не выявлено. Зарегистрирована 1 наджелудочковая экстрасистола). На приеме у доктора артериальное давление 190/110 мм рт.ст., дана одна таблетка капотена сублингвально, через 30 минут артериальное давление - 140/90 мм рт. ст., еще через 30 минут - 120/80 мм рт.ст. Был рекомендован прием лозапа 50 мг, а также вести ежедневный дневник измерений артериального давления (3 раза в день необходимо измерять артериальное давление и вписывать в соответствующие графы данные измерений). Через 3 недели приема лозапа артериальное давление стало вновь повышаться до 190/110 мм рт.ст., в связи с чем обратился к участковому терапевту. При осмотре дневника врач отметил, что в последние две недели имели место ежедневные подъемы артериального давления до 190/110 мм рт.ст. Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет

набрал около 8 кг. Также известно, что около месяца назад самостоятельно сдавал анализы крови и обратил внимания на уровень глюкозы (8 ммоль/л) и высокие показатели холестерина.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает юристом в строительной компании. * Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия. * Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, длительный стаж курения, умер в возрасте 68 лет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день. Беспокоит сухой кашель, преимущественно в утренние часы (относительно редкий в течение всего дня) на протяжении лет 6. * Имеются поражения сетчатки глаза, ангиопатия.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 116 кг, индекс массы тела 40.14 кг/м^2 . Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 150/90 ммрт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования, которые проводятся в первую очередь, являются

- терапией 3-4 степени
- терапией 2 степени
- терапией 4-5 степени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- терапией 3-4 степени
- терапией 2 степени
- терапией 4-5 степени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты

Результаты инструментальных методов обследования

Вероятнее всего у данного пациента: Гипертоническая болезнь + _____ + стадии, + _____ + степени, + _____ + риск сердечно-сосудистых осложнений

- терапией 3-4 степени
- терапией 2 степени
- терапией 4-5 степени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты

Диагноз

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относят

- ожирение 2 степени, нарушение толерантности к глюкозе, высокий уровень ЛПНП
- метаболический синдром
- ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность, курение
- ожирение 1 степени, гиперхолестеринемию, сахарный диабет 1 типа

Сопутствующим заболеванием у данного пациента является

- Хроническая обструктивная легочная болезнь
- Эмфизема легких
- Саркоидоз сердца
- Амилоидоз легких

Тактика ведения пациента заключается в

- изменении образа жизни, назначении медикаментозной терапии
- назначении медикаментозной терапии без изменения образа жизни
- изменении образа жизни в течение нескольких недель, при сохранении артериальной гипертензии – назначение медикаментозной терапии
- изменении образа жизни без назначения медикаментозной терапии

Целевыми значениями артериального давления для пациентов в возрасте до 65 лет, страдающих сахарным диабетом, являются $< + \text{_____} +$ мм рт.ст

- 130/85
- 140/80
- 130/80
- 130/90

Пациенту к рекомендованным мероприятиям по изменению образа жизни, относятся

- ограничение физической активности
- снижение потребления белковой пищи
- увеличение физической активности
- повышение потребления растительных жиров

Для лечения артериальной гипертензии, в качестве рутинной терапии не рекомендуется использовать

- диуретики
- альфа-адреноблокаторы
- бета-адреноблокаторы
- ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

Пациенту с ГБ и сахарным диабетом 2 типа на начальном этапе лечения может быть рекомендован

- индапамид
- бисопролол
- периндоприл
- хлоргексидин

У больных с очень высоким исходным АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск, рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с применения $+ \text{_____} +$ препарата/препаратов

- 2
- 3
- 1

- 4

Вы назначили пациенту антигипертензивную терапию. Визиты пациента с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем + _____ + недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления

- 2
- 3
- 1
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 40 лет

Жалобы

* На головные боли, мелькание «мушек» перед глазами при физической нагрузке * При медицинском освидетельствовании для оформления справки в ГИБДД зарегистрировано АД 180/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы в течение последних 2-х лет, эпизодически при измерениях АД на работе – 150-160/90 мм рт.ст. К врачу по этому поводу не обращался, лекарства не принимал. После прохождения водительской комиссии решил обратиться в поликлинику.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. * Работает, слесарь МУП Лифтремонт. * Перенесённые заболевания: около 10 лет болев язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, старается соблюдать диету. В настоящий момент вне обострения, при ЭГДС 6 месяцев назад патологии не выявлено. * Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в 70 лет, мать – гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий. * Аллергоанамнез: новокаин – анафилаксия. * Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день), алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Нормального питания, рост 1,78 м, вес 65 кг, индекс массы тела $20,52 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жесткое дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60 в минуту. АД справа 150/90 мм рт.ст., АД слева 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2
- 3

- 1
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 2
- 3
- 1
- 4

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента основным диагнозом является

- 2
- 3
- 1
- 4

Сопутствующим заболеванием является

- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; рефлюкс-эзофагит стадия 3
- язвенная болезнь желудка, вне обострения
- хронический гастрит; эрозивный эзофагит
- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в стадии ремиссии, хроническое течение

Фоновым заболеванием является

- гиперлипидемия 4 типа
- нарушение толерантности к глюкозе
- гиперлипидемия 2а типа
- атеросклероз аорты

Тактика врача первичного звена заключается в

- рекомендациях по здоровому образу жизни, направлении пациента на санаторно-курортное лечение
- плановой госпитализации пациента в кардиологическое отделение
- рекомендациях по коррекции образа жизни и назначении лекарственной терапии
- рекомендациях по отказу от курения, регулярному измерению АД, повторному визиту через 6 месяцев

Данному пациенту лечение артериальной гипертензии следует начать с

- комбинации ингибитора АПФ, статина, аспирина
- монотерапии на старте лечения
- коррекции факторов риска, при сохранении АГ терапия одним лекарственным препаратом
- комбинации из минимум двух препаратов

Рациональной комбинацией антигипертензивных препаратов является сочетание

- антагониста кальция и спиронолактона
- ингибитора АПФ и антагониста кальция
- пролонгированного нитрата и петлевого диуретика
- ингибитора АПФ с блокатором рецепторов ангиотензина II

Учитывая наличие гипертрофии левого желудочка у пациента, предпочтительным является назначение препаратов из группы

- диуретиков

- высокоселективных b-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- блокаторов имадозалиновых рецепторов

Целевые значения АД у пациента менее + _____ + мм рт.ст.

- 150/95
- 130/80
- 120/80
- 110/70

Для коррекции гиперлипидемии пациенту следует

- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

К немедикаментозным методам лечения АГ у данного пациента относятся

- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился мужчина 35 лет.

Жалобы

* На интенсивные давящие боли за грудиной накануне ночью, приступ длился около 2-х часов, приём ибупрофена без эффекта. * На давящие и сжимающие боли за грудиной и одышку по дороге в поликлинику, боли проходили в покое; из-за частых остановок дорога в поликлинику вместо 10 минут заняла полчаса.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-х лет отмечает повышение АД до 180/100 мм рт.ст., по этому поводу обращался к врачу, однако рекомендованные препараты не принимает. При нерегулярных измерениях АД 140-150/80-90 мм рт.ст. Тогда же при обследовании выявлено повышение уровня общего холестерина до 7,4 ммоль/л и ЛПНП до 4,0 ммоль/л, лечение по этому поводу не назначалось – соблюдает диету. В течение 4-х лет страдает сахарным диабетом 2 типа, наблюдается у эндокринолога, принимает метформин 500 мг * 2 раза в день. На фоне терапии гликемия натощак 6,0-7,0 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин – 6,7%.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. * Работает продавцом в магазине мужской одежды. * Перенесённые заболевания: миокардит в детстве; хронический гастрит, обострения весной/осенью не чаще 1 раза в год; аппендэктомия в 18 лет. * Наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в 52 года, мать – СД 2 типа. * Аллергоанамнез: аллергических реакций не было. * Вредные привычки: курит с 15 лет (20-30 сигарет в день).

Объективный статус

Состояние тяжелое. Нормального питания, рост 1,89 м, вес 112 кг, индекс массы тела $31,35 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы в небольшом количестве в нижних отделах обоих легких (ниже угла лопатки), частота дыханий – 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 50 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- придерживаться здорового образа жизни и инициировать медикаментозную терапию
- инициировать терапию ингибиторами PCSK9
- придерживаться строгой диеты с ограничением жиров животного происхождения
- отказаться от алкоголя, снизить вес не менее чем на 10% от исходного

Диагноз

Осложнением основного заболевания является

- острая левожелудочковая недостаточность Kilip II
- синдром ранней реполяризации левого желудочка
- острое повреждение миокарда
- нарушение проводимости сердца: атриовентрикулярная блокада I степени

К сопутствующим патологиям у пациента относятся

- гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4; сахарный диабет 2 типа, целевой уровень $\text{HbA1c} < 7\%$
- гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, риск 3; Сахарный диабет 1 типа, целевой уровень $\text{HbA1c} < 6,5\%$
- гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск 4; Нарушение толерантности к глюкозе
- гипертоническая болезнь I стадии, 3 степени, риск 2; Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень $\text{HbA1c} < 7,5\%$

Тактика врача первичного звена заключается в

- экстренной госпитализации пациента в сосудистый центр
- плановой госпитализации после дообследования (проведения нагрузочного теста амбулаторно)

- экстренной госпитализации пациента в кардиологическое отделение
- плановой госпитализации пациента в кардиологическое отделение

Антиагрегантная терапия на первом (догоспитальном) этапе лечения этого пациента включает в себя приём

- инфузию нефракционированного гепарина
- 75 мг ацетилсалициловой кислоты и 75 мг клопидогреля
- 250 мг ацетилсалициловой кислоты и 600 мг клопидогреля
- 180 мг тикагрелора

Продолжительность приёма двойной антиагрегантной терапии в этой ситуации должна составлять не менее + _____ + месяцев

- 2
- 6
- 18
- 12

Помимо антитромботических препаратов в схему лечения пациента должны входить препараты из групп

- блокаторы минералокортикоидных рецепторов, диуретики, ингибитор неприлизина
- бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины
- дигоксин, прямой ингибитор ренина, никотиновая кислота
- блокаторы кальциевых каналов, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, фибраты

Целевые значения ЛПНП у данного пациента составляют менее + _____ + ммоль/л

- 3,0
- 2,5
- 1,4
- 1,2

В течение острого периода заболевания уровень гликемии у пациента должен быть не более + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 9,0
- 5,0
- 10,0

В плане вторичной профилактики пациент должен изменить свой образ жизни, а именно

- 8,0
- 9,0
- 5,0
- 10,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 63 лет

Жалобы

* кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой * экспираторная одышка в покое, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке * общая слабость * повышенное потоотделение * субфебрильная температура * отеки голеней и стоп

Анамнез заболевания

С детства пациентка часто страдала острыми респираторными заболеваниями, характеризовавшимися затяжным течением. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу повторных пневмоний. В течение последних 15 лет беспокоит постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, затем появилась одышка. В течение последних 1,5 - 2 лет возникли отеки на ногах. Лечение ранее не получала, к врачам не обращалась. Настоящее ухудшение около 1 недели назад, связано с ОРВИ, на фоне которой усилились кашель и одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты

Анамнез жизни

* пациентка курила на протяжении 28 лет по 1-1,5 пачки сигарет в сутки * работала в химической промышленности, в условиях воздействия органических веществ, в настоящее время не работает * аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка бочкообразная. Перкуторный звук коробочный. При аускультации дыхание ослабленное, с удлиненным выдохом, большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов. ЧДД = 26 в мин. Границы сердца: правая на 2,5 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 1,5 см кнутри от *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 92 в минуту. АД = 135/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 4 см. Голени и стопы отечны.

Для постановки диагноза основного заболевания целесообразно использовать следующие лабораторные методы обследования

- 8,0
- 9,0
- 5,0
- 10,0

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 8,0
- 9,0
- 5,0
- 10,0

Результаты инструментальных методов обследования

Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики

- 8,0

- 9,0
- 5,0
- 10,0

Результаты дополнительных методов обследования

У пациентки с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы, аллергодерматозом и эозинофильным васкулитом

Основной диагноз можно сформулировать как

- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы, аллергодерматозом и эозинофильным васкулитом

Диагноз

Как осложнения основного заболевания, у пациентки развились

- артериальная гипертензия и гипертоническая ангиопатия сетчатки
- острый инфаркт миокарда и синдром Дресслера
- пневмоторакс и эмпиема плевры
- дыхательная недостаточность и правожелудочковая сердечная недостаточность

Длительная хроническая дыхательная недостаточность способствует развитию

- аллергической реакции
- вторичного эритроцитоза
- общевоспалительного ответа
- вторичного иммунодефицита

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- бронходилататор короткого действия (беродуал) через небулайзер
- недокромил натрия (тайлед) через дозированный аэрозольный ингалятор
- кромоглициевую кислоту (интал) через дозированный аэрозольный ингалятор
- рофлумиласт перорально

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить

- противогрибковый (амфотерицин В) и иммуносупрессирующий препарат (преднизолон)
- антибактериальный (сульфаметоксазол / триметоприм) и противокашлевой препарат (кодеин)
- муколитический (N-ацетилцистеин) и антибактериальный препарат (амоксциллин / клавуланат)
- ритмурежающий (атенолол) и противокашлевой препарат (либексин)

После проведенного лечения у пациентки купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить

- β_2 -адреноблокатор длительного действия и М-холиномиметик длительного действия
- β_2 -адреномиметик длительного действия и М-холинолитик длительного действия
- β_2 -адреноблокатор короткого действия и М-холиномиметик короткого действия

- β_2 -адреномиметик короткого действия и М-холинолитик короткого действия

В качестве лечения осложнений основного заболевания необходимо назначить

- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты

Необходимо предусмотреть вакцинацию против

- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Б., 46 лет, обратился к врачу в поликлинику по месту жительства

Жалобы

на слабость, повышенную утомляемость, низкую толерантность к физической нагрузке - при быстрой ходьбе появляется чувство давления за грудиной и одышка, которые в покое проходят в течение 5-10 минут, периодические головокружения, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время отмечал изменение вкуса и обоняния.

Анамнез заболевания

Данные симптомы возникли полгода назад, интенсивность их постепенно нарастала. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога. В 35 лет была выявлена язвенная болезнь желудка. Рекомендованную противоязвенную терапию не принимал, боли в животе купировал эпизодическим приемом альмагеля, маалокса. От повторных исследований отказывался, ссылаясь на нехватку времени. Рекомендации по режиму питания не соблюдал. В возрасте 41 года, был экстренно госпитализирован в стационар по поводу желудочного кровотечения, по медицинским показаниям была произведена резекция желудка по Бильрот II. Первые три года после операции больной выполнял рекомендации, регулярно проходил все необходимые исследования, сдавал анализы, по назначению принимал лекарства. Однако последние годы пациент отказался от приема медикаментов, диспансеризацией пренебрегал, объясняя отсутствием болевого синдрома и времени.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, гепатит А, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает офисным служащим. Питание полноценное, нерегулярное. Вредные привычки: курил с 20 до 41 года по полпачки сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. Семейный анамнез: мать здорова, у отца - язвенная болезнь желудка, дочь здорова. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больной

астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, умеренной влажности, сухие, местами шелушатся. Ногти слоятся. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы. При аускультации легких - дыхание везикулярное, с жестким оттенком, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные. Над всеми точками аускультации выслушивается легкий систолический шум. Пульс 94 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, отмечается сглаженность сосочков языка, имеются признаки ангулярного стоматита. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты

Диагноз

Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного является проведенная несколько лет назад резекция желудка по Бильрот II и

- несоблюдение врачебных рекомендаций (пациент не получал препараты железа)
- периодическое обострение язвенной болезни
- состоявшееся несколько лет назад желудочно-кишечное кровотечение
- длительный стаж табакокурения

Критерием для определения степени тяжести железодефицитной анемии является

- анизоцитоз эритроцитов
- уровень сывороточного железа
- уровень гемоглобина
- цветовой показатель

Для лечения данного больного необходимо назначить

- антибиотики
- ингибиторы протонного насоса
- ингибиторы гистаминовых H₂-рецепторов
- препараты железа

Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является

- парентеральный
- сублингвальный
- пероральный
- чрезкожный

Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 3-5 сутки определяют

- уровень сывороточного железа
- количество ретикулоцитов
- количество эритроцитов
- уровень ферритина

Показаниями для парентерального приема препаратов железа являются нарушение всасывания (различные энтериты, синдром недостаточности всасывания, резекция тонкой кишки, резекция желудка по Бильрот II) и

- низкие показатели сывороточного железа
- низкие показатели МСН
- выраженная клиническая симптоматика железодефицитной анемии
- непереносимость оральных препаратов железа

Критерием эффективности лечения ЖДА препаратами железа является

- нормализация концентрации сывороточного ферритина
- нормализация МСV
- нормализация МСН
- отсутствие эритроцитурии

Для анемического синдрома вне зависимости от генеза анемии характерным симптомом является

- сглаженность сосочков языка
- тахикардия
- патофагия
- ломкость с выпадением волос

Развитие анемического синдрома обуславливает

- сглаженность сосочков языка
- тахикардия
- патофагия
- ломкость с выпадением волос

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Б., 38 лет, обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

Анамнез заболевания

Данные симптомы появились полгода назад, с течением времени интенсивность их усилилась. Прежде к врачам не обращался, не обследовался.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет. Питается не регулярно. Вредные привычки – курит по полпачки сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Любит крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать и отец здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, сухие. Отмечается умеренное шелушение кожных покровов, поперечная исчерченность ногтей. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, над всеми точками аускультации определяется нежный систолический шум. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Отмечается сглаженность сосочков языка. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско – Василенко сигмовидная,

слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- сглаженность сосочков языка
- тахикардия
- патофагия
- ломкость с выпадением волос

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- сглаженность сосочков языка
- тахикардия
- патофагия
- ломкость с выпадением волос

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз, который можно поставить данному больному

- сглаженность сосочков языка
- тахикардия
- патофагия
- ломкость с выпадением волос

Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного послужило

- желудочно-кишечное кровотечение
- табакокурение в течение длительного времени
- чрезмерное потребление чая, кофе
- неполноценное питание (вегетарианство)

Критерием оценки степени тяжести железодефицитной анемии является

- уровень гемоглобина
- цветовой показатель
- уровень сывороточного железа
- уровень ферритина сыворотки крови

Тактика ведения данного пациента обязывает

- назначить Витамин B12, фолиевую кислоту
- назначить препараты железа
- сбалансировать диету, начать употреблять мясо
- осуществить переливание эритроцитарной массы

Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является

- сублингвальный
- чрезкожный

- парентеральный
- пероральный

Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 5-7 сутки определяют

- количество эритроцитов
- уровень ферритина
- количество ретикулоцитов
- уровень сывороточного железа

Показанием для парентерального введения препаратов железа является

- значительное снижение цветового показателя
- резекция желудка и/или двенадцатиперстной кишки
- выраженная клиническая симптоматика ЖДА
- низкий показатель сывороточного железа

Одним из основных принципов лечения железодефицитной анемии является

- начало лечения всегда с пероральных препаратов железа
- долгое лечение пероральными препаратами железа
- короткий курс пероральными препаратами железа не более 1-2 недели
- назначение диеты на несколько месяцев, при неэффективности – препараты железа

Для анемического синдрома характерно

- тахикардия
- изменение вкуса и обоняния
- затруднение при глотании твердой пищи
- ломкость ногтей и выпадение волос

Для сидеропенического синдрома характерно

- тахикардия
- изменение вкуса и обоняния
- затруднение при глотании твердой пищи
- ломкость ногтей и выпадение волос

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 35 лет

Жалобы

* похудание, повышенный аппетит, повышенную возбудимость, плохой сон *
сердцебиение * потливость

Анамнез заболевания

* в течение нескольких месяцев стала отмечать сердцебиение и потливость, похудела за полгода на 4 кг, стала эмоционально лабильной, раздраженной * в связи с нарастанием вышеперечисленных симптомов пришла на прием к участковому врачу-терапевту

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Работает архивариусом * Перенесённые заболевания: инфекционный паротит * Беременности – 1, роды – 1 *

Наследственность: не отягощена * Аллергоанамнез: не отягощен * Вредные привычки: курение

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,68 м, вес 59 кг, индекс массы тела 21 кг/м^2 , t тела $37,0^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, бархатистые, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 108 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена - размер доли больше дистальной фаланги обследуемой, умеренной плотности, безболезненная, подвижная при глотании. Тремор рук. ОУ положительный симптом Грефе.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- тахикардия
- изменение вкуса и обоняния
- затруднение при глотании твердой пищи
- ломкость ногтей и выпадение волос

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- тахикардия
- изменение вкуса и обоняния
- затруднение при глотании твердой пищи
- ломкость ногтей и выпадение волос

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- тахикардия
- изменение вкуса и обоняния
- затруднение при глотании твердой пищи
- ломкость ногтей и выпадение волос

Диагноз

Перед назначением лечения пациентке необходимо исследовать биохимию крови с оценкой печеночных трансаминаз, билирубина и

- паратиреоидный гормон
- иммунограмму
- кальцитонин сыворотки крови
- клинический анализ крови

Пациентке необходимо назначить

- тиамазол 30 мг, пропранолол 120 мг в сутки
- преднизолон 20 мг, пропранолол 40 мг в сутки
- индометацин 75 мг, пропранолол 40 мг в сутки
- тиамазол 30 мг, преднизолон в режиме пульс терапии

Пациентка обратилась через 2 недели после начала терапии с жалобами на боль в горле и повышение температуры до 38,2° С. Дальнейшая тактика заключается в

- отмене тиамазола и назначении пропилтиоурацила
- отмене тиамазола, срочном назначении клинического анализа крови
- уменьшении дозы тиамазола, назначении терапии глюкокортикоидами
- назначении антибактериальной и жаропонижающей терапии

Получены результаты клинического анализа крови: абс. количество нейтрофилов – $0,4 \times 10^9$ /л. Дальнейшая тактика лечения заключается в

- плановой консультации гематолога
- госпитализации
- назначении глюкокортикоидов
- назначении сульфаниламидов

Пациентка выписана из гематологического отделения в удовлетворительном состоянии, в клиническом анализе - нормальная формула крови, предъявляет жалобы на сердцебиение, потливость, дрожь в теле. Необходимо

- назначить пропилтиоурацил по 100 мг 3 раза в сутки
- назначить тиамазол 10 мг и преднизолон 5 мг в сутки
- направить на курс лечения гемосорбцией
- направить на радикальное лечение тиреотоксикоза

При планировании хирургического лечения тиреотоксикоза операцию рекомендуется провести в объеме

- тиреоидэктомии с лимфодиссекцией
- гемитиреоидэктомии
- субтотальной резекции щитовидной железы
- тиреоидэктомии

После тиреоидэктомии пациентка получает 100 мкг левотироксина натрия, необходимо оценить уровень ТТГ через + ____ + недель/недели после операции

- 16-18
- 6-8
- 10-12
- 2-4

Для снижения риска развития эндокринной офтальмопатии следует рекомендовать

- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Для профилактики гипопаратиреоза после тиреоидэктомии рекомендуется назначение препаратов

- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 26 лет.

Жалобы

на * выпадение волос на голове * сердцебиение * потливость

Анамнез заболевания

* 3 месяца назад – срочные роды. Вес ребенка при рождении 3100 г, рост 49 см. В настоящее время - физиологическая лактация. * в течение последней недели отметила появление сердцебиения и потливости. * около месяца назад стали выпадать волосы на голове

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Является домохозяйкой. * Перенесённые заболевания: детские инфекции * Беременности – 1, роды – 1. * Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,62 м, вес 56 кг, индекс массы тела $21,5 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски, влажные, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации безболезненная, 0 ст. по ВОЗ. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Легкий тремор пальцев рук. Глазные симптомы - положительный симптом Грефе

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования

- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- отказаться от курения
- уменьшить количество употребляемых углеводов
- исключить из рациона мясные блюда
- включать в рацион блюда с высоким содержанием легкоусвояемого белка

Диагноз

Пациентке необходимо

- назначить тиамазол в дозе 20 мг
- прекратить лактацию
- назначить преднизолон в дозе 30 мг
- динамическое наблюдение

В качестве симптоматической терапии тиреотоксикоза пациентке могут быть назначены

- назначить тиамазол в дозе 20 мг
- прекратить лактацию
- назначить преднизолон в дозе 30 мг
- динамическое наблюдение

Дополнительная информация

Пациентка вернулась на прием через 4 месяца, после периода улучшения самочувствия появились сонливость и апатия. После обследования выявлено: ТТГ – 7,6 мЕд/л, Т4 св. – 18 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л).

У пациентки имеет место

- субклинический гипотиреоз
- манифестный тиреотоксикоз
- субклинический тиреотоксикоз
- манифестный гипотиреоз

Учитывая наличие субклинического гипотиреоза, пациентке необходимо рекомендовать

- контроль ТТГ, Т4св. в динамике
- УЗИ щитовидной железы
- левотироксин натрия в дозе 0,9 мкг/кг
- левотироксин натрия в дозе 2,2 мкг/кг

ТТГ и Т4 св. необходимо проконтролировать через + _____ + месяца/месяцев

- 3-6
- 8-10
- 12-16
- 1-2

Пациентка вернулась через 6 месяцев. Жалоб нет. При обследовании ТТГ – 1,2 мЕд/л, Т4 св. – 19 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л). У пациентки имеет место

- субклинический гипотиреоз
- субклинический тиреотоксикоз
- медикаментозный эутиреоз
- спонтанная ремиссия

Послеродовый тиреоидит имеет + _____ + этиологию

- идиопатическую
- вирусную
- бактериальную
- аутоиммунную

Заместительная терапия левотироксином натрия в случае субклинического гипотиреоза показана при повышении уровня ТТГ в крови более

+ _____ + мЕд/л

- 5

- 10
- 12
- 4

При аутоиммунном тиреоидите и физиологической лактации препараты йода

- 5
- 10
- 12
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 29 лет

Жалобы

на * сухость кожи * сонливость

Анамнез заболевания

* в течение года беспокоит сонливость, снижение памяти, сухость кожных покровов

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает водителем * Перенесённые заболевания: гепатит А в детстве * Наследственность: не отягощена. *

Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курение

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,81 м, вес 79 кг, индекс массы тела $23,9 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы с участками депигментации, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 66 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узлы не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 5
- 10
- 12
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы исследования

- 5

- 10
- 12
- 4

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- 5
- 10
- 12
- 4

Диагноз

Пациенту необходимо рекомендовать

- повторить ТТГ, Т4св. через 3 месяца
- повторный осмотр через 12 месяцев
- йодид калия 200 мкг в сутки
- левотироксин натрия из расчета 0,9 мкг/кг массы тела

При повторном исследовании через 3 месяца - ТТГ – 12,1 (норма 0,4-4,0 мЕд/л), Т4 св. – 8,1 (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л) Пациенту необходимо назначить левотироксин натрия в расчетной дозе +_____+ мкг

- 100
- 200
- 150
- 125

Контроль лечения проводится по уровню

- Т4 свободного
- ТТГ
- Т3 свободного
- Т4 общего

Определение уровня ТТГ необходимо провести через +_____+ недель/недели

- 8
- 5
- 2
- 4

При обследовании через 8 недель ТТГ – 1,8 мЕд/л, необходимо рекомендовать

- продолжить проводимую терапию
- отменить левотироксин натрия
- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%

Вследствие хронической передозировки левотироксина может развиваться

- остеопороз
- острый психоз
- претибиальная микседема
- хронический запор

После подбора заместительной дозы левотироксина натрия уровень ТТГ необходимо контролировать

- только при появлении жалоб
- 1 раз в 2 года
- 1 раз в 2 месяца
- 1 раз в год

Исследование динамики содержания циркулирующих антител к щитовидной железе при аутоиммунном тиреоидите для оценки его прогрессирования

- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят
- проводят ежегодно

Приём + _____ + может снижать абсорбцию левотироксина натрия в кишечнике, что потребует увеличение его дозы

- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят
- проводят ежегодно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 37 лет.

Жалобы

* сухость кожи * сонливость * ломкость ногтей, выпадение волос

Анамнез заболевания

* в течение полугода беспокоит сонливость, сухость кожных покровов, ломкость ногтей, выпадение волос * около года страдает олигоменореей

Анамнез жизни

* Работает бортпроводницей * Перенесённые заболевания: аппендэктомия в 14 лет * Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. *

Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,74 м, вес 80 кг, индекс массы тела $26,5 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, сухие, периферические лимфоузлы не увеличены, отмечаются периорбитальные отеки. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 58 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Щитовидная железа не видна при осмотре области шеи, при пальпации увеличена, мягко-эластической консистенции, безболезненная, подвижная при глотании, узлы не пальпируются. Глазные симптомы отрицательные.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев

- не проводят
- проводят ежегодно

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят
- проводят ежегодно

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом данной пациентки является

- проводят раз в 5 лет
- проводят каждые 6 месяцев
- не проводят
- проводят ежегодно

Диагноз

Пациентке необходимо рекомендовать

- левотироксин натрия из расчета 2,2 мкг/кг массы тела
- йодид калия 200 мкг в сутки
- повторить ТТГ, Т4св. через 3 месяца
- левотироксин натрия из расчета 1,6 мкг/кг массы тела

Контроль лечения проводится по уровню

- Т4 свободного
- Т3 свободного
- Т4 общего
- ТТГ

Определение уровня ТТГ необходимо провести не ранее, чем через + _____ + недель/недели

- 4
- 8
- 2
- 12

Целевым уровнем ТТГ на фоне заместительной терапии гипотиреоза является + _____ + мЕд/л

- 0,1 – 1,0
- 4,0 – 10,0
- 2,5 – 5,0
- 0,4 – 4,0

При повторном исследовании через 2 месяца - ТТГ – 7,1 (норма 0,4-4,0 мЕд/л), пациентке рекомендовано

- добавить трийодтиронин
- увеличить дозу левотироксина натрия
- уменьшить дозу левотироксина натрия
- отменить левотироксин натрия

Наиболее вероятной причиной олигоменореи при гипотиреозе является

- преждевременная недостаточность яичников
- дефицит массы тела
- синдром резистентных яичников
- гиперпролактинемия

Вследствие хронической передозировки левотироксина натрия может развиваться

- остеопороз
- претибиальная микседема
- острый психоз
- хронический запор

В случае наступления беременности у данной пациентки необходимо

- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%
- оставить дозу левотироксина натрия прежней
- отменить левотироксин натрия

К препаратам, снижающим абсорбцию левотироксина натрия, относится

- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%
- оставить дозу левотироксина натрия прежней
- отменить левотироксин натрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 55 лет

Жалобы

* На сухость во рту * Общую слабость * Чувство онемения, зябкости в нижних конечностях

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3-х последних месяцев

Анамнез жизни

* Не работает. * Перенесенные заболевания: Правосторонняя среднедолевая пневмония в 42 года. * Беременности – 1, роды – 1. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: аллергическая реакция на витамины группы В - крапивница. * Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 76 кг, индекс массы тела $29,1 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 74 в минуту. АД 165/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Снижение тактильной чувствительности на нижних конечностях, другие виды чувствительности сохранены. Пульсация на a.dorsalis pedis сохранена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%
- оставить дозу левотироксина натрия прежней
- отменить левотироксин натрия

Результаты лабораторных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

- увеличить дозу левотироксина натрия на 30%
- уменьшить дозу левотироксина натрия на 30%
- оставить дозу левотироксина натрия прежней
- отменить левотироксин натрия

Диагноз

Для диагностики нарушения тактильной чувствительности необходимо

- поставить градуированный камертон (128 Гц) на медиальную поверхность головки 1-й плюсневой кости
- последовательно прикасаться концом монофиламента к различным участкам кожи стопы
- определить сухожильные рефлексы (ахиллов, коленный) с помощью неврологического молоточка
- провести пассивное сгибание в суставах пальцев стопы в положении больного лежа с закрытыми глазами

По данным физикального осмотра у пациентки имеет место

- диабетическая нейропатия, моторный тип
- автономная форма нейропатии, кардиальная форма
- диабетическая нейропатия, сенсо-моторный тип
- диабетическая нейропатия, сенсорный тип

Из сопутствующей патологии у пациентки присутствует

- артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела
- артериальная гипертензия 2 ст, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени
- ишемическая болезнь сердца. Артериальная гипертензия 2 ст, очень высокий сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени
- артериальная гипертензия 1 ст, низкий риск сердечно-сосудистых осложнений. Избыточная масса тела

Рекомендации данной пациентке по изменению образа жизни включают

- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- питание с исключением углеводов и большим количеством животного и растительного белка (20% от суточного рациона), физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю)
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, ограничением животного белка (не более 1,0 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, исключением животных жиров, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является $HbA1c < + \text{_____} + \%$

- 8,0
- 7,5
- 6,5
- 7,0

В качестве сахароснижающей терапии необходимо назначить

- инсулин короткого действия и пиоглитазон
- глибенкламид и аналог инсулина короткого действия
- метформин, глибенкламид и аналог инсулина короткого действия
- метформин и гликлазид МВ

Необходим повторный контроль $HbA1c$ через $+ \text{_____} +$ месяца/месяцев

- 9
- 12
- 3
- 2

Пациентка провела контроль гликированного гемоглобина через 6 месяцев, индивидуальная цель не достигнута, темп снижения $<1,5\%$, необходимо добавить к сахароснижающей терапии

- аналог инсулина ультракороткого действия
- инсулин средней продолжительности и короткого действия
- глибенкламид микронизированный
- аналог инсулина длительного действия

Оценка альбуминурии должна проводиться 1 раз в $+ \text{_____} +$ месяца/месяцев

- 12
- 9
- 3
- 6

Осмотр ног пациента с сахарным диабетом 2 типа должен проводиться

- 12
- 9
- 3
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратилась пациентка 42 лет

Жалобы

Жалоб не предъявляет, пришла на диспансеризацию

Анамнез заболевания

* Хронические заболевания отрицает * Отмечает набор массы тела за последние 5 лет на 10 кг * В ходе диспансеризации впервые выявлено повышение глюкозы капиллярной крови до 6,7 ммоль/л

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Работает продавцом * Перенесённые

заболевания: простудные * Беременности – 1, роды – 1 (вес ребенка при рождении 4400 г) * Наследственность: у матери инфаркт миокарда в 54 года * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,65 м, вес 88 кг, индекс массы тела $32,6 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 12
- 9
- 3
- 6

Результаты лабораторных методов обследования

Какой диагноз можно поставить на основании анамнестических и клинико-лабораторных данных?

- 12
- 9
- 3
- 6

Диагноз

У пациентки присутствует сопутствующая патология

- артериальная гипертензия 1 степени. Ожирение 1 степени.
- артериальная гипертензия 2 степени. Ожирение 2 степени
- артериальная гипертензия 2 степени. Ожирение 1 степени
- артериальная гипертензия 1 степени. Избыточная масса тела

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание со снижением калорийности рациона до 900 ккал в сутки, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела
- питание с исключением углеводов, физические нагрузки (не менее 100 минут в неделю), уменьшение массы тела
- высокобелковую диету с ограничением легкоусваиваемых углеводов, физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы тела

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является $\text{HbA1c} < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

- 6,5
- 7,0
- 6,0
- 7,5

В качестве сахароснижающей терапии первого ряда назначается

- вилдаглиптин
- метформин
- глибенкламид
- акарбоза

Пациентке необходимо рекомендовать проводить самоконтроль гликемии не менее + _____ + раз/раза в сутки и один гликемический профиль в неделю

- 3
- 4
- 2
- 1

Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в

- идиопатической деструкции β -клеток поджелудочной железы
- нарушении секреции инсулина вследствие генетического дефекта β -клеток
- аутоиммунном поражении β -клеток поджелудочной железы
- инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина

Для лечения артериальной гипертензии пациентке показано назначение

- моксонидина, бисопролола
- верапамила, бисопролола
- эналаприла, нифедипина
- метопролола, торасемида

Эффективность сахароснижающей терапии оценивается по + _____ + через 3-6 месяцев после начала лечения

- суточному профилю гликемии
- гликированному гемоглобину
- суточной глюкозурии
- глюкозе плазмы крови натощак

Для профилактики поздних осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня холестерина ЛНП $< + \_\_\_\_\_\_ +$ ммоль/л

- 2,0
- 1,8
- 1,4
- 2,5

Для профилактики микро – и макро-сосудистых осложнений сахарного диабета показано достижение целевого уровня артериального давления + _____ + мм.рт.ст.

- 2,0
- 1,8
- 1,4
- 2,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 72 лет

Жалобы

на периодически возникающую сухость во рту.

Анамнез заболевания

* Страдает артериальной гипертензией в течение 17 лет * Перенес ОНМК по ишемическому типу 5 лет назад

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * пенсионер * вес стабильный * 17 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст.), принимает моксонидин по 0.2 мг 2 раза в день, индапамид 1,25 мг утром * Перенесённые заболевания: ОНМК 5 лет назад * Наследственность: у матери - сахарный диабет 2 типа. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курение.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,78 м, вес 84 кг, индекс массы тела $26,5 \text{ кг/м}^2$, $t \text{ тела } 36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 14 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 135/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 2,0
- 1,8
- 1,4
- 2,5

Результаты лабораторных методов обследования

Данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных исследований можно поставить диагноз

- 2,0
- 1,8
- 1,4
- 2,5

Диагноз

Пациенту выполнен расчёт СКФ - 43,3 мл/мин/1,73 кв.м. Для уточнения стадии поражения почек необходимо

- 2,0
- 1,8
- 1,4
- 2,5

СКФ

СКФ - 43,3 мл/мин/1,73 кв.м

Соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи – 550 мг/г.

Пациент имеет диабетическую нефропатию, хроническую болезнь почек на стадии

- C4, A3
- C3a, A2
- C2, A2
- C3b, A3

У пациента имеется + _____ + риск сердечно-сосудистых осложнений

- очень высокий
- высокий
- низкий
- умеренный

Пациенту показана комбинированная сахароснижающая терапия ингибиторами ДПП-4 и

- новорапидом
- глибенкламидом
- гликлазидом МВ
- лираглутидом

Для достижения целевых значений артериального давления с учетом наличия хронической болезни почек к лечению необходимо добавить

- неселективные β -адреноблокаторы
- недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
- дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов
- ингибиторы АПФ

Уровень холестерина ЛНП у пациента 2,8 ммоль/л, в связи с чем показано назначение

- аторвастатина
- фенофибрата
- колестирамина
- омега3-жирных кислот

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + _____ + %

- 7,0
- 7,5
- 8,0
- 6,5

После начала сахароснижающей терапии необходим контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 9
- 12
- 3
- 2

Оценка уровня гемоглобина у пациента с хронической болезнью почек 3 стадии должна проводиться 1 раз в + _____ + месяца/месяцев

- 9
- 12
- 6
- 3

Целевым уровнем артериального давления при наличии хронической болезни почек в стадии АЗ является + _____ + мм.рт.ст.

- 9
- 12
- 6
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет.

Жалобы

* на сухость во рту, * жажду, * учащенное мочеиспускание, * снижение массы тела, * общую слабость. * тошноту, однократную рвоту

Анамнез заболевания

* около 2-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание * за последние 2,5 месяца отметил снижение массы тела на 10 кг

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает программистом. * Перенесённые заболевания: простудные, хронический вазомоторный ринит. *

Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет. * Питается регулярно.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Отмечается запах моченых яблок изо рта.

Телосложение нормостеническое, рост 1,72 м, вес 61 кг, индекс массы тела $20,6 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 86 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 9
- 12
- 6
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Данному больному можно поставить предварительный диагноз

- 9
- 12
- 6
- 3

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- назначении инсулина длительного действия с гликлазидом
- назначении инфузионной терапии с бикарбонатами
- назначении пероральной сахароснижающей терапии
- госпитализации в стационар

Пациент завершил стационарное лечение, выписан на инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + _____ + %

- 6,0
- 7,0
- 6,5
- 5,5

Побочным эффектом инсулинотерапии является

- потенциальный риск панкреатитов
- желудочно-кишечный дискомфорт
- увеличение риска переломов трубчатых костей
- риск гипогликемии

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

- 2
- 9
- 12
- 3

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

- 1 раз в неделю натощак
- 1 раз в сутки
- не менее 4 раз ежедневно
- 2 раза в сутки утром и вечером

В клинической картине диабетического кетоацидоза часто развивается

- абдоминальный синдром
- мышечная боль
- полиморфная неврологическая симптоматика
- кардиалгия

Основной задачей во время физической нагрузки является

- употребление углеводов в большом количестве
- профилактика гипогликемии, связанной с физической активностью
- исключение энергозатратных видов спорта, отдав предпочтение пешим прогулкам
- поддержание гликемии на уровне 5,5 ммоль/л

Рекомендации по питанию при 1 типе сахарного диабета заключаются в

- низкобелковой диете с исключением легкоусваиваемых углеводов и животных жиров, уменьшении массы тела
- высокобелковой диете с ограничением легкоусваиваемых углеводов и животных жиров, уменьшении массы тела
- общем потреблении белков, жиров и углеводов, не отличающемся от такого у здорового человека
- повышении калорийности рациона до 4000 ккал в сутки с целью увеличения массы тела

Скрининг диабетической нефропатии проводится у пациентов с сахарным диабетом 1 типа

- сразу при постановке диагноза
- через 5 лет от дебюта сахарного диабета
- только при наличии артериальной гипертензии
- через 1 год от дебюта сахарного диабета

Кратность посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга сахарного диабета составляет не реже + _____ + раза/раз в год

- сразу при постановке диагноза
- через 5 лет от дебюта сахарного диабета
- только при наличии артериальной гипертензии
- через 1 год от дебюта сахарного диабета

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 73 лет.

Жалобы

* На сухость во рту, * жажду, * кожный зуд.

Анамнез заболевания

Около полугода периодически беспокоят сухость во рту, жажда и кожный зуд.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Пенсионер. * Перенесённые заболевания: полтора года назад перенес ОИМ, проведено стентирование ПКА, принимает нифедипин 60 мг в сутки, индапамид 2,5 мг в сутки, эналаприл 20 мг в сутки, в анамнезе повышение АД до 180 и 110 мм.рт.ст. * Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит. * Питается нерегулярно, употребляет сладости, жареные и копченые мясные продукты. Не нуждается в помощи при выполнении мероприятий повседневной активности.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,72 м, вес 96 кг, индекс массы тела 32 кг/м^2 , t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пастозность голеней и стоп. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 135/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- сразу при постановке диагноза
- через 5 лет от дебюта сахарного диабета
- только при наличии артериальной гипертензии
- через 1 год от дебюта сахарного диабета

Результаты лабораторных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных исследований можно предположить диагноз

- сразу при постановке диагноза
- через 5 лет от дебюта сахарного диабета
- только при наличии артериальной гипертензии
- через 1 год от дебюта сахарного диабета

Диагноз

Патогенез сахарного диабета 2 типа заключается в

- инсулинорезистентности и дефекте секреции инсулина
- аутоиммунном поражении β -клеток поджелудочной железы
- нарушении секреции инсулина вследствие генетического дефекта β -клеток
- идиопатической деструкции β -клеток поджелудочной железы

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1c < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

- 7,0
- 8,0
- 7,5
- 6,5

Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- глибенкламид и инсулин короткого действия
- агонист рецептора ГПП-1 и ингибитор ДПП-4
- метформин и агонист рецептора ГПП-1
- инсулина длительного действия и пиоглитазон

В случае необходимости интенсификации терапии, с учетом анамнеза и объективного статуса, пациенту будет противопоказано назначение

- пиоглитазона
- вилдаглиптина
- дапаглифлозина
- инсулина

У пациента выявлен уровень холестерина липопротеидов низкой плотности 1,7 ммоль/л. В данном случае показана/показано

- терапия фенофибратом
- терапия эзетимибом
- динамическое наблюдение без терапии
- назначение аторвастатина

Пациенту, перенесшему острый инфаркт миокарда со стентированием более года назад, показана + _____ + терапия

- антиагрегантная
- антиангинальная
- двойная антиагрегантная
- антикоагулянтная

Необходим повторный контроль $HbA1c$ через + _____ + месяца/месяцев

- 2
- 9

- 3
- 12

Пациенту, находящемуся на пероральной сахароснижающей терапии, рекомендуется проводить самоконтроль гликемии + _____ + и 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю

- не менее 2 раз в сутки утром и вечером
- перед каждым приемом пищи
- не менее 1 раза в неделю натощак
- не менее 1 раза в сутки в разное время

Наблюдение пациента с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа с артериальной гипертензией должно включать регулярную оценку

- ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей
- эхокардиографии
- альбуминурии
- результатов непрерывного мониторингирования уровня глюкозы крови

Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга основного заболевания составляет + _____ + раза/раз в год

- 2
- 4
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

Жалобы

* на сухость во рту, * жажду, * онемение стоп, слабость в ногах, * боли в ногах (преимущественно ночью)

Анамнез заболевания

* В течение 6 лет страдает сахарным диабетом 2 типа * Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 30 мг перед завтраком. * Эпизодов гипогликемии нет. * В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле 9-14 ммоль/л. * Гликированный гемоглобин – 7,8%. * Осложнений диабета ранее не диагностировано.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Пенсионер. * Перенесённые заболевания: Артериальная гипертензия 3 степени. Максимальный подъем АД до 190/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг * Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает. * Часто употребляет хлебо-булочные изделия, газированные напитки, жареные и копченые мясные продукты.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,78 м, вес 102 кг, индекс массы тела $32,19 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Методами исследования, обязательными для постановки диагноза, являются

Результаты лабораторных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз: Сахарный диабет 2 типа
Диагноз

Сопутствующей патологией у пациента является артериальная гипертензия + ____ + степени, + _____ + риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение + ____ + степени

3; очень высокий; 2

2; высокий риск; 2

3; очень высокий; 1

2; очень высокий; 1

Рекомендации по медикаментозному лечению осложнений сахарного диабета у пациента включают назначение

вазапростана

диклофенака

дексаметазона

прегабалина

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $\text{HbA1c} < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

7,0

8,0

7,5

6,5

Для интенсификации сахароснижающей терапии назначается метформин в дозе 1000 мг 2 р/день и гликлазид МВ в дозе + _____ + мг 1 р/день

120

180

90

60

Повторный контроль HbA1c необходим через + _____ + месяца/месяцев

2

3

12

9

Основой успешного лечения диабетической нейропатии является/являются

соблюдение низкокалорийной диеты с исключением любых углеводов,
физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю), уменьшение массы
тела

применение баллонной ангиопластики сосудов нижних конечностей

достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемии

применение физиотерапевтического лечения

Для исключения диабетической ретинопатии необходимо провести

гониоскопию

офтальмоскопию при расширенном зрачке

компьютерную периметрию

реоофтальмографию

При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин у пациента с сахарным диабетом необходимо отменить

амлодипин

метформин

гликлазид МВ

аторвастатин

Пациенты с диабетической дистальной нейропатией входят в группу риска развития

гиперосмолярной комы

синдрома диабетической стопы

инфаркта миокарда

лактат-ацидоза

Специфическим для сахарного диабета фактором риска развития инсульта является

гиперосмолярной комы

синдрома диабетической стопы

инфаркта миокарда

лактат-ацидоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 65 лет

Жалобы

на эпизоды тошноты, потливости, чувства голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи

Анамнез заболевания

* В течение 8 лет страдает сахарным диабетом. * Принимает метформин 1000 мг 2 р/д, глибенкламид 3,5 мг 2 р/д. * Самоконтроль гликемии не осуществляет, последний контроль HbA1c 12 месяцев назад – 8,4% * Осложнений диабета ранее не диагностировано.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает курьером. * Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь II стадии. Максимальный подъем АД до 180/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 135-140/85 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг * Наследственность: сахарный диабет 2 типа у матери. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: курение

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,75 м, вес 84 кг, индекс массы тела 28 кг/м^2 , t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 88 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Для обследования пациенту необходимо назначить

- гиперосмолярной комы
- синдрома диабетической стопы
- инфаркта миокарда
- лактат-ацидоза

Результаты лабораторных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- гиперосмолярной комы
- синдрома диабетической стопы
- инфаркта миокарда
- лактат-ацидоза

Диагноз

У пациента выявлена микроальбуминурия 70 мг/г. Учитывая СКФ - 61 мл/мин/1,73 кв.м, ХБП соответствует стадии

- C4A1
- C1A1
- C3A3
- C2A2

Рекомендации по лечению сахарного диабета у пациента включают

- отмену глибенкламида и метформина
- отмену глибенкламида и назначение инсулина короткого действия

снижение дозы глибенкламида и добавление инсулина длительного действия

отмену глибенкламида и назначение ингибитора ДПП 4

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1c < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

7,5

6,5

7,0

8,0

Мероприятия по купированию гипогликемии у больных с сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, необходимо начинать при гликемии менее $+ \_\_\_\_\_\_ + \text{ммоль/л}$

3,3

3,9

2,8

2,2

Повторный контроль $HbA1c$ необходим через $+ \_\_\_\_\_\_ + \text{месяц/месяцев}$

12

9

3

2

Рекомендации по профилактике гипогликемических состояний заключаются в

дробном приеме легкоусваиваемых углеводов

регулярном самоконтроле гликемии

снижении физических нагрузок

снижении целевого уровня гликированного гемоглобина

К мероприятиям по купированию легкой гипогликемии относят

прием 1-2 ХЕ легкоусваиваемых углеводов

в/в струйное введение 40 – 100 мл 40 % раствора глюкозы

прием 1-2 ХЕ сложных углеводов

в/в капельное введение 5–10 % раствора глюкозы

При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин у пациента с сахарным диабетом необходимо отменить

амлодипин

аторвастатин

метформин

гликлазид МВ

Пероральный глюкозотолерантный тест проводится при глюкозе плазмы натощак + _____ + ммоль/л

7,1-7,8

6,1-6,9

5,6-6,1

6,2-7,0

Особенностью ИБС при сахарном диабете является

7,1-7,8

6,1-6,9

5,6-6,1

6,2-7,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 71 года.

Жалобы

на * онемение стоп, * снижение чувствительности стоп, * боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров

Анамнез заболевания

* В течение 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа * Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 60 мг перед завтраком * Эпизодов гипогликемии нет. * В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле до 10 ммоль/л * Гликированный гемоглобин 8,5%, общий холестерин – 5,2 ммоль/л Из осложнений диабета – диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Пенсионер * Перенесённые заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь. Максимальный подъем АД до 190/100 мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг утром * Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,80 м, вес 100 кг, индекс массы тела $30,8 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Обязательными методами исследования для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета являются

7,1-7,8

6,1-6,9

5,6-6,1

6,2-7,0

Результаты обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

7,1-7,8

6,1-6,9

5,6-6,1

6,2-7,0

Диагноз

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

Артериальная гипертензия 2 степени, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени

Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени

Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени

Артериальная гипертензия 2 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени

К терапии необходимо добавить

ацетилсалициловую кислоту, эзетимиб

вазапростан, эноксапарин

габапентин, трамадол

клопидогрел, розувастатин

При развитии критической ишемии нижних конечностей с умеренным риском потери конечности пациенту необходимо проведение

интенсификации сахароснижающей терапии

тромболитической терапии

разгрузки пораженной конечности

реваскуляризации артерий конечности

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1c < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

8,0

7,5

7,0

6,5

Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить

репаглинид

инсулин лизпро

алоглиптин

глибенкламид

При снижении скорости клубочковой фильтрации <45 мл/мин необходимо провести коррекцию дозы

алоглиптина

амлодипина

метформина

гликлазида МВ

Необходим повторный контроль HbA1c через +_____+ месяц/месяцев

7

2

12

3

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

агонисты ГПП-1 + ингибиторы ДПП-4

ингибиторы ДПП-4 + метформин

базальный инсулин + тиазолидиндионы

агонисты ГПП-1 + прандиальный инсулин

Трофические нарушения мягких тканей нижних конечностей могут развиваться

исключительно на стадии КИНК

только на стадии риска развития ЗАНК

преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК

на любой стадии ЗАНК

Ежегодный офтальмологический осмотр пациентов с СД 2 типа должен включать обязательную + _____ + при расширенном зрачке

исключительно на стадии КИНК

только на стадии риска развития ЗАНК

преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК

на любой стадии ЗАНК

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 32 лет.

Жалобы

* приступы сердцебиения, внутренней дрожи, потливости * сухость во рту, жажду

Анамнез заболевания

* около двух месяцев назад впервые возник приступ, сопровождающийся страхом, повышением артериального давления до 220/100 мм.рт.ст., сердцебиением и потливостью. * приступы продолжаются около 1 часа, возникают 1-2 раза в неделю, проходят самостоятельно * к врачу с данными жалобами обратился впервые * лекарственную терапию не получает

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Автослесарь. * Перенесённые заболевания: детские инфекции, ОРВИ * Наследственность: у отца медулярный рак щитовидной железы * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курит.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. нормального питания, рост 1,76 м, вес 72 кг, индекс массы тела $23,2 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,7^\circ\text{C}$. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту. Лежа АД 120/75 мм рт. ст., стоя 85/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. При осмотре конфигурация области шеи не изменена, узловые образования не пальпируются, подвижная при глотании, не увеличена. Шейные и надключичные лимфатические узлы не увеличены. Глазных симптомов нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

исключительно на стадии КИНК

только на стадии риска развития ЗАНК

преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК

на любой стадии ЗАНК

Результаты лабораторных методов обследования

С учетом выявленных изменений пациенту показано проведение

исключительно на стадии КИНК

только на стадии риска развития ЗАНК

преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК

на любой стадии ЗАНК

Результаты дополнительного обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

исключительно на стадии КИНК

только на стадии риска развития ЗАНК

преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК

на любой стадии ЗАНК

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному больному?

исключительно на стадии КИНК

только на стадии риска развития ЗАНК

преимущественно на стадии подтвержденного ЗАНК

на любой стадии ЗАНК

Диагноз

Терапией выбора феохромоцитомы является

двухсторонняя адреналэктомия

назначение альфа-метилпаратирозина

назначение комбинации альфа- и бета-адреноблокаторов

левосторонняя адреналэктомия

В качестве предоперационной подготовки пациенту необходимо назначить

антагонисты кальция

блокаторы рецепторов ангиотензина

альфа-адреноблокаторы

блокаторы рецепторов альдостерона

Лечение нарушенной толерантности к глюкозе в данном случае заключается в

ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении метформина

ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении пиоглитазона

ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе

ограничении легкоусваиваемых углеводов в рационе и назначении акарбозы

У пациента есть риск развития интраоперационного осложнения в виде

гипергликемического состояния

неуправляемой гемодинамики

гипогликемического состояния

судорожного синдрома

Пациенту была проведена лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия. Для констатации успешного удаления опухоли лабораторное обследование должно быть выполнено после восстановительного периода через + _____ + недели/недель после операции

14-16

6-8

10-12

2-4

Учитывая наследственность пациента по медуллярному раку щитовидной железы, необходимо определить уровень + _____ + в крови

тиреотропного гормона

паратиреоидного гормона

тиреоглобулина

кальцитонина

Функциональная топическая диагностика феохромоцитомы заключается в проведении скинтиграфии всего тела с

F¹⁸-дигидроксифенилаланином

технеция-пертехнетатом

метайодбензилгуанидином

F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Результатом метаболизма норадреналина внутри хромафинных клеток является образование

F¹⁸-дигидроксифенилаланином

технеция-пертехнетатом

метайодбензилгуанидином

F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная В., 46 лет, обратилась в клинику

Жалобы

* на сердцебиение * ноющие, колющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой * одышку, в том числе и в покое * дрожь в руках * слабость, быструю утомляемость * потливость

Анамнез заболевания

* считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление

вышеописанных жалоб * в тоже время отметила и повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически * при обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила * постоянную лекарственную терапию не получает * за последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита * периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C.

Анамнез жизни

* росла и развивалась нормально * работает поваром * беременности – 1, роды – 1 * вредные привычки: курит по 1-3 сигарете в день, в течении 10 лет * наследственность: неотягощена.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Ориентирована всесторонне правильно. Рост 165 см. Вес 48 кг. Температура тела 36.9° С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие. Выраженный экзофтальм. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного толчка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

Т¹⁸-дигидроксифенилаланином

технеция-пертехнетатом

метайодбензилгуанидином

Т¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Результаты лабораторных методов обследования

С учетом полученного результата анализа крови для уточнения диагноза необходимо оценить

Т¹⁸-дигидроксифенилаланином

технеция-пертехнетатом

метайодбензилгуанидином

F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Результаты обследования

Необходимо провести такие дополнительные инструментальные методы исследования как

F¹⁸-дигидроксифенилаланином

технеция-пертехнетатом

метайодбензилгуанидином

F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз - это

F¹⁸-дигидроксифенилаланином

технеция-пертехнетатом

метайодбензилгуанидином

F¹⁸-фтордезоксиглюкозой

Сопутствующая патология у данной пациентки

хроническая сердечная недостаточность

фибрилляция предсердий

дилатационная кардиомиопатия

не выявлена

Рекомендации по изменению образа жизни включают

ограничение физической нагрузки и поступления йодсодержащих препаратов, отказ от курения

отказ от курения, активную физическую нагрузку, нормализацию режима отдыха и сна

уменьшение массы тела, снижение уровня потребляемых углеводов, снижение общего калоража продуктов питания

уменьшение количества выкуриваемых сигарет и массы тела, 3-4 разовый приём пищи, сон с низким изголовьем

В качестве метода коррекции нарушения гормонального статуса пациентке рекомендуется проведение

хирургического лечения

консервативного лечения

радиойодтерапии, при неэффективности длительного консервативного лечения

хирургического лечения, при неэффективности длительного консервативного лечения

Для достижения эутиреоза, перед оперативным лечением, целесообразно назначение курса тиамазола продолжительностью

полгода

1-2 недели

2 месяца

4-6 недель

Риск инсульта по шкале CHA2DS2VASc у пациента равен

2

3

5

1

Для профилактики инсульта пациентке показано назначение

дабигатрана

варфарина

клопидогреля

аспирина

Лечение сердечной недостаточности у данной пациентки должно включать следующие группы препаратов

антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы

антиагреганты, ингибиторы АПФ, диуретики

бета-адреноблокаторы, антикоагулянты, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

ингибиторы АПФ/сартаны, бета-адреноблокаторы, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

Оценку риска развития геморрагических осложнений необходимо провести с использованием шкалы

антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы

антиагреганты, ингибиторы АПФ, диуретики

бета-адреноблокаторы, антикоагулянты, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

ингибиторы АПФ/сартаны, бета-адреноблокаторы, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового

Жалобы

На дискомфорт и боль в правой половине эпигастральной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время; тошноту натошак, отрыжку кислым содержимым; общую слабость; снижение работоспособности; головную боль.

Анамнез заболевания

* Боль в подложечной области преимущественно возникает в осеннее время. * Обострения со сходной симптоматикой отмечает ежегодно на протяжении 3 лет. * Самостоятельно принимает антацидный препарат или пищевую соду с временным эффектом. * Общая слабость нарастает в последние 6 месяцев. * Головная боль беспокоит в течение месяца, связь с каким-либо провоцирующим фактором назвать затрудняется.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает служащим в банке. * Наличие других хронических заболеваний отрицает. * Наследственность: у отца – инфаркт миокарда в возрасте 73 лет. * Курит по 1 пачке в день на протяжении 10 лет,

алкоголь не употребляет. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Прием каких-либо лекарственных препаратов, кроме антацидов, отрицает. * Часто употребляет в пищу копчености, шоколад, газированные напитки.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Астенического телосложения, рост 1,82 м, вес 61 кг, индекс массы тела $18,4 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие; кожа на ладонях шелушится; ногтевые пластинки несколько истончены. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, болезненность при пальпации в эпигастральной области, там же локальная перкуторная болезненность. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневный, мочеиспускание не нарушено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы

антиагреганты, ингибиторы АПФ, диуретики

бета-адреноблокаторы, антикоагулянты, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

ингибиторы АПФ/сартаны, бета-адреноблокаторы, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы

антиагреганты, ингибиторы АПФ, диуретики

бета-адреноблокаторы, антикоагулянты, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

ингибиторы АПФ/сартаны, бета-адреноблокаторы, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

Результаты инструментальных методов обследования

Данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить следующий диагноз

антиагреганты, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы

антиагреганты, ингибиторы АПФ, диуретики

бета-адреноблокаторы, антикоагулянты, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

ингибиторы АПФ/сартаны, бета-адреноблокаторы, антагонисты
минералокортикоидных рецепторов

К неинвазивным методам определения *H.pylori* относится

дыхательный тест с мочевиной

гистологический метод выявления *H.pylori*

микробиологический метод - получение культуры *H.pylori*

быстрый уреазный тест

У пациента развилось осложнение в виде + _____ + анемии,

В₁₂-дефицитной; легкой степени тяжести

железодефицитной; тяжелой степени тяжести

гемолитической; легкой степени тяжести

железодефицитной; легкой степени тяжести

Лечение основного заболевания включает

назначение монотерапии прокинетиком

назначение спазмолитиков

проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии

назначение антацидов

Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии первой линии включает кларитромицин в сочетании с

ингибитором протонной помпы и амоксициллином

ингибитором протонной помпы и висмута субцитратом

ингибитором протонной помпы и эритромицином

блокатором гистаминовых рецепторов 2 типа и амоксициллином

Контроль эффективности эрадикационной антихеликобактерной терапии проводится

через 6 месяцев после завершения курса лечения

сразу по окончании эрадикационной терапии

через неделю после завершения приема препаратов

через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии

Основу лечения развившегося у больного осложнения составляет

диета с высоким содержанием железа в продуктах питания

назначение препаратов железа

трансфузия эритроцитарной массы

назначение фолиевой кислоты

Самым ранним (на 7-10 день) показателем эффективности лечения железодефицитной анемии препаратами железа является

ретикулоцитарная реакция (повышение содержания ретикулоцитов) на 7-10 день терапии

повышение цветового показателя

существенное повышение уровня железа и ферритина сыворотки

повышение уровня гемоглобина на 5 г/л

Для улучшения всасывания пероральных препаратов железа назначают

фолиевую кислоту

5-аминоацетилсалициловую кислоту

аскорбиновую кислоту

молоко

Осложнением, не характерным для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, является

фолиевую кислоту

5-аминоацетилсалициловую кислоту

аскорбиновую кислоту

молоко

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

* на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, * отеки голеней и стоп, * слабость, повышенную утомляемость, * сухость во рту, жажду, * дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания

Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Работал мастером по металлу * Вредные привычки отрицает * Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,9⁰С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные

хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

фолиевую кислоту

5-аминоацетилсалициловую кислоту

аскорбиновую кислоту

молоко

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

фолиевую кислоту

5-аминоацетилсалициловую кислоту

аскорбиновую кислоту

молоко

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый диагноз?

фолиевую кислоту

5-аминоацетилсалициловую кислоту

аскорбиновую кислоту

молоко

Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение

тиреотропного гормона = 2,78 МЕ/л

$HbA1c = 7,8\%$

СКФ по СКД-ЕРІ= 66,46 мл/мин/1,73 м²

осмолярности плазмы = 285 мосм/кг Н₂О

Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является

инсулин короткого действия

ингибитор альфа-гликозидазы

глибенкламид

метформин

В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на

ингибитор АПФ

дигидропиридиновых антагонистов кальция

тиазидных диуретиков

антагонистов минералокортикоидных рецепторов

Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в

замене бета-блокаторов (как препаратов, негативно влияющих на гликемический профиль) на метаболически нейтральные препараты для улучшения прогноза у данного пациента (ивабрадин, верапамил и т.д.)

продолжении приема бета-блокаторов, однако с переходом на менее селективный препарат (атенолол)

отмене бета-блокаторов, как препаратов, усиливающих инсулинорезистентность и противопоказанных при сахарном диабете

замене метопролола на карведилол или небиволол

У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

артериальная гипертензия

гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии

прогрессирование гипертрофии левого желудочка

синусовая тахикардия

Целевым показателем липидного обмена при сочетании сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний является достижение _____ ммоль/л

ХС-ЛВП более 3,0

ХС-ЛНП менее 2,0

общего холестерина менее 7,5

ХС-ЛНП менее 1,4

К препаратам, применяемым у данного больного в качестве дополнения к ингибиторам АПФ с целью снижения риска госпитализации и смерти, относятся

тиазидные диуретики

бета-блокаторы

непрямые антикоагулянты

блокаторы ангиотензиновых рецепторов

Острый инфаркт миокарда в анамнезе, протекавший без «интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью», может быть связан с наличием у больного

сахарного диабета

отягощенного семейного анамнеза

артериальной гипертензии

низкого порога болевой чувствительности

У данного пациента с ИБС, ХСН и сахарным диабетом, имеющего признаки повреждения печени (повышение сывороточных трансаминаз, дискомфорт и чувствительность при пальпации в правом подреберье, увеличение печени) при отсутствии маркеров вирусных гепатитов, в первую очередь необходимо обследование пациента для уточнения наличия

сахарного диабета

отягощенного семейного анамнеза

артериальной гипертензии

низкого порога болевой чувствительности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на ночное потоотделение, потерю в весе, кожный зуд в области шеи, паха, волнообразную лихорадку до 37,5°C.

Анамнез заболевания

Болен в течение трёх месяцев. Проводилось лечение ОРВИ противовирусными препаратами без эффекта.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: отрицает. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.

Объективный статус

При осмотре: пальпируются увеличенные подвижные, безболезненные, не спаянные с кожей плотно-эластические шейные лимфоузлы в шейно-надключичной области слева сливающиеся между собой в конгломераты размером 3 на 4 см. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 уд/мин. АД 122/70 мм рт. ст. Печень у края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

сахарного диабета

отягощенного семейного анамнеза

артериальной гипертензии

низкого порога болевой чувствительности

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

сахарного диабета

отягощенного семейного анамнеза

артериальной гипертензии

низкого порога болевой чувствительности

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

сахарного диабета

отягощенного семейного анамнеза

артериальной гипертензии

низкого порога болевой чувствительности

Данному пациенту трепанобиопсия

не показана

показана

проводится по желанию лечащего врача

проводится по желанию пациента

Лимфома Ходжкина характеризуется наличием

доброкачественной опухоли лимфоидной ткани с клональной пролиферацией В-клеток зародышевых центров лимфатических узлов

опухоли с конкретной локализацией, причем она может быть расположена в одном органе (солитарная) или одновременно в нескольких (множественная)

злокачественной опухоли лимфоидной ткани с клональной пролиферацией В-клеток зародышевых центров лимфатических узлов

системной злокачественной опухоли иммунной системы из клеток внекостномозговой лимфоидной ткани различной гистогенетической принадлежности и степени дифференцировки

Лечением для данного больного является

аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ)

противовирусная терапия, препарат выбора - арбидол 200 мг 4 раза в день

полихимиотерапия с сочетанной лучевой терапией (схема BEACOPP, ABVD)

антибиотикотерапия, препаратом первой линии в данном случае является макролид

Возможной причиной прерывания цикла химиотерапии при лимфоме Ходжкина является

появление диспептических жалоб (тошноты, рвоты, диареи, изжоги, дискомфорта в животе)

присоединение тяжелых инфекционных заболеваний (сепсис, пневмония, ветряная оспа и др.)

угнетение кроветворения при снижении гранулоцитов менее 800/мл тромбоцитов менее 150000/мл

появление кожного зуда, аллергической кожной реакции, гриппоподобного синдрома

Диспансерное наблюдение в первый год после окончания терапии лимфомы Ходжкина проводится с периодичностью

1-2 раза в год

1 раз в два года

каждые 3 месяца

1 раз в год

Рентген грудной клетки у пациентов с лимфомой Ходжкина позволяет выявить

отклонение контрастированного пищевода по дуге малого радиуса, увеличение отделов сердца, расположение средостения, конфигурацию сердца, наличие легочной гипертензии

признаки остеопороза позвоночника, переломы ребер, искривление позвоночника и другие костно-травматические изменения в видимых отделах скелета

наличие эмфиземы, оценить воздушность легочной ткани, наличие перибронхиального отека, периваскулярных изменений, определить наличие диссеминированного поражения легких

увеличение лимфоузлов средостения, инфильтраты в легких, их величину и расположение, степень смещения органов грудной клетки, наличие выпота в плевральные полости, перикарде

Позитронно-эмиссионная томография с использованием 18F-флуородезоксиглюкозы у больных с болезнью Ходжкина применяется с целью

инициального стадирования заболевания, для оценки результатов лечения и статуса ремиссии, установления рецидива болезни Ходжкина

выявления участков сердца с нарушенным кровоснабжением для ранней диагностики ишемической болезни сердца или для выявления старых инфарктов

оценки процессов, происходящих в головном мозге, для исключения болезни Паркинсона, обнаружения изменений в мозге при болезни Альцгеймера на самых ранних этапах

выявления регионов головного мозга, вызывающих фармакорезистентную и идиопатическую формы эпилепсии; используется фермент и для изучения черепно-мозговых травм (определения кровоизлияний и их последствий)

Наиболее характерными клиническими проявлениями лимфомы Ходжкина являются

кожный зуд в области паха, жажда, сухость во рту, слабость

кашель с гнойной мокротой, боли в области измененных лимфоузлов, субфебрильная лихорадка

увеличение лимфатических узлов, лихорадка, ночное потоотделение, кожный зуд

тошнота, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, слабость

Лимфому Ходжкина необходимо дифференцировать с

кожный зуд в области паха, жажда, сухость во рту, слабость

кашель с гнойной мокротой, боли в области измененных лимфоузлов, субфебрильная лихорадка

увеличение лимфатических узлов, лихорадка, ночное потоотделение, кожный зуд

тошнота, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, слабость

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, слабость, недомогание, жидкий стул без примеси крови до 4 раз за сутки.

Анамнез заболевания

Всегда считала себя здоровым человеком. 6 дней тому назад после переохлаждения, отметила появление слабости и недомогания, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, сопровождающееся сильным ознобом. На следующий день присоединился кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. По совету знакомых самостоятельно начала приём амоксиклава 875/125 мг 2 р/сут., однако, существенного улучшения состояния к концу 4 суток лечения амоксиклавом не отмечалось: температура тела колебалась от $37,3^{\circ}\text{C}$ до $39,2^{\circ}\text{C}$, сохранялись слабость. Сегодня (на 6 сутки болезни) присоединилась диарея до 4 раз в сутки. Пациентка отказалась от предложенной госпитализации и предпочла лечиться в амбулаторных условиях.

Анамнез жизни

* Вредные привычки отрицает * Аллергологический анамнез не отягощён *

Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 59 кг, рост 170 см. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела $38,7^{\circ}\text{C}$. Видимые слизистые не изменены, миндалины не увеличены, глотание безболезненное, отделяемого из полости носа нет. В легких дыхание везикулярное, на ограниченном участке под левой лопаткой выслушиваются влажные звонкие хрипы, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88 в мин., АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.

Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение

кожный зуд в области паха, жажда, сухость во рту, слабость

кашель с гнойной мокротой, боли в области измененных лимфоузлов, субфебрильная лихорадка

увеличение лимфатических узлов, лихорадка, ночное потоотделение, кожный зуд

тошнота, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, слабость

Результаты обследования

Для исключения/подтверждения Clostridium difficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приёма амоксиклава показано проведение

кожный зуд в области паха, жажда, сухость во рту, слабость

кашель с гнойной мокротой, боли в области измененных лимфоузлов, субфебрильная лихорадка

увеличение лимфатических узлов, лихорадка, ночное потоотделение, кожный зуд

тошнота, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, слабость

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования основной диагноз пациентки может быть сформулирован как

аспирационная пневмония

внутрибольничная пневмония

пневмония у лиц с иммунодефицитом

внебольничная пневмония

Причиной развившейся у пациентки диареи является

аспирационная пневмония

внутрибольничная пневмония

пневмония у лиц с иммунодефицитом

внебольничная пневмония

Для исключения/подтверждения наличия у пациентки гипоксемии показано проведение

спирометрии

определения NO в выдыхаемом воздухе

пульсоксиметрии

бодиплетизмографии

Оценку эффективности проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении + _____ + часов

12-24

48-72

72-96

24-48

Проводимая терапия амоксиклавом

недостаточно эффективна

неэффективна

эффективна

не может быть оценена в настоящий момент

Учитывая неэффективность стартовой терапии амоксиклавом, его следует заменить на

левофлоксацин

кларитромицин

клиндамицин

амоксициллин

Для лечения выявленной *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни пациентке показано назначение

ванкомицина

меропенема

метронидазола

моксифлоксацина

При неэффективности терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на

имипенем

цефоперазон

ванкомицин

фенспирид

Лечение Clostridium difficile-ассоциированной болезни лёгкого течения следует начинать с назначения ванкомицина у

имипенем

цефоперазон

ванкомицин

фенспирид

Дополнительная информация

На фоне проведённой терапии через 14 дней лечения у пациентки отмечалась положительная динамика: температура тела не повышалась $>37,2^{\circ}\text{C}$, ЧД=16 в минуту, значительно уменьшились слабость, прекратилось отделение мокроты, в анализе крови лейкоциты=6,7 тыс/мкл, однако сохраняется кашель и при аускультации под левой лопаткой выслушивается небольшое количество влажных незвонких хрипов. При контрольной рентгенографии органов грудной полости – зона инфильтрации лёгочной ткани значительно уменьшилась в размерах, однако полностью не исчезла. Диарея не беспокоит в течение 8 суток. **Дальнейшая тактика ведения пациентки должна включать**

имипенем

цефоперазон

ванкомицин

фенспирид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Р. 37 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на кашель с вязкой мокротой зеленого цвета, одышку при ходьбе до 50 метров, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

С 32-летнего возраста отмечал частые респираторные инфекции (около 5 раз в год), после которых в течение нескольких месяцев беспокоил кашель с отделением небольшого количества трудноотделяемой вязкой мокроты желтого

цвета. В связи с этим часто проводились курсы антибактериальной и муколитической терапии, с положительным эффектом. С 35 лет пациент отметил появление и постепенное прогрессирование одышки, в настоящее время одышка возникает при преодолении 250 метров. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней, когда после длительного нахождения на холоде, стали беспокоить кашель с мокротой зеленого цвета, выраженная общая слабость, утомляемость, одышка при ходьбе до 50 метров, повысилась температура тела до 37,5° С.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Наследственность: у отца пациента - ишемическая болезнь сердца; мать страдает остеоартрозом тазобедренных суставов; у сестры – аденомиоз, дочь – практически здорова. * Аллергологический анамнез: при приеме амоксиклава - крапивница. * Профессиональный анамнез: работает трактористом в течение 12 лет. * Вредные привычки: больной курит около 10 лет по 2 пачки сигарет в день; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4° С. Кожные покровы с цианотичным оттенком, повышенной влажности. ИМТ 27,5 кг/м². ЧД 17 в мин. SpO₂ ~ 93% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких – коробочный звук. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К основным лабораторным методам обследования данного пациента относят

ими́пенем

цефоперазон

ванкомицин

фенспирид

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту в качестве дообследования необходимо провести

ими́пенем

цефоперазон

ванкомицин

фенспирид

Результаты обследования

Фактором риска развития заболеваний дыхательной системы является

возраст

неоднократные курсы антибиотикотерапии

курение

наследственность

Учитывая клинические данные диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом: Хроническая обструктивная болезнь легких + ____ + степени, нарушения бронхиальной проходимости с выраженными клиническими симптомами, + _____ + обострениями

возраст

неоднократные курсы антибиотикотерапии

курение

наследственность

Диагноз

Диагноз ХОБЛ является несомненным, так как по данным спирометрии у пациента показатель + _____ + соответствует + _____ + от нормы

ФЖЕЛ; 81%

ОФВ1/ФЖЕЛ; 58%

ЖЕЛ; 84%

ОФВ1; 61%

При определении степени нарушения бронхиальной проходимости учитывалось значение

форсированной жизненной емкости легких

общей емкости легких

модифицированного индекса Тиффно

объема форсированного выдоха за 1 сек.

Осложнением основного заболевания у данного пациента являются

дыхательная недостаточность

острый респираторный дистресс-синдром взрослых

двусторонняя пневмония

спонтанный пневмоторакс

При наличии гнойной мокроты обязательным является назначение

цитостатиков

глюкокортикостероидов

иммуномодуляторов

антибиотиков

Учитывая аллергоанамнез в качестве этиотропной терапии пациенту необходимо назначить

ампициллин

амоксциллин

цефуроксим

азитромицин

Патогенетическая терапия у данного пациента предусматривает назначение

муколитических препаратов и бронхолитических средств

антибактериальных препаратов

жаропонижающих средств

противокашлевых средств

В стадии ремиссии пациенту необходимо рекомендовать

проведение аллерген-специфической иммунотерапии

использование ингаляционных бронходилататоров

ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер

прием системных глюкокортикостероидов

Для профилактики прогрессирования хронической обструктивной болезни легких и развития ее обострений пациенту необходимо

проведение аллерген-специфической иммунотерапии

использование ингаляционных бронходилататоров

ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер

прием системных глюкокортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

мужчина 75 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом

Жалобы

на одышку при нагрузке, эпизодические боли в сердце, головокружение и предобморочные состояния

Анамнез заболевания

считает себя больным в течение последних пяти месяцев, предобморочные состояния появились около месяца назад. Лечение не получал

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: хронический гастрит * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 169 см. ИМТ= 24,51.

Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы чистые. Над легкими дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18/мин. Границы сердца увеличены влево + 1,0, верхушечный толчок смещен влево, второй тон на аорте ослаблен, выслушивается грубый систолический шум во II-м межреберье справа от грудины, проводится на сонные артерии и на верхушку сердца, ЧСС 84/мин, АД 155/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, поколачивание по пояснице с обеих сторон безболезненно. Стул - запоры, мочеиспускание свободное.

Основным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

проведение аллерген-специфической иммунотерапии

использование ингаляционных бронходилататоров

ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер

прием системных глюкокортикостероидов

Результаты инструментального метода обследования

Перед эхокардиографией больному рекомендуется провести

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- использование ингаляционных бронходилататоров
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер
- прием системных глюкокортикостероидов

Результаты обследования

На основании полученных данных больному установлен диагноз

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- использование ингаляционных бронходилататоров
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер
- прием системных глюкокортикостероидов

Данному пациенту с аортальным стенозом показано лечение

- консервативное общее
- паллиативное
- хирургическое (протезирование аортального клапана)
- медикаментозное

Показанием для протезирования аортального клапана умеренной степени симптомным больным являются градиент давления менее 40 мм рт.ст.,

- низкая скорость кровотока, систолическая дисфункция левого желудочка
- низкая скорость кровотока, сохраненная фракция выброса
- низкая скорость кровотока, выраженная гипертрофия левого желудочка
- сохраненная фракция выброса, артериальная гипертензия

Для лечения артериальной гипертензии пациенту с артериальным пороком умеренной степени рекомендуется

- моксонидин

бисопролол

нифедипин

нитроглицерин

При появлении обморочных состояний средняя выживаемость больных со стенозом аортального клапана без оперативного лечения составляет

1 год

5 лет

2 года

4 года

Перед протезированием аортального клапана коронарная ангиография рекомендуется пациентам с риском

ИБС

фибрилляции предсердий

гипертонического криза

отека легких

Пациенту после протезирования аортального клапана показан пожизненно прием варфарина при

сердечной недостаточности

сопутствующем атеросклерозе сосудов

имплантации биологического клапана

имплантации механического клапана

После протезирования аортального клапана биологическим протезом рекомендуется прием ацетисалициловой кислоты в дозе 75-100 мг в течение + _____ + месяца/месяцев

12

6

3

1

Реабилитационный период больного аортальным стенозом после оперативного лечения для возобновления трудовой деятельности составляет минимум + _____ + месяца/месяцев

3

6

1

2

Диспансерное пожизненное наблюдение пациента после неосложненного протезирования аортального клапана проводится

3

6

1

2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 47 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по несколько раз в день

Анамнез заболевания

эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но за последнее время они значительно участились

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

3

6

1

2

Результаты инструментальных методов обследования

Для выявления (исключения) кардиальных причин развития аритмии следует провести

3

6

1

2

Результаты обследования

Для выявления (исключения) внекардиальных причин развития аритмии следует определить содержание в крови

3

6

1

2

Содержание в крови

Выявленное нарушение ритма является

3

6

1

2

Фибрилляцию предсердий у данного пациента следует рассматривать как
длительно персистирующую

пароксизмальную

постоянную

персистирующую

Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

следствием ишемической болезни сердца

следствием артериальной гипертонии

идиопатической

следствием заболевания щитовидной железы

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений следует использовать шкалу

SAMeT~2~R~2~

HAS-BLED

SCORE

CHA~2~DS~2~-VASc

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA~2~DS~2~-VASc равна

2

0

1

3

Пациенту показано назначение

пульсурежающей терапии

антиагрегантов

антикоагулянтов

антиаритмические препаратов

Для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий могут быть назначены антиаритмические препараты + _____ + класса

I или II

I или III

III или IV

II или IV

Из антиаритмических препаратов III класса пациенту может быть назначен + _____ + раза в день

соталол по 80 мг 2

амиодарон по 200 мг 3

этацизин по 50 мг 3

пропафенон по 50 мг 3

При неэффективности медикаментозной профилактики рецидивов аритмии следует рассмотреть вопрос о

соталол по 80 мг 2

амиодарон по 200 мг 3

этацизин по 50 мг 3

пропафенон по 50 мг 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная В. 33 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, «заложенность» в грудной клетке, потливость, общую слабость

Анамнез заболевания

с детского возраста страдает хроническим тонзиллитом. В течение последних двух лет после респираторных инфекций длительно беспокоил приступообразный сухой кашель. По данному поводу обследование не проводилось. Три месяца назад после переохлаждения перенесла двустороннюю пневмонию, проводилась антибактериальная терапия, с положительным эффектом. После лечения сохранялся приступообразный сухой кашель.

Самостоятельно принимала противокашлевые препараты без отчетливого эффекта. Кроме того, стала отмечать постепенное учащение и усиление приступов кашля, появление небольшого количества светлой мокроты. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда после участия в двухдневной ревизии библиотеки стали беспокоить ежедневные приступы кашля в дневное время, однократно возник эпизод кашля ночью, появились ощущение «заложенности» в грудной клетке, потливость, общая слабость.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась соответственно возрасту. • Наследственность: отец страдает ревматоидным артритом, у матери бронхиальная астма; у сестры аллергия на шерсть кошек; дочь – практически здорова. • Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость: пищевая аллергия (при употреблении в пищу цитрусовых – отек Квинке); лекарственную непереносимость отрицает. • Профессиональный анамнез: работает библиотекарем в течение 10 лет. • Вредные привычки: не курит; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м². Носовое дыхание не затруднено. Небные миндалины увеличены в размерах, не гиперемированы, видны беловатые образования в лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO₂ ~ 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются сухие свистящие над всеми легочными полями. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение

соталол по 80 мг 2

амиодарон по 200 мг 3

этализин по 50 мг 3

пропафенон по 50 мг 3

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование уровня + _____ + в крови позволит выявить системную аллергическую реакцию у пациентки

соталол по 80 мг 2

амиодарон по 200 мг 3

этализин по 50 мг 3

пропафенон по 50 мг 3

Результаты обследования

Обязательными инструментальными методами диагностики в данном случае являются

соталол по 80 мг 2

амиодарон по 200 мг 3

этацизин по 50 мг 3

пропафенон по 50 мг 3

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у больной является

соталол по 80 мг 2

амиодарон по 200 мг 3

этацизин по 50 мг 3

пропафенон по 50 мг 3

Диагноз

Средняя степень тяжести бронхиальной астмы выставлена на основании показателя + _____ + спирометрии пациентки

ОФВ1

ЖЕЛ

ФЖЕЛ

ОФВ1/ФЖЕЛ

В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

генетическую предрасположенность

возраст

наличие лекарственной непереносимости

длительный стаж курения

Среди сопутствующих заболеваний можно выделить

хронический тонзиллит и ожирение II степени

эмфизема легких и ожирение I степени

морбидное ожирение и постстрептококковый нефрит

дыхательная недостаточность и морбидное ожирение

Базисная терапия основного заболевания предусматривает назначение

антигистаминных препаратов в комбинации с короткодействующими β_2 -адреномиметиками по потребности

высоких доз ингаляционных ГКС/ β_2 -адреномиметиков длительного действия

системных глюкокортикостероидов

низких доз ИГКС/длительнодействующих β_2 -агонистов

Назначенная базисная терапия соответствует + _____ + ступени лечения

4

5

2

3

В случае недостаточного контроля бронхиальной астмы у данной пациентки возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии + _____ + препаратов

иммуномодулирующих

жаропонижающих

антилейкотриеновых

антигистаминных

Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать

смену рода деятельности, снижение массы тела

ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание

проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры грязевых аппликаций

строгую гипополидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры

Дальнейшая тактика ведения пациентки подразумевает

смену рода деятельности, снижение массы тела

ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание

проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры грязевых аппликаций

строгую гипополидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На боли за грудиной давяще-сжимающего характера, без связи с физической нагрузкой, возникающие в ранние утренние часы, длительностью 3-5 мин, купируются после пробуждения.

Анамнез заболевания

Ранее о заболевании со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Около 3-4-х месяцев стал отмечать периодически (сначала не чаще 1 раза в 2-3 недели) боли за грудиной давяще-сжимающего характера, без связи с физической нагрузкой, возникающие в ранние утренние часы, длительностью 3-5 мин, купируются мин после пробуждения. В последнее время боли беспокоят ежедневно.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит более 20 лет по пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Жалобы пациента соответствуют клинической картине

смену рода деятельности, снижение массы тела

ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание

проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры грязевых аппликаций

строгую гиполипидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры

Приступ вазоспастической стенокардии, как правило, сопровождается появлением на ЭКГ

депрессии сегмента ST

элевации сегмента ST

патологического зубца Q

инверсии зубца T

В данной ситуации связь более с ишемией миокарда, вероятнее всего, удастся выявить при

депрессии сегмента ST

элевации сегмента ST

патологического зубца Q

инверсии зубца T

Результаты обследования

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

депрессии сегмента ST

элевации сегмента ST

патологического зубца Q

инверсии зубца T

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- депрессии сегмента ST
- элевации сегмента ST
- патологического зубца Q
- инверсии зубца T

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

В данной ситуации для решения вопроса о необходимости проведения реваскуляризации требуются результаты

- депрессии сегмента ST
- элевации сегмента ST
- патологического зубца Q
- инверсии зубца T

Результаты обследования

В данной ситуации реваскуляризация миокарда

- необходима
- не показана
- не обязательна, но возможна
- возможна, но не обязательна

У данного пациента важнейшим компонентом немедикаментозного лечения является

- увеличение двигательной активности
- ограничение потребления поваренной соли
- отказ от курения
- отказ от употребления алкоголя

Для купирования приступов стенокардии пациенту следует рекомендовать прием

- антагонистов кальция

бета-адреноблокаторов

ингибиторов АПФ

нитратов короткого действия

Средством выбора для плановой антиангинальной терапии при вазоспастической стенокардии служат

антагонисты кальция

бета-адреноблокаторы

нитраты длительного действия

ингибиторы АПФ

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП, не выше + ____ + ммоль/л

2,8

1,4

3,2

2,2

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту следует назначить + _____ + мг 1 раз в день

2,8

1,4

3,2

2,2

Условие ситуационной задачи

Жалобы

на приступообразный кашель с вязкой, плохо отходящей, желто-коричневой мокротой, повышение температуры до 38,5°C, головную боль в лобной области, желто-зеленые выделения из носа, боли в горле, выраженную слабость, потливость.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 3 дня назад, когда появились боли в горле, повысилась температура до 37,5°C. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. * Заболевание связывает с сильным переохлаждением. * Самостоятельно принимал жаропонижающие, противовирусные препараты (арбидол), полоскал горло антисептическими растворами (мирамистин). * На фоне проводимой терапии боли в горле уменьшились, однако появился приступообразный кашель, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость, желто-зеленые выделения из носа. Стала беспокоить сильная головная боль в лобной области. * При более детальном сборе анамнеза выяснено, что 4 месяца назад пациент поставил имплантаты зубов, в связи с чем получал профилактическую антибактериальную терапию цефалоспорины 3 поколения в течении 14 дней

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: преподаватель * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендектомия. * Наследственность: у матери – бронхиальная астма, дядя болел туберкулезом. * Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 64 кг, рост 175 см. Температура 37,9°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Отмечается усиление болезненности при перкуссии в надбровной области справа. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Справа в межлопаточной области притупление перкуторного звука. Над этой же областью выслушиваются звонкие влажные и крепитирующие хрипы, дыхание ослаблено. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

2,8

1,4

3,2

2,2

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

2,8

1,4

3,2

2,2

Результаты инструментальных методов обследования

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

2,8

1,4

3,2

2,2

Бронхопневмонию у данного пациента после проведения рентгенологического обследования необходимо дифференцировать с

тромбоэмболией легочной артерии

острым бронхитом, абсцессом легкого, опухолью легкого, ХОБЛ

туберкулезом, недифференцируемой аденокарциномой легкого

острым бронхитом, отеком легких

Пневмонию у данного пациента с наибольшей вероятностью могут вызвать

S. pneumoniae, M. pneumoniae, H. influenzae

C. pneumoniae, C. psittaci, S. pyogenes

Pseudomonas aeruginosa, Респираторные вирусы, S. viridans

K. pneumoniae , B. pertussis, Mycobacterium bovis

У данного пациента факторы риска развития пневмонии, вызванной полирезистентными возбудителями

имеются, так как длительный стаж табакокурения (индекс курения 20 пачка/лет)

не имеются, антибактериальная терапия была 4 месяца назад

имеются, пневмония развилась на фоне ОРВИ

имеются, так как начал амбулаторное лечение с приема противовирусных препаратов

Больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить

β лактамные антибиотики

β -лактамы с антисинегнойной активностью ± макролиды

респираторные фторхинолоны + цефалоспорины 2 поколения

цефалоспорины 1-2 поколения ± макролиды или бета-лактамы с антисинегнойной активностью

Назначая амоксициллин, доктор руководствуется представлением, что данный антибиотик высокоактивен в отношении

M. pneumoniae

K. pneumoniae

S. pneumoniae

C. pneumoniae

Тактика врача, если через 3 дня после назначения антибактериальной терапии у пациента сохраняется повышение температуры до 39°C, кашель со слизисто-гнойной мокротой, появились сильные головные боли в лобной области, ЧДД- 18 в мин; ЧСС 100 в мин; АД 100/55 мм рт ст., заключается в

смене антибиотика, проведении повторного рентгена органов грудной клетки, придаточных пазух носа, клинического анализа крови с последующим решением вопроса о необходимости госпитализации

проведении разъяснительной беседы с пациентом и родственниками о необходимости соблюдения режима приема препарата и через 48-72 часа после повторной смены антибиотика оценки динамики течения заболевания

госпитализации в отделение интенсивной терапии, экстренное проведение хирургического лечения с вскрытием соответствующей пазухи носа

госпитализации в многопрофильный стационар с наличием оториноларингологического отделения

В данной клинической ситуации при $SpO_2 < 90\%$ или PaO_2 в артериальной крови < 60 мм рт. ст. в качестве терапии первой линии следует рассмотреть вопрос о

ИВЛ (искусственной вентиляции легких)

стандартной оксигенотерапии

ГБО (гипербарической оксигенации)

ЭКМО (экстракорпоральной мембранной оксигенации)

Всем пациентам с тяжелой внебольничной пневмонией с целью снижения риска системных тромбоэмболий рекомендуется назначение

антиагрегантов

пероральных антикоагулянтов

эластического бинтования нижних конечностей

парентеральных антикоагулянтов

Применение парацетамола и НПВС может быть рекомендовано при повышении температуры тела более + _____ + °C

антиагрегантов

пероральных антикоагулянтов

эластического бинтования нижних конечностей

парентеральных антикоагулянтов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по несколько раз в день

Анамнез заболевания

Эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но за последнее время они значительно участились

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Пульс ритмичный, 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. При аускультации сердца в области верхушки выслушивается очень громкий первый тон и третий тон, следующий сразу за вторым. При аускультации в положении пациента на левом боку в области верхушки выслушивается негромкий диастолический шум, начинающийся сразу за третьим тоном и усиливающийся непосредственно перед первым тоном. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Описанная аускультативная картина характерна для

- аортального стеноза
- аортальной недостаточности
- митральной недостаточности
- митрального стеноза

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

- аортального стеноза
- аортальной недостаточности
- митральной недостаточности
- митрального стеноза

Результаты инструментальных методов обследования

При эхокардиографическом исследовании выявлен ревматический митральный порок сердца

- умеренный стеноз и умеренная недостаточность
- тяжелый стеноз и небольшая недостаточность
- умеренный стеноз и небольшая недостаточность
- небольшой стеноз и небольшая недостаточность

На ЭКГ имеются признаки гипертрофии

- правого желудочка

левого желудочка

правого предсердий

левого предсердия

Выявленное при холтеровском мониторировании нарушение ритма является

фибрилляцией желудочков

наджелудочковой тахикардией

трепетанием предсердий

фибрилляцией предсердий

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

длительно персистирующую

постоянную

пароксизмальную

персистирующую

Результаты проведенного обследования позволяют считать аритмию

полигенной

идиопатической

клапанной

моногенной

В данной ситуации риск тромбоэмболических осложнений следует

оценивать по шкале SCORE

оценивать по шкале HAS-BLEED

считать высоким

считать невысоким

Для профилактики тромбоэмболических осложнений в данном случае следует использовать

новые оральные антикоагулянты

варфарин

антиагреганты

низкомолекулярные гепарины

Для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий у пациентов без структурной патологии сердца могут быть назначены антиаритмические препараты + _____ + класса

I или III

II или IV

III или IV

I или II

Из антиаритмических препаратов III класса пациенту может быть назначен

соталол по 80 мг 2 раза в день

лидокаин по 200 мг 2 раза в день

этализин по 50 мг 3 раза в день

пропафенон по 50 мг 3 раза в день

Больному показано

соталол по 80 мг 2 раза в день

лидокаин по 200 мг 2 раза в день

этализин по 50 мг 3 раза в день

пропафенон по 50 мг 3 раза в день

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет обратилась к участковому терапевту

Жалобы

На одышку и сердцебиение при доступных ранее нагрузках (быстрая ходьба, подъем по лестнице).

Анамнез заболевания

Вчера во второй половине дня неожиданно появились боли в левом плече и левом плечевом суставе, которые стихли через несколько часов. Сегодня утром пошла в поликлинику и по дороге заметила, что ранее доступные нагрузки вызывают сердцебиение и одышку.

Анамнез жизни

* более 20 лет отмечается повышенное артериальное давление, регулярно принимает периндоприл 5 мг в день. Боли в суставах ранее не беспокоили. * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не было * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Плечевые суставы не изменены, движения в них безболезненные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный.

Для выявления угрожающих жизни заболеваний в первую очередь следует провести

соталол по 80 мг 2 раза в день

лидокаин по 200 мг 2 раза в день

этакизин по 50 мг 3 раза в день

пропафенон по 50 мг 3 раза в день

Результаты обследования

На ЭКГ имеются признаки + _____ + инфаркта миокарда

соталол по 80 мг 2 раза в день

лидокаин по 200 мг 2 раза в день

этакизин по 50 мг 3 раза в день

пропафенон по 50 мг 3 раза в день

Время, прошедшее от начала заболевания, позволяет считать инфаркт миокарда

заживающим

острым

развивающимся

зажившим

Состояние гемодинамики соответствует +____+ классу по Killip

IV

I

II

III

Реперфузионная терапия в данном случае

абсолютно необходима

не рекомендована

возможна, но только путем тромболизиса

возможна, но только путем ЧКВ

В случае имплантации стента с лекарственным покрытием для проведения двойной антитромбоцитарной терапии рекомендуется использовать комбинацию

АСК и клопидогрела

клопидогрела и тикагрелора

АСК и тикагрелора

АСК и ривароксабана

При отсутствии противопоказаний двойную антитромбоцитарную терапию рекомендуется проводить

в течение полугода

в течение месяца

в течение года

неопределенно долго

Через год после начала двойной антитромбоцитарной терапии АСК и тикагрелором следует отменить

любой из этих препаратов

АСК

тикагрелор

оба препарата

Высокодозовая терапия статинами показана при

уровне общего ХС выше 5,0 ммоль/л

отсутствии противопоказаний

уровне ХС ЛПНП выше 3,0 ммоль

уровне ХС ЛПВП ниже 1,0 ммоль/л

При отсутствии противопоказаний, назначение ингибиторов АПФ данной пациентке является

обязательным (I)

противопоказанным (III)

допустимым (IIb)

желательным (IIa)

Для уточнения показаний к назначению бета-адреноблокаторов следует выполнить

обязательным (I)

противопоказанным (III)

допустимым (IIb)

желательным (IIa)

Результаты обследования

При отсутствии противопоказаний, назначение бета-адреноблокаторов данной пациентке является

обязательным (I)

противопоказанным (III)

допустимым (IIb)

желательным (IIa)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет госпитализирована по направлению участкового терапевта

Жалобы

на одышку при бытовых физических нагрузках, перебои и сердцебиения, отеки на ногах

Анамнез заболевания

Одышка и сердцебиение, нарушающие привычную физическую активность, беспокоят на протяжении нескольких месяцев. На протяжении последней недели появились и выросли отеки, одышка усилилась, стала возникать в покое, что послужило поводом для обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 156 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы сухие, гиперемия щек, выраженный цианоз губ и кистей рук. Симметричные отеки стоп и голеней до верхних третей. Дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон незвонкие мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в 1 мин. Пальпация области сердца: верхушечный толчок - в V межреберье по среднеключичной линии, на верхушке определяется «кошачье мурлыканье». Перкуторно границы относительной сердечной тупости: левая – по среднеключичной линии, верхняя – нижний край II ребра, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины. Тоны сердца аритмичные, на верхушке выслушивается хлопающий I тон и дополнительный тон открытия митрального клапана. ЧСС 118 в 1 мин, пульс 102 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Размеры печени по Курлову: 12x10x10 см. Никтурия. Стул – склонность к запорам.

Описанная аускультативная картина характерна для

митрального стеноза

митральной недостаточности

аортальной недостаточности

аортального стеноза

Предъявляемые пациенткой жалобы соответствуют + _____ + функциональному классу ХСН

II

IV

III

I

Результаты проведенного физикального обследования позволяют диагностировать + _____ + стадию ХСН по Н.Д. Стражеско-В.Х.Василенко

II Б

II А

I

III

К необходимым для подтверждения диагноза инструментальным методам исследования относятся

II Б

II А

I

III

Результаты инструментальных методов обследования

Результаты эхокардиографического исследования позволяют оценить степень тяжести митрального стеноза как

критический

незначительный

умеренный

выраженный

На ЭКГ имеются признаки

фибрилляции предсердий

перенесенного инфаркта миокарда передне-распространенной локализации
блокады левой ножки пучка Гиса
гипертрофии левого желудочка

Фибрилляцию предсердий в данном случае следует рассматривать как

персистирующую
пароксизмальную
впервые выявленную
постоянную

В данной ситуации риск тромбоэмболических осложнений следует

оценивать по шкале SCORE
считать высоким
считать невысоким
оценивать по шкале CHA₂-DS₂-VASc

Для профилактики тромбоэмболических осложнений следует использовать

прямые пероральные антикоагулянты
антиагреганты
варфарин
низкомолекулярные гепарины

Для контроля ЧСС пациентке в качестве терапии «первой линии» предпочтительно использовать

бета-адреноблокаторы
ивабрадин
дигидропиридиновые антагонисты кальция
амиодарон

Для уменьшения застойных явлений можно использовать

диуретики

антагонисты рецепторов ангиотензина II

ингибиторы АПФ

сердечные гликозиды

Стратегией лечения данной больной является

диуретики

антагонисты рецепторов ангиотензина II

ингибиторы АПФ

сердечные гликозиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 23 лет обратился к терапевту

Жалобы

на слабость, снижение аппетита, ломоту в мышцах, боли при движении глазных яблок, повышение температуры тела до 38,4°С

Анамнез заболевания

Заболел остро накануне вечером. Принимал НПВС с незначительным положительным эффектом (отметил временное снижение температуры тела). Обратился к участковому терапевту в связи с вышеуказанными жалобами.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Студент ВУЗ. * Перенесённые заболевания: детские инфекции. * Наследственность: не отягощена. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Эпидемиологический анамнез: со слов пациента подобные симптомы в ближайшем окружении ни у кого не отмечены. * Проживает в отдельной квартире.

Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. Слизистая оболочка носоглотки сухая, гиперемированная. Носовое дыхание не затруднено, ринореи нет. Лимфоузлы, доступные для пальпации, не увеличены Температура тела 38,4° С В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, аритмичные, ЧСС 86 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. + Рост 178 см, вес 68 кг.

План обследования данного пациента включает проведение

диуретики

антагонисты рецепторов ангиотензина II

ингибиторы АПФ

сердечные гликозиды

Результаты лабораторных методов обследования

Для диагностики осложнений и респираторных нарушений необходимо проведение

диуретики

антагонисты рецепторов ангиотензина II

ингибиторы АПФ

сердечные гликозиды

Результаты обследования

На основании данных анамнеза, жалоб и результатов неспецифической диагностики у пациента можно предположить развитие

диуретики

антагонисты рецепторов ангиотензина II

ингибиторы АПФ

сердечные гликозиды

Специфическая лабораторная диагностика у данного пациента может включать в себя

смывы из полости носа и ротоглотки (для анализа методом ПЦР)

определение антител к цитомегаловирусу (методом ИФА)

бактериологическое исследование крови

определение антинуклеарных антител

Оптимальный срок забора клинического материала (смыв из полости носа и ротоглотки) при лабораторной диагностике у данного пациента

после стихания клинической симптоматики

в течение 3 суток после манифестации болезни

на 10 сутки после манифестации болезни

не ранее, чем через 5 -7 дней после манифестации болезни

К противовирусным препаратам с прямым противовирусным действием относятся

имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты или
оксодигидроакридинаацетат натрия

интерферон альфа 2b и интерферон гамма

осельтамивир и занамивир

тилорон и меглюмина акридонацетат

Противовирусные препараты при лечении данного пациента должны назначаться

не ранее 72 часов после стихания клинических проявлений

не ранее 48 часов после манифестации болезни

не позднее 6 часов после манифестации болезни

не позднее 48 часов после манифестации болезни

Этиотропное лечение у данного пациента может проводиться

балоксавиром

ацикловиром

кларитромицином

валцикловиром

Балоксавир пациенту с массой тела 68 кг назначается в дозе

50 мг - 3 раза в сутки, 3 дня

75 мг - 2 раза в сутки, 5 дней

40 мг, однократно

150 мг, однократно

При развитии сухого, непродуктивного кашля у пациента с гриппом может использоваться

декстрометорфан

амброксол

гвайфенезин

ацетилцистеин

Экстренная химиопрофилактика гриппа может проводиться

умифеновиром

фавипиравиром

риамиловиром

римантадином

Противопоказанием к проведению профилактических прививок от гриппа является наличие

умифеновиром

фавипиравиром

риамиловиром

римантадином

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А. 70 лет обратился к терапевту

Жалобы

на слабость, снижение аппетита, ломоту в мышцах, боли при движении глазных яблок, повышение температуры тела до 39°C, сухой кашель.

Анамнез заболевания

Заболел остро накануне днем. Принимал парацетамол с незначительным положительным эффектом (отметил временное снижение температуры тела). Обратился к участковому терапевту в связи с вышеуказанными жалобами.

Анамнез жизни

* Пенсионер. * Перенесённые заболевания: аппендэктомия в 46 лет. *

Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Эпидемиологический

анамнез: со слов пациента подобные симптомы в ближайшем окружении ни у кого не отмечены. За пределы домашнего региона не выезжал. Контакт с животными отрицает. Прививочный анамнез не известен. * Живет один в квартире.

Объективный статус

При осмотре температура тела 39°C. Кожные покровы обычной влажности и цвета. Зев обычной окраски, не гиперемирован. Носовое дыхание не затруднено. Лимфоузлы, доступные для пальпации, не увеличены. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 25 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза методом исследования данного больного является

умифеновиром

фавипиравиром

риамиловиром

римантадином

Результаты лабораторных методов обследования

Для диагностики осложнений и респираторных нарушений необходимо проведение

умифеновиром

фавипиравиром

риамиловиром

римантадином

Результаты методов обследования

На основании данных анамнеза, жалоб и результатов диагностики у пациента можно предположить развитие

умифеновиром

фавипиравиром

риамиловиром

римантадином

Средняя степень тяжести течения гриппа устанавливается при лихорадке

до 38,0° С, пульсе менее 80 уд/мин, систолическом АД 120 мм рт ст. и выше

до 38,6° С, пульсе менее 90 уд/мин, систолическом АД 110 мм рт ст. и выше

от 38,6° С до 39,5° С, пульсе 90-120 уд/мин, систолическом АД менее 110 мм рт ст.

более 39,6° С, пульсе более 120 уд/мин, систолическом АД менее 90 мм рт ст.

На фоне острого периода заболевания, учитывая возраст больного, чаще всего возможно развитие

острого психоза

вирусно-бактериальной пневмонии

желудочно-кишечного кровотечения

печеночно-почечной недостаточности

К противовирусным препаратам с прямым противовирусным действием относится

меглюмина акридоацетат

осельтамивир

интерферон альфа 2b

тилорон

Осельтамивир при среднетяжелом течение гриппа назначают внутрь по +____+ мг +____+раза в сутки

50; 4

150; 2

50; 3

75; 2

Длительность приема осельтамивира при среднетяжелом течение гриппа составляет +____+ дней

7

5

14

10

Рекомендуется начать лечение гриппа препаратами с прямым противовирусным действием не позднее + _____ + часов

12

24

72

48

При сухом, непродуктивном, надсадном кашле у пациента может использоваться

амброксол

гвайфенезин

ацетилцистеин

бутамират

Экстренная химиопрофилактика гриппа может проводиться

рибавирином

римантадином

ламивудином

балаксовиром

Специфическая профилактика гриппа включает

рибавирином

римантадином

ламивудином

балаксовиром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 49 лет обратился в поликлинику к врачу общей практики

Жалобы

на припухание и боль в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 3-х лет, когда впервые появились интенсивные боли в первом пальце левой стопы, покраснение кожи, ограничение в движении. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению боли и восстановлению функции сустава в течение 5 дней. В последующем эпизоды подобных болей возникали после праздничных застолий. Настоящее обострение началось 4 дня назад, имело меньшую интенсивность. Для купирования боли принимал Пенталгин 2 таблетки в сутки, отмечал незначительное снижение боли, припухлость сохранялась.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально + Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия, грыжесечение по поводу паховой грыжи слева. +

Наследственность: не отягощена. + Вредные привычки: курит, злоупотребление алкогольными напитками (пиво, вино) + Сопутствующая патология: страдает 3 года артериальной гипертензией, с максимальными подъемами АД до 180/110 мм рт.ст., постоянной терапии не имеет.

Объективный статус

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

рибавирином

римантадином

ламивудином

балаксовиром

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

рибавирином

римантадином

ламивудином

балаксовиром

Результаты инструментальных методов обследования

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

рибавирином

римантадином

ламивудином

балаксовиром

Диагноз

К факторам риска неблагоприятного исхода при подагре относятся

мочекаменная болезнь и артериальная гипертензия

гипертоническая болезнь и стойкая гиперурикемия

гиперхолестеринемия и артериальная гипертензия

хроническая болезнь почек и сердечно-сосудистые заболевания

Основная терапия включает

кортизона ацетат – 100-200 мг внутрь

фебуксостат – 80 мг 1 раз в день; диклофенак – 25-50 мг, внутрь

аллопуринол – 50-100 мг с последующим увеличением до 100 мг каждые 2-4 нед; диклофенак – 25-50 мг внутрь

нимесулид 200 мг внутрь или колхицин: в 1-й день 1,5 мг (1,0 мг и через час еще 0,5 мг), затем по 1 мг/сут внутрь

Вместо нимесулида можно выбрать

парацетамол до 2000 мг

диклофенак 50-150 мг в сутки

ибупрофен 200 мг

аллопуринол – 50-100 мг с последующим увеличением по 100 мг каждые 2-4 нед; Диклофенак – 25-50 мг, внутрь

При наличии противопоказаний и/или неэффективности назначенной терапии можно выбрать

фебуксостат 40 мг 1 раз в день

фебуксостат 80 мг 1 раз в день

фебуксостат 80 мг 1 раз в день; диклофенак 25-50 мг внутрь

введение в I плюснефаланговый сустав триампсиналона ацетанида 10 мг

Для длительного лечения больных с хронической подагрой назначают

аллопуринол 300 мг

диклофенак – 25-50 мг, внутрь

преднизолон – 25-30 мг/сут в 2-3 приема

аллопуринол – 50-100 мг с последующим увеличением по 50-100 мг каждые 2-4 нед

Для длительного лечения больных с хронической подагрой, осложнившейся ХБП IIIб, назначают

колхицин – 1,5 мг в первый день, с переходом на 1 мг со следующего дня
внутри

диклофенак – 50-100 мг внутрь ежедневно

аллопуринол – 50-100 мг с последующим увеличением по 100 мг каждые 2-4 нед

фебуксостат 40-80 мг 1 раз в день

Учитывая основное заболевание, в качестве гипотензивного средства пациенту следует назначить

гидрохлортиазид 25 мг внутрь

лозартан 50 мг 1-2 раза в день внутрь

нифедипин 10 мг 3-4 раза в день внутрь

фуросемид 20 мг внутрь

При подборе дозы аллопуринола следует учитывать

уровень ферритина

скорость клубочковой фильтрации

уровень СОЭ

уровень мочевой кислоты

Индикатором эффективности лечения служит снижение

уровень ферритина

скорость клубочковой фильтрации

уровень СОЭ

уровень мочевой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К. 66 лет обратился к участковому терапевту по месту жительства

Жалобы

Жалобы на слабость, прогрессирующие снижение толерантности к физической нагрузке из-за одышки. В настоящее время одышка возникает при умеренной физической нагрузке: при быстрой ходьбе и ходьбе примерно на 200-300 метров, при подъёме на 1 лестничный пролет, что вынуждает его остановиться и отдохнуть. Иногда к вечеру возникает умеренная отечность ног.

Анамнез заболевания

Кардиологический и пульмонологический анамнез пациент отрицает.

Утверждает, что кроме сахарного диабета, который диагностировали 3 года назад во время планового ежегодного медицинского осмотра, ничего не беспокоит. Состоит на учете у эндокринолога, принимает: гликлазид 60 мг и метформин 1500 мг в сутки. Одновременно с верификацией диагноза сахарного диабета была выявлена диабетическая микроангиопатия: ретинопатия и нефропатия. С нефропротективной целью был назначен лизиноприл 5 мг, который пациент регулярно принимает по настоящее время. Так же 3 года назад был диагностирован метаболический синдром: ожирение II степени, гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия. Пациент, придерживаясь диеты, значительно похудел, регулярно принимает аторвастатин 40 мг в сутки. Повышения АД не отмечалось. При детальном расспросе выяснено, что примерно полгода назад после выраженной гипогликемии с уровнем глюкозы крови 2,5 ммоль/л (пациент принял сахароснижающие лекарства и опаздывая на работу не успел поесть) к вечеру возникла выраженная слабость, холодный липкий пот (уровень гликемии при этом был в норме). На следующий день при незначительной нагрузке возникала одышка и выраженная слабость. Данное

плохое самочувствие пациент объяснил низким АД, которое ему не было свойственно, в те дни АД составляло 95/65 - 110/70 мм.рт.ст. Пациент взял отпуск на неделю и «отлежался дома», много отдыхал, сильно ограничил свою физическую активность. Постепенно состояние его улучшилось, повысилась толерантность к физической нагрузке, однако одышка сохранилась.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работа в офисе. Малоподвижный образ жизни. Вредные привычки: умеренное потребление алкоголя, не курит. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и ожирением. Отец умер от инфаркта в возрасте 68 лет.

Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больной гиперстенического телосложения. Рост 180 см, вес 90 кг, ИМТ $27,78 \text{ кг/м}^2$, объём талии 109 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие, высыпаний нет. Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, с небольшим притуплением в нижних отделах. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные влажные хрипы. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 94 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 135/85 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

уровень ферритина

скорость клубочковой фильтрации

уровень СОЭ

уровень мочевой кислоты

Результаты лабораторных методов обследования

Обязательными инструментальными методами обследования являются

уровень ферритина

скорость клубочковой фильтрации

уровень СОЭ

уровень мочевой кислоты

Результаты инструментальных методов обследования

Основным заболеванием, на основании результатов клинических данных и инструментальных методов обследования, является ИБС.

+ _____ + (Фон: Дислипидемия. Атеросклероз аорты, сосудов сердца. Сочетанное заболевание: Сахарный диабет 2 типа, диабетическая макроангиопатия (целевой уровень HbA1c < 7,5 %). Осложнение: ХСН II А сд, II фк по NYHA)

уровень ферритина

скорость клубочковой фильтрации

уровень СОЭ

уровень мочевой кислоты

Типичными клиническими признаками хронической сердечной недостаточности являются

потеря веса, снижение аппетита, дезориентация (особенно у пожилых), депрессия, сердцебиение, синкопальные состояния

ночной кашель, влажные хрипы в легких, прибавка в весе >2 кг/неделю

одышка, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка, снижение толерантности к нагрузкам, слабость и утомляемость, увеличение в объеме лодыжек

невозможность глубокого вдоха, ночной кашель, влажные хрипы над всеми областями легких, увеличение в объеме живота, прибавка в весе >2 кг/неделю

Дополнительным лабораторным исследованием для верификации диагноза хронической сердечной недостаточности (ХСН) будет определение уровня

альдостерона плазмы крови

натрийуретических гормонов

ангиотензина плазмы крови

ренина плазмы крови

Противопоказаниями к физической реабилитации при ХСН являются

постинфарктный кардиосклероз, ХСН III фк, полная блокада правой ножки пучка Гисса

активный миокардит, стенозы клапанных отверстий, цианотические врожденные пороки, угрожающие жизни нарушения ритма

полная блокада левой ножки пучка Гисса, стенокардия напряжения III фк, постинфарктный кардиосклероз

полная блокада правой ножки пучка Гисса, АВ-блокада II ст, стенокардия напряжения III фк, постинфарктный кардиосклероз

Помимо назначения препаратов из группы статинов, рациональным лечением данного пациента будет так же назначение

нитроглицерин + β -блокатор + варфарин + сахароснижающие препараты

БРА (блокаторы рецепторов ангиотензина) + β -блокатор + блокатор медленных кальциевых каналов недигидропиридинового ряда + гепарин + сахароснижающие препараты

ингибитор АПФ + β -блокатор + ацетилсалициловая кислота + сахароснижающие препараты

ингибитор АПФ + блокатор медленных кальциевых каналов дигидропиридинового ряда + ацетилсалициловая кислота + сахароснижающие препараты

Критерием адекватности дозировки β -блокаторов является ЧСС в покое + ___ + в минуту

55-60

45-50

50-55

65-70

Наилучшим методом для оценки размеров, объема камер сердца, массы миокарда, сократительной функции миокарда в случае неубедительных результатов ЭхоКГ, является

РРВГ (равновесная радиовентрикулография)

ЭКГ

МРТ (магнитно-резонансная томография)

сцинтиграфия миокарда

Наиболее частой причиной развития безболевой формы инфаркта миокарда является

ожирение

сахарный диабет

хроническая сердечная недостаточность

гипертоническая болезнь

Целевой уровень ХсЛНП у данного пациента должен быть в пределах
+ _____ + ммоль/л

<2,9

<2,5

<1,4

<1,9

Пациентам со стабильной стенокардией и АВ блокадой II степени с ЧСС более 80 в минуту при синусовом ритме рекомендуется назначить

<2,9

<2,5

<1,4

<1,9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 44 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На частый сухой кашель и неприятные ощущения за грудиной, которые возникают при горизонтальном положении тела

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят несколько недель, возникновение их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Самостоятельно начал прием противокашлевых препаратов, без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что возникновение вышеуказанных жалоб совпало с появлением неприятных ощущений в подложечной области

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, гайморит.

Профессиональный анамнез не отягощен, работает учителем в школе, работа связана с психоэмоциональным стрессом. Вредные привычки: курит 20 лет, по полпачки сигарет в день. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больной гиперстенического телосложения. Рост 182 см, вес 102 кг, ИМТ $30,79 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: верхняя – III межреберье, правая – по правому краю грудины, левая – в V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Приоритетными для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

<2,9

<2,5

<1,4

<1,9

Результаты инструментальных методов обследования

Кашель у данного пациента вызван

забросом содержимого желудка в гортань

воспалением бронхолегочной системы

воспалением надгортанника

последствием хронического синусита

Дополнительным методом, позволяющим верифицировать диагноз ГЭРБ, является

внутрипищеводная суточная рН-метрия

эндоскопическое УЗИ пищевода

компьютерная томография органов грудной клетки

MPT органов брюшной полости

Пациентам с подозрением на внепищеводные проявления ГЭРБ рекомендовано выполнение

УЗИ органов брюшной полости

эндоскопического УЗИ пищевода

компьютерной томографии органов грудной клетки

рН-импедансометрии

На основании результатов объективного осмотра и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

УЗИ органов брюшной полости

эндоскопического УЗИ пищевода

компьютерной томографии органов грудной клетки

рН-импедансометрии

Диагноз

Помимо ИПП, данному пациенту следует назначить

два антибиотика из тройной схемы эрадикации *H.pylori*

противокашлевые препараты

прокинетики

спазмолитики

К рекомендациям по изменению образа жизни пациента с ГЭРБ относят

прекращение приема пищи за 1 час до сна

физические упражнения, связанные с перенапряжением мышц брюшного пресса

ношение тугих поясов и бандажей

уменьшение массы тела

Применение монотерапии антацидами возможно только при

редко возникающей изжоге и тошноте

редко возникающей изжоге, сопровождающейся развитием умеренного эзофагита

незначительной болезненности в эпигастральной области

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ будет

нарушение миоэлектрической активности желудка

нарушение аккомодации желудка

инфицирование *Helicobacter pylori*

патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод

К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относят хронический

кашель

гастрит

дуоденит

панкреатит

Пищевод Барретта повышает риск развития + _____ + пищевода

аденокарциномы

язвы

плоскоклеточного рака

меланомы

Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ будет(-ут)

аденокарциномы

язвы

плоскоклеточного рака

меланомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 42 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На частый сухой кашель, который последнее время приобрел приступообразный характер, на чувство нехватки воздуха, ощущение заложенности в груди

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят несколько недель, провоцирующий фактор их возникновения конкретизировать не может, связи с физической нагрузкой нет, какие-либо аллергены определить затрудняется. Самостоятельно начала прием противокашлевых препаратов - без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что вышеперечисленные жалобы чаще возникают на работе. Работает в офисе, где строгий дресс-код, носит узкую юбку с тугим поясом.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий

чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - 22.31 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

аденокарциномы

язвы

плоскоклеточного рака

меланомы

Результаты инструментальных методов обследования

Дополнительными исследованиями, которые желательно выполнить пациентке, являются

аденокарциномы

язвы

плоскоклеточного рака

меланомы

Результаты обследования

Для оценки двигательной функции пищевода с целью верификации диагноза ГЭРБ целесообразно использовать

внутрипищеводную суточную рН-метрию

рентгенологическое исследование пищевода и желудка

компьютерную томографию органов грудной клетки

пищеводную манометрию высокого разрешения

Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является

повышенная выработка иммуноглобулина Е при гиперпродукции соляной кислоты

аллергия на соляную кислоту

микроаспирация

повышение концентрации гистамина при гиперпродукции соляной кислоты

На основании результатов объективного осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

повышенная выработка иммуноглобулина Е при гиперпродукции соляной кислоты

аллергия на соляную кислоту

микроаспирация

повышение концентрации гистамина при гиперпродукции соляной кислоты

Диагноз

Лечение включает назначение

антацидов и алгинатов

антацидов и прокинетиков

прокинетиков и ингибиторов протонной помпы

препарата висмута и ингибиторов протонной помпы

В качестве монотерапии антациды можно применять при

редко возникающей изжоге, сопровождающейся развитием неязвенного эзофагита

часто возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

редко возникающей изжоге, сопровождающейся развитием неэрозивного эзофагита

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Препаратами выбора для лечения изжоги беременных являются

блокаторы гистаминовых H₂-рецепторов

альгинаты

ингибиторы протонной помпы

прокинетика

Причина возникновения патологического рефлюкса при ГЭРБ

нарушение моторики пищевода

нарушение моторики кардиального отдела желудка

недостаточность среднего кардиального сфинктера

недостаточность нижнего пищеводного сфинктера

Риск возникновения ГЭРБ увеличивает

снижение выработки слюны

нарушение секреции простагландина в слизи, покрывающий эпителий пищевода

повышение секреции муцина в слизи, покрывающий эпителий пищевода

повышенная секреция соляной кислоты

С патофизиологической точки зрения ГЭРБ — это

кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

При выявлении дисплазии эпителия пищевода низкой степени необходимо

кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 47 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодические ноющие боли в подложечной области, которые возникают через полчаса–час после еды. Последнее время появились неприятные ощущения за грудиной, конкретизировать их не может, связи с физической нагрузкой не отмечает.

Анамнез заболевания

Впервые ноющие боли в подложечной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. По рекомендации тещи при болях принимал омепразол с положительным эффектом. На фоне стресса сильно поправился. Несколько недель назад появились неприятные ощущения за грудиной, провоцирующий фактор их возникновения определить не может, связи с физической нагрузкой не отмечает, рекомендованная родственницей настойка пустырника – без положительного эффекта.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет – инфаркт миокарда, у матери – хронический гастрит.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$.

Больной гиперстенического телосложения, признаки абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ - 32.6 кг/м², ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются

кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

Результаты лабораторных методов обследования

Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение

кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо

кислотозависимое заболевание, обусловленное гиперпродукцией соляной кислоты

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне вторичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

заболевание, вызванное нарушением двигательной функции пищевода

кислотозависимое заболевание, развивающееся на фоне первичного нарушения двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта

Результаты обследования

Причиной неприятных ощущений за грудиной у данного пациента является

стенокардия напряжения II фк

ГЭРБ

безболевая ишемия миокарда

трахеобронхит

На основании результатов объективного осмотра, клинических данных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

стенокардия напряжения II фк

ГЭРБ

безболевая ишемия миокарда

трахеобронхит

Лечение, необходимое данному пациенту, включает назначение тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* плюс

прокинетик в стандартной дозе

антациды в стандартной дозе

альгинаты в стандартной дозе

прокинетик в удвоенной дозе

Для уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний пациенту следует рекомендовать

прием аспирина в дозе 150 мг в день

снижение массы тела

прием иАПФ

прием фибратов

В России схемой первой линии эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является схема

ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) +
амоксциллин (по 2000 мг 2 раза в сутки)

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 1000 мг 3 раза
в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

ИПП (в стандартной дозе 3 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в
сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в
сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

**Контроль эрадикации проводят спустя + _____ + после окончания
эрадикационной терапии *H. pylori***

4–6 недель

1-2 неделю

2-3 недели

7-8 недель

Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации *H. pylori* рекомендовано применять

серологический метод выявления антител к *H. pylori*

микробиологический (бактериологический) метод

определение антигена *H. pylori* в кале

быстрый уреазный тест (CLO-тест)

В случае неэффективности проводимой терапии, рекомендуют назначить классическую четырехкомпонентную схему, которая содержит

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Провоцирующим фактором риска возникновения ГЭРБ у данного пациента можно считать

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 44 года, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодический приступообразный практически сухой кашель; на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

Анамнез заболевания

Впервые неприятные ощущения в эпигастральной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Так как отмечалась связь появления боли с приемом пищи, стала ограничивать себя в еде, на фоне чего сильно похудела. По рекомендации коллег по работе, при болях принимала антациды, отмечала положительный эффект. Сухой кашель возник примерно тогда же, прием противокашлевых препаратов оказался неэффективным.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери – бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ – $22,1 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. SpO_2 – 97%. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Первым этапом диагностики будет выполнение

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Результаты обследования

Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Результаты обследования

Помимо клинического анализа крови, желательным лабораторным обследованием будет

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Результаты обследования

Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Результаты обследования

На основании результатов объективного осмотра, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (по 500 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения

четырёхкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Альгинатов в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

четырёхкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Домперидона в удвоенной дозе

В качестве эрадикационной терапии первой линии при непереносимости препаратов группы пенициллина следует назначить

четырёхкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрат (120 мг 2 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + левофлоксацин (500 мг 2 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

трёхкомпонентную схему: ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки)

классическую четырёхкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

четырёхкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (500 мг 3 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

Для потенцирования терапевтического эффекта ИПП при лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) к лечению лучше добавить

эзофагопротекторы

антациды

алгинаты

блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

В качестве неинвазивных методов первичной диагностики инфекции *H. pylori* используют

определение антигена *H. pylori* в кале

микробиологический (бактериологический) метод

быстрый уреазный тест (CLO-тест)

морфологический (гистологический) метод

уреазный дыхательный тест

Одним из факторов риска язвенного кровотечения является

локализации язв в двенадцатиперстной кишке

атрофический гастрит

размеры язв до 1 см

инфекция *H. pylori*

Возможный ложноотрицательный результат диагностики инфекции *H. pylori* обусловлен тем, что

для диагностики использовался морфологический метод

для диагностики использовался быстрый уреазный тест

исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее

При язвенной болезни у беременных назначают

для диагностики использовался морфологический метод

для диагностики использовался быстрый уреазный тест

исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой обследовать и назначить лечение.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 170/105 мм рт.ст. при обычном АД 110-120/80 мм рт.ст., на периодически возникающую головную боль, особенно на фоне повышения АД, на боль в поясничном отделе позвоночника.

Анамнез заболевания

Около 10-15 лет назад стала отмечать повышение АД, максимально до 170/105 мм рт.ст., по поводу чего не обследовалась, постоянную терапию не получала, периодически принимала Тенорик при повышении АД.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Образование высшее. * Работает. *

Наследственность: мать 78-ми лет страдает АГ, перенесла ОНМК, отец умер в 60 лет от острого инфаркта миокарда. * Гинекологический анамнез отягощен – менопауза с 35 лет после гистерэктомии по поводу миомы матки. *

Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. * Ведет малоподвижный образ жизни.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, масса тела – 67 кг, ИМТ=26,8 кг/м². Окружность талии – 86 см.

Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система: болезненность при пальпации в области паравerteбральных точек. Мышечная система: без патологии. ЧДД – 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет. ЧСС – 68 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования

для диагностики использовался морфологический метод

для диагностики использовался быстрый уреазный тест

исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

для диагностики использовался морфологический метод

для диагностики использовался быстрый уреазный тест

исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом данного пациента является

для диагностики использовался морфологический метод

для диагностики использовался быстрый уреазный тест

исследование выполнялось на фоне терапии антацидами или вскоре после нее

исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее

У бессимптомных больных АГ без сердечно-сосудистых заболеваний, ХБП и диабета рекомендуется стратификация риска с помощью модели

GRACE

CHA2DS2-VASc

TIMI

SCORE

В таблице SCORE для оценки сердечно-сосудистого риска отсутствует показатель

систолического АД

общего холестерина

глюкозы крови

возраста

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов пациентке необходимо рекомендовать

интенсивные физические нагрузки

снижение массы тела

увеличение массы тела

избегать переохлаждений

Больной следует назначить

комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов

монотерапию диуретиками

комбинацию 3-х антигипертензивных препаратов

монотерапию бета-адреноблокаторами

Учитывая раннее начало менопаузы (гистерэктомия в 35 лет) и жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника для исключения остеопороза больной необходимо выполнить

комбинацию 2-х антигипертензивных препаратов

монотерапию диуретиками

комбинацию 3-х антигипертензивных препаратов

монотерапию бета-адреноблокаторами

**Больной следует + _____ + дозу
антигипертензивного препарата**

оставить прежней в комбинации с третьим антигипертензивным препаратом

оставить прежней

увеличить

уменьшить

Т-критерий представляет собой стандартное отклонение выше или ниже среднего показателя от пика костной массы женщин в возрасте
+ _____ + лет

30-39

50-59

40-49

20–29

С учетом результатов лучевой диагностики T-score = -2,9 поясничного отдела позвоночника соответствует

30-39

50-59

40-49

20–29

Из-за высокого риска сердечно-сосудистых осложнений и тромбоэмболии практическим специалистам не рекомендуется в рутинной практике использовать для лечения остеопороза

30-39

50-59

40-49

20–29

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 неотягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

30-39

50-59

40-49

20-29

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

30-39

50-59

40-49

20-29

Результаты инструментального метода обследования

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

30-39

50-59

40-49

Диагноз

Основная немедикаментозная терапия включает

снижение массы тела

длительную ходьбу

эластичное бинтование нижних конечностей

тепловые процедуры (компрессы на коленные суставы)

При неэффективности/наличии противопоказаний к НПВП рекомендуется

парацетамол

пироксикам

глюкокортикоиды

анальгин

Для уменьшения болей в суставах при ОА рекомендовано назначение

аллопуринола

хондропротекторов

мелоксикама

колхицина

При риске развития желудочнокишечного кровотечения назначают

анальгин

напроксен

парацетамол

эторикоксиб

При наличии синовита коленных суставов с выраженной ночной болью назначают

внутрисуставное введение анальгетиков

хондропротекторы

внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты

внутрисуставное введение метилпреднизолона

При неэффективности консервативной терапии назначают консультацию

невролога

хирурга

физиотерапевта

ортопеда-травматолога

Терапевтической дозой глюкозамина сульфата является + _____ + мг/сут

800

500

1500

750

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

диацереин

пироксикам

трамадол

колхицин

Для внутрисуставного введения и улучшения функции коленного сустава при остеоартрозе назначают

диацереин

пироксикам

трамадол

колхицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на эпизоды повышения АД до 180/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

В течение 7 лет пациента беспокоят боли в области сердца без четкой связи с нагрузками, длительностью до 10 мин, купирующиеся после использования капель Водчал. Год назад выполнена коронароангиография, по результатам которой гемодинамически значимые стенозы не определялись. Более 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальными повышениями АД до 180/100 мм рт.ст. Регулярно принимал различные группы антигипертензивных препаратов без существенного эффекта. В настоящее время проводится терапия торасемидом, верошпироном, азилсартаном, лерканидипином. На этой терапии АД сохраняется в пределах 150-170/100 мм рт.ст. Также из анамнеза известно, что 5 лет назад диагностирован сахарный диабет 2 типа. В качестве сахароснижающей терапии принимает метформин 2000 мг/сутки, на фоне чего сохраняется компенсация углеводного обмена.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее, из служащих. * На пенсии с 65 лет. * Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Рост – 176 см, масса тела – 105 кг, ИМТ – 33,14 кг/м², ОТ – 108 см. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены. ЧСС – 86 ударов в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом покалывания отрицателен с обеих сторон. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Щитовидная железа при пальпации не увеличена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

диацереин

пироксикам

трамадол

колхицин

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- диацереин
- пироксикам
- трамадол
- колхицин

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- диацереин
- пироксикам
- трамадол
- колхицин

Для оценки функции почек пациенту также необходимо определить уровень

- билирубина
- мочевины
- щелочной фосфатазы
- микроальбуминурии

У пациента альбуминурия составляет 100 мг/г, категорией ХБП является

- C2, A2
- C3a, A2
- C2, A1
- C3a, A1

Пациенту следует

- увеличить сахароснижающую терапию

увеличить антигипертензивную терапию

уменьшить сахароснижающую терапию

уменьшить антигипертензивную терапию

Помимо диеты с ограничением употребления соли, животных жиров и легкоусвояемых углеводов, пациенту следует рекомендовать

снизить массу тела

выполнять интенсивные физические нагрузки

увеличить массу тела

избегать переохлаждений

Пациенту холестеринснижающая терапия

показана при неэффективности рекомендованной диеты

показана при невозможности достичь целевого уровня АД

не показана

показана в любом случае

При назначении статинов необходимо рекомендовать пациенту проводить мониторинг

АлТ, АсТ

альбуминов плазмы крови

уровня железа

креатинина

Целевым уровнем ХсЛНП для данного больного является _____ ммоль/л

<2,8

<1,4

<1,0

<2,5

При отсутствии достижения целевого уровня ХсЛПНП при назначении высоких доз статинов к терапии следует добавить

фофсфоглив

репаглинид

эзетимиб

лираглутид

Для контроля углеводного обмена пациенту рекомендуется определить уровень

фофсфоглив

репаглинид

эзетимиб

лираглутид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 45 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры до 38° С, недомогание, слабость, ночную потливость, сухой кашель в течение последних 3-х недель

Анамнез заболевания

В течение 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления температуры до 37,2° С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита. Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не отмечалось, 3 дня назад появились изменения в мокроте с прожилками крови.

Анамнез жизни

* росла и развивалась нормально * в детские годы имела контакт с больным туберкулезом отцом * состояла на диспансерном учете по поводу контакта, прошла курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев * перенесенные заболевания: в возрасте 15 лет острый бронхит, в 38 лет тяжелое течение гриппа, который был расценен как неспецифическая пневмония, рентгенологическое исследование не проводилось * в течение последующих лет, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, снижение массы тела * неоднократно получала лечение по поводу обострения бронхита * вредные

привычки: не курит, алкоголь не употребляет * проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес -58 кг, рост - 165 см. При перкуссии грудной клетки - справа ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В легких дыхание бронхиальное, больше в нижних отделах правого легкого, выслушиваются скудные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС- 72 уд.в минуту, АД – 110/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается. При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 21 мм, Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест – папула 10 мм.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

фофсфоглив

репаглинид

эзетимиб

лираглутид

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

фофсфоглив

репаглинид

эзетимиб

лираглутид

Результаты инструментальных методов обследования

Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациентки необходимо оценивать как

гиперергическую

положительную

парадоксальную

сомнительную

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают

милиарный туберкулез

инфильтративный туберкулез легких

полисегментарную пневмонию

эозинофильный инфильтрат

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

милиарный туберкулез

инфильтративный туберкулез легких

полисегментарную пневмонию

эозинофильный инфильтрат

Диагноз

Осложнением основного заболевания у больной является

туберкулез бронхов

кровохарканье

плевральный выпот

легочное кровотечение

Основным рентгенологическим синдромом по данным рентгенограммы органов грудной клетки является синдром

субтотального затемнения

биполярного тенеобразования

очагового затемнения

долевого затемнения

Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется

ослабленным везикулярным дыханием, сухими и крупнопузырчатыми хрипами

удлиненной фазой выдоха и наличием свистящих хрипов

бронхиальным дыханием над зоной поражения и влажными хрипами

везикулярным дыханием, отсутствием хрипов

При инфильтративном туберкулезе с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ целесообразно применять противотуберкулезные препараты

резервные препараты

третьего ряда

первого ряда

второго ряда

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в

стационаре(терапевтического или пульмонологического отделения)

амбулаторных условиях (на дому)

дневном стационаре

стационаре (противотуберкулезного учреждения)

Дифференциальную диагностику инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада проводят с

центральной раком легкого

эозинофильной пневмонией

крупозной пневмонией

неспецифической деструктивной пневмонией

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу + _____ + степени

центральной раком легкого

эозинофильной пневмонией

крупозной пневмонией

неспецифической деструктивной пневмонией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет, обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры до субфебрильных цифр, резкую слабость, сухой кашель, одышку, ознобы, боль в горле

Анамнез заболевания

* возвратился домой после отпуска, проведенного на море в июле месяце * в течение последнего месяца после отпуска, отмечает ухудшение в состоянии с нарастанием вышеперечисленных симптомов * 2 недели назад обратился к врачу отоларингологу, по поводу появления болей в горле, которые прогрессивно нарастали * при осмотре обнаружены инфильтративно-язвенные изменения слизистой надгортанника, выполнена биопсия, подтвержден диагноз туберкулеза гортани, направлен в противотуберкулезный диспансер, где была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки
Рентгенологическая картина в легких оставалась без динамики

Анамнез жизни

* рос и развивался по возрасту * в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей * флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил 1,5 года * перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания * вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет * работает директором коммерческой фирмы * проживает в отдельной квартире с женой и сыном 5 лет, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост -185 см, вес 65 кг. Температура 37,2° С. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД – 22 в минуту. * при перкуссии грудной клетки – укорочение перкуторного звука в межлопаточном пространстве, над нижними долями легочной звук с коробочным оттенком * при аускультации –дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка * тоны сердца приглушены. ЧСС -92 уд. В мин., АД - 120/80 мм рт.ст * живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. * при обследовании мокроты и промывных вод бронхов методом бактериоскопии, обнаружены кислотоустойчивые микобактерии Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – положительная, папула 12 мм. Реакция на пробу с АТР, Диаскинтест – результат отрицательный.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- центральным раком легкого
- эозинофильной пневмонией
- крупозной пневмонией
- неспецифической деструктивной пневмонией

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- центральным раком легкого
- эозинофильной пневмонией
- крупозной пневмонией
- неспецифической деструктивной пневмонией

Результаты инструментального метода обследования

Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

- резко выраженную иммунологическую недостаточность
- неактивную форму туберкулезного процесса
- наличие сопутствующих заболеваний, провоцирующих иммунодефицит
- отсутствие активной туберкулезной палочки

Результаты рентгенограммы органов грудной клетки пациента предполагают

- диссеминированный туберкулез легких
- медиастинально-легочную форму саркоидоза
- двустороннюю очаговую пневмонию
- карциноматоз легких

Полиморфизм очагов на рентгенограмме ОГК при подостром течении диссеминированного туберкулеза обусловлен

- повторными волнами бактериемии
- непрерывным поступлением микобактерий в кровь
- одномоментным поступлением в кровь большого числа МБТ
- одновременным поступлением МБТ по гематогенным, лимфогенным путям

На основании полученных результатов обследования данному больному можно поставить диагноз

- повторными волнами бактериемии
- непрерывным поступлением микобактерий в кровь
- одномоментным поступлением в кровь большого числа МБТ
- одновременным поступлением МБТ по гематогенным, лимфогенным путям

Диагноз

Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является

- бактериологическая диагностика
- люминесцентная микроскопия
- молекулярно-генетический метод
- бактериоскопическая диагностика

По данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки основным рентгенологическим признаком является синдром

- биполярного тенеобразования
- диссеминации
- круглой тени
- субтотального затемнения

При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять противотуберкулезные препараты

- резервные препараты

первого ряда

второго ряда

третьего ряда

Благоприятным исходом диссеминированного туберкулеза легких являются

уплотнение, кальцинация, цирроз, буллезные изменения

рассасывание, уплотнение легочной ткани, кавернозный туберкулез, пневмофиброзные изменения

рассасывание, уплотнение очагов, фиброзно-склеротические изменения

переход в хроническую форму туберкулеза, цирротический процесс, остаточные полости

Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с

двусторонней неспецифической очаговой пневмонией, карциноматозом, саркоидозом II стадии

саркоидозом I стадии, периферическим образованием легкого, инфильтративным туберкулезом

параканкротной, инфарктной пневмонией, септической пневмонией, очаговым туберкулезом

эозинофильной пневмонией, первичным туберкулезным комплексом, метастатическим процессом

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу +___+ степени

двусторонней неспецифической очаговой пневмонией, карциноматозом, саркоидозом II стадии

саркоидозом I стадии, периферическим образованием легкого, инфильтративным туберкулезом

параканкротной, инфарктной пневмонией, септической пневмонией, очаговым туберкулезом

эозинофильной пневмонией, первичным туберкулезным комплексом, метастатическим процессом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 59 лет, госпитализирована в туберкулезный стационар переводом из городской клинической больницы, отделения реанимации, куда поступила по скорой медицинской помощи из дома по экстренной госпитализации.

Жалобы

на повышение температуры до 39,2° С, резкую слабость, утомляемость, сильный непродуктивный кашель, тахикардию, боли в грудной клетке.

Анамнез заболевания

* отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года, что связывали с заболеванием сахарным диабетом II типа * в течение последней недели состояние прогрессивно ухудшилось, появились лихорадка, сильный непродуктивный кашель, боли в грудной клетке.

Анамнез жизни

* росла и развивалась по возрасту * до 55 лет регулярно проходила регулярно флюорографическое обследование, патологические изменения в легких не выявлялись * работала в школе учительницей, после выхода на пенсию рентгенологическое обследование органов грудной клетки регулярно не проходила * вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет * проживает в отдельной квартире с супругом, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

Объективный статус

* состояние тяжелое. Температура 39,2° С. Кожные покровы чистые, бледные, тургор снижен, акроцианоз * больная пониженного питания рост 165 см, вес 60 кг. * грудная клетка правильной формы, при дыхании отстаёт правая половина ЧДД – 34 в минуту * при перкуссии грудной клетки – притупление перкуторного звука в надключичной, подключичной и межлопаточной областях справа. * при аускультации – в этих областях дыхание бронхиальное с большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов. * тоны сердца приглушены. ЧСС – 120 уд.вмин., АД – 90/60 мм рт.ст. * живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень у реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. * при обследовании мокроты и промывных вод бронхов - обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Проведена иммунодиагностика: Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная, результат на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным – отрицательный.

В стационаре пациентке проведены необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

двусторонней неспецифической очаговой пневмонией, карциноматозом, саркоидозом II стадии

саркоидозом I стадии, периферическим образованием легкого, инфильтративным туберкулезом

параканкротной, инфарктной пневмонией, септической пневмонией, очаговым туберкулезом

эозинофильной пневмонией, первичным туберкулезным комплексом, метастатическим процессом

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования на уровне первичного звена является

двусторонней неспецифической очаговой пневмонией, карциноматозом, саркоидозом II стадии

саркоидозом I стадии, периферическим образованием легкого, инфильтративным туберкулезом

параканкротной, инфарктной пневмонией, септической пневмонией, очаговым туберкулезом

эозинофильной пневмонией, первичным туберкулезным комплексом, метастатическим процессом

Результаты инструментальных методов обследования

Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у данной больной является проявлением

выраженного иммунодефицита

неактивной фазы туберкулезного процесса

отсутствия инфицирования микобактерией туберкулеза

нарушения перевозки и хранения препарата

Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является

бактериоскопическая диагностика

иммуно-генетический метод

бактериологическая диагностика

люминесцентная микроскопия

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

бактериоскопическая диагностика

иммуно-генетический метод

бактериологическая диагностика

люминесцентная микроскопия

Диагноз

Причинами развития и быстрого прогрессирования туберкулезного процесса является

неблагоприятная внешняя среда и стрессовые ситуации

проживание в очаге туберкулёзной инфекции

снижение иммунной системы вследствие сахарного диабета

снижение иммунной системы вследствие длительного приёма гормонов и цитостатиков

Легочно-сердечная недостаточность у больной казеозной пневмонией обусловлена

появлением функциональных признаков диффузного поражения миокарда

разрушением лёгочной ткани и резко выраженной интоксикацией

дистрофическими изменениями миокарда

распространенностью поражения легочной ткани с рестрикцией

При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ, противотуберкулезные препараты целесообразно применять

первого ряда

третьего ряда

резервные

второго ряда

Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

большой объем поражения и нет признаков отграничения казеозного некроза

склонность к бронхогенной диссеминации с преобладанием казеоза

отсутствие морфологических признаков отграничения казеозного некроза

большой объем поражения легочной ткани с преобладанием казеозного некроза

Благоприятными исходами казеозной пневмонии являются

цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез

пневмосклероз с очагами и фиброзно-кавернозный туберкулез легких

множественные туберкулемы и кавернозный туберкулез легких

участок пневмоцироза и группа очагов

Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии проводят с

центральной раком легкого

параканкротической пневмонией

саркоидозом II стадии с поражением органов дыхания

крупозной пневмонией

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу + ____ + степени

центральной раком легкого

параканкротической пневмонией

саркоидозом II стадии с поражением органов дыхания

крупозной пневмонией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет, обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому после переохлаждения

Жалобы

На повышение температуры до 39,2° С, кашель, слабость, недомогание

Анамнез заболевания

* заболевание началось остро, после переохлаждения * выставлен диагноз

острой респираторной инфекции тяжелого течения * рекомендована симптоматическая терапия, однако состояние не улучшалось, сохранялась лихорадка гектического характера, появился сухой мучительный кашель * через 3 дня больная повторно была осмотрена терапевтом * направлена на 5 день болезни в инфекционную больницу * была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки на 6-й день болезни, где отмечалась смазанность и размытость легочного рисунка * проводилось лечение антибиотиками широкого спектра действия и симптоматическими средствами – без эффекта, сохранялись лихорадка, сухой кашель, нарастала одышка * на 10 день заболевания внезапно появилась боль в грудной клетке справа, выраженная одышка

Анамнез жизни

* росла и развивалась по возрасту * была вакцинирована БЦЖ при рождении в родильном доме, ревакцинирована в 7 и 14 лет * до 15 – летнего возраста проба Манту была отрицательной, в 16 лет впервые положительная проба Манту, папула 12 мм * была обследована в противотуберкулезном диспансере, назначена химиопрофилактика изониазидом в течение 3-х месяцев. Через 2 недели приема изониазида отметила появление головных болей, самостоятельно отказалась от приема препарата. Противотуберкулезный диспансер не посещала * окончила институт, летом вышла замуж и уехала отдыхать на море. * перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания * вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет * проживает в отдельной квартире с мужем, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура 39,6° С. Кожные покровы чистые, бледные. Вес 52 кг при росте 168 см. Кожные покровы бледные с цианотическим оттенком. Грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД – 38 в минуту. При перкуссии грудной клетки – тимпанит. При аускультации – дыхание ослабленное, мелкопузырчатые рассеянные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 128 уд.вмин., АД – 100/60 мм рт. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. На высоте лихорадки исследована кровь на стерильность - возбудитель не обнаружен. При обследовании мокроты и промывных вод бронхов не обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л была отрицательной. Аллерген туберкулезный рекомбинантный - результат отрицательный

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

центральным раком легкого

параанкрозной пневмонией

саркоидозом II стадии с поражением органов дыхания

крупозной пневмонией

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым методом первичного рентгенологического обследования при подозрении на туберкулез легких на уровне поликлиники является

- центральным раком легкого
- параканкротической пневмонией
- саркоидозом II стадии с поражением органов дыхания
- крупозной пневмонией

Результаты рентгенологического метода обследования

По данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки основным рентгенологическим синдромом является синдром

- очаговой тени
- субтотального затемнения
- диссеминации
- круглой тени

Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

- резко выраженную иммунологическую недостаточность
- отсутствие инфицирования микобактерией туберкулеза
- неактивную форму туберкулезного процесса
- наличие поствакцинальной аллергии

Результаты рентгенограммы органов грудной клетки пациентки предполагают

- карциноматоз легких
- саркоидоз легких II стадия
- двустороннюю очаговую пневмонию
- милиарный туберкулез

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

карциноматоз легких

саркоидоз легких II стадия

двустороннюю очаговую пневмонию

милиарный туберкулез

Диагноз

Осложнением основного заболевания у больной является

плевральный выпот

спонтанный пневмоторакс

компрессионный ателектаз

гидропневмоторакс

Аускультация при милиарном туберкулезе легких характеризуется

ослабленным дыханием, мелкопузырчатыми рассеянными влажными хрипами

везикулярное дыхание, крупно-пузырчатыми рассеянными влажными хрипами

ослабленным дыханием, наличием свистящих рассеянных сухих хрипов

бронхиальное дыхание, крупно-пузырчатыми рассеянными влажными хрипами

При милиарной форме туберкулеза легких с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ к противотуберкулезным препаратам должны быть назначены препараты

первого ряда

второго ряда

резервные

третьего ряда

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в

амбулаторных условиях (на дому)

стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)

стационаре (противотуберкулезного учреждения)

дневном стационаре

Дифференциальную диагностику милиарного туберкулеза легких следует проводить в первую очередь с

саркоидозом III стадии

мелкоочаговой двусторонней пневмонией

саркоидозом I стадии

брюшным тифом

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу + ____ + степени

саркоидозом III стадии

мелкоочаговой двусторонней пневмонией

саркоидозом I стадии

брюшным тифом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С. 47 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры до 39,0° С, особенно ее подъем в ночное время, выраженную потливость, кашель с обильной зеленой мокротой, боли в грудной клетке слева при дыхании, одышку, снижение аппетита и массы тела вплоть до кахексии.

Анамнез заболевания

* в течение 4-х недель, отмечает повышенную потливость, резкую слабость * кашель с обильной мокротой в течение последних 1,5 лет * боли в грудной клетке слева в подмышечной области при дыхании. * к врачам не обращался, не лечился

Анамнез жизни

* в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей * в течение последних 5 лет находился в местах лишения свободы * флюорографическое

обследование органов грудной клетки не проходил более 3 лет * перенесенные заболевания: частые простудные заболевания * вредные привычки: страдает хроническим алкоголизмом, употреблял наркотики * не работает, проживает в однокомнатной квартире с матерью, материально-бытовые условия жизни неудовлетворительные

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 185 см, масса тела 55 кг. Температура тела 39,8° С. Больной истощен. Кожные покровы бледные, сухие, тургор тканей снижен, акроцианоз, румянец на щеках, астено-вегетативный синдром, тахикардия. Грудная клетка астенического телосложения, левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, ЧДД 35 в минуту. При перкуссии грудной клетки резко укорочен перкуторный звук слева. При аускультации – слева дыхание ослабленное, разнокалиберные влажные хрипы, справа – рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При обследовании мокроты и промывных вод бронхов обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная Реакция на пробу с АТР (Аллерген туберкулезный рекомбинантный) - отрицательная

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- саркоидозом III стадии
- мелкоочаговой двусторонней пневмонией
- саркоидозом I стадии
- брюшным тифом

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- саркоидозом III стадии
- мелкоочаговой двусторонней пневмонией
- саркоидозом I стадии
- брюшным тифом

Результаты инструментального метода обследования

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

- полисегментарную пневмонию
- казеозную пневмонию
- инфильтративный туберкулез
- эозинофильный легочный инфильтрат

Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

- неактивную фазу туберкулезного процесса
- выраженный иммунодефицит
- нарушения перевозки и хранения препарата
- отсутствие инфицирования микобактерией туберкулеза

На основании полученных результатов обследования, данному больному можно поставить диагноз

- неактивную фазу туберкулезного процесса
- выраженный иммунодефицит
- нарушения перевозки и хранения препарата
- отсутствие инфицирования микобактерией туберкулеза

Диагноз

Наличие синдрома интоксикации у больного с казеозной пневмонией обусловлено

- повышенным апоптозом фагоцитирующих клеток и лимфоцитов в тканях
- большой зоной разрушения с резорбцией в кровь продуктов распада легочной ткани
- изменением гемостаза с развитием гиперфибриногенемии
- массивным размножением микобактериальной популяции в ткани

Осложнениями основного заболевания являются

туберкулез бронхов, легочно-сердечная недостаточность

легочно-сердечная недостаточность, кахексия

амилоидоз органов, легочное кровотечение, кахексия

полиорганная недостаточность, ателектаз легкого, кахексия

Данные аускультации при казеозной пневмонии характеризуются

ослабленным дыханием, наличием свистящих хрипов

везикулярным дыханием, отсутствием хрипов

резко ослабленным дыханием, разнокалиберными влажными хрипами

бронхиальным дыханием, крупнопузырчатыми влажными хрипами

При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, необходимо применять + _____ + режим химиотерапии туберкулеза

ШЛУ

лекарственно-чувствительный

МЛУ

преШЛУ

Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является

бактериологическая диагностика

бактериоскопическая диагностика

люминесцентная микроскопия

молекулярно-генетическая диагностика

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

амбулаторных условиях (на дому)

стационаре (противотуберкулезного учреждения)

дневном стационаре

стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)

Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии следует проводить с

амбулаторных условиях (на дому)

стационаре (противотуберкулезного учреждения)

дневном стационаре

стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 56 лет на осмотре у врача.

Жалобы на

- боли в эпигастральной области ноющего характера, без четкой связи с приемом пищи, жжение в эпигастрии после еды; - редко изжогу, кислый привкус во рту; - слабость, повышенную утомляемость

Анамнез заболевания

В возрасте 30 лет, на фоне сильного стресса появились голодные боли в эпигастрии и правом подреберье, при обследовании выявлена язва луковицы 12-п.к. После лечения боли не повторялись. Считает себя больной с осени 2017г., когда после работы в саду стала отмечать боли в коленных суставах, после обследования у ревматолога установлен диагноз артрозоартрит коленных суставов. Назначен прием препарата Арта в течение полугода с последующими повторными курсами. При усилении болей в коленных суставах самостоятельно принимала диклофенак 100 мг. Два месяца назад появились боли эпигастральной области, которые пациента купировала приемом Альмагеля А. В течение последнего месяца боли носят постоянный характер, прием Альмагеля, Но-шпы боли не приносит облегчения, поэтому пациентка обратилась к врачу.

Анамнез жизни

- росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. Имеет высшее образование, по профессии экономист. Профессиональных вредностей нет; - наследственность: мать страдает хроническим панкреатитом, ЖКБ; - не курит, употребление алкоголя отрицает; - аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено; - питается регулярно, аппетит сохранен

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 160 см, вес 87 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Гиперстенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Деформация коленных суставов. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области и правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не

пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей

Необходимым для постановки правильного диагноза методом обследования является

амбулаторных условиях (на дому)

стационаре (противотуберкулезного учреждения)

дневном стационаре

стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)

Результаты обследования

На основании объективного осмотра и дополнительного обследования можно поставить диагноз

амбулаторных условиях (на дому)

стационаре (противотуберкулезного учреждения)

дневном стационаре

стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)

Диагноз

Проблема развития эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приема НПВП связана с

трудностями диагностики

высокой частотой камнеобразования

бесконтрольным приемом и развитием серьезных осложнений

безрецептурной продажей

Для лечения и профилактики НПВП-гастропатии наиболее эффективны

H₂ блокаторы гистамина

антациды

препараты висмута

ингибиторы протонной помпы (ИПП)

Среди ингибиторов протонной помпы (ИПП) самое низкое сродство с цитохромом P450 проявляют

лансопразол и омепразол ДСР

рабепразол и пантопразол

омепразол и эзомепразол

H₂ блокаторы и декслансопразол

Повысить эффективность лечения НПВП-гастропатии позволяет прием

сукральфата и синтетического аналога простагландина E₁

гевискона и H₂ блокаторов гистамина

неселективных ЦОГ-1 и антацидов

ингибитора протонной помпы (ИПП) и висмута трикалия дицитрата

Перед длительным назначением НПВП рекомендуется

исследование кала на скрытую кровь

исследование показателей красной крови

проведение УЗИ брюшной полости

обследование больных на H.pylori

При высоком риске развития НПВП-гастропатии следует отдавать предпочтение

неселективным ЦОГ-1 и препаратам висмута

синтетическим аналогам простагландина E₁

селективным ЦОГ-2 НПВП в сочетании с ИПП

H₂ блокаторам гистамина и селективным ЦОГ-2

Риск осложнений при НПВП-гастропатии повышается при одновременном приеме НПВП и

ингибиторов ангиотензин превращающего фермента

антиаритмических препаратов 1С класса

антагонистов кальция

антикоагулянтов или кортикостероидов

После заживления язвы, ассоциированной с приемом НПВП, пациенту рекомендуют

прием препаратов висмута 2 раза в день и при необходимости на ночь

постоянный прием ИПП (рабепразол или пантопразол) в стандартной дозе

курсовой прием антацидов через 40 минут после еды

прием ребамипида в течение 1 месяца по 1 таблетке 3 раза в день

Максимальный эффект эрадикации *H.pylori* достигается при использовании ингибиторов протонной помпы (ИПП)

лансопразола и Омеза Инста

пантопразола и H2 блокаторов

омепразола и декслансопразола

эзомепразола и рабепразола

В эрадикационную терапию первой линии, применяемой в России, входят

лансопразола и Омеза Инста

пантопразола и H2 блокаторов

омепразола и декслансопразола

эзомепразола и рабепразола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 21 год, на осмотре у врача.

Жалобы на

- затруднения при глотании твердой пищи; - боли за грудиной при прохождении пищи; - боли в грудной клетке; - срыгивание; - застревание пищи в пищеводе.

Анамнез заболевания

Пациент в течение 3-х лет испытывает боли за грудиной при употреблении твердой пищи. В течение последнего года боли носят постоянный характер, стали более интенсивными и постоянными. Пациент не может проглотить

кусочек хлеба, нужно обязательно запивать и тщательно пережевывать. Попытка проведения ЭГДС в районной больнице не удалась. Лекарственные препараты не принимает из-за трудности проглотить таблетку. Ухудшение в состоянии отмечает при эмоциональном напряжении. Пациент переехал в город, поступил в ВУЗ, и состояние его здоровья мешает ему полноценно учиться и жить. Обратился для обследования и лечения.

Анамнез жизни

- рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Закончил среднюю школу, поступил в ВУЗ, учится на втором курсе; - в анамнезе: экзема с 6-летнего возраста; - наследственность: мать страдает бронхиальной астмой; - не курит, употребление алкоголя отрицает; - лекарственные препараты не принимает; - старается питаться регулярно, аппетит сохранен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 178 см, вес 67 кг. Кожные покровы бледные, чистые. Нормостенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без изменений. При перкуссии легких определялся ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 70 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Необходимыми для постановки более полного диагноза лабораторными методами обследования являются

лансопразола и Омеза Инста

пантопразола и H2 блокаторов

омепразола и декслансопразола

эзомепразола и рабепразола

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки корректного диагноза инструментальным методом обследования является

лансопразола и Омеза Инста

пантопразола и H2 блокаторов

омепразола и декслансопразола

эзомепразола и рабепразола

Результаты инструментальных методов обследования

Данному пациенту, на основании объективного осмотра и дополнительного обследования, можно поставить диагноз

лансопразола и Омега Инста

пантопразола и H2 блокаторов

омепразола и декслансопразола

эзомепразола и рабепразола

Диагноз

К типичным клиническим симптомам эозинофильного эзофагита относятся

болезненная отрыжка с неприятным запахом, боли в эпигастральной области

боли за грудиной с иррадиацией в верхнюю челюсть

срыгивание, рвота, боли по ходу грудного отдела позвоночника

затруднение при глотании твердой пищи, боль в грудной клетке, не связанная с глотанием

К пусковым факторам заболевания относят

атопический дерматит

пищевые и воздушные аллергены

бронхиальную астму

аллергический ринит

Наиболее распространенным типом пациента с эозинофильным эзофагитом является

мужчина после 40, страдающий бронхиальной астмой, распространенным нейродермитом

подросток, страдающий аллергическим ринитом, полипозным риносинуситом

женщина молодого возраста с atopическим дерматитом, вегетативно-сосудистой дистонией

молодой мужчина с анамнезом atopических заболеваний, с периодическими эпизодами затруднения глотания

Высокой диагностической точностью при верификации диагноза эозинофильного эзофагита обладает выявление эозинофилов в количестве $\geq +$ _____ $+$ в поле зрения микроскопа при большом увеличении (x400)

15

60

30

20

Эндоскопическая дилатация пищевода показана пациентам с эозинофильным эзофагитом с

потребностью обильно запивать пищу водой

дисфагией и отрыжкой кислым

отрыжкой и икотой в ночное время

сужением просвета пищевода

В качестве эффективной поддерживающей терапии больных с эозинофильным эзофагитом служит длительный прием

системных глюкокортикостероидов и иммунодепрессантов

H₂-блокаторов гистамина и прокинетиков

ингибиторов протонной помпы и топических глюкокортикостероидов

антигистаминных препаратов и блокаторов кальциевых каналов

Профилактика и диспансерное наблюдение у специалиста-гастроэнтеролога с проведением ЭГДС и биопсии проводится через $+$ _____ $+$ месяцев

6

12

18

20

Пациенту с эозинофильным эзофагитом необходимо соблюдать диету

элиминационную

№ 5

№ 15

пищеводную

Рекомендуемая доза ингибиторов протонной помпы (ИПП) для лечения эозинофильного эзофагита составляет

элиминационную

№ 5

№ 15

пищеводную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 26 лет на консультации у врача.

Жалобы на

- ноющую боль, жжение в эпигастрии после еды, горечь во рту; - чувство тяжести, переполнения после еды в эпигастральной области; - отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 3 лет, когда впервые после погрешности в диете появились жгучие боли в верхних отделах живота, преимущественно в эпигастрии. Машиной скорой помощи был доставлен в хирургический стационар, где проведено обследование: в анализах крови, без существенных отклонений от нормы. При ЭГДС – поверхностный гастродуоденит. При УЗИ органов брюшной полости без патологических изменений. Боли купировали введением спазмолитиков, ферментными и антисекреторными препаратами. В течение следующего года перенес острый гайморит, принимал цефтриаксон, после чего боли в эпигастрии возобновились. При УЗИ органов брюшной полости выявлены незначительные диффузные изменения печени по типу жировой инфильтрации, деформация желчного пузыря, признаки дискинезии желчевыводящих путей. Назначен Одестон, но

через неделю появилась горечь во рту, тяжесть в эпигастрии, чувство быстрого насыщения, препарат был отменен. Тяжесть и вздутие в эпигастрии, отрыжка воздухом стали беспокоить почти ежедневно, часто без видимых причин. Самостоятельно принимал омепразол и ферментные препараты с временным улучшением. Настоящее ухудшение отметил два дня назад, когда на фоне стресса и переутомления после каждого приема пищи стала беспокоить выраженная тяжесть в эпигастрии, чувство быстрого насыщения и переполнения, отрыжка воздухом.

Анамнез жизни

- рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Имеет высшее образование, по профессии программист. С профессиональными вредностями контакта не имел; - наследственность не отягощена; - не курит, употребление алкоголя отрицает; - аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено; - старается питаться регулярно, аппетит сохранен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 171 см, вес 67 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Нормостенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без изменений. При перкуссии легких определялся ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 72 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области, правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей

Необходимыми для постановки более полного диагноза методами обследования являются

элиминационную

№ 5

№ 15

пищеводную

Результаты обследования

Данному пациенту, на основании объективного осмотра и дополнительного обследования, можно поставить диагноз

элиминационную

№ 5

№ 15

пищеводную

Диагноз

Постпрандиальный дистресс-синдром проявляется

чувством переполнения желудка или ранним насыщением при приеме пищи в обычном объеме

дисфагией, которая возникает после еды чаще 3-х раз в неделю при алиментарных погрешностях в диете

дискинезией пищевода при приеме пищи большего, чем обычно, объема

гастроэзофагеальным рефлюксом, возникающим в горизонтальном положении

Диагноз диспепсия, ассоциированная с инфекцией *_H.pylori_* возможен, если

после эрадикации отмечается стойкое исчезновение клинических симптомов в течение не менее 6–12 мес.

хронический гастрит, ассоциированный с *_Helicobacter pylori_* не является причиной возникновения диспепсических симптомов

диспепсические симптомы сохраняются, несмотря на успешно проведенную эрадикацию

имеющиеся клинические симптомы могут быть обусловлены дискинезией желчевыводящих путей

Сравнительные показатели распространенности функциональной диспепсии среди мужчин и женщин составляют

1:3

1:2

1:1

2:1

Курение повышает риск развития функциональной диспепсии в + ____ +
раза

1,5

4

2

3

К этиологическим факторам, способствующим развитию функциональной диспепсии, относятся

смена климатических поясов, частое переедание, запоры, кровь в стуле

перенесенный инфекционный мононуклеоз, резкое снижение массы тела

наследственные, алиментарные погрешности, курение, перенесенная пищевая токсикоинфекция, психосоциальные

травма живота, осложненное течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Больным с функциональной диспепсией рекомендуют питание + _____ + раз/раза в день

5; с увеличением объема жидкой пищи, овощей и фруктов

4; без соблюдения диеты, с ограничением физических нагрузок

3; с исключением сырых овощей и фруктов, газированных напитков

6; небольшими порциями с ограничением потребления жирной и острой пищи, кофе

Проведенные исследования доказали, что более эффективными в лечении больных функциональной диспепсией с синдромом боли в эпигастрии оказались

нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

блокаторы H₂-рецепторов гистамина

ингибиторы протонной помпы (ИПП)

антациды

Продолжительность применения всех схем эрадикации должна составлять + _____ + дней

12

5+5

14

7

При синдроме боли в эпигастрии целесообразно назначать

ингибиторы протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе

иберогаст постоянно

прокинетики в течение месяца

антациды по требованию

Больным с постпрандиальным дистресс-синдромом показан прием

ингибиторы протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе

иберогаст постоянно

прокинетики в течение месяца

антациды по требованию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 41 год на осмотре у врача.

Жалобы

На отрыжку, изжогу, ощущение «кома» в горле при глотании, ноющие боли в эпигастральной области через 20 минут после еды.

Анамнез заболевания

На протяжении многих лет беспокоит мучительная изжога, по этому поводу регулярно принимала Ренни с незначительным эффектом, за медицинской помощью не обращалась. Год назад больная почувствовала ухудшение в состоянии. Сначала появился привкус кислого во рту, тошнота, отрыжка, тяжесть в эпигастрии, затем к ним присоединились давящие боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи, боли в горле. По совету знакомых посетила оториноларинголога, при осмотре патологических изменений в носоглотке, гортани не было выявлено и рекомендована консультация гастроэнтеролога. По поводу данных жалоб обратилась в поликлинику к гастроэнтерологу, пациентке была проведена ЭГДС по результатам, которой выявлена недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит.

Больной был назначен прием Омепразола 20 мг 2 раза в день, Маалокса 1 пакетик 3 раза в день, Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день, с положительным эффектом. После улучшения состояния пациентка перестала принимать вышеперечисленные препараты. Спустя 2 месяца появилось чувство «кома» в горле при глотании, затрудненное прохождение пищи по пищеводу, ноющие боли в эпигастрии после еды. Пациентка повторно обратилась к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

Родилась в 1978, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее медицинское. В настоящее время работает врачом акушером-гинекологом. Питается не регулярно, преимущественно 2 раза в день. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: у отца язвенная болезнь. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. Беременностей – 2, роды – 2.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 165 см, вес 66кг. ИМТ=24,2 кг/м². Кожные покровы чистые. Развитие подкожно-жирового слоя умеренное. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии легких – ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

Для постановки полного диагноза необходимыми инструментальными методами обследования являются

ингибиторы протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе

иберогаст постоянно

прокинетики в течение месяца

антациды по требованию

Результаты инструментальных методов обследования

Ключевым фактором патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является

уменьшение секреции соляной кислоты

инфекция *H. pylori*

высокая частота гастроэзофагеальных рефлюксов

избыточное образование желчных кислот

Данному пациенту на основании объективного осмотра и дополнительного обследования можно поставить диагноз

уменьшение секреции соляной кислоты

инфекция *H. pylori*

высокая частота гастроэзофагеальных рефлюксов

избыточное образование желчных кислот

Диагноз

К типичным пищеводным клиническим симптомам ГЭРБ относятся

изжога, отрыжка, срыгивание, одинопфагия

рвота, не приносящая облегчение

боли за грудиной, отрыжка воздухом

икота, срыгивание, тошнота, рвота

У большинства больных патологический рефлюкс при ГЭРБ возникает вследствие недостаточности

перистальтики грудного отдела пищевода

избыточной секреции слюны и муцина

верхнего пищеводного сфинктера

нижнего пищеводного сфинктера

Показаниями к проведению импедансометрии пищевода служат

возраст старше 65 лет, желчнокаменная болезнь в анамнезе, ожирение и дислипидемия

гипотиреоз в исходе аутоиммунного тиреоидита, функциональная диспепсия

субкомпенсированный стеноз привратника и осложненная язвенная болезнь в анамнезе

рефрактерная ГЭРБ, гипо- и анацидные состояния (резекция желудка, атрофический гастрит)

Вероятность рецидива ГЭРБ в течение года у пациента без поддерживающей терапии составляет + _____ + %

30-43

80-60

42-67

90-98

Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) включают синдромы

желудочной диспепсии, мальдигестии, мальабсорбции

нарушенного всасывания, трофологической недостаточности

демпинг-синдром, непереносимость глютена

бронхолегочный, оториноларингологический и стоматологический

В качестве медикаментозного лечения могут применяться

антациды, урсодезоксихолевая кислота, спазмолитики

альгинаты, ингибиторы протонной помпы, прокинетики

блокаторы кальциевых каналов, нитраты, мукофальк

H₂ блокаторы гистамина, пробиотики, ферменты

При выявлении множественных эрозий пищевода курс лечения ингибиторами протонной помпы должен составлять не менее + _____ + недель

4

10

8

6

Продолжительность диспансерного наблюдения больных с эзофагитом, с момента обострения составляет + _____ + года/лет

4

3

2

5

Больным с ГЭРБ и эзофагитом показано диспансерное наблюдение с периодичностью 1 раз в + ____ + месяца/месяцев

4

3

2

5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 54 года на осмотре у врача.

Жалобы

- на жжение в горле, преимущественно в горизонтальном положении; - на чувство тяжести, переполнения после еды в эпигастральной области; - отрыжку воздухом

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 10 лет, при ЭГДС выявлена недостаточность кардии. Через 3 года при ЭГДС диагностирован катаральный эзофагит. Для купирования изжоги использовал Маалокс. Изжога постепенно из редкой перешла в постоянную, усиливающуюся в горизонтальном положении. Спустя 5 лет диагностирована ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит. Назначен курсовой прием ИПП. Эффект от приема ИПП имел кратковременный эффект и в последние 2 года пациент переведен на постоянный прием ИПП (Разо 20 мг или Дексилант 30 мг). В течение последних 1,5 лет появились: чувство быстрого насыщения, тяжесть в эпигастральной области после еды, кислый привкус во рту, отрыжка воздухом. В мае 2019г. при ЭГДС выявлен дистальный катаральный эзофагит. По данным гистологического заключения: фрагменты слизистой оболочки с выстилкой желудочного и метаплазированного кишечного типа (полная метаплазия). Гиперплазия клеток поверхностного эпителия желудочного типа. Клетки цилиндрической формы, высокие. Собственная пластинка отечна и умеренно инфильтрирована лимфоцитами и плазмócитами. Множественные железистые структуры, выстланные эпителием кишечного типа с бокаловидными клетками, фокусы эрозии.

Анамнез жизни

- Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Имеет высшее образование, по профессии инженер. С профессиональными

вредностями контакта не имел. - В анамнезе: Сахарный диабет 2 типа, Гипертоническая болезнь 1 степени повышения АД. Резекция слепой кишки в 2016г. по поводу новообразования. - Наследственность: неотягощена - Не курит, употребление алкоголя отрицает - Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечено - Старается питаться регулярно, аппетит сохранен

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 172 см, вес 77 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Нормостенического телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без изменений. При перкуссии легких определялся ясный легочный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 78 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выступает из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, коричневого цвета без патологических примесей

Необходимыми диагностическими исследованиями для постановки более полного диагноза являются

4

3

2

5

Результаты обследования

Данному пациенту, на основании объективного осмотра и дополнительного обследования, можно поставить диагноз

4

3

2

5

Диагноз

Особую группу риска по развитию пищевода Барретта составляют мужчины

до 40 лет с дисфагией, проживающие на юге страны, страдающие кожными заболеваниями

с анамнезом ГЭРБ более 10 лет или изжогой более 5 лет, старше 50 лет, страдающие ожирением

с избыточной массой тела, стажем курения более 10 лет, работающие с профессиональными вредностями

после 45 лет, с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, астенического телосложения

Комплексное эндоскопическое исследование с прицельной биопсией при выявлении пищевода Баррета (кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода с длиной сегмента более 1 см) рекомендуется выполнять с частотой один раз в + _____ + года

1,5

3

4

2

Высоким злокачественным потенциалом обладает эпителий пищевода с метаплазией по + _____ + типу

кардиальному

кишечному

плоскоклеточному

фундальному

Основным фактором, способствующим развитию кишечной метаплазии слизистой оболочки пищевода, является

диафрагмальная грыжа

мужской пол, европеоидная раса

высокая секреция соляной кислоты

многолетний анамнез ГЭРБ

Дополнительными, но не менее важными факторами, повышающими риск развития метаплазии эпителия слизистой оболочки пищевода, являются

диафрагмальная грыжа, дисфагия

курение, ожирение и генетическая предрасположенность

возраст старше 50 лет, мужской пол, европеоидная раса

европеоидная раса, недостаточность кардии

Основным принципом консервативного лечения пищевода Барретта можно считать

курсовой прием прокинетиков

постоянную антисекреторную терапию ингибиторами протонной помпы

длительный прием препаратов урсодезоксиколевой кислоты

длительный прием H₂ блокаторов гистамина

Лечение ингибиторами протонной помпы (ИПП) и препаратом урсодезоксиколевой кислоты (УДХК) проводится при наличии

дискинезии желчевыводящих путей

желчнокаменной болезни

дуодено-гастрального и гастро-эзофагеального рефлюкса

синдрома нарушенного всасывания

Наиболее точными диагностическими методами для оценки гастроэзофагеального рефлюкса являются

pH-импедансометрия и манометрия нижнего пищеводного сфинктера

изучение функции желчного пузыря и дуоденоскопия

рентгенологическое исследование пищевода и желудка

эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

Основным вариантом эндоскопического лечения пищевода Барретта является

лазерная терапия

мультиполярная электрокоагуляция

фотодинамическая терапия

аргоно-плазменная коагуляция

Основным фактором риска развития аденокарциномы пищевода является

лазерная терапия

мультиполярная электрокоагуляция

фотодинамическая терапия

аргоно-плазменная коагуляция

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача.

Жалобы

- на кожный зуд; - тяжесть в правом подреберье; - слабость

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3-х лет, когда появился жидкий стул с примесью крови. При обследовании был установлен диагноз язвенного колита, назначены глюкокортикостероиды и салюфальк. Симптомы регрессировали. Впоследствии принимал препараты нерегулярно. Ухудшение состояния после отдыха на юге: вновь отметил кровь в кале, появился кожный зуд, слабость. Выполнена колоноскопия: осмотр до печеночного угла, во всех доступных отделах слизистая гиперемирована, отечная, сосудистый рисунок смазан, местами отсутствует, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, большое количество мутной пристеночной слизи. В анализах крови: гемоглобин 100 г/л, СОЭ 10 мм/ч, АЛТ - 2N, АСТ 1.5N, гамма-ГТ 7.5N, щелочная фосфатаза - 3.5N, общий билирубин в норме. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости - небольшое увеличение левой доли печени, аморфный осадок в желчном пузыре, диффузные изменения поджелудочной железы. Направлен к гастроэнтерологу для установления диагноза и назначения терапии.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально; - работает программистом; - наследственность: мать 72 года, желчнокаменная болезнь, отец 75 лет, гипертоническая болезнь; - не курит, алкоголь не употребляет; - применение психоактивных веществ отрицает; - питание регулярное, полноценное.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 84 кг, t тела - 36,6°C. Кожные покровы нормальной окраски; следы расчесов.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный легочный перкуторный звук. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 70 в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- лазерная терапия
- мультиполярная электрокоагуляция
- фотодинамическая терапия
- аргоно-плазменная коагуляция

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки полного диагноза является

- лазерная терапия
- мультиполярная электрокоагуляция
- фотодинамическая терапия
- аргоно-плазменная коагуляция

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту на основании проведенного обследования можно поставить диагноз

- лазерная терапия
- мультиполярная электрокоагуляция
- фотодинамическая терапия
- аргоно-плазменная коагуляция

Диагноз

Типичными признаками первичного склерозирующего холангита по данным магнитно-резонансной холангиограммы являются

расширенные внепеченочные желчные протоки при неизмененных
внутрипеченочных протоках

диффузные мультифокальные кольцевидные стриктуры, чередующиеся с
участками нормальных или слегка расширенных протоков

расширенные внутри- и внепеченочные желчные протоки

расширенные внутрипеченочные желчные протоки при неизмененных
внепеченочных желчных протоках

**У +__+ % больных первичным склерозирующим холангитом встречаются
воспалительные заболевания кишечника**

60

50

80

40

Первичный склерозирующий холангит чаще всего ассоциирован с

язвенным колитом

гемолитической анемией

болезнью Крона

аутоиммунным тиреоидитом

**Типичными гистологическими признаками для диагностики
перекрестного синдрома с аутоиммунным гепатитом при наличии
первичного склерозирующего холангита являются**

перидуктальный фиброз, пролиферация желчных протоков

перипортальные ступенчатые некрозы

баллонная и жировая дистрофия, тельца Мэллори

фиброз с перисинусоидальным расположением коллагеновых волокон

**При нормальных холангиограммах для диагностики первичного
склерозирующего холангита малых протоков следует провести**

биопсию печени

ультразвуковое исследование органов брюшной полости
компьютерную томографию органов брюшной полости
лапароскопию

Глюкокортикостероиды рекомендуются пациентам с первичным склерозирующим холангитом при

неэффективности урсодезоксихолевой кислоты
наличии выраженных стриктур желчных протоков
возникновении желтухи и лихорадки
сочетании с аутоиммунным гепатитом

Выраженные стриктуры желчных протоков со значительным холестазом при первичном склерозирующем холангите являются показанием для

постановки в лист ожидания трансплантации печени
хирургического расширения протоков
увеличения дозы урсодезоксихолевой кислоты
назначения иммуносупрессивной терапии

Для купирования кожного зуда при первичном склерозирующем холангите препаратом первой линии является

холестирамин
лоратадин
метотрексат
рифампицин

Препаратом второй линии для купирования кожного зуда при холестазе является

холестирамин
лоратадин
метотрексат
рифампицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача

Жалобы на

- ноющую боль в эпигастральной области, которые возникают через 20 минут после приема пищи, без иррадиации; - тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте боли и приносящую облегчение; - похудание на 6 кг за последние 2 года.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращался, для купирования боли принимал Алмагель, со временным положительным эффектом. Обострения возникают преимущественно в весенне-осеннее время. Ухудшение самочувствия отмечает около недели, после погрешностей в диете.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально; - работает директором в строительной компании, часто испытывает психоэмоциональное напряжение; - в анамнезе – хронический гастрит (на инфекцию _H. Pylori_ не обследовался); - наследственность: отец умер от рака желудка в 60 лет, мать 70 лет жива ГБ; - курит с 36 лет по пачке в день, ИПЛ = 9 пачка/лет; - алкоголем не злоупотребляет, прием наркотических веществ отрицает; - принимает Алмагель при болях; - аллергологический анамнез не отягощен; - травмы и операции отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 70 кг, ИМТ 21,6 кг/м², t тела 36,5°C. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 19 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 70 уд/мин. АД 100/80 мм рт. ст. Appetit снижен. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Доступные пальпации отделы толстой кишки не изменены. Печень по данным перкуссии и пальпации не выступает из-под края реберной дуги, край заостренный, эластичный, безболезненный. Размер печени по Курлову 10*9*7 см. Селезенка 8x5 см. Мочеиспускание не изменено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, регулярный.

Для постановки более полного диагноза необходимыми лабораторными данными являются

холестирамин

лоратадин

метотрексат

рифампицин

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным методом, необходимым для постановки корректного диагноза, является

холестирамин

лоратадин

метотрексат

рифампицин

Результаты инструментального метода обследования

На основании данных расспроса, физикального и дополнительного обследования, данному пациенту можно поставить диагноз

холестирамин

лоратадин

метотрексат

рифампицин

Диагноз

К осложнениям язвенной болезни желудка относят

пенетрацию

ГЭРБ

панкреатит

кахексию

По размеру язвенного дефекта данная язва (10 мм) является

гигантской

большой

малой

средней

К стрессовым язвам желудка относят язвы

Кушинга

у больных распространенным атеросклерозом

обусловленные приемом НПВП

у больных с синдромом Золлингера—Эллисона

Наиболее рациональной лекарственной терапией пациента будет комбинация

рабепразола 20мг 2 раза + Кларитромицина 500 мг 2 раза + Амоксицилина 1000 мг 2 раза

ранитидина 150 мг 2р/сут + Амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки и Метронидазола 500 мг 3 раза в сутки

висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 р/с + Кларитромицина 500 мг 2 раза + Амоксицилина 1000 мг 2 раза

эзомепразола 20 мг 2р/с + левофлоксацина 500 мг 1 раз в сутки и амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки

Тройная эрадикационная терапия продолжается

30 дней

1 неделю

10-14 дней

10 недель

Золотым стандартом определения эффективности эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является

определение АТ к *H. pylori* в кале

ФГДС с биопсией

уреазный дыхательный тест

микробиологический метод

К факторам риска возникновения язвенного кровотечения относят

размер язвенного дефекта > 1 см

молодой возраст

локализация язвы на большой кривизне желудка

гипертоническая болезнь

Лекарственный препарат, индуцирующий синтез эндогенных простагландинов E2 и G12 в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, называется

ребамипид

ранитидин

алгедрат

лансопразол

Минимальный промежуток времени для отмены ингибитора протонной помпы перед проведением диагностических тестов на выявление *H. pylori* составляет

ребамипид

ранитидин

алгедрат

лансопразол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 54 года на осмотре у врача.

Жалобы на

- ноющие боли в эпигастральной области на "голодный" желудок, боли затихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды; - ночные боли; - чувство тяжести после еды; - метеоризм; - общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда после стресса появились боли в эпигастральной области. Питается нерегулярно, часто соблюдает диеты для снижения массы тела. При ЭГДС впервые обнаружена язва в луковице 12-п.к. Принимала омепразол, алгедрат+магния гидроксид с положительным эффектом. Исследование на инфекцию *H.pylori* не проводилось. При ухудшении самочувствия: изжоге, отрыжке воздухом, боли в эпигастрии,

самостоятельно принимала омепразол в течение 2-3 недель. Отмечает сезонность обострений в весенне - осенний период. При обострении в июле 2019г., проведена ЭГДС, выявлено: в антральном отделе по малой кривизне язва овальной формы, дно покрыто фибрином 1,0х0,7х0,5 см в пилорическом канале язва покрытая фибрином, размерами 0,4х0,4х0,1 см. По назначению врача принимала эзомепразол 20 мг 2 раза в день в течение месяца. Анализ кала на АТ к Н.Рylori проведен без отмены ИПП, результат - отрицательный. Около недели назад, после погрешности в диете, отметила появление голодных болей в эпигастральной области, изжогу, усиливающуюся в горизонтальном положении.

Анамнез жизни

Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту. Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей – 1, роды – 1. Наследственность: у отца язвенная болезнь.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 160 см, вес 84кг. ИМТ 32,8 кг/м². Кожные покровы чистые. Избыточное развитие подкожно-жирового слоя. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 уд/минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптом раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Для постановки полного диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются

ребамипид

ранитидин

алгедрат

лансопразол

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки правильного диагноза является

ребамипид

ранитидин

алгедрат

лансопразол

Результаты лабораторного метода обследования

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

ребамипид

ранитидин

алгедрат

лансопразол

Диагноз

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки к типичным относят боли

в эпигастрии после употребления острой пищи

возникающие сразу после сна

«голодные», возникающие через 1,5-2 часа после еды

в правом подреберье с иррадиацией вниз живота

Согласно современным представлениям, патогенез язвенной болезни в общем виде сводится к нарушению

моторики желудка и двенадцатиперстной кишки

равновесия между факторами агрессии и защиты

выделения бикарбонатов и слизи

выработки пепсина и пепсиногена

Агрессивное звено язвообразования включает в себя

ухудшение кровоснабжения слизистой желудка, уменьшение содержания простагландинов в желудочной стенке

снижение выработки и изменения качественного состава желудочной слизи

уменьшение секреции бикарбонатов и снижение регенераторной активности эпителиальных клеток

гиперпродукцию гастрина, нарушение гастродуоденальной моторики, обсеменение слизистой _H. pylori_

Серологический метод выявления антител _H. pylori_ используется только при

первичной диагностике инфекции _H. pylori_ и определении антител, относящихся к классу IgG

отрицательном результате уреазного дыхательного теста с изотопами ^{13}C или ^{14}C .

определении антител, относящихся к классу IgM

контроле после проведения эрадикации

Средством базисной терапии обострений язвенной болезни являются

H₂-блокаторы

препараты висмута

антациды

ингибиторы протонной помпы

При неэффективности или при наличии противопоказаний к применению ингибиторов протонной помпы рекомендовано назначить

антациды

препараты висмута

прокинетики

H₂-блокаторы

Золотым стандартом в диагностике _H. pylori_ является

^{13}C уреазный дыхательный тест

CLO-тест

выявление антител к _H.pylori_

определение антигена *H. pylori* в моче

Среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют

омепразол и лансопразол

рабепразол и пантопразол

лансопразол и эзомепразол

эзомепразол и декслансопразол

Ассоциированными с *H.pylori* оказывается около +____+ % язв двенадцатиперстной кишки и +____+ % язв желудка

омепразол и лансопразол

рабепразол и пантопразол

лансопразол и эзомепразол

эзомепразол и декслансопразол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 43 лет на осмотре у врача

Жалобы на

- диарею до 10 раз в сутки с примесью слизи; - умеренной интенсивности схваткообразные боли в мезогастрии, уменьшающиеся после дефекации; - борборигмы; - повышение температуры тела до 37,8°C.

Анамнез заболевания

7 месяцев тому назад по поводу острого обструктивного пиелонефрита больная получала антибиотики широкого спектра действия (цефепим 2 г/сутки внутривенно капельно в течение 7 дней с последующим переходом на пероральный приём норфлоксацина 0,8 г 2 раза/сутки 8 дней), витамины группы В, а затем – аципол по 4 капсулы/сутки в течение месяца. Достигнута ремиссия пиелонефрита, однако спустя примерно месяц появились метеоризм, борборигмы, дискомфорт в мезогастрии, неустойчивый стул до 3-4 раз/сутки. По этому поводу больная к врачам не обращалась, самостоятельно принимала отвар лапчатника и подорожника, а также Мезим Форте по 6 таблеток/сутки без особого эффекта. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5-6 до 10-12 раз/сутки. Понос сопровождался ложными и императивными позывами, а также выделением слизи. Больная амбулаторно консультирована гастроэнтерологом. Установлен

диагноз «дисбактериоза». Назначено лечение нифуроксазидом по 800 мг/сутки в течение 7 дней с переходом на Линекс Форте по 3 капсулы/сутки и Хилак Форте по 150 капель/сутки в течение 1 месяца с сомнительным эффектом. Кишечная симптоматика сохранялась практически на прежнем уровне. Около недели тому назад присоединилась субфебрильная лихорадка. Больная госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально; - работает инженером-технологом на хлебозаводе; - наличие хронических заболеваний отрицает; - наследственность: неотягощена; - наличие вредных привычек отрицает; - аллергологический анамнез без особенностей; - менструации с 13 лет; установились сразу, умеренно обильные, безболезненные; 2 беременности, 2 родов; - питание регулярное, аппетит не изменён.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение тела активное. Телосложение нормостеническое. Рост 176 см, вес 80 кг, индекс массы тела - $25,83 \text{ кг/м}^2$, t тела - $38,8^\circ\text{C}$. Кожные покровы сухие, чистые; склеры нормальной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отёков нет. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук. Голосовое дрожание не изменено. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются; бронхофония не изменена. Частота дыхания 20 в мин. При аускультации сердца отмечается ослабление 1-го тона у верхушки. ЧСС 92 в минуту, ритм правильный. АД 125/75 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, равномерно участвует в дыхании; при пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненность в мезогастррии и левой подвздошной области. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Куленкампа отрицательные. Перкуторные размеры печени и селезенки не изменены. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание не изменено. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Наиболее вероятным клиническим диагнозом у больной является

омепразол и лансопразол

рабепразол и пантопразол

лансопразол и эзомепразол

эзомепразол и декслансопразол

Диагноз

Для подтверждения этого диагноза наилучшим инструментальным методом исследования является

ирригоскопия

ультрасонография брюшной полости

колоноскопия

компьютерная энтероколонография

Псевдомембранозный колит является наиболее частой причиной диареи у

молодых людей и подростков

находящихся в стационаре пациентов

женщин старше 40 лет

мужчин старше 40 лет

Основным клиническим симптомом псевдомембранозного колита является

фебрильная лихорадка

диарея

схваткообразные боли в животе

метеоризм

Ведущим фактором патогенеза псевдомембранозного колита являются

аутоантитела к эпителию кишки

цитокины и фактор некроза опухолей альфа

антитела к *Clostridium difficile*

токсины А, В и бинарный токсин *Clostridium difficile*

Характерными для псевдомембранозного колита изменениями в анализах крови являются

лейкоцитоз, анемия, гипоальбуминемия, гипокалиемия

лейкопения, гипертрансаминаземия, повышение уровня С-реактивного белка

лейкопения, анемия, гиперглобулинемия, гипокалиемия

лейкоцитоз, гипонатриемия, повышение активности креатинфосфокиназы и трансаминаз

Наиболее вероятной причиной развития фебрильной лихорадки у больной может быть развитие

токсического мегаколона

абсцесса печени

пневмонии

сепсиса

Для уточнения наиболее вероятной причины лихорадки у больной диагностической методикой выбора является

обзорная рентгенография брюшной полости

ультрасонография брюшной полости

компьютерная томография грудной клетки

посев крови на микрофлору

Одним из местных осложнений тяжёлого псевдомембранозного колита может быть

воспалительная стриктура кишки

профузное кишечное кровотечение

перфорация кишки

эксикоз

Препаратом выбора для лечения токсического мегаколона у лиц с псевдомембранозным колитом является

метронидазол в/в капельно по 750 мг 4 раза в сутки

цефепим в/в 2 г/сутки капельно

ванкомицин в/в капельно по 1 г 3 раза в сутки

амоксиклав в/в капельно по 1,2 г 4 раза в сутки

Препаратом выбора для лечения пациентов с лёгкой и среднетяжёлой формами псевдомембранозного колита является

метронидазол

цефуроксим

рокситромицин

пепфлоксацин

Препаратом выбора для лечения пациентов с тяжёлой формой псевдомембранозного колита является

метронидазол

цефуроксим

рокситромицин

пепфлоксацин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 54 лет на осмотре у врача.

Жалобы

- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающие характер опоясывающих; - частый стул (до 3-5 раз в день), обильный, «блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза; - похудание за 1,5 месяца на 7 кг; - ощущение сухости во рту; - повышенную жажду; - кожный зуд.

Анамнез заболевания

У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована, диагностировали острый калькулезный холецистит и экстренно произвели холецистэктомию. Через 1 неделю после выписки у больной периодически появлялись ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам не обращалась. По совету друзей, принимала Но-шпу и Фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в эпигастральной области стали постоянными, усиливались после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. В поликлинике было проведено исследование в крови уровня щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтранспептидазы и билирубина, которые оказались в пределах нормы. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально; - замужем, имеет двоих здоровых детей; - работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает; - курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление

алкоголем отрицает; - в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь; - непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено; - наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела $26,22 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный легочный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд./мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

У больной наиболее вероятным диагнозом является

метронидазол

цефуроксим

рокситромицин

пекфлоксацин

Диагноз

Клиника заболевания у больной определяется синдромом

холестаза

избыточного бактериального роста

болевым

Вернера-Моррисона

По клинической картине у больной можно думать о синдроме

избыточного бактериального роста

Вернера-Моррисона

внешнесекреторной панкреатической недостаточности

холестаза

В течение последнего месяца заболевания у больной развился синдром

холестаза

недостаточности кишечного всасывания

Мэллори-Вейса

эндокринной панкреатической недостаточности

Наиболее вероятной причиной нарушения стула является

гиперсекреция соляной кислоты

нарушение поступления желчи в кишечник

повышенная функция щитовидной железы (гипертиреоз)

внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы

Основной причиной возникновения недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы является

недостаточная выработка пепсина

повышенная секреция соляной кислоты

повреждение ее паренхимы с развитием фиброза

повреждение панкреатических островков (островков Лангерганса)

У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения

спленоомегалии

реактивного артрита

остеопороза

инсулинорезистентности

Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является

ангиография

ЭРХПГ

мультиспиральная компьютерная томография

УЗИ гепатобилиарной зоны

Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение

гликозилированного гемоглобина HbA1c

амилазы в сыворотке крови и моче

гликогена в сыворотке крови

уровня с-пептида

Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

липазы в сыворотке крови

фекальной эластазы (ФЭ-1)

растительной клетчатки в кале

амилазы в моче

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение

ферментных препаратов

спазмолитиков

анальгетиков

антибиотиков

Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является

ферментных препаратов

спазмолитиков

анальгетиков

антибиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 71 года, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой назначить лечение.

Жалобы

на одышку при небольшой физической нагрузке, редко в покое, повышение АД до 160/100 мм рт.ст., шум в ушах, боли в пояснице.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда стала отмечать повышение АД с максимальными значениями 160-170/100 мм рт.ст., сопровождающееся ухудшением состояния, появилась одышка при умеренной физической нагрузке, эпизодически шум в голове. До этого времени АД не контролировала, гипотензивную терапию не получала. Больной была подобрана антигипертензивная терапия эналаприлом, амлодипином и индапамидом. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, АД находилась на уровне целевых значений. В течение последних 3 месяцев отмечает повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и появление указанных жалоб.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Образование среднее. * На пенсии с 65 лет.

* Наследственность: отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям. *

Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, миома матки. *

Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ИМТ=36 кг/м². Пастозность голеней. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны не изменены, шумов нет. ЧСС – 80 ударов в минуту, экстрасистолия. АД – 160/80 мм рт.ст. Невправимая пупочная грыжа. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования

ферментных препаратов

спазмолитиков

анальгетиков

антибиотиков

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

ферментных препаратов

спазмолитиков

анальгетиков

антибиотиков

Результаты инструментальных методов обследования

На основании лабораторных и инструментальных методов обследования пациентке можно поставить основной диагноз

ферментных препаратов

спазмолитиков

анальгетиков

антибиотиков

Симптом Ходсона - это рентгенологический признак хронического пиелонефрита, при котором на урограмме отмечается

равномерное увеличение толщины паренхимы почки

уменьшение толщины паренхимы средней части почки по сравнению с полюсами

равномерное уменьшение толщины паренхимы почки

уменьшение толщины паренхимы на полюсах почки по сравнению со средней частью

Для оценки функции почек пациентке необходимо определить уровень

мочевины

билирубина

микроальбуминурии

щелочной фосфатазы

У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

C3b, A2

C3a, A1

C3a, A2

C3b, A1

У пациентки + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

высокий

средний

очень высокий

низкий

Больной необходимо

назначить стартовую антибактериальную терапию антибиотиками резерва

назначить стартовую антибактериальную терапию аминогликозидами

провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии

провести бактериологический посев мочи для выбора противовоспалительной терапии

При количественной оценке бактериурии в обычных условиях значимым считается уровень + _____ + КОЕ/мл

$1 \cdot 10^3$

$1 \cdot 10^1$

$1 \cdot 10^4$

$1 \cdot 10^2$

Больной следует

увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением тиазидных диуретиков

увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС

сохранить прежнюю схему антигипертензивной терапии

уменьшить дозы антигипертензивных средств

В РФ распространена резистентность кишечной палочки к

аминогликозидам

карбапенемам

цефалоспорином III поколения

фторхинолонам

Пиелонефрит от других интерстициальных поражений почек отличается

аминогликозидам

карбапенемам

цефалоспорином III поколения

фторхинолонам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 года, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту участковому с просьбой назначить лечение.

Жалобы

на одышку при небольшой физической нагрузке, редко в покое, повышение АД до 160/100 мм рт.ст., шум в ушах, боли в пояснице.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 лет, когда стала отмечать повышение АД с максимальными значениями 160-170/100 мм рт.ст., сопровождающееся ухудшением состояния, появилась одышка при умеренной физической нагрузке, эпизодически шум в голове. До этого времени АД не контролировала, гипотензивную терапию не получала. Больной была подобрана антигипертензивная терапия эналаприлом, амлодипином и индапамидом. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, АД находилась на уровне целевых

значений. В течение последних 3 месяцев отмечает повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и появление указанных жалоб.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Образование среднее. * На пенсии с 65 лет.

* Наследственность:отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям. *

Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет, миома матки. *

Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. ИМТ=36 кг/м². Пастозность голеней. Лимфоузлы не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. Перкуторный звук легочный. Дыхание жесткое, хрипов нет. Границы сердца не расширены, тоны не изменены, шумов нет. ЧСС – 80 ударов в минуту, экстрасистолия. АД – 160/80 мм рт.ст. Невправимая пупочная грыжа. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования на первом этапе обследования

аминогликозидам

карбапенемам

цефалоспорином III поколения

фторхинолоном

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

аминогликозидам

карбапенемам

цефалоспорином III поколения

фторхинолоном

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

аминогликозидам

карбапенемам

цефалоспорином III поколения

фторхинолоном

Для оценки функции почек пациентке необходимо определить уровень

щелочной фосфатазы

билирубина

микроальбуминурии

мочевины

У пациентки альбуминурия составляет 250 мг/г, категория ХБП

C3a, A1

C3b, A1

C3b, A2

C3a, A2

У пациентки + _____ + риск развития сердечно-сосудистых осложнений

очень высокий

высокий

низкий

средний

Больной необходимо

назначить стартовую антибактериальную терапию аминогликозидами

провести бактериологический посев мочи для выбора антибактериальной терапии

назначить стартовую антибактериальную терапию антибиотиками резерва

провести бактериологический посев мочи для выбора противовоспалительной терапии

Больной следует

увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением блокаторов РААС

сохранить прежнюю схему антигипертензивной терапии

увеличить комбинированную антигипертензивную терапию с обязательным назначением тиазидных диуретиков

уменьшить дозы антигипертензивных средств

Нерациональной комбинацией антигипертензивных препаратов при лечении артериальной гипертонии является

иАПФ + диуретик

иАПФ + калийсберегающий диуретик

иАПФ + антагонисты кальция

блокатор рецепторов ангиотензина + антагонисты кальция

Феномен "ускользания" антигипертензивного эффекта может наблюдаться при лечении

блокаторами рецепторов ангиотензина

антагонистами кальция

бета-адреноблокаторами

ингибиторами АПФ

Абсолютным противопоказанием к назначению иАПФ является

бронхиальная астма

АВ-блокада 2 степени

подагра

гиперкалиемия

Абсолютным противопоказанием к назначению блокаторов рецепторов ангиотензина является

бронхиальная астма

АВ-блокада 2 степени

подагра

гиперкалиемиия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет доставлен в приемное отделение больницы.

Жалобы

на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 мин.) без эффекта, общую слабость.

Анамнез заболевания

В течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта.

Бригадой СМП доставлен в многопрофильную больницу с наличием отделения для инвазивного лечения через 1 час после снятия первичной ЭКГ.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее. * Работает, предприниматель. * Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: курит около 40 лет по ½ - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28 кг/м². ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования

бронхиальная астма

АВ-блокада 2 степени

подагра

гиперкалиемиия

Результаты лабораторных инструментальных и лабораторных методов обследования

При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

V3R и V4R

по Лиану

V7-V9

по Нэбу

При высоком боковом инфаркте миокарда электрокардиографические признаки инфаркта выявляются в отведении

aVF

aVL (или aVL и I)

I, V4, V5

I, V5, V6

Какой основной диагноз?

aVF

aVL (или aVL и I)

I, V4, V5

I, V5, V6

Элевация ST в отведениях II, III, aVF указывает на
+ _____ + инфаркт миокарда ЛЖ

переднесептальный

верхушечный

задне-дифрагмальный

передне-боковой

Пациенту необходимо выполнить

аортокоронарное шунтирование (АКШ)

радиочастотную абляцию (РЧА)

тромболитическую терапию (ТЛТ)

чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе

ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг

ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 300 мг

ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг

Пациенту показан/показано

введение коллоидных растворов

прием пероральных антикоагулянтов

введение парентеральных антикоагулянтов

прием глюкокортикостероидов

Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах +_____+ после первичного контакта с медицинским работником

120 минут

60 минут

72 часов

24 часов

Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе _____ мг/сут

10

80

20

160

При использовании прямых антикоагулянтов в лечебных дозах необходимо контролировать

тромбиновое время

активированное частичное тромбопластиновое время

международное нормализованное отношение

протромбиновый индекс по Квику

Наиболее частой причиной смерти на догоспитальном этапе в первые часы развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST является

тромбиновое время

активированное частичное тромбопластиновое время

международное нормализованное отношение

протромбиновый индекс по Квику

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет самостоятельно обратился в приемное отделение ГБ.

Жалобы

на интенсивные боли давящего характера за грудиной длительностью более 30 минут, нитроглицерин (3 таблетки под язык последовательно через 5 мин.) без эффекта, общую слабость.

Анамнез заболевания

В течение последних 3 лет страдает стенокардией напряжения (I-II ФК). На ЭКГ 2 месяца назад регистрировался синусовый ритм с ЧСС 76 в мин., выявлена депрессия сегмента ST II, III, AVF, V5-6, что расценено как снижение кровоснабжения в области нижне-боковой стенки левого желудочка. Назначена терапия аспирином, бета-адреноблокатором (бисопролол), ингибитором АПФ (эналаприл), статином. Утром резкие боли за грудиной. Попытки купировать приступ нитроглицерином без эффекта.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее. * Работает, предприниматель. * Наследственность: отец умер от ИМ в 60 лет, мать 84-х лет страдает ИБС, сестра 60-ти лет страдает ИБС, АГ. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: курит около 40 лет по ½ - 1 пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. ИМТ=28

кг/м². ЧДД – 18 в минуту. В лёгких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отёков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные и лабораторные методы исследования

тромбиновое время

активированное частичное тромбопластиновое время

международное нормализованное отношение

протромбиновый индекс по Квику

Результаты лабораторных инструментальных и лабораторных методов обследования

При подозрении на инфаркт миокарда правого желудочка необходимо использовать дополнительные отведения ЭКГ

V3R и V4R

по Лиану

V7-V9

по Нэбу

Эхокардиографическим признаком инфаркта миокарда может быть

локальный гиперкинез

диффузный а-, гипокинез

диффузный гиперкинез

локальный а-, гипокинез

Основным диагнозом пациента является

локальный гиперкинез

диффузный а-, гипокинез

диффузный гиперкинез

локальный а-, гипокинез

Пациенту необходимо выполнить

- тромболитическую терапию (ТЛТ)
- радиочастотную абляцию (РЧА)
- аортокоронарное шунтирование (АКШ)
- чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ)

Пациенту в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегационную терапию в нагрузочной дозе

- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 300 мг
- ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг
- ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг

Пациенту показано

- введение коллоидных растворов
- прием пероральных антикоагулянтов
- введение парентеральных антикоагулянтов
- прием глюкокортикостероидов

При выполнении чрескожного коронарного вмешательства нефракционированный гепарин вводится внутривенно болюсно в дозе + _____ + ЕД/кг с возможным повторным введением (20 МЕ/кг) с целью поддержания активированного времени свертывания крови 250-350 сек

- 10-20
- 110-130
- 30-60
- 70-100

Первичное коронарное вмешательство пациенту должно быть выполнено в пределах + _____ + после первичного контакта с медицинским работником

60 минут

120 минут

72 часов

24 часов

Пациенту необходимо назначить аторвастатин в дозе _____ мг/сут

10

80

20

160

При возникновении пароксизма устойчивой желудочковой тахикардии на фоне инфаркта миокарда показано

проведение инфузии кордарона

назначение бета-блокаторов

незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

проведение инфузии лидокаина

Начальная энергия электрического разряда при лечении тахикардии с широкими комплексами QRS бифазным дефибриллятором составляет + _____ + Дж

проведение инфузии кордарона

назначение бета-блокаторов

незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

проведение инфузии лидокаина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет, служащий, вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на повышение температуры тела до 40°C, сопровождающееся потрясающим

ознобом, потливость, выраженную слабость, снижение аппетита, похудание, головную боль при повышении уровня АД максимально до 160/110 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

В детстве у врача-ревматолога не наблюдался, в течение всей жизни физические нагрузки переносил хорошо. В 48 лет перенес черепно-мозговую травму (проводилось оперативное лечение), после которой стали отмечаться подъемы АД максимально до 160/100-110 мм рт.ст., с этого времени достаточно регулярно принимает энап 10 мг утром и атенолол 25 мг утром, АД на этом фоне в пределах 135-140/90 мм рт.ст. Около 3 месяцев назад отметил повышение температуры тела до 37,0-37,5°C, сопровождающееся слабостью, ломотой в мышцах и суставах. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами с положительным эффектом. Через месяц – повторное повышение температуры тела до 39°C максимально. Самостоятельно принимал амоксициллин+клавулановая кислота в течение 5 дней с эффектом. Через 8 недель вновь повышение температуры до 39°C, сопровождающееся ознобом на высоте лихорадки, выраженной слабостью, ломотой в мышцах и суставах. В связи с сохраняющейся лихорадкой вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее. * Работает, больничный лист не открывался. * Наследственность: мать умерла в 78 лет, страдала АГ, ИБС, перенесла ОНМК. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный, влажный, на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на коже ладоней и стоп безболезненные петехиальные высыпания диаметром 1-4 мм. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ослабление 2 тона над аортой, там же выслушивается диастолический шум. ЧСС – 78 ударов в минуту, АД – 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицателен. Щитовидная железа не изменена.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

проведение инфузии кордарона

назначение бета-блокаторов

незамедлительное проведение электроимпульсной терапии

проведение инфузии лидокаина

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- проведение инфузии кордарона
- назначение бета-блокаторов
- незамедлительное проведение электроимпульсной терапии
- проведение инфузии лидокаина

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- проведение инфузии кордарона
- назначение бета-блокаторов
- незамедлительное проведение электроимпульсной терапии
- проведение инфузии лидокаина

По характеру течения у пациента признаки \ _____ инфекционного эндокардита

- острого
- рецидива
- подострого
- ремиссии

Для диагностики инфекционного эндокардита используют критерии

- NYHA
- Killip
- Duke
- Lown

«Золотым стандартом» диагностики инфекционного эндокардита является

- сцинтиграфия
- электрокардиография

эхокардиография

рентгенография

Антибактериальная терапия при инфекционном эндокардите проводится в течение _____ недель

11-12

2-6

9-10

7-8

Предпочтительный путь введения антибиотиков при инфекционном эндокардите

пероральный

внутривенный

эндолюмбальный

ингаляционный

Терапию инфекционного эндокардита непротезированных клапанов, вызванного группой высокочувствительных к пенициллину Streptococci, у взрослых людей проводят цефтриаксоном внутривенно в дозе

*** _____ * г/сут**

1

2

1,5

0,5

У пациентов с непереносимостью бензилпенициллина или цефтриаксона рекомендовано использование

кларитромицина

ванкомицина

цефепима

фосфомицина

Экстренное оперативное вмешательство рекомендуется пациентам с инфекционным эндокардитом при

положительном эффекте от антибактериальной терапии

фракции выброса 55-60%

уменьшении числа вегетаций

сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

Показанием к раннему оперативному вмешательству при инфекционном эндокардите является

положительном эффекте от антибактериальной терапии

фракции выброса 55-60%

уменьшении числа вегетаций

сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом.

Жалобы

на боль в загрудинной области сжимающего характера, возникшую после эмоционального стресса впервые в жизни, с иррадиацией в левую половину туловища, длящуюся более 20 минут.

Анамнез заболевания

Ранее болей в грудной клетке не отмечал, физическую нагрузку переносил удовлетворительно, цифры АД не измерял, последний медицинский осмотр более 2-х лет назад.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Образование высшее. * Работает программистом, ведет малоподвижный образ жизни. * Наследственность: мать 78-ми лет страдает ИБС, отец умер в 60 лет от ИМ, брат 60-ти лет страдает АГ. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Вредные привычки: курит в течение 40 лет по ½ пачке сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормального питания. ИМТ – 25,2 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые, умеренной влажности. Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Периферические

лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. ЧДД – 18 в минуту. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 83 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными и лабораторными методами исследования являются

- положительном эффекте от антибактериальной терапии
- фракции выброса 55-60%
- уменьшении числа вегетаций
- сердечной недостаточности (отек легких, кардиогенный шок)

Результаты инструментальных и лабораторных методов обследования

Наиболее ранним, но неспецифическим, маркером некроза миокарда является

- МВ-КФК
- тропонин
- КФК
- миоглобин

Больного необходимо

- госпитализировать в стационар, имеющий отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения
- направить на консультацию врача-кардиолога
- направить на консультацию врача - сердечно-сосудистого хирурга
- вести в амбулаторных условиях

Предварительным диагнозом данного пациента является

- ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.
- ОКС_пST

ОКСбпST

ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.

У пациента ре-тест на высокочувствительный тропонин через 3 часа выявил дальнейшее повышение уровня фермента. По результатам ЭхоКГ, выполненной в стационаре больному при поступлении, зон нарушения локальной сократимости миокарда не выявлено. Основным диагнозом является

ИБС. Стенокардия напряжения 3 ф.кл.

ОКСпST

ОКСбпST

ИБС. Стенокардия напряжения 4 ф.кл.

Для определения тактики ведения пациента необходимо оценить риск по шкале

GRACE

CHA2DS2-VASc

TIMI

SCORE

У пациента сумма баллов по шкале GRACE равна 105, пациенту показана/показано

консервативная терапия

тромболитическая терапия

первичное чрескожное коронарное вмешательство

коронарное шунтирование

Больному в возможно более ранние сроки необходимо назначить двойную антиагрегантную терапию в нагрузочной дозе

ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 180 мг

ацетилсалициловая кислота 300 мг + тикагрелор 180 мг

ацетилсалициловая кислота 100 мг + тикагрелор 90 мг

ацетилсалициловая кислота 100 мг + клопидогрел 75 мг

В качестве антиишемического препарата необходимо назначить

мельдоний

бета-адреноблокатор

ивабрадин

триметазидин

У больных с ОКСбпСТ лечение b-адреноблокаторами не следует начинать при наличии на ЭКГ у больного

интервала PQ>0,24 сек.

(-) Т в грудных отведениях

депрессии сегмента ST

индексе Соколова-Лайона >35 мм

Назначение препаратов группы гепарина больным с ИМбпСТ

показано

показано в случае рецидивирования болевого синдрома

не показано

показано больным старше 60 лет

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана пациенту при

показано

показано в случае рецидивирования болевого синдрома

не показано

показано больным старше 60 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 53 лет обратился к кардиологу

Жалобы

на внезапно возникший эпизод учащенного ритмичного сердцебиения, сопровождающийся головокружением, слабостью.

Анамнез заболевания

В течение последних 2-3 лет беспокоят эпизоды перебоев в работе сердца длительностью несколько минут, купирующиеся самостоятельно, по поводу чего не обследовался, лекарственных препаратов не принимал. Повышение АД более 140/90 мм рт. ст. отрицает. Ухудшение самочувствия за последние 2 часа, когда возникли вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

* Работает начальником отдела кадров * Перенесённые заболевания: острое нарушение мозгового кровообращения 2 года назад диагностированное по результатам МРТ головного мозга, сохраняется слабость в левой руке. * Наследственность: мама 78 лет – относительно здорова, отец 80 лет – гипертоническая болезнь. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: курит по ¼ пачки в день – 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

При осмотре кожные покровы обычной влажности и цвета. В легких хрипов нет, дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС около 100 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

показано

показано в случае рецидивирования болевого синдрома

не показано

показано больным старше 60 лет

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для верификации нарушения ритма и для выбора дальнейшей тактики лечения являются

показано

показано в случае рецидивирования болевого синдрома

не показано

показано больным старше 60 лет

Результаты обследования

На основании данных анамнеза, жалоб и результатов инструментальной диагностики можно диагностировать

показано

показано в случае рецидивирования болевого синдрома

не показано

показано больным старше 60 лет

Диагноз ставится на основании ЭКГ признаков наличия

нерегулярных волн f различной морфологии

регулярных волн f «пилообразной» формы

наличия зубца Р после комплекса QRS, $PR > RP$, RP менее 70 мсек

наличия Р зубцов перед QRS, $PR < RP$

При плохо различимых волнах F/f на ЭКГ для уточнения диагноза рекомендовано выполнение ЭКГ

в отведениях по Небу

чреспищеводной

методом Арриги

в ортогональных отведениях

Для купирования приступа данной аритмии возможно

назначение метопролола в высоких дозах

применение вагусных приемов

применение чреспищеводной электростимуляции предсердий

назначение дигоксина

Для купирования приступа аритмии при невозможности применения чреспищеводной электростимуляции предсердий следует рекомендовать

внутривенное введение добутамина

пероральный прием амиодарона

внутривенное введение амиодарона

пероральный прием дигоксина

Первоначально вводимая доза амиодарона составляет + ____ + мг/кг внутривенно в течение 1 ч

15

5

50

25

При неэффективности попыток медикаментозного восстановления ритма показано

выполнение имплантации ЭКС

выполнение имплантации ресинхронизирующего устройства

проведение электрической кардиоверсии

проведение катетерной аблации АВ-узла

Начальная мощность синхронизированного бифазного разряда при плановой электрической кардиоверсии составляет + _____ + Дж

110-135

20-45

50-75

80-105

Пациентам с фибрилляцией/трепетанием предсердий длительностью более 48 часов перед проведением плановой электрической кардиоверсии необходимо назначить

фибринолитики

статины

антагонисты витамина К

антагонисты P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов

Оценка эффективности антикоагулянтной терапии варфарином оценивается на основании значений

фибринолитики

статины

антагонисты витамина К

антагонисты P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа, волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

* Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни; * медикаментозную терапию ранее не получал.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту; * по профессии бухгалтер; * перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 56 лет; * наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет; * вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает; * регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 уд. в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровней

фибринолитики

статины

антагонисты витамина К

антогонисты P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения являются

фибринолитики

статины

антагонисты витамина К

антогонисты P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов

Результаты инструментальных методов обследования

На основании имеющихся данных, данному пациенту можно поставить диагноз

фибринолитики

статины

антагонисты витамина К

антогонисты P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов

Диагноз

Для обезболивания пациенту показано назначение

дротаверина

морфина

парацетамола

ибупрофена

Госпитализация пациенту

показана в экстренном порядке

показана в случае появления приступов «заложенности» за грудиной

не показана

показана в плановом порядке

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

антиаритмические препараты 1С класса

клопидогрель

ингибиторы протонной помпы

дигоксин

К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у пациента относят мужской пол и

отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям

курение

перенесенную лапароскопическую холецистэктомию в возрасте 56 лет

работу бухгалтером

В случае развития гипокалиемии больному показано введение

бикарбоната натрия

«поляризующей смеси»

калия и магния аспарагината

физиологического раствора

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан больному

1 год

6 месяцев

1 месяц

пожизненно

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

не показано

показано в плановом порядке через месяц

показано в экстренном порядке

показано только после проведения тромболитической терапии

Для длительного лечения артериальной гипертензии у этого больного препаратами выбора являются

дибазол

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

мононитраты

Проведение физиотерапевтических процедур пациенту (горячие ванны, солнечные ванны, электрофорез)

дибазол

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

мононитраты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 64 лет вызвала участкового терапевта на дом через 2 часа после начала заболевания.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 3 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

* Утром после интенсивной физической нагрузки (генеральная уборка квартиры) отметила появление чувства сжатия за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и эпигастральную область впервые в жизни. Попыталась самостоятельно купировать приступ изменением положения тела (легла) и приемом нитроглицерина; * медикаментозную терапию ранее не получала.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту; * по профессии биохимик; * перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет,

аппендэктомия – в 23 года, грыжесечение – в 55 лет; * наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 52 лет, мать страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом, жива, 85 лет; * вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает; * беременностей 2, родов – 2. Менопауза с 52 лет, протекала без особенностей; * регулярно не обследовалась, к врачам не обращалась, отмечала эпизоды повышения артериального давления, точных цифр не помнит.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 60 кг, рост 173 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,8°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 82 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят определение уровня

дибазол

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

мононитраты

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

дибазол

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

мононитраты

Результаты инструментального метода обследования

На основании имеющихся данных, пациентке можно поставить диагноз

дибазол

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

мононитраты

Диагноз

Для обезболивания пациентке показано назначение

морфина

парацетамола

дротаверина

нитроглицерина

В соответствии с данными ЭКГ, наиболее вероятно поражение
+ _____ + артерии

диагональной

оггибающей

правой коронарной

передней нисходящей

Пациентке необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

дигоксин

клопидогрел

омепразол

варфарин

К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у
пациентки относят

менопаузу с 52 лет

перенесенную тонзиллэктомию в возрасте 12 лет

отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям

курение

В случае развития гипокалиемии больной показано введение

раствора Рингера

«поляризующей смеси»

физиологического раствора

калия и магния аспарагината

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан

пожизненно

1 год

1 месяц

6 месяцев

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больной

показано в экстренном порядке

показано только после проведения тромболитической терапии

не показано

показано в плановом порядке через месяц

Для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этой больной препаратами выбора являются

гипотензивные средства центрального действия

дибазол и папаверин

мононитраты

ингибиторы АПФ

Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациентке

гипотензивные средства центрального действия

дибазол и папаверин

мононитраты

ингибиторы АПФ

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

гипотензивные средства центрального действия

дибазол и папаверин

мононитраты

ингибиторы АПФ

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза следует выполнить

гипотензивные средства центрального действия

дибазол и папаверин

мононитраты

ингибиторы АПФ

Результаты обследования

Данной больной можно поставить диагноз

гипотензивные средства центрального действия

дибазол и папаверин

мононитраты

ингибиторы АПФ

Диагноз

Основная немедикаментозная терапия включает

ультрафиолетовое облучение

снижение массы тела

сауну

ходьбу со скандинавскими палками

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

ограничить нагрузку

ношение ортеза с жесткой фиксацией

ношение эластичного надколенника

подобрать обувь с поддержкой стопы

При сильной боли в суставах лечение начинают с

внутрисуставного введения метотрексата

НПВП в максимальных дозах внутримышечно

НПВП в средних дозах перорально

внутрисуставного введения гиалуроновой кислоты

При приеме НПВП необходим контроль за

частотой сердечных сокращений

уровнем артериального давления

динамикой ЭКГ

пульсоксиметрией

При наличии выраженного синовита коленных суставов назначают

внутрисуставное введение диклофенака

внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты высокой молекулярной массы

внутрисуставное введение триамцинолона

внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты

Остеоартроз проявляется рентгенологическими признаками сужения суставной щели и

хондрокальцинозом

хрящевой деструкцией

развития остеофитов

эрозиями

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

диацереин

экстракт имбиря

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

массаж кистей

ношение ортезов

эластичное бинтование нижних конечностей

обучение пациентов

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

парацетамолом

диклофенаком

трамаолом

пироксикамом

При неэффективности обезболивающей терапии и наличии признаков воспаления назначают

нестероидные противовоспалительные препараты

трамадол

гидроксихлорохин

метотрексат

При сильной боли в суставах лечение следует начинать с

преднизолона

трамадола

комплексных анальгетиков

НПВП

При наличии синовита коленных суставов назначают

внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты

внутрисуставное введение гиалуроновой кислоты высокой молекулярной массы

гиалуронат

внутрисуставное введение триамцинолона ацетонида

Остеоартроз проявляется рентгенологическими признаками сужения суставной щели и

остеопорозом

хондрокальцинозом

эрозиями, узорами

развитием остеофитов

Препаратами замедленного действия в лечении остеоартроза служат

аминохинолиновые препараты

глюкокортикостероиды

нестероидные противовоспалительные препараты

хондропротекторы

При наличии синовита коленных суставов не следует назначать внутрисуставное введение

препаратов гиалуроновой кислоты

гидрокортизона

метилпреднизолона

батаметазона

Узелки Гебердена и Бушара являются проявлением остеоартроза

препаратов гиалуроновой кислоты

гидрокортизона

метилпреднизолона

батаметазона

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 36,7°C. * Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. * Правый коленный сустав деформирован, 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

метилпреднизолона

батаметазона

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

препаратов гиалуроновой кислоты

гидрокортизона

метилпреднизолона

батаметазона

Результаты инструментальных методов обследования

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

препаратов гиалуроновой кислоты

гидрокортизона

метилпреднизолона

батаметазона

Диагноз

У больного рентгенологические признаки сакроилеита + ____ + стадии

I

II

IV

III

Основная немедикаментозная терапия включает

ежедневное выполнение комплекса ЛФК

курортотерапию с грязелечением

курортотерапию с проведением родоновых ванн

ходьбу на длинные дистанции

Основная медикаментозная терапия включает

терапию БПВП

постоянный прием НПВП

курсовой прием НПВП

прием НПВП по требованию

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-CPБ

DAS28-CPБ

PsARC

BASDAI

Риск развития НПВП-гастропатии ассоциирован с

приемом антибиотиков

использованием диуретиков

инфекцией *H.pylori*

приемом антагонистов рецепторов AT2

При недостаточной эффективности НПВП и наличии энтезитов назначают

метотрексат 15 мг/нед

локальное введение глюкокортикоидов

пульс-терапию преднизолоном

преднизолон внутрь

При недостаточной эффективности НПВП и периферических артритах назначают

лефлюномид 20 мг/сут

мофетила микофенолат 1000 мг/сут

гидроксихлорохин 200 мг/сут

сульфасалазин по 2-3 гр/сут

Глюкокортикоиды внутрь при анкилозирующем спондилите назначают при

лефлюномид 20 мг/сут

мофетила микофенолат 1000 мг/сут

гидроксихлорохин 200 мг/сут

сульфасалазин по 2-3 гр/сут

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет обратилась к участковому терапевту

Жалобы

На одышку и сердцебиение при доступных ранее нагрузках (быстрая ходьба, подъем по лестнице).

Анамнез заболевания

Вчера во второй половине дня неожиданно появились боли в левом плече и левом плечевом суставе, которые стихли через несколько часов. Сегодня утром пошла в поликлинику и по дороге заметила, что ранее доступные нагрузки вызывают сердцебиение и одышку.

Анамнез жизни

* более 20 лет отмечается повышенное артериальное давление, регулярно принимает периндоприл 5 мг в день. Боли в суставах ранее не беспокоили. * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не было * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 166 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Плечевые суставы не изменены, движения в них безболезненные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный.

Для выявления угрожающих жизни заболеваний в первую очередь следует провести

лефлюномид 20 мг/сут

мофетила микофенолат 1000 мг/сут

гидроксихлорохин 200 мг/сут

сульфасалазин по 2-3 гр/сут

Результаты обследования

На ЭКГ имеются признаки + _____ + инфаркта миокарда

лефлюномид 20 мг/сут

мофетила микофенолат 1000 мг/сут

гидроксихлорохин 200 мг/сут

сульфасалазин по 2-3 гр/сут

В данной ситуации участковому врачу терапевту необходимо рекомендовать пациентке разжевать 250 мг + _____ + и принять внутрь 600 мг + _____ +. Вызвать бригаду СМП для экстренной госпитализации пациентки.

клопиксола; ацетилцистеина

клопидогреля; ацетилсалициловой кислоты

ацетилсалициловой кислоты; клопидогреля

ацетилцистеина; клопиксола

Реперфузионная терапия в данном случае

клопиксола; ацетилцистеина

клопидогреля; ацетилсалициловой кислоты

ацетилсалициловой кислоты; клопидогреля

ацетилцистеина; клопиксола

Пациентке необходимо экстренно выполнить

медикаментозную дефибрилляцию

введение адреналина

электрическую дефибрилляцию

наружную контрпульсацию

При неэффективности трех разрядов энергией в 150–360 Дж перед применением следующих разрядов рекомендуется внутривенное болюсное введение

медикаментозную дефибрилляцию

введение адреналина

электрическую дефибрилляцию

наружную контрпульсацию

После имплантации стента с лекарственным покрытием для проведения двойной антитромбоцитарной терапии рекомендуется использовать комбинацию

клопидогрела и тикагрелора

АСК и ривароксабана

АСК и тикагрелора

АСК и клопидогрела

При отсутствии противопоказаний двойную антитромбоцитарную терапию рекомендуется проводить

в течение месяца

в течение года

неопределенно долго

в течение полугода

Через год после начала двойной антитромбоцитарной терапии АСК и тикагрелором следует отменить

тикагрелор

любой из этих препаратов

АСК

оба препарата

При отсутствии противопоказаний, назначение ингибиторов АПФ данной пациентке является

противопоказанным (III)

обязательным (I)

желательным (IIa)

допустимым (IIb)

Для уточнения показаний к назначению бета-адреноблокаторов следует выполнить

противопоказанным (III)

обязательным (I)

желательным (IIa)

допустимым (IIb)

Результаты обследования

При отсутствии противопоказаний, назначение бета-адреноблокаторов данной пациентке является

противопоказанным (III)

обязательным (I)

желательным (IIa)

допустимым (IIb)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 42 лет вызвал на дом врача-терапевта участкового в связи с острым заболеванием

Жалобы

на приступообразный кашель с вязкой, плохо отходящей, желто-коричневой мокротой, повышение температуры до 38,5°C, головную боль в лобной области, желто-зеленые выделения из носа, боли в горле, выраженную слабость, потливость.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 3 дня назад, когда появились боли в горле, повысилась температура до 37,5°C. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. * Заболевание связывает с сильным переохлаждением. * Самостоятельно принимал жаропонижающие, противовирусные препараты (арбидол), полоскал горло антисептическими растворами (мирамистин). * На фоне проводимой терапии боли в горле уменьшились, однако появился приступообразный кашель, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость, желто-зеленые выделения из носа. Стала беспокоить сильная головная боль в лобной области. * При более детальном сборе анамнеза выяснено, что месяц назад пациент поставил имплантаты зубов, в связи с чем получал профилактическую антибактериальную терапию цефалоспорином 3 поколения в течении 14 дней

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: преподаватель * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендектомия. * Наследственность: у матери – бронхиальная астма, дядя болел туберкулезом. * Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 64 кг, рост 175 см.

Температура 37,9°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Отмечается усиление болезненности при перкуссии в надбровной области справа. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Справа в межлопаточной области притупление перкуторного звука. Над областью незначительное притупление перкуторного звука, над этой же областью выслушиваются звонкие влажные и крепитирующие хрипы, дыхание ослаблено. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

противопоказанным (III)

обязательным (I)

желательным (IIa)

допустимым (IIb)

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

противопоказанным (III)

обязательным (I)

желательным (IIa)

допустимым (IIb)

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

противопоказанным (III)

обязательным (I)

желательным (IIa)

допустимым (IIb)

Диагноз

Больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить

респираторные фторхинолоны + цефалоспорины 2 поколения

β -лактамы с антисинегнойной активностью $\pm$ макролиды

респираторные фторхинолоны

цефалоспорины 1-2 поколения $\pm$ макролиды или бета-лактамы с антисинегнойной активностью

К респираторным фторхинолонам относится

канамицин

цефтазидим

левофлоксацин

джозамицин

К факторам риска развития пневмонии, вызванной полирезистентными возбудителями, у данного пациента относят

самостоятельное лечение в амбулаторных условиях, прием противовирусных препаратов

длительный стаж курения

развитие пневмонии на фоне ОРВИ

прием цефалоспоринов 3 поколения в предшествующие 30 дней

Пациенту необходимо назначить

муколитики

препараты, нормализующие микрофлору кишечника

антигистаминные препараты

бронхолитики (беродуал через небулайзер)

Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной клетки является

муколитики

препараты, нормализующие микрофлору кишечника

антигистаминные препараты

бронхолитики (беродуал через небулайзер)

Дополнительная информация

На 3-и сутки лечения левофлоксацином 500 мг 1 р/сут внутрь, ацетилцистеином 600 мг внутрь 1 р/сут., ринофлуимуцилом спрей для носа по 2 дозы 4 р/сут, мометазоном по 2 дозы в каждый носовой ход 2 р/сут. пациент был повторно осмотрен участковым врачом терапевтом. На фоне лечения отмечается положительная динамика: температура тела снизилась до 37,1 С, улучшилось отхождение мокроты, прошла головная боль. Учитывая положительную динамику в состоянии пациента, рекомендовано продолжить курс начатой терапии с повторным осмотром по завершению курса антибиотикотерапии (через 4 дня). Пациент повторно обратился к врачу-терапевту через 7 дней с жалобами на расстройство стула - жидкий стул до 4-5 раз в сутки в течение 2 дней, метеоризм, дискомфорт в животе, вчера отметил подъем температуры до 37,5 С. Одократно принял лоперамид, но-шпу. Со слов больного, закончил курс приема ранее назначенных лекарств 3 дня назад, чувствовал себя хорошо, сохранялся влажный кашель, температура нормализовалась, а через день возникли вышеописанные симптомы. Эпиданамнез: без особенностей.

Объективно: состояние относительно удовлетворительно. Температура 37,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. ЛОР-органы: без особенностей. Грудная клетка – правильной формы. Над поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 90 в мин., АД 120/70 мм рт.ст. Живот живот симметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, при перкуссии: тимпанит. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Физиологические отправления: мочеиспускание не нарушено, стул жидкий, без патологических примесей, до 5 р/сут, светло-коричневого цвета. Анализ кала на антигены *C. difficile* А и В - положительный. Поставлен диагноз: *Clostridium difficile* - ассоциированная диарея

Для терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни лёгкого/среднетяжёлого течения показано назначение

моксифлоксацина

меропенема

метронидазола

ванкомицина

Рекомендованная пациенту доза метронидазола при легкой и средне-тяжелой форме составляет + _____ + мг, + _____ + раза в день, + _____ + дней

250; 2; 5

500; 3; 10

250; 1; 10

500; 1; 5

При неэффективности терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на

цефоперазон

имипенем

фенспирид

ванкомицин

Эффективными средствами для профилактики и лечения антибиотик-ассоциированной диареи являются

цефоперазон

имипенем

фенспирид

ванкомицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

Анамнез заболевания

Боли при ходьбе беспокоят на протяжении года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает. * в настоящее время не курит, алкоголем

не злоупотребляет. * профессиональных вредностей не имела. * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

цефоперазон

имипенем

фенспирид

ванкомицин

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

цефоперазон

имипенем

фенспирид

ванкомицин

Результаты лабораторных методов обследования

На основании жалоб пациентки, результатов обследования можно диагностировать стенокардию напряжения + _____ + функционального класса

цефоперазон

имипенем

фенспирид

ванкомицин

Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

II стадии с артериальной гипертензией 2-й степени

III стадии с артериальной гипертензией 2-й степени

II стадии с артериальной гипертензией 1-й степени

III стадии с артериальной гипертензией 1-й степени

Результаты + _____ + позволяют констатировать у данной пациентки высокий риск смерти

оценки предтестовой вероятности ИБС

определения уровня холестерина в крови

трансторакальной эхокардиографии

стресс-эхокардиографии

В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию бисопролола 5 мг 1 раз в день и + _____ + раз(а) в день

амлодипина 5 мг 1

ивабрадина 5 мг 2

нитросорбида 10 мг 2

верапамила 40 мг 3

При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить + _____ + раза в день

дилтиазем 60 мг 3

верапамил 40 мг 3

дилтиазем 120 мг 2

нитросорбид 10 мг 2

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке наряду с назначением ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг в сутки должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше + _____ + ммоль/л

дилтиазем 60 мг 3

верапамил 40 мг 3

дилтиазем 120 мг 2

нитросорбид 10 мг 2

Состояние гемодинамики соответствует + ____ + классу по Killip

III

I

IV

II

Для купирования отека легких пациентке необходимо вводить

метопролол внутривенно струйно

натрия аденозинтрифосфат внутривенно струйно

дигоксин внутривенно струйно

нитроглицерин внутривенно капельно

Пациентам с ОКС рекомендовано немедленное снижение

САД ниже 140 мм рт. ст

САД ниже 160 мм рт. ст

ДАД ниже 90 мм рт. ст

ДАД ниже 80 мм рт. ст

В данной ситуации пациентке показана

САД ниже 140 мм рт. ст

САД ниже 160 мм рт. ст

ДАД ниже 90 мм рт. ст

ДАД ниже 80 мм рт. ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет обратилась к участковому врачу-терапевту поскольку при профилактическом медицинском осмотре у нее было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст.

Жалобы

нет

Анамнез заболевания

Артериальное давление в последние 10 лет не измеряла, каких-либо нарушений самочувствия не испытывала.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, пульс 84 в 1 мин, АД при первом измерении 175/100 мм рт. ст., при повторном – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

САД ниже 140 мм рт. ст

САД ниже 160 мм рт. ст

ДАД ниже 90 мм рт. ст

ДАД ниже 80 мм рт. ст

Результаты инструментальных методов обследования

Для выяснения причины аритмии рекомендуется определение в крови уровня

САД ниже 140 мм рт. ст

САД ниже 160 мм рт. ст

ДАД ниже 90 мм рт. ст

ДАД ниже 80 мм рт. ст

Результаты обследования

При оценке общего сердечно-сосудитого риска у больных артериальной гипертензией используются результаты определения в крови уровня

САД ниже 140 мм рт. ст

САД ниже 160 мм рт. ст

ДАД ниже 90 мм рт. ст

ДАД ниже 80 мм рт. ст

Результаты обследования

Выявленное нарушение ритма является пароксизмальной(-ым)

САД ниже 140 мм рт. ст

САД ниже 160 мм рт. ст

ДАД ниже 90 мм рт. ст

ДАД ниже 80 мм рт. ст

Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

следствием заболевания щитовидной железы

следствием артериальной гипертонии

следствием ишемической болезни сердца

идиопатической

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc равна

3

2

0

1

Медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данной пациентки

возможна, но не желательна (класс рекомендаций IIb)

обязательна (класс рекомендаций I)

не желательна (класс рекомендаций III)

возможна, но не обязательна (класс рекомендации IIa)

Учитывая наличие пароксизмальной фибрилляции предсердий, для лечения артериальной гипертензии целесообразно использовать

возможна, но не желательна (класс рекомендаций IIb)

обязательна (класс рекомендаций I)

не желательна (класс рекомендаций III)

возможна, но не обязательна (класс рекомендации IIa)

Пациентке показана экстренная

электрическая кардиоверсия

транспортировка

медикаментозная кардиоверсия

тромболитическая терапия

Для проведения электрической кардиоверсии бифазным дефибриллятором необходимо выбрать энергию разряда + _____ + Дж.

70-110

120-150

160-200

40-60

Перед проведением электрической кардиоверсии необходимо ввести + _____ + в лечебных дозах.

гепарин

дигоксин

новые оральные антикоагулянты

лидокаин

Пациентке после восстановления синусового ритма показана + _____ + - х недельная антикоагуляция с последующей оценкой риска

тромбоэмболических осложнений и необходимости длительной антикоагулянтной терапии.

гепарин

дигоксин

новые оральные антикоагулянты

лидокаин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На ноющие боли в области грудины, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более 2 пролетов и проходят после 5-минутного отдыха

Анамнез заболевания

На ноющие боли в области грудины, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более 2 пролетов и проходят после 5-минутного отдыха. Боли беспокоят в течение последних 3 месяцев.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не визуализируется и не пальпируется. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в 1 мин, АД 175/105 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

гепарин

дигоксин

новые оральные антикоагулянты

лидокаин

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

гепарин

дигоксин

новые оральные антикоагулянты

лидокаин

Результаты лабораторных методов обследования

Жалобы пациента соответствуют клинической картине

гепарин

дигоксин

новые оральные антикоагулянты

лидокаин

Жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения

III функционального класса

IV функционального класса

II функционального класса

I функционального класса

Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

+ _____ +. Сердечно-сосудистый риск + _____ +.

III стадии, 3-й степени; высокий

III стадии, 2-й степени; очень высокий

II стадии, 3-й степени; высокий

II стадии, 2-й степени; очень высокий

В качестве стартовой антиангинальной и антигипертензивной терапии можно назначить комбинацию

бисопролола 5 мг 1 раз в день и верапамила 40 мг 3 раза в день

амлодипина 5 мг 1 раз в день и периндоприла 5 мг 1 раз в день

бисопролола 5 мг 1 раз в день и периндоприла 5 мг 1 раз в день

бисопролола 5 мг 1 раз в день и нитросорбида 10 мг 2 раза в день

При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить

нитросорбид 10 мг 2 раза в день

дилтиазем 60 мг 3 раза в день

верапамил 40 мг 3 раза в день

дилтиазем 120 мг 2 раза в день

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке назначена ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг 1 р/сутки, а также назначен статин (аторвастатин) в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше

нитросорбид 10 мг 2 раза в день

дилтиазем 60 мг 3 раза в день

верапамил 40 мг 3 раза в день

дилтиазем 120 мг 2 раза в день

Прием статина требует контроля

АСТ, АЛТ

электролиты крови

ГГТП, ЩФ

креатинин, мочевая кислота

В данной клинической ситуации (АСТ, АЛТ увеличены в пределах 2-х норм) прием статина следует

заменить на эзетимиб

отменить

продолжить

продолжить в сниженной дозе

При продолжении терапии статинами на фоне повышенных до 3-х норм АСТ, АЛТ необходимо проконтролировать эти показатели через +____+ недель(-и)

4-6

10-12

7-8

2-3

В случае, когда у пациентов не удастся достичь целевой уровень ХС ЛНП на монотерапии статинами, следует прибегнуть к комбинированной терапии, добавляя к статинам

4-6

10-12

7-8

2-3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная В. 33 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, «заложенность» в грудной клетке, потливость, общую слабость

Анамнез заболевания

с детского возраста страдает хроническим тонзиллитом. В течение последних двух лет после респираторных инфекций длительно беспокоил приступообразный сухой кашель. По данному поводу обследование не проводилось. Три месяца назад после переохлаждения перенесла двустороннюю пневмонию, проводилась антибактериальная терапия, с положительным эффектом. После лечения сохранялся приступообразный сухой кашель. Самостоятельно принимала противокашлевые препараты без отчетливого эффекта. Кроме того, стала отмечать постепенное учащение и усиление приступов кашля, появление небольшого количества светлой мокроты. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда после участия в двухдневной ревизии библиотеки стали беспокоить ежедневные приступы кашля в дневное время, однократно возник эпизод кашля ночью, появились ощущение «заложенности» в грудной клетке, потливость, общая слабость.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась соответственно возрасту. • Наследственность: отец страдает ревматоидным артритом, у матери бронхиальная астма; у сестры аллергия на шерсть кошек; дочь – практически здорова. • Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость: пищевая аллергия (при употреблении в пищу цитрусовых – отек Квинке); лекарственную непереносимость отрицает. • Профессиональный анамнез: работает библиотекарем в течение 10 лет. • Вредные привычки: не курит; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м². Носовое дыхание не затруднено. Небные миндалины увеличены в размерах, не гиперемированы, видны беловатые образования в лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO₂ ~ 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются сухие свистящие над всеми легочными полями. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение

4-6

10-12

7-8

2-3

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование уровня + _____ + в крови позволит выявить системную аллергическую реакцию у пациентки

4-6

10-12

7-8

2-3

Результаты обследования

Обязательными инструментальными методами диагностики в данном случае являются

4-6

10-12

7-8

2-3

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и результатов обследования, наиболее вероятным диагнозом у больной является

4-6

10-12

7-8

2-3

Диагноз

При проведении спирометрии с фармакологической пробой рассчитывается коэффициент бронходилатации по формуле

$$(\text{ОФВ1 после(мл)} - \text{ОФВ1 исх(мл)}) / \text{ОФВ1 после(мл)} \times 100\%$$

$$(\text{ОФВ1 исх(мл)} - \text{ОФВ1 после(мл)}) / \text{ОФВ1 исх(мл)} \times 100\%$$

$$(\text{ОФВ1 после(мл)} - \text{ОФВ1 исх(мл)}) / \text{ОФВ1 исх(мл)} \times 100\%$$

$$(\text{ОФВ1 после(мл)} - \text{ОФВ1 исх(мл)}) / \text{ОФВ1 исх(мл)} / 100\%$$

Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации (КБД) по ОФВ1 составляет не менее + _____ + %

10

6

8

12

В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

длительный стаж курения

генетическую предрасположенность

наличие лекарственной непереносимости

возраст

Базисная терапия основного заболевания предусматривает назначение

антигистаминных препаратов в комбинации с короткодействующими β_2 -адреномиметиками по потребности

системных глюкокортикостероидов

низких доз ингаляционных ГКС/ β_2 -адреномиметиков длительного действия

высоких доз ингаляционных ГКС/ β_2 -адреномиметиков длительного действия

В случае недостаточного контроля бронхиальной астмы у данной пациентки возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии + _____ + препаратов

жаропонижающих

антигистаминных

антилейкотриеновых

иммуномодулирующих

Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать

жаропонижающих

антигистаминных

антилейкотриеновых

иммуномодулирующих

С учетом клинического состояния пациентки, результатов ФВД, дальнейшая тактика предполагает

оставить текущую терапию неопределенно долго

оставить текущую терапию еще на 3 месяца

использование ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах

отменить использование лечебных препаратов

Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной рекомендовано отслеживать

оставить текущую терапию неопределенно долго

оставить текущую терапию еще на 3 месяца

использование ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах

отменить использование лечебных препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная В. 33 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту

Жалобы

На приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, «заложенность» в грудной клетке, потливость, общую слабость

Анамнез заболевания

С детского возраста страдает хроническим тонзиллитом. В течение последних двух лет после перенесенных респираторных инфекций длительное время сохраняется сухой приступообразный кашель. По данному поводу обследование не проводилось. Три месяца назад перенесла двустороннюю пневмонию, проводимая антибактериальная терапия с положительным эффектом. Однако, после разрешения пневмонии остался сухой приступообразный кашель. Самостоятельно принимала противокашлевые препараты без отчетливого эффекта. Кроме того, пациентка отметила постепенное учащение и усиление приступов кашля, появление небольшого количества светлой вязкой мокроты. В течение последних двух недель, после участия в двухдневной ревизии библиотеки, состояние ухудшилось - появились ежедневные приступы сухого кашля в дневное время, и однократно был приступ кашля ночью, появились ощущение «заложенности» в грудной клетке, потливость, общая слабость.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась соответственно возрасту. • Наследственность: отец страдает ревматоидным артритом, у матери бронхиальная астма; у сестры аллергия на шерсть кошек; дочь – практически здорова. • Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость: пищевая аллергия (при употреблении в пищу цитрусовых – отек Квинке); лекарственную непереносимость отрицает. • Профессиональный анамнез: работает библиотекарем в течение 10 лет. • Вредные привычки: не курит; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м². Носовое дыхание не затруднено. Небные миндалины увеличены в размерах, не гиперемизированы, видны беловатые образования в лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO₂ ~ 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются сухие свистящие над всеми легочными полями, усиливающиеся при форсированном выдохе. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение

- оставить текущую терапию неопределенно долго
- оставить текущую терапию еще на 3 месяца
- использование ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах
- отменить использование лечебных препаратов

Результаты лабораторных методов обследования

Для оценки характера воспаления в качестве дополнительного исследования у пациентки рекомендуется определить

- оставить текущую терапию неопределенно долго
- оставить текущую терапию еще на 3 месяца
- использование ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах
- отменить использование лечебных препаратов

Результаты обследования

Обязательными инструментальными методами диагностики в данном случае являются

- оставить текущую терапию неопределенно долго
- оставить текущую терапию еще на 3 месяца
- использование ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах
- отменить использование лечебных препаратов

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и результатов обследования, наиболее вероятным диагнозом у больной является

оставить текущую терапию неопределенно долго

оставить текущую терапию еще на 3 месяца

использование ингаляционных глюкокортикостероидов в низких дозах

отменить использование лечебных препаратов

При проведении спирометрии с фармакологической пробой сальметерол используют в дозе + _____ + мкг

40

0,4

400

4

В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

длительный стаж курения

генетическую предрасположенность

наличие лекарственной непереносимости

возраст

Базисная терапия основного заболевания предусматривает назначение

системных глюкокортикостероидов

низких доз ингаляционных ГКС/ β_2 -адреномиметиков длительного действия

высоких доз ингаляционных ГКС/ β_2 -адреномиметиков длительного действия

антигистаминных препаратов в комбинации с короткодействующими β_2 -адреномиметиками по потребности

Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать

строгую гиполипидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры
проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры
грязевых аппликаций
ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание
смену рода деятельности, снижение массы тела

Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой пациентка должна отслеживать

суточные колебания пиковой скорости выдоха
изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
суточные колебания SpO₂
суточные колебания частоты дыхательных движений

В случае недостаточного контроля бронхиальной астмы у данной пациентки возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии + _____ + препаратов

жаропонижающих
антилейкотриеновых
иммуномодулирующих
антигистаминных

Антилейкотриеновым препаратом является

омализумаб
монтелукаст
эксенатид
амантадин

Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет + _____ + раз/раза в год

омализумаб

монтелукаст

эксенатид

амантадин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет обратился к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость

Анамнез заболевания

самочувствие ухудшилось несколько дней назад после злоупотребления алкоголем

Анамнез жизни

* хронических заболеваний в анамнезе нет * не курит, регулярное злоупотребление алкоголем отрицает * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 112 в 1 мин, пульс 96 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся

омализумаб

монтелукаст

эксенатид

амантадин

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для выяснения причины аритмии лабораторным исследованиям относятся определение в крови уровня

омализумаб

монтелукаст

эксенатид

амантадин

Содержание в крови

Выявленное нарушение ритма является впервые выявленной(-ым)

омализумаб

монтелукаст

эксенатид

амантадин

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc равна

3

1

2

0

Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данного пациента

обязательна (класс рекомендаций I)

возможна, но не желательна (класс рекомендаций IIb)

возможна, но не обязательна (класс рекомендации IIa)

не желательна (класс рекомендаций III)

Восстановление синусового ритма можно провести не ранее, чем через + _____ + адекватной антикоагулянтной терапии

2 недели

1 неделю

месяц

3 недели

Восстановление синусового ритма без трехнедельной антикоагулянтной подготовки возможно, если

высококчувствительный тропониновый тест отрицательный

при чреспищеводной эхокардиографии не выявлены противопоказания к кардиоверсии

при трансторакальной эхокардиографии не выявлены тромбы в левом предсердии

высококчувствительный Д-димер тест отрицательный

После восстановления синусового ритма прием антикоагулянтов следует

высококчувствительный тропониновый тест отрицательный

при чреспищеводной эхокардиографии не выявлены противопоказания к кардиоверсии

при трансторакальной эхокардиографии не выявлены тромбы в левом предсердии

высококчувствительный Д-димер тест отрицательный

Механизм действия дабигатрана обусловлен прямым обратимым ингибированием

плазмина

XIIa фактора

Xa фактора

тромбина

При применении дабигатрана контроль МНО

не требуется

требуется у пациентов с кровотечениями в анамнезе

требуется у пациентов старше 65 лет

требуется

В данной ситуации пациенту следует рекомендовать
+ _____ + прием(-а) дабигатрана

уменьшить дозировку

отменить на 1 день

отменить постоянный

продолжить в прежней дозе

Пациентам с развитием тяжелого жизнеугрожающего кровотечения, развившегося на фоне приема дабигатран, возможно введение специфического антидота

уменьшить дозировку

отменить на 1 день

отменить постоянный

продолжить в прежней дозе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Р. 37 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на кашель с вязкой мокротой зеленого цвета, одышку при ходьбе до 50 метров, повышение температуры тела до 37,5°C, общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

с 32-летнего возраста отмечал частые респираторные инфекции (около 5 раз в год), после которых в течение нескольких месяцев беспокоил кашель с отделением небольшого количества трудноотделяемой вязкой мокроты желтого цвета. В связи с этим часто проводились курсы антибактериальной и муколитической терапии, с положительным эффектом. С 35 лет пациент отметил появление и постепенное прогрессирование одышки, в настоящее время одышка возникает при преодолении 250 метров. Из-за одышки, по ровной местности, пациент ходит медленнее, чем люди его же возраста. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней, когда после длительного нахождения на холоде, стали беспокоить кашель с мокротой зеленого цвета, выраженная общая слабость, утомляемость, одышка при ходьбе до 50 метров, повысилась температура тела до 37,5° С.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Наследственность: у отца пациента - ишемическая болезнь сердца; мать страдает остеоартрозом тазобедренных суставов; у сестры – аденомиоз, дочь – практически здорова. * Аллергологический анамнез: при приеме амоксиклава - крапивница. *

Профессиональный анамнез: работает трактористом в течение 12 лет. *
Вредные привычки: больной курит около 10 лет по 2 пачки сигарет в день;
алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4° С. Кожные покровы с цианотичным оттенком, повышенной влажности. ИМТ 27,5 кг/м². ЧД 17 в мин. SpO₂ ~ 93% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких – коробочный звук. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимым лабораторным методом исследования будет

- уменьшить дозировку
- отменить на 1 день
- отменить постоянный
- продолжить в прежней дозе

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными исследованиями являются

- уменьшить дозировку
- отменить на 1 день
- отменить постоянный
- продолжить в прежней дозе

Результаты обследования

При проведении фармакологической пробы с бронходилататором используют сальбутамол в дозе + _____ + мкг

- 0,4
- 4,0
- 40
- 400

Для подбора адекватной антибиотикотерапии следует провести

бактериологический посев мокроты

бактериологический посев крови

цитологическое исследование мазка из зева

иммунологическое исследование крови

Учитывая клинические данные, диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом

бактериологический посев мокроты

бактериологический посев крови

цитологическое исследование мазка из зева

иммунологическое исследование крови

Диагноз

При наличии гнойной мокроты обязательным является назначение

глюкокортикостероидов

антибиотиков

иммуномодуляторов

цитостатиков

Учитывая аллергоанамнез, в качестве этиотропной терапии пациенту необходимо назначить

амоксциллин

цефуроксим

ампициллин

азитромицин

Патогенетическая терапия у данного пациента предусматривает назначение

амоксциллин

цефуроксим

ампициллин

азитромицин

Оценка одышки по шкале mMRC составляет +_____+ степень

3

2

0

1

Учитывая результаты шкалы mMRC, пациенту необходимо назначить бронходилататоры в виде

комбинации длительнодействующих антихолинергиков +
длительнодействующих β_2 -агонистов

длительнодействующих антихолинергиков

комбинации длительнодействующих антихолинергиков +
длительнодействующих β_2 -антагонистов

длительнодействующих β_2 -агонистов

**В случае максимального облегчения симптомов объем
бронходилатационной терапии рекомендуется**

уменьшить, путем отмены одного из лекарств

уменьшить, путем снижения дозы лекарств

оставить прежним

полностью отменить

**Для профилактики прогрессирования хронической обструктивной болезни
легких и развития ее обострений пациенту необходимо**

уменьшить, путем отмены одного из лекарств

уменьшить, путем снижения дозы лекарств

оставить прежним

полностью отменить

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Р. 37 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на кашель с вязкой мокротой зеленого цвета, одышку при быстрой ходьбе, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

С 32-летнего возраста отмечал частые респираторные инфекции (около 5 раз в год), после которых в течение нескольких месяцев беспокоил кашель с отделением небольшого количества трудноотделяемой вязкой мокроты желтого цвета. В связи с этим часто проводились курсы антибактериальной и муколитической терапии, с положительным эффектом. С 35 лет пациент отметил появление и постепенное прогрессирование одышки, в настоящее время одышка возникает при преодолении 250 метров. Из-за одышки, по ровной местности, пациент ходит медленнее, чем люди его же возраста. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней, когда после длительного нахождения на холоде, стали беспокоить кашель с мокротой зеленого цвета, выраженная общая слабость, утомляемость, одышка при ходьбе до 50 метров, повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Наследственность: у отца пациента - ишемическая болезнь сердца; мать страдает остеоартрозом тазобедренных суставов; у сестры – аденомиоз, дочь – практически здорова. * Аллергологический анамнез: при приеме амоксиклава - крапивница. * Профессиональный анамнез: работает трактористом в течение 12 лет. * Вредные привычки: больной курит около 10 лет по 2 пачки сигарет в день; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела $37,4^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы с цианотичным оттенком, повышенной влажности. ИМТ $27,5 \text{ кг/м}^2$. ЧД 17 в мин. $\text{SpO}_2 \sim 93\%$ при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких – коробочный звук. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К основным лабораторным методам обследования данного пациента относятся

уменьшить, путем отмены одного из лекарств

уменьшить, путем снижения дозы лекарств

оставить прежним

полностью отменить

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту в качестве дообследования необходимо провести

уменьшить, путем отмены одного из лекарств

уменьшить, путем снижения дозы лекарств

оставить прежним

полностью отменить

Результаты обследования

Перед проведением спирометрии пациенту необходимо

исключить курение за 1 час перед исследованием

провести курс муколитической терапии

отменить прием антибактериальных препаратов за сутки до исследования

соблюдать гипоаллергенную диету накануне исследования

Для подбора адекватной антибиотикотерапии следует провести

цитологическое исследование осадка мочи

иммунологическое исследование крови

бактериологический посев мокроты

исследование кала на скрытую кровь

Учитывая клинические данные, диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом

цитологическое исследование осадка мочи

иммунологическое исследование крови

бактериологический посев мокроты

исследование кала на скрытую кровь

Диагноз

При наличии гнойной мокроты обязательным является назначение

- иммуномодуляторов
- глюкокортикостероидов
- цитостатиков
- антибиотиков

Учитывая аллергоанамнез, в качестве этиотропной терапии пациенту необходимо назначить

- цефуроксим
- амоксциллин
- ампициллин
- азитромицин

Патогенетическая терапия у данного пациента предусматривает назначение

- цефуроксим
- амоксциллин
- ампициллин
- азитромицин

Согласно оценочному тесту ХОБЛ, САТ составил >10, пациенту для дальнейшего лечения следует рекомендовать бронходилататоры, представленные

- длительнодействующими β_2 -агонистами
- комбинацией длительнодействующих антихолинергиков + длительнодействующих β_2 -антагонистов
- длительнодействующими антихолинергиками
- комбинацией длительнодействующих антихолинергиков + длительнодействующих β_2 -агонистов

Комбинацией длительнодействующих антихолинергиков + длительнодействующих β_2 -агонистов является

теофиллин + ипратропия бромид

сальбутамол + беклометазон

фенотерол + рофлумаиласт

тиотропия бромид + формотерол

Всем пациентам с ХОБЛ следует рекомендовать вакцинацию против + _____ + инфекции

стафилококковой

пневмококковой

легионеллезной

бруцеллезной

Для профилактики прогрессирования хронической обструктивной болезни легких и развития ее обострений пациенту необходимо

стафилококковой

пневмококковой

легионеллезной

бруцеллезной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, слабость, недомогание, жидкий стул без примеси крови до 4 раз за сутки.

Анамнез заболевания

Всегда считала себя здоровым человеком. 6 дней тому назад после переохлаждения, отметила появление слабости и недомогания, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, сопровождающееся сильным ознобом. На следующий день присоединился кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. По совету знакомых самостоятельно начала приём

амоксиклава 875/125 мг 2 р/сут., однако, существенного улучшения состояния к концу 4 суток лечения амоксиклавом не отмечалось: температура тела колебалась от 37,3^oС до 39,2^oС, сохранялись слабость. Сегодня (на 6 сутки болезни) присоединилась диарея до 4 раз в сутки.

Анамнез жизни

* Вредные привычки отрицает * Аллергологический анамнез неотягощён *

Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 59 кг, рост 170 см. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела 38,7^oС. Видимые слизистые не изменены, миндалины не увеличены, глотание безболезненное, отделяемого из полости носа нет. В легких дыхание везикулярное, на ограниченном участке под левой лопаткой выслушиваются влажные звонкие хрипы, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88 в мин., АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.

Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение

стафилококковой

пневмококковой

легионеллезной

бруцеллезной

Результаты обследования

Для исключения/подтверждения Clostridium difficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приёма амоксиклава показано проведение

стафилококковой

пневмококковой

легионеллезной

бруцеллезной

Результаты обследования

Клинический диагноз может быть сформулирован следующим образом

стафилококковой

пневмококковой

легионеллезной

бруцеллезной

Оценку эффективности проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении + _____ + часов

48-72

72-96

12-24

24-48

Проводимая терапия амоксиклавом

не может быть оценена в настоящий момент

неэффективна

недостаточно эффективна

эффективна

Учитывая неэффективность терапии амоксиклавом, в качестве препарата выбора второй линии целесообразно выбрать

кларитромицин

клиндамицин

левофлоксацин

амоксициллин

Для терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни лёгкого/среднетяжёлого течения показано назначение

метронидазола

моксифлоксацина

ванкомицина

меропенема

Для нейтрализации активности токсинов *C. difficile* следует применить

метронидазола

моксифлоксацина

ванкомицина

меропенема

Эффективность терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни метронизадолом необходимо оценить на + _____ + день лечения

метронидазола

моксифлоксацина

ванкомицина

меропенема

При неэффективности терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на

цефоперазон

фенспирид

ванкомицин

имипенем

Ванкомицин следует назначить в дозе + _____ + мг + _____ + р/сутки на 10 дней

0,125; 6

125; 4

12,5; 2

1,25; 3

После завершения курса лечения ванкомицином (метронидазолом) для профилактики рецидива *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни следует рекомендовать курс + _____ +

0,125; 6

125; 4

12,5; 2

1,25; 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 23 лет обратилась к врачу -терапевту участковому

Жалобы

* на интенсивные продолжительные боли в области верхушки сердца колющего или давящего характера, не связанные с физической нагрузкой, * перебои в работе сердца, * одышку при повседневных нагрузках, * повышение температуры до 37,4°C - 37,6°C

Анамнез заболевания

Несколько дней назад переболела вирусной инфекцией, продолжала ходить на работу во время болезни. Вчера вечером поднялась температура до 37,6°C, появились боли в области верхушки сердца колющего характера, слабость, одышка. Сегодня утром обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Занималась любительским спортом в течение 3 лет * Работает медицинской сестрой в поликлинике * Перенесённые заболевания: детские инфекции * Наследственность не отягощена * Аллергологический анамнез не отягощен * Вредные привычки: отрицает

Объективный статус

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 37,4°C. ИМТ 24 кг/м². Отёков нет. ЧДД – 20 в мин, при аускультации лёгких дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины в V межреберье, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край III ребра. Ритм неправильный (экстрасистолы), ЧСС 102 в 1 минуту. На верхушке I тон ослаблен, выслушивается систолический шум. Пульс 102 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Почки не пальпируются.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

0,125; 6

125; 4

12,5; 2

1,25; 3

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

0,125; 6

125; 4

12,5; 2

1,25; 3

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом является

0,125; 6

125; 4

12,5; 2

1,25; 3

Дифференциальный диагноз следует проводить с

системной красной волчанкой, синдромом гипермобильности соединительной ткани, синдромом Марфана

гипертрофической кардиомиопатией, инфекционным эндокардитом, внебольничной пневмонией

гипертиреозом, острым бронхитом вирусного генеза, соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы

дилатационной кардиомиопатией, инфарктом миокарда, ревматическими и неревматическими поражениями клапанов сердца

Тактика ведения пациента предусматривает

лечение в стационаре на дому

стационарное лечение в профильном отделении

лечение в общетерапевтическом отделении

лечение в дневном стационаре

К основным целям лечения больной миокардитом относится предотвращение формирования необратимой дилатации камер сердца, хронической сердечной недостаточности и

хронической болезни почек

постинфекционной астении

анемии хронического заболевания

возникновения угрожающих жизни больной состояний (тяжелые нарушения ритма и проводимости)

Неспецифическая терапия миокардита включает назначение

хронической болезни почек

постинфекционной астении

анемии хронического заболевания

возникновения угрожающих жизни больной состояний (тяжелые нарушения ритма и проводимости)

Для АВ-блокады II типа Мобитц II на ЭКГ характерно

расстояние P-P и R-R одинаковые, при этом расстояние P-P < R-R, зубцы P могут накладываться на комплексы QRS

выпадение комплекса QRS без предшествующего удлинения интервала P-R(Q)

выпадение комплекса QRS с постепенным удлинением интервала P-R(Q)

F/f волны, одинаковая длительность интервала R-R

Данной пациентке показана

дефибрилляция

временная кардиостимуляция

имплантация кардиовертера-дефибриллятора

постоянная кардиостимуляция

При выполнении временной эндокардиальной однокамерной стимуляции электрод располагают в

правом предсердии

левом предсердии

левом желудочке

правом желудочке

При верном расположении электрода на ЭКГ регистрируется спайк ЭКС за которым следует

инвертированный Р

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса

уширенный зубец Т

В случае прогрессирования острой сердечной недостаточности, вызванной миокардитом, для лечения используют методы вспомогательного кровообращения, в частности, метод

инвертированный Р

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса

уширенный зубец Т

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На повышение температуры до 38,0°C, слабость, кашель со скудной желтоватой мокротой.

Анамнез заболевания

Повышение температуры до 38,0°C и кашель с мокротой беспокоят в течение пяти дней. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. За десять дней до этого перенес ОРВИ.

Анамнез жизни

Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Семейный анамнез не отягощен. . Антибактериальные препараты принимал более 2-х лет назад, название не помнит.

Объективный статус

Состояние пациента средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела 38,2°C. При аускультации выслушивается крепитация в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 18 в минуту. SpO₂ = 96% Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Для постановки диагноза на амбулаторном этапе необходимо выполнить

инвертированный Р

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса

уширенный зубец Т

Результаты обследования

Для постановки диагноза на амбулаторном этапе необходимо выполнить

инвертированный Р

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса

уширенный зубец Т

Результаты обследования

Основным диагнозом у пациента является

инвертированный Р

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду правой ножки пучка Гиса

желудочковый комплекс, напоминающий блокаду левой ножки пучка Гиса

уширенный зубец Т

Диагноз

Течение заболевания следует оценить как

тяжелое

легкое

среднетяжелое

нетяжелое

Оптимальная стартовая антибактериальная терапия включает назначение

левофлоксацина + азитромицина

амоксцициллина

цефиксима

амоксцициллина/клавуланата + джозамицина

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через + _____ + часа/часов

12-18

48-72

24-36

6-10

Одним из критериев достаточности антибактериальной терапии, которые должны быть при решении вопросы об отмене антибиотика, является

исчезновение крепитации в легких

полное клинико-рентгенологическое разрешение пневмонии

стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч

стойкая нормализация температуры в течение 1-х суток от начала лечения

При эффективности лечения остаточные изменения или нормальная рентгенологическая картина легких будут определяться через + _____ + от начала лечения

10-14 дней

6-8 недель

3-4 недели

2-3 месяца

Лечащий врач имеет право единолично выдать пациенту листок нетрудоспособности сроком на + _____ + календарных дней

10

14

7

15

В качестве мер профилактики пациенту следует рекомендовать вакцинацию от

кори

гемофильной инфекции

пневмококка

менингококка

После перенесенной пневмонии необходимо контролировать

SpO₂

толерантность к нагрузкам

функцию внешнего дыхания

частоту сердечных сокращений

При отсутствии патологических клинико - рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдения пациент должен быть отнесен к + _____ + группе здоровья

SpO₂

толерантность к нагрузкам

функцию внешнего дыхания

частоту сердечных сокращений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 54 лет вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

* Утром после интенсивной физической нагрузки (занятия хореографией) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни. Попытался самостоятельно купировать приступ приемом нитроглицерина. *

Медикаментозную терапию ранее не получал.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту * По профессии актер * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 32 лет * При эпизодическом измерении АД были зафиксированы значения 150-154/88-102 мм рт. ст. К врачу не обращался, не обследовался. * Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно. * Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 42 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 70 кг, рост 172 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, выраженная потливость. Температура тела 37,2°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 80 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня

SpO₂

толерантность к нагрузкам

функцию внешнего дыхания

частоту сердечных сокращений

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

SpO₂

толерантность к нагрузкам

функцию внешнего дыхания

частоту сердечных сокращений

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятный диагноз

SpO₂~

толерантность к нагрузкам

функцию внешнего дыхания

частоту сердечных сокращений

Диагноз

Для обезболивания пациенту показано назначение

морфина

ибупрофена

нитроглицерина

парацетамола

**В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение
+ _____ + артерии**

передней нисходящей

огибающей

ствола левой коронарной

диагональной

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

клопидогрель

дигоксин

омепразол

варфарин

Немодифицируемым фактором риска ишемической болезни сердца у пациента является

перенесенную аппендэктомию в возрасте 32 лет

работу актером

курение

отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям

Больному показана госпитализация в стационар

через 7 дней

через 28 дней

немедленно

через 10 дней

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан в течение

1 месяца

6 месяцев

жизни

1 года

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

показано только после проведения тромболитической терапии

показано в экстренном порядке

не показано

показано в плановом порядке через месяц

Для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этого больного препаратами выбора являются

ингибиторы АПФ

монокитраты

препараты магния

гипотензивные средства центрального действия

Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациенту в рамках программы реабилитации

ингибиторы АПФ

мононитраты

препараты магния

гипотензивные средства центрального действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 51 год вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина

Анамнез заболевания

* Утром после интенсивной физической нагрузки (работа в саду) отметил появление чувства сжатия, сдавления за грудиной впервые в жизни. Попытался самостоятельно купировать приступ приемом нитроглицерина. *

Медикаментозную терапию ранее не получал. Периодически беспокоили боли в затылочной области, по этому поводу не обследовался, к врачу не обращался. * ЭКГ зарегистрирована за год до обращения – без патологии.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту * По профессии переводчик * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 22 лет * Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно. * Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 40 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 172 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, выраженная потливость. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 70 уд. в минуту, АД 134/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня

ингибиторы АПФ

мононитраты

препараты магния

гипотензивные средства центрального действия

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

ингибиторы АПФ

мононитраты

препараты магния

гипотензивные средства центрального действия

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом будет

ингибиторы АПФ

мононитраты

препараты магния

гипотензивные средства центрального действия

Диагноз

Для обезболивания пациенту показано назначение

нитроглицерина

парацетамола

ибупрофена

морфина

В соответствии с данными ЭКГ, наиболее вероятно поражение
+ _____ + артерии

- передней нисходящей
- правой коронарной
- диагональной
- ствола левой коронарной

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

- клопидогрел
- дигоксин
- омепразол
- варфарин

Немодифицируемым фактором риска ишемической болезни сердца у
пациента является

- курение
- работа переводчиком
- перенесенная аппендэктомия в возрасте 22 лет
- отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям

Больному показана госпитализация в стационар

- через 28 дней
- через 7 дней
- через 24 часа
- немедленно

При верно и своевременно назначенном лечении, прием
ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан

- пожизненно
- 6 месяцев

1 год

1 месяц

При развитии рецидива болевого синдрома в грудной клетке проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

не показано

показано только после проведения тромболитической терапии

показано в экстренном порядке

показано в плановом порядке через месяц

Во время госпитализации больному проведено суточное мониторирование АД. Среднее АД ночью – 152/104 мм рт. ст., среднее АД днем – 144/93 мм рт. ст., для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этого больного препаратами выбора являются

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

препараты магния

мононитраты

Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациенту в рамках программы реабилитации

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

препараты магния

мононитраты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту

Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей

в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. В 16 лет – оперативное лечение крипторхизма. Не курит, алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не имел. Аллергоанамнез не отягощен. Отец здоров, у матери открытое овальное окно.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, левая граница сердца смещена на 1.5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю 3 ребра, ЧСС 76 в минуту, АД 125/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

препараты магния

мононитраты

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня

гипотензивные средства центрального действия

ингибиторы АПФ

препараты магния

мононитраты

Результаты лабораторного метода обследования

Выявленное при холтеровском мониторинге ЭКГ нарушение ритма является

- фибрилляцией предсердий
- фибрилляцией желудочков
- желудочковой тахикардией
- трепетанием предсердий

Основным заболеванием является

- фибрилляцией предсердий
- фибрилляцией желудочков
- желудочковой тахикардией
- трепетанием предсердий

Диагноз

Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу

- HCM Risk-SCD
- HAS-BLED
- GRACE
- SCORE

Частью общей оценки при обследовании пациентов с данной патологией является

- исследование гормонов щитовидной железы
- ДНК-диагностика и генетическое консультирование
- MPT головного мозга
- эндомиокардиальная биопсия миокарда

Для определения и количественной оценки динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка данному пациенту рекомендуется проведение

- трансторакальной ЭХО-КГ с провокационной пробой
- VELOЭРГОМЕТРИИ
- пробы с добутамином
- ТРЕДМИЛ-ТЕСТА

Для уточнения данных ЭХО-КГ и исключения других заболеваний пациенту рекомендуется выполнить

- эндомиокардиальную биопсию
- КОРОНАРНУЮ АНГИОГРАФИЮ
- ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННУЮ ТОМОГРАФИЮ
- МРТ сердца

В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять

- препараты I C класса
- препараты I B класса
- ДИГИДРОПИРИДИНОВЫЕ АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ
- бета-блокаторы

Данному пациенту не рекомендуется назначение для урежения ритма

- ДИЛТИАЗЕМА
- верапамила
- ивабрадина
- ДИГОКСИНА

В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение

верапамила

дигоксина

ивабрадина

аллапинина

«Золотым стандартом» лечения для данного пациента является

верапамила

дигоксина

ивабрадина

аллапинина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет обратилась к врачу терапевту

Жалобы

На приступы одышки, сопровождающиеся слышимыми на расстоянии хрипами, заложенность в грудной клетке и кашель с выделением небольшого количества вязкой мокроты

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2-х лет, когда появились подобные симптомы. Не обследовалась. В течение последнего года дневные симптомы возникают ежедневно, ночью 1 раз в неделю. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад. Пациентка связывает его с ремонтом в доме приступы стали более длительными и возникают ежедневно, ночью - до 3 раз в неделю, нарушают активность и сон

Анамнез жизни

Не переносит цитрусовые, малину, клубнику (кашель, зуд кожи). Курит 10 лет по 1 пачке в сутки. ИК=10. Работает на стройке, где есть контакт со строительной пылью.

Объективный статус

Общее состояние при осмотре удовлетворительное. Нормостенической конституции. ИМТ= 22. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Периферические отеки отсутствуют. Над легкими дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. SpO₂ – 96%. При перкуссии определяется ясный легочный звук. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

В качестве лабораторных диагностическим методов исследования пациенту следует рекомендовать

верапамила

дигоксина

ивабрадина

аллапинина

Результаты лабораторных методов исследования

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

верапамила

дигоксина

ивабрадина

аллапинина

Результаты инструментальных методов исследования

На основании жалоб, данных анамнеза, результатов инструментального и лабораторного обследования больной может быть установлен диагноз

верапамила

дигоксина

ивабрадина

аллапинина

Диагноз

Течение заболевания следует оценить как

легкое интермиттирующее

легкое персистирующее

среднетяжелое персистирующее

тяжелое

Для неотложной терапии заболевания необходимо назначить небулайзерную терапию

бронходилататорами короткого действия

антибиотиками

мукоактивными препаратами

бронхордилататорами длительного действия

Эффективность неотложной терапии после назначения следует оценить через

30 мин

24 часа

1-2 часа

3 часа

Наряду с бронходилататорами короткого действия для лечения обострений БА (кроме самых лёгких) рекомендуется использовать

муколитики

ингаляционные глюкокортикостероиды

системные глюкокортикостероиды

антибактериальные препараты

Базисная терапия БА у данной пациентки должна включать низкие дозы ИГКС в сочетании с

коротко действующими β 2-агонистами

длительно действующими антихолинергическими препаратами

системными ГКС

длительно действующими β 2-агонистами

В качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов (режим единого ингалятора) в Российской Федерации зарегистрирован препарат

будесонида+формотерола

беклометазона дипропионата

флутиказон фууроата+вилантерола

салметерола+флутиказона пропионата

Назначение тиотропия бромид в жидкостном ингаляторе рекомендуется

в период среднетяжелого и тяжелого обострения

в дополнение к терапии ИГКС/ДДБА

в качестве монотерапии при легком течении БА

как альтернатива терапии ИГКС/ДДБА

Для профилактики обострений больной показано проведение вакцинации против

гемофильной палочки

пневмококковой инфекции

вируса гриппа

дифтерии

Наиболее частой причиной недостаточной эффективности терапии бронхиальной астмы является

гемофильной палочки

пневмококковой инфекции

вируса гриппа

дифтерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился в приемный покой городской больницы

Жалобы

На одышку при незначительной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с отделением гнойной

мокроты до 20 мл в сутки преимущественно в утренние часы; на повышение температуры до 37,8°C

Анамнез заболевания

Сухой кашель беспокоит в течение 15 лет. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 3 этаж. В течение последнего года одышка усилилась и стала возникать при небольшой нагрузке. По поводу одышки принимает ежедневно беродуал до 3-4 раз в сутки с положительным эффектом. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась скудная вязкая слизисто-гнойная мокрота, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, беродуал по 2 вдоха 6 раз в день без улучшения.

Анамнез жизни

Курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки. Индекс курения 45 пачка/лет. Работает на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Оценка одышки по визуально-аналоговой шкале по Боргу- 5 баллов (тяжелая). Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10х9х8 см.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- гемофильной палочки
- пневмококковой инфекции
- вируса гриппа
- дифтерии

Результаты обследований

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- гемофильной палочки
- пневмококковой инфекции
- вируса гриппа

дифтерии

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

гемофильной палочки

пневмококковой инфекции

вируса гриппа

дифтерии

Диагноз

В данном случае нужно проводить дифференциальную диагностику с

бронхоэктатической болезнью

хроническим бронхитом

пневмонией

бронхиальной астмой

При обострении ХОБЛ показано назначение + _____ + через небулайзер

бронходилататоров длительного действия

ингаляционного глюкокортикостероида+бронходилататора

ингаляционного глюкокортикостероида

бронходилататоров короткого действия

При обострении ХОБЛ выбор эмпирической антибактериальной терапии зависит от наличия факторов риска и

возраста пациента

выраженности кашля

сопутствующих заболеваний

тяжести бронхиальной обструкции

Базисная терапия после купирования обострения должна включать комбинацию длительно действующего м-холинолитика и

- бронходилататора короткого действия
- ингаляционного глюкокортикостероида
- длительно действующего бета2-агониста
- перорального кортикостероида

Для лечения ХОБЛ рекомендуется использовать

- ипратропия бромид
- тиотропия бромид
- олодатерол
- рофлумаил

Побочные эффекты формотерола фумарата включают стенокардию, артериальную гипо- или гипертензию, тахикардию, метаболический ацидоз и бессонницу, а также

- дегидратацию
- аритмию
- диарею
- нечеткость зрения

К фармакологическим методам лечения ХОБЛ относят

- респираторную поддержку
- кислородотерапию
- вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции
- легочную реабилитацию

Диспансерное наблюдение данного пациента врачом-терапевтом осуществляется + _____ + раз в

- 4; год
- 1; 6 месяцев

1; 2 года

6; год

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при ХОБЛ составляют + _____ + дней

4; год

1; 6 месяцев

1; 2 года

6; год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

* на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое, * слабость, повышенную утомляемость, * сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально, служил в армии * Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет * Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией. * Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет * Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = $33,7 \text{ кг/м}^2$. Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т $36,4^\circ \text{ С}$. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные не звонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

4; год

1; 6 месяцев

1; 2 года

6; год

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

4; год

1; 6 месяцев

1; 2 года

6; год

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

4; год

1; 6 месяцев

1; 2 года

6; год

Изменения на ЭКГ, которые можно наблюдать у данного больного, следующие

фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса

подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка

атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда

признаки ГЛЖ

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ, у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

блокаторы рецепторов ангиотензина II

кардиоселективные бета-адреноблокаторы

антагонисты минералокортикоидных рецепторов

комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков

Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

пролонгированных бета-адреномиметиков+ ингаляционных глюкокортикостероидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов

ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков

нитратов пролонгированного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии

блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

ограничение потребления соли и жидкости

увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

увеличение потребления говяжьего мяса и печени

ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

Антагонистом кальция, включение которого допустимо в схему лечения данного больного при недостаточной антигипертензивной эффективности проводимой терапии, является

ограничение потребления соли и жидкости

увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

увеличение потребления говяжьего мяса и печени

ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

Жалобы на увеличенные болезненные грудные железы у пациента могут быть обусловлены приемом

бисопролола

спиронолактона

пищи с низким содержанием соли

валсартана

В данной ситуации пациенту следует рекомендовать заменить спиронолактон на

эплеренон

триамптерен

торасемид

гипотиазид

Прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов (эплеренон, спиронолактон) может неблагоприятно взаимодействовать с

блокатором кальциевых каналов

блокатором рецепторов ангиотензина

антиагрегантом

бета-адреноблокатором

Пациентам с низкой фракцией сердечного выброса, получающим антагонисты минералокортикоидных рецепторов, рекомендовано регулярно контролировать в крови содержание

блокатором кальциевых каналов

блокатором рецепторов ангиотензина

антиагрегантом

бета-адреноблокатором

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

* на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, * боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке, * усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение, * дискомфорт в правом подреберье, * отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота, * перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение, * слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., дабигатран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Работал слесарем. * Вредные привычки отрицает * Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Т тела 36,5⁰С. Симметричные отеки стоп и голеней до

средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14x13x11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- блокатором кальциевых каналов
- блокатором рецепторов ангиотензина
- антиагрегантом
- бета-адреноблокатором

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- блокатором кальциевых каналов
- блокатором рецепторов ангиотензина
- антиагрегантом
- бета-адреноблокатором

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом и его осложнением является

- блокатором кальциевых каналов
- блокатором рецепторов ангиотензина
- антиагрегантом

бета-адреноблокатором

При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать

диуретики

антиаритмические препараты

кардиоселективные бета-адреноблокаторы

сердечные гликозиды

Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в

продолжении приема торасемида и верошпирона в привычной для пациента дозировке

замене принимаемых диуретиков на фуросемид, вводимый внутривенно, вплоть до выписки больного из стационара

замене торасемида на фуросемид, предпочтительнее во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг

замене верошпирона на фуросемид в таблетированной форме в дозе 60 мг/сут и увеличении дозы торасемида в два раза

Дегидратационная терапия в активной фазе должна проводиться с превышением выделенной мочи над выпитой жидкостью не более + _____ + литра в сутки

1–1,5

2,6 - 3,0

1,6 - 2,0

2,1 - 2,5

Уменьшение дозы диуретиков необходимо осуществлять при достижении больным состояния

булемии

гиперволемии

эуволемии

гиповолемии

Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента + _____ + , которые отсутствуют в ранее назначенной терапии

блокаторы кальциевых каналов

М-холиноблокаторы

антагонисты витамина К

ингибиторы АПФ

Противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

гипонатриемия

гиперкалиемия

гипокалиемия

гипернатриемия

Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является

амиодарон

бисопролол

эналаприл

дилтиазем

Противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является

блокада левой ножки пучка Гиса

атрио-вентрикулярная блокада 1 степени

атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени

блокада правой ножки пучка Гиса

Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключаются в

блокада левой ножки пучка Гиса

атрио-вентрикулярная блокада 1 степени

атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени

блокада правой ножки пучка Гиса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

* на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, * отеки голеней и стоп, * слабость, повышенную утомляемость, * сухость во рту, жажду, * дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания

Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Работал мастером по металлу * Вредные привычки отрицает * Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов, голеней. Т тела 36,9⁰С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72

удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- блокада левой ножки пучка Гиса
- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени
- блокада правой ножки пучка Гиса

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- блокада левой ножки пучка Гиса
- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени
- блокада правой ножки пучка Гиса

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом является

- блокада левой ножки пучка Гиса
- атрио-вентрикулярная блокада 1 степени
- атрио-вентрикулярная блокада 2 и 3 степени
- блокада правой ножки пучка Гиса

Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение

- СКФ по СКД-EPI= 66,46 мл/мин/1,73 м²
- осмолярности плазмы = 285 мосм/кг Н₂О
- тиреотропного гормона = 2,78 МЕ/л
- НbA1c = 7,6%

Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является

инсулин короткого действия

ингибитор альфа-гликозидазы

метформин

глибенкламид

В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на

дигидропиридиновых антагонистов кальция

ингибитор АПФ

антагонистов минералокортикоидных рецепторов

тиазидных диуретиков

У пациентов с хронической сердечной недостаточностью и нарушением функции почек при выборе ингибитора АПФ следует отдать предпочтение

фозиноприлу

лизиноприлу

каптоприлу

квинаприлу

Тактика терапии бета-блокаторами наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в

замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

отмене бета-блокаторов, как препаратов, усиливающих
инсулинорезистентность и противопоказанных при сахарном диабете

замене бета-блокаторов (как препаратов, негативно влияющих на
гликемический профиль) на метаболически нейтральные препараты для
улучшения прогноза у данного пациента (ивабрадин, верапамил и т.д.)

продолжении приема бета-блокаторов, однако с переходом на менее
селективный препарат (атенолол)

При замене у данного пациента метопролола, принимавшегося в дозе 25 мг в сутки, на бисопролол необходимо рекомендовать начальную дозу последнего, равную + _____ + мг

7,5

5

1,5

2,5

У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

прогрессирование гипертрофии левого желудочка

артериальная гипертензия

гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии

синусовая тахикардия

Учитывая признаки застойных явлений у данного пациента, такому больному необходимо назначить

верапамил

ивабрадин

дигоксин

торасемид

Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточностью является

верапамил

ивабрадин

дигоксин

торасемид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

Жалобы

* на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке, * отеки голеней и стоп, * слабость, повышенную утомляемость, * сухость во рту, жажду, * дискомфорт в правом подреберье

Анамнез заболевания

Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно. Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Работал мастером по металлу * Вредные привычки отрицает * Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,9⁰С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

верапамил

ивабрадин

дигоксин

торасемид

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

верапамил

ивабрадин

дигоксин

торасемид

Результаты инструментальных методов обследования

На основании лабораторных и инструментальных методов исследования пациенту можно поставить предполагаемый диагноз

верапамил

ивабрадин

дигоксин

торасемид

Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение

тиреотропного гормона = 2,78 МЕ/л

осмолярности плазмы = 285 мосм/кг Н₂О

НbA1c = 7,6%

СКФ по СКD-EPI= 66,46 мл/мин/1,73 м²

Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является

инсулин короткого действия

глибенкламид

метформин

ингибитор альфа-глюкозидазы

В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на

дигидропиридиновых антагонистов кальция

ингибитор АПФ

тиазидных диуретиков

антагонистов минералокортикоидных рецепторов

Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в

продолжении приема бета-блокаторов, однако с переходом на менее селективный препарат (атенолол)

отмене бета-блокаторов, как препаратов, усиливающих инсулинорезистентность и противопоказанных при сахарном диабете

замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

замене бета-блокаторов (как препаратов, негативно влияющих на гликемический профиль) на метаболически нейтральные препараты для улучшения прогноза у данного пациента (ивабрадин, верапамил и т.д.)

У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

продолжении приема бета-блокаторов, однако с переходом на менее селективный препарат (атенолол)

отмене бета-блокаторов, как препаратов, усиливающих инсулинорезистентность и противопоказанных при сахарном диабете

замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

замене бета-блокаторов (как препаратов, негативно влияющих на гликемический профиль) на метаболически нейтральные препараты для улучшения прогноза у данного пациента (ивабрадин, верапамил и т.д.)

В данной ситуации пациенту показана респираторная поддержка в виде неинвазивной вентиляции легких с + _____ + давлением

гипер-

отрицательным

нормальным

положительным

В данной ситуации пациенту показано внутривенное болюсное введение

мезатона

бета-адреноблокаторов

недигидропиридиновых антагонистов кальция

петлевых диуретиков

С целью уменьшения пред-и постнагрузки пациенту в данной ситуации показано внутривенное введение

нитроглицерина

мезатона

метопролола

верапамила

Пациентам с острой декомпенсацией ХСН с низким сердечным выбросом, сохраняющимися явлениями застоя, гипоперфузии, несмотря на применение вазодилататоров и/или диуретиков, рекомендованы препараты с + _____ + эффектом

нитроглицерина

мезатона

метопролола

верапамила

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет на осмотре у врача-терапевта участкового

Жалобы

На дискомфорт и боль в правой половине эпигастральной области, возникающие через 2,5 часа после приема пищи и в ночное время; тошноту

натошак, отрыжку кислым содержимым; общую слабость; снижение работоспособности; головную боль.

Анамнез заболевания

* Боль в подложечной области преимущественно возникает в осеннее время. * Обострения со сходной симптоматикой отмечает ежегодно на протяжении 3 лет. * Самостоятельно принимает антацидный препарат или пищевую соду с временным эффектом. * Общая слабость нарастает в последние 6 месяцев. * Головная боль беспокоит в течение месяца, связь с каким-либо провоцирующим фактором назвать затрудняется.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Работает служащим в банке * Наличие других хронических заболеваний отрицает * Наследственность: у отца – инфаркт миокарда в возрасте 73 лет * Курит по 1 пачке в день на протяжении 10 лет, алкоголь не употребляет * Аллергологический анамнез неотягощен * Прием каких-либо лекарственных препаратов, кроме антацидов, отрицает * Часто употребляет в пищу копчености, шоколад, газированные напитки

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Астенического телосложения, рост 1,82 м, вес 61 кг, индекс массы тела $18,4 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие; кожа на ладонях шелушится; ногтевые пластинки несколько истончены. Периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. При сравнительной перкуссии легких – легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, болезненность при пальпации в эпигастральной области, там же локальная перкуторная болезненность. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

нитроглицерина

метазона

метопролола

верапамила

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

нитроглицерина

метазона

метопролола

верапамила

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

нитроглицерина

мезатона

метопролола

верапамила

У пациента развилось осложнение в виде анемии

железодефицитной, тяжелой степени тяжести

железодефицитной, легкой степени тяжести

В₁₂-дефицитной

неясного генеза

Лечение основного заболевания включает

проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии

назначение антацидов

назначение монотерапии ингибитором протонной помпы

назначение монотерапии прокинетики

Трехкомпонентная схема эрадикационной терапии первой линии включает кларитромицин в сочетании с

ингибитором протонной помпы и висмута субцитратом

ингибитором протонной помпы и эритромицином

ингибитором протонной помпы и амоксициллином

блокатором гистаминовых рецепторов 2 типа и амоксициллином

Контроль эффективности эрадикационной антихеликобактерной терапии

не требуется

проводится через неделю после завершения приема антибиотиков

проводится через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии

проводится сразу по окончании эрадикационной терапии

Основу лечения развившегося у больного осложнения составляет

трансфузия эритроцитарной массы

назначение препаратов железа

назначение фолиевой кислоты

диета с высоким содержанием железа в продуктах питания

Прием препаратов железа при лечении анемии легкой степени необходимо назначить курсом на + _____ + месяц(-а)

4

2

3

1

Преимуществом трехвалентного железа перед двухвалентным является

меньшая частота осложнений

более быстрый эффект

более низкая стоимость

меньшая суточная доза

Суточная доза препаратов железа для лечения взрослого пациента составляет + _____ + мг

400-600

100-300

40-60

10-30

Одним из критериев эффективности лечения железодефицитной анемии является увеличение гемоглобина к концу + _____ + недели на 10%

400-600

100-300

40-60

10-30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 71 года.

Жалобы

на * онемение стоп, * снижение чувствительности стоп, * боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров

Анамнез заболевания

* В течение 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа * Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 60 мг перед завтраком * Эпизодов гипогликемии нет. * В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле до 10 ммоль/л * Гликированный гемоглобин 8,5%, общий холестерин – 5,2 ммоль/л * Из осложнений диабета – диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Пенсионер * Перенесённые заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь. Максимальный подъем АД до 190/100 мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг утром * Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,80 м, вес 100 кг, индекс массы тела $30,8 \text{ кг/м}^2$, $t \text{ тела } 36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите методы исследования, обязательные для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета

400-600

100-300

40-60

10-30

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

400-600

100-300

40-60

10-30

Диагноз

Сопутствующей патологией, которая присутствует у пациента, является

артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени

артериальная гипертензия 2 степени, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени

артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени

артериальная гипертензия 2 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени

Целевой уровень ХС ЛНП у данного пациента составляет <

+ _____ + ммоль/л

3,5

2,5

2,0

1,4

К терапии необходимо добавить

вазапростан, эноксапарин

ацетилсалициловую кислоту, розувастатин

карбамазепин, дулоксетин

габапентин, трамадол

При назначении статинов необходимо контролировать уровень

креатинина, мочевины

АСТ, АЛТ

МСV, МСН

ЩФ, ГГТП

Контролировать печеночные ферменты при назначении статинов следует до лечения и через + _____ + после начала медикаментозной терапии или после увеличения дозы препарата

1-2 недели

6 месяцев

5-7 дней

8-12 недель

Ацетилсалициловая кислота рекомендована в дозе + _____ + мг в сутки

25-50

400-500

75-150

200-300

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + ____ + %

6,5

8,0

7,0

7,5

Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить

глибенкламид

инсулин лизпро

алоглиптин

репаглинид

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяц

1

4

3

2

Офтальмоскопия при расширенном зрачке пациентам с сахарным диабетом выполняется

1

4

3

2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 71 года.

Жалобы

на * онемение стоп, * снижение чувствительности стоп, * боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров

Анамнез заболевания

* В течение 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа * Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 60 мг перед завтраком * Эпизодов гипогликемии нет. * В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле до 10 ммоль/л * Гликированный гемоглобин 8,5%, общий холестерин – 5,2 ммоль/л Из осложнений диабета – диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Пенсионер * Перенесённые заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь. Максимальный подъем АД до 190/100 мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг утром *

Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,80 м, вес 100 кг, индекс массы тела $30,8 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Методами исследования, обязательными для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета, являются

1

4

3

2

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

1

4

3

2

Диагноз

Сопутствующей патологией, которая присутствует у пациента, является

артериальная гипертензия 2 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени

артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 степени

артериальная гипертензия 2 степени, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени

артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 степени

Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) рассчитывается как

Дкас.АД на плече/Дкас.АД на лодыжке

Дкас.АД на лодыжке/Дкас.АД на плече

Сис.АД на лодыжке/Сис.АД на плече

Сис.АД на плече/Сис.АД на лодыжке

При развитии критической ишемии нижних конечностей пациенту необходимо проведение

тромболитической терапии

интенсификации сахароснижающей терапии

разгрузки пораженной конечности

реваскуляризации конечности

Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) при критической ишемии нижних конечностей должен быть

более 0,4

менее 0,7

более 0,7

менее 0,4

К терапии необходимо добавить

габапентин, трамадол

ацетилсалициловую кислоту, розувастатин

карбамазепин, дулоксетин

вазапростан, эноксапарин

Пациенту с сахарным диабетом со 2 стадией заболевания артерий нижних конечностей (без перемежающей хромоты) показана

- двойная антитромбоцитарная терапия
- прием перорального антикоагулянта
- реваскуляризация
- однокомпонентная антитромбоцитарная терапия

При недостижении целевого уровня ХС ЛНП на монотерапии статинами необходима комбинированная терапия статинов с

- транексамовой кислотой
- эзетимибом
- ретуксимабом
- омализумабом

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1c < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

- 6,5
- 7,5
- 8,0
- 7,0

Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить

- алоглиптин
- инсулин лизпро
- глибенкламид
- репаглинид

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- алоглиптин
- инсулин лизпро

глибенкламид

репаглинид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился пациент 65 лет

Жалобы

на эпизоды тошноты, потливости, чувства голода в дневное время, купирующиеся приемом пищи

Анамнез заболевания

* В течение 8 лет страдает сахарным диабетом. * Принимает метформин 1000 мг 2 р/д, глибенкламид 3,5 мг 2 р/д. * Самоконтроль гликемии не осуществляет, последний контроль HbA1c 12 месяцев назад – 8.4% * Осложнений диабета ранее не диагностировано.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает курьером. * Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь II стадии. Максимальный подъем АД до 180/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 135-140/85 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг * Наследственность: сахарный диабет 2 типа у матери. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курение

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,75 м, вес 84 кг, индекс массы тела 28 кг/м^2 , t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 88 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Для обследования пациенту необходимо назначить

алоглиптин

инсулин лизпро

глибенкламид

репаглинид

Результаты лабораторных методов обследования

Диагнозом, который можно поставить данному больному, является

алоглиптин

инсулин лизпро

глибенкламид

репаглинид

У пациента выявлена микроальбуминурия 70 мг/сутки, что соответствует диабетической нефропатии, хронической болезни почек. Учитывая СКФ - 61 мл/мин/1,73 кв.м, стадия ХБП

3

1

4

2

Рекомендации по лечению сахарного диабета у пациента включают

снижение дозы глибенкламида и добавление инсулина длительного действия

отмену глибенкламида и метформина

отмену глибенкламида и назначение ингибитора ДПП 4

отмену глибенкламида и назначение инсулина короткого действия

К препаратам ингибиторам ДПП 4 относят

лираглутид, эксенатид

гликлазид, глибенкламид

ситаглиптин, вилдаглиптин

дапаглифлозин, канаглифлозин

Целевой уровень HbA1c зависит от наличия/отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений, общей продолжительности жизни, риска тяжелой гипогликемии и

возраста

индекса массы тела

пола

веса

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + ____ + %

6,5

7,5

7,0

8,0

Мероприятия по купированию гипогликемии у больных с сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, необходимо начинать при гликемии менее + _____ + ммоль/л

2,8

3,9

2,2

3,3

К мероприятиям по купированию легкой гипогликемии относят

в/в капельное введение 5–10 % раствора глюкозы

прием 1-2 ХЕ легкоусваиваемых углеводов

в/в струйное введение 100 мл 40 % раствора глюкозы

прием 1-2 ХЕ сложных углеводов

К мероприятиям по купированию тяжелой гипогликемии относят

в/в струйное введение 60 мл 40 % раствора глюкозы

в/в струйное введение 20 мл 40 % раствора глюкозы

в/в струйное введение 30 мл 40 % раствора глюкозы

в/в струйное введение 10 мл 40 % раствора глюкозы

У пациентов с сахарным диабетом при снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин/1,73 м² необходимо отменить

гликлазид МВ

лозартан

метформин

амлодипин

Также прием метформина следует отменить в течение + _____ + суток до и после рентгенконтрастных процедур

гликлазид МВ

лозартан

метформин

амлодипин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 28 лет.

Жалобы

* на сухость во рту, * жажду, * учащенное мочеиспускание, * снижение массы тела, * общую слабость. * тошноту, однократную рвоту

Анамнез заболевания

* около 2-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание * за последние 2,5 месяца отметил снижение массы тела на 10 кг

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает программистом. * Перенесённые заболевания: простудные, хронический вазомоторный ринит. *

Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет. * Питается регулярно.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Отмечается запах моченых яблок изо рта.

Телосложение нормостеническое, рост 1,72 м, вес 61 кг, индекс массы тела $20,6 \text{ кг/м}^2$, t тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 86 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

гликлазид МВ

лозартан

метформин

амлодипин

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предварительный диагноз можно поставить данному больному?

гликлазид МВ

лозартан

метформин

амлодипин

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

назначении пероральной сахароснижающей терапии

госпитализации в стационар

назначении инфузионной терапии с бикарбонатами

назначении инсулина длительного действия с гликлазидом

Начальная доза инсулина короткого действия, которую необходимо ввести внутривенно болюсно с учетом веса пациента составляет + _____ + ед/кг массы тела пациента

0,1-0,15

0,05-0,09

1-1,5

0,5-0,9

В последующие часы инсулин короткого действия вводится со скоростью + _____ + ед/кг/час

1

0,1

10

0,01

Суммарный дефицит воды в организме при диабетическом кетоацидозе составляет + _____ + мл/кг реальной массы тела пациента

10-20

150-200

50-100

30-40

В 1-е сутки следует восполнить не менее + _____ + % дефицита жидкости

20

40

50

30

В первые сутки не следует снижать уровень глюкозы плазмы менее + _____ + ммоль/л

13-15

10-12

8-9

5-7

Пациент завершил стационарное лечение, выписан на инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < + _____ + %

6,0

6,5

7,0

5,5

Необходим повторный контроль HbA1c через + _____ + месяца/месяцев

9

2

12

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

1 раз в неделю натощак

1 раз в сутки

2 раза в сутки утром и вечером

не менее 4 раз ежедневно

Рекомендации по питанию при 1 типе сахарного диабета заключаются в

1 раз в неделю натощак

1 раз в сутки

2 раза в сутки утром и вечером

не менее 4 раз ежедневно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к эндокринологу обратился пациент 28 лет.

Жалобы

* на сухость во рту, * жажду, * учащенное мочеиспускание, * снижение массы тела, * общую слабость. * тошноту, однократную рвоту

Анамнез заболевания

* около 2-х месяцев беспокоит сухость во рту и жажда, учащенное мочеиспускание * за последние 2,5 месяца отметил снижение массы тела на 10 кг

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает программистом. * Перенесённые заболевания: простудные, хронический вазомоторный ринит. *

Наследственность: неотягощена. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет. * Питается регулярно.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Отмечается запах моченых яблок изо рта.

Телосложение нормостеническое, рост 1,72 м, вес 61 кг, индекс массы тела 20,6

кг/м², t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 86 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Приоритетными для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1 раз в неделю натощак
- 1 раз в сутки
- 2 раза в сутки утром и вечером
- не менее 4 раз ежедневно

Результаты лабораторных методов обследования

Какой предварительный диагноз можно поставить данному больному?

- 1 раз в неделю натощак
- 1 раз в сутки
- 2 раза в сутки утром и вечером
- не менее 4 раз ежедневно

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- наблюдении в домашних условиях
- наблюдении в условиях дневного стационара
- госпитализации в стационар при ухудшении самочувствия
- экстренной госпитализации в стационар

Необходимо начать регидратационную терапию путем введения физиологического р-ра с начальной скоростью инфузии в течение первого часа + _____ + мл/кг массы тела

- 15-20
- 2-5

25-30

5-10

В дальнейшем скорость регидратации корректируется в зависимости от уровня

диастолического артериального давления

среднего артериального давления

центрального венозного давления

пульсового давления

Дефицит жидкости при диабетическом кетоацидозе обычно составляет 50-100 мл/кг массы тела пациента и должен быть восполнен (физиологический р-р) в течение +_____+ часов

6-12

3-6

24-48

50-72

При коррекции гликемии путем непрерывной инфузии инсулина короткого действия через инфузомат, доза инсулина составляет +_____+ ед/кг /ч

0,1

0,3

0,8

0,6

Скорость снижения глюкозы плазмы должна быть не более +_____+ ммоль/л/ч

4

6

10

Пациент завершил стационарное лечение, выписан на инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1c < + \_\_\_\_\_\_ + \%$

6,0

5,5

7,0

6,5

Пациенту необходимо рекомендовать контролировать глюкозу капиллярной крови

2 раза в сутки утром и вечером

1 раз в неделю натощак

не менее 4 раз ежедневно

1 раз в сутки

Кратность ежегодного посещения врача офтальмолога в рамках мониторинга сахарного диабета без диабетической ретинопатии составляет $+ \_\_\_\_\_\_ +$ раза/раз в год

4

3

2

1

Необходим повторный контроль $HbA1c$ через $+ \_\_\_\_\_\_ +$ месяца/месяцев

4

3

2

1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А., 37 лет, обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

Анамнез заболевания

Данные симптомы появились полгода назад, с течением времени интенсивность их усилилась. Прежде к врачам не обращался, не обследовался.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет. Питается не регулярно. Вредные привычки – курит по полпачки сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Любит крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать и отец здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, сухие. Отмечается умеренное шелушение кожных покровов, поперечная исчерченность ногтей. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, над всеми точками аускультации определяется нежный систолический шум. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Отмечается сглаженность сосочков языка. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

4

3

2

1

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

4

3

2

1

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

4

3

2

1

Согласно критериям ВОЗ, диагнозу анемии у мужчин соответствует уровень гемоглобина менее + _____ + (г/л)

125

115

120

130

Критерием оценки степени тяжести железодефицитной анемии является

цветовой показатель

уровень гемоглобина

уровень ферритина сыворотки крови

уровень сывороточного железа

Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного послужило

табакокурение в течение длительного времени

желудочно-кишечное кровотечение

неполноценное питание (вегетарианство)

чрезмерное потребление чая, кофе

Тактика ведения данного пациента обязывает

осуществить переливание эритроцитарной массы

назначить Витамин В12, фолиевую кислоту

назначить препараты железа

сбалансировать диету, начать употреблять мясо

Преимуществом гидроксидполимальтозных комплексов трехвалентного железа перед солевыми двухвалентными препаратами железа является

меньшая частота осложнений

более низкая стоимость

более быстрый эффект

меньшая суточная доза

Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является

сублингвальный

чрезкожный

пероральный

парентеральный

Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 5-7 сутки определяют

количество эритроцитов

уровень сывороточного железа

уровень ферритина

количество ретикулоцитов

При лечении препаратами железа, повышение концентрации гемоглобина не менее чем на 10 г/л и Hct на 3% следует ожидать

спустя 2 месяца

к концу 2 недели

к концу 4-й недели

через 7-10 дней

Восполнение железа в депо оценивают по концентрации

спустя 2 месяца

к концу 2 недели

к концу 4-й недели

через 7-10 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы

на сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок - быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение последних 1,5 лет, однако за медицинской помощью не обращался, не обследовался. По совету матери

пробовал принимать нитроглицерин, который быстро купировал боли за грудиной, однако вызывал интенсивные головные боли и чувство прилива крови к лицу, из-за чего пациент отказался от его использования. При болях стал принимать валидол с менее выраженным антиангинальным эффектом. Обратился в поликлинику после внезапной смерти отца в возрасте 77 лет, который в течение более 10 лет предъявлял аналогичные жалобы.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально, служил в армии * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит. * Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет * работает водителем-дальнобойщиком, * 32 года курит по 20 сигарет в день. * Сопутствующие заболевания: отрицает

Объективный статус

При осмотре: больной нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 102 кг, ИМТ - 31,5 кг/м², окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,7⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный, шумов нет, ЧСС 86 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, 86 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

спустя 2 месяца

к концу 2 недели

к концу 4-й недели

через 7-10 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

спустя 2 месяца

к концу 2 недели

к концу 4-й недели

через 7-10 дней

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

спустя 2 месяца

к концу 2 недели

к концу 4-й недели

через 7-10 дней

**Данный пациент относится к категории + _____ +
риска сердечно-сосудистых осложнений**

низкого

высокого

умеренного

очень высокого

Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение

биохимических анализов крови для определения уровня тропонинов

проб с дозированной физической нагрузкой

диагностической обзорной коронароангиографии

рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях

Противопоказанием для проведения пробы с физической нагрузкой у пациентов с подозрением на ИБС является

хроническая венозная недостаточность сосудов нижних конечностей

сердечная недостаточность III-IV ФК (NYHA)

гемофилия

сахарный диабет

Одной из причин прекращения выполнения пробы с физической нагрузкой у пациента с подозрением на ИБС является

подъем сегмента ST больше 1 мм

депрессия ST до 1 мм

депрессия PQ до 1 мм

подъем сегмента PQ больше 1 мм

Тактика лечения данного больного должна включать

экстренную госпитализацию в кардиохирургический стационар для проведения диагностической коронароангиографии

только коррекцию модифицируемых факторов риска без назначения медикаментозной терапии

комбинированную терапию бета-блокаторам в адекватной дозе, аспирином, статинами

увеличение дозы короткодействующих нитратов до максимально переносимой в комбинации с НПВС для профилактики и лечения головной боли

Доза аспирина, которую следует назначить данному больному, составляет
+ _____ + мг/сут

500-1000

25-50

5-10

75-100

В рационе больного за счет жиров должно быть обеспечено не более
+ _____ + % энергетической ценности пищи

20

30

10

40

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС
рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня ХсЛНП
\ _____ ммоль/л

<1,0

<3,8

<2,8

<1,4

Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать у больного после начала терапии, является

<1,0

<3,8

<2,8

<1,4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

Жалобы

на сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок - быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение последних 1,5 лет, однако за медицинской помощью не обращался, не обследовался. По совету матери пробовал принимать нитроглицерин, который быстро купировал боли за грудиной, однако вызывал интенсивные головные боли и чувство прилива крови к лицу, из-за чего пациент отказался от его использования. При болях стал принимать валидол с менее выраженным антиангинальным эффектом. Обратился в поликлинику после внезапной смерти отца в возрасте 77 лет, который в течение более 10 лет предъявлял аналогичные жалобы.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально, служил в армии * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит. * Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет * работает водителем-дальнобойщиком, * 32 года курит по 20 сигарет в день. * Сопутствующие заболевания: отрицает

Объективный статус

При осмотре: больной нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 102 кг, ИМТ - 31,5 кг/м², окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,7⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный, шумов нет, ЧСС 86 в

мин. Пульс удовлетворительного наполнения, 86 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

<1,0

<3,8

<2,8

<1,4

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

<1,0

<3,8

<2,8

<1,4

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом пациента является

<1,0

<3,8

<2,8

<1,4

Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение

диагностической обзорной коронароангиографии

проб с дозированной физической нагрузкой

биохимических анализов крови для определения уровня тропонинов

рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях

Противопоказанием для проведения пробы с физической нагрузкой у пациентов с подозрением на ИБС является

лихорадка

хроническая венозная недостаточность сосудов нижних конечностей

сахарный диабет

гемофилия

Одной из причин прекращения выполнения пробы с физической нагрузкой у пациента с подозрением на ИБС является

стойкое снижение систолического АД более чем на 10 мм рт.ст от исходного

стойкое повышение систолического АД на 10 мм рт.ст от исходного

увеличение ЧСС на 10% от исходного

покраснение кожных покровов

Тактика лечения данного больного должна включать

комбинированную терапию бета-блокатором в адекватной дозе, аспирином, статинами

экстренную госпитализацию в кардиохирургический стационар для проведения диагностической коронароангиографии

только коррекцию модифицируемых факторов риска без назначения медикаментозной терапии

увеличение дозы короткодействующих нитратов до максимально переносимой в комбинации с НПВС для профилактики и лечения головной боли

Доза аспирина, которую следует назначить данному больному, составляет + _____ + мг/сут

25-50

500-1000

5-10

75-100

Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать у больного после начала терапии, является

бронхиальная обструкция со снижением ОФВ1 менее 60%

симптомная артериальная гипотензия и/или брадикардия

увеличение продолжительности интервала скорректированного QT

повышение активности печеночных трансаминаз

С целью оценки эффективности и безопасности лечения статинами повторный анализ крови на липиды, печеночные трансаминазы следует выполнить через + _____ + недель(и)

2

14

8

3

Уровень печеночных трансаминаз, требующий отмены приема статинов, должен быть повышен более чем в + _____ + раза

2

2,5

1,5

3

При установлении четкой причинно-следственной связи повышения трансаминаз с приемом статина, необходимо перейти на альтернативную терапию

2

2,5

1,5

3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет обратился в приемный покой городской больницы

Жалобы

На одышку при незначительной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с отделением гнойной мокроты до 20 мл в сутки преимущественно в утренние часы; на повышение температуры до 37,8°C

Анамнез заболевания

Сухой кашель беспокоит в течение 15 лет. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 3 этаж. В течение последнего года одышка усилилась и стала возникать при небольшой нагрузке. По поводу одышки принимает ежедневно беродуал до 3-4 раз в сутки с положительным эффектом. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась скудная вязкая слизисто-гнойная мокрота, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, беродуал по 2 вдоха 6 раз в день без улучшения.

Анамнез жизни

Курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки. Индекс курения 45 пачка/лет. Работает на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен. Хронические заболевания отрицает, на диспансерном учете не состоит.

Объективный статус

Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. ИМТ= 20,3 кг/м². Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10х9х8 см. Одышка по визуально-аналоговой шкале Борга 5 баллов.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

2

2,5

1,5

3

Результаты обследований

Для постановки диагноза необходимо выполнить

2

2,5

1,5

3

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

2

2,5

1,5

3

Диагноз

При проведении бронходилатационного теста рассчитывается коэффициент бронходилатации по формуле

$$(\text{ОФВ1 исх (мл)} - \text{ОФВ1 после (мл)}) / \text{ОФВ1 после (мл)} \times 100\%$$

$$(\text{ОФВ1 после (мл)} + \text{ОФВ1 исх (мл)}) / \text{ОФВ1 исх (мл)} \times 100\%$$

$$(\text{ОФВ1 исх (мл)} - \text{ОФВ1 после (мл)}) / \text{ОФВ1 исх (мл)} \times 100\%$$

$$(\text{ОФВ1 после (мл)} - \text{ОФВ1 исх (мл)}) / \text{ОФВ1 исх (мл)} \times 100\%$$

Бронходилатационный тест считается отрицательным если КБД получился менее 12%, а абсолютный прирост при этом составил менее

+ _____ + мл

300

200

100

400

При обострении ХОБЛ выбор эмпирической антибактериальной терапии зависит от наличия факторов риска и

тяжести ХОБЛ

сопутствующих заболеваний

возраста пациента

тяжести обострения заболевания

Базисная терапия после купирования обострения должна включать комбинацию длительно действующего бета2-агониста и

перорального кортикостероида

ингаляционного глюкокортикостероида

длительно действующего М-холинолитика

бронходилататора короткого действия

Для лечения ХОБЛ рекомендуется использовать тиотропия бромид, а также

рофлумаил

аклидиния бромид

олодатерол

ипратропия бромид

При лечении пациентов с ХОБЛ фиксированной комбинацией ДДАХ/ДДБА является

тиотропия бромид+формотерол

тиотропия бромид+олодатерол

гликопиррония бромид+формотерол

аклидиния бромид+индакатерол

Пациенту следует рекомендовать отказ от курения и

вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции

лечение сопутствующих хронических заболеваний

поливитаминный комплекс

диетотерапию с повышенным содержанием белка

Пациент должен быть отнесен группе здоровья

Шб

II

IIIa

I

В рамках диспансерного наблюдения пациент должен посещать терапевта

Шб

II

IIIa

I

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

на боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

Более 10 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. На фоне терапии амлодипином 5 мг/сут и гипотиазидом 25 мг/сут удается достичь АД 140/90 мм рт.ст., но при эмоциональном стрессе, перемене погоды отмечает повышения АД, сопровождающиеся головными болями, головокружениями. Наблюдается в поликлинике, ежегодно проходит обследования: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, консультация гинеколога и терапевта. В течение последних 5 лет на основании гипергликемии до 6,5 ммоль/л был установлен диагноз нарушения толерантности к углеводам, рекомендована диетотерапия и метформин. Около года назад по результатам орального глюкозотолерантного теста был установлен диагноз сахарного диабета, была увеличена доза метформина и добавлены препараты сульфонилмочевины, проводит самоконтроль гликемии. В течение последних 3-4 месяцев обратила внимание на появление болей в левой руке, которые возникали при физической нагрузке (работа в саду). Первоначально пациентка приняла их за явления остеохондроза и мышечного перенапряжения, однако прием НПВС не оказал эффекта. В последующем боли в левой руке стали возникать при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров,

эмоциональных переживаниях, быстро проходили в покое и после приема нитроглицерина, попробовать который ей посоветовала соседка, страдающая ИБС. Пациентка обратилась в поликлинику для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Домохозяйка. * Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких. Умерли в возрасте более 70 лет. * Замужем. Имеет 4 взрослых детей. * В течение длительного времени наблюдается гинекологом по поводу множественной миомы матки. * Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,2 кг/м², окружность талии 90 см. Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. Т 36,6⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

Шб

II

Ша

I

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

Шб

II

Ша

I

Результаты инструментальных методов обследования

На основании лабораторных и инструментальных методов исследования предполагаемый основной диагноз пациентки

Шб

II

IIIa

I

Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной, указывают на

гипертрофию левого желудочка

трепетание предсердий с правильным проведением. Блокаду передней ветви левой ножки пучка Гиса

фибрилляцию предсердий. Гипертрофию правого желудочка

синоатриальную блокаду 3 степени. Замещающий АВ-узловой ритм

Пациентке, без установленного ранее диагноза ИБС, необходимо оценить предтестовую вероятность. Предтестовая оценка вероятности базируется на оценке характера болей и

возраста и пола

показателей липидного обмена

уровня АД и данных антропометрии

данных семейного анамнеза

У пациентки предтестовая вероятность (ПТВ) ишемической болезни сердца составляет 28%. На основании этого следует

не проводить дальнейшие исследования, так как 28% ПТВ ИБС несут существенно для пациентки

направить на обследование для выявления функционального заболевания сердца или некардиальных причин клинических симптомов

не проводить дальнейшие исследования для подтверждения диагноза, а приступить к стратификации риска ССО и назначению лечения

направить на дополнительные неинвазивные нагрузочные и визуализирующие диагностические исследования

Достоверным критерием ишемии миокарда при выполнении велоэргометрической пробы считается

депрессия сегмента ST на 1 мм и более

укорочение интервала PQ

элевация на электрокардиограмме сегмента S-T на 0,5 мм

синусовая тахикардия

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)

препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)

короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

комплексных поливитаминных препаратов

метаболических препаратов (тримеазидин)

ингибитора АПФ

заместительной гормональной терапией

Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови с определением

уровня креатинфосфокиназы и ее MB-фракции

уровня креатинина и расчетом СКФ

уровня печеночных трансаминаз и ГГТП

уровня гликозилированного гемоглобина

При назначении статина корректировать дозу препарата следует через
+ _____ + недель(-и)

6-8

15-16

2-3

13-14

Целевое значение ЧСС у пациентки составляет _____ ударов в минуту

6-8

15-16

2-3

13-14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

на боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

Анамнез заболевания

Более 10 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. На фоне терапии амлодипином 5 мг/сут и гипотиазидом 25 мг/сут удается достичь АД 140/90 мм рт.ст., но при эмоциональном стрессе, перемене погоды отмечает повышения АД, сопровождающиеся головными болями, головокружениями. Наблюдается в поликлинике, ежегодно проходит обследования: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, консультация гинеколога и терапевта. В течение последних 5 лет на основании гипергликемии до 6,5 ммоль/л был установлен диагноз нарушения толерантности к углеводам, рекомендована диетотерапия и метформин. Около года назад по результатам орального глюкозотолерантного теста был установлен диагноз сахарного диабета, была увеличена доза метформина и добавлены препараты сульфонилмочевины, проводит самоконтроль гликемии. В течение последних 3-4 месяцев обратила внимание на появление болей в левой руке, которые возникали при физической нагрузке (работа в саду). Первоначально пациентка приняла их за явления остеохондроза и мышечного перенапряжения, однако прием НПВС не оказал эффекта. В последующем боли в левой руке стали возникать при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональных переживаниях, быстро проходили в покое и после приема нитроглицерина, попробовать который ей посоветовала соседка, страдающая ИБС. Пациентка обратилась в поликлинику для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Домохозяйка. * Мать больной страдала

сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких. Умерли в возрасте более 70 лет. * Замужем. Имеет 4 взрослых детей. * В течение длительного времени наблюдается гинекологом по поводу множественной миомы матки. * Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,2 кг/м², окружность талии 90 см. Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. Т 36,6⁰С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

6-8

15-16

2-3

13-14

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

6-8

15-16

2-3

13-14

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

6-8

15-16

2-3

К изменениям на ЭКГ, выявленным у данной больной, относятся

синоатриальная блокада 3 степени, замещающий АВ-узловой ритм

признаки гипертрофии левого желудочка

трепетание предсердий с правильным проведением, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса

фибрилляция предсердий, гипертрофия правого желудочка

Для уточнения диагноза ИБС при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке необходимо проведение

рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях

биохимических анализов крови для определения уровня кардиоспецифических ферментов (тропонинов)

проб с дозированной физической нагрузкой

трансэзофагеального эхокардиографического исследования

При сомнительных результатах обычной нагрузочной пробы в ходе первоначальной диагностики ИБС пациентам показано выполнение

стресс--ЭхоКГ с физической нагрузкой

стресс-бодиплетизмографии с физической нагрузкой

суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру

биопсии миокарда

Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

метаболических препаратов (тримеазидин)

ингибитора АПФ

комплексных поливитаминных препаратов

заместительной гормональной терапии

Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимического анализа крови определением

уровня креатинина и расчетом СКФ

уровня креатинфосфокиназы и ее МВ-фракции

уровня печеночных трансаминаз и ГГТП

уровня гликозилированного гемоглобина

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить

курантил

ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

ацетилсалициловую кислоту в высоких дозах

ривароксабан

Пациентке назначен бисопролол, антиангинальное действие которого заключается в

увеличении сократительной способности миокарда

расширении коронарных сосудов

снижении потребности миокарда в кислороде

повышении артериального давления

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)

ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)

препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Благоприятное действие нитроглицерина у больных со стенокардией обусловлено

короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)

ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)

препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалобы

* боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут, * одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость, * сердцебиение

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что боли за грудиной беспокоят около 15 лет. Около 5 лет назад появились приступы сердцебиения, на снятой ЭКГ регистрировалась «аритмия», с этого же времени беспокоит одышка при бытовых физических нагрузках. Пациентка наблюдается терапевтом в районной поликлинике, при ЭхоКГ полгода назад отмечено снижение ФВ ЛЖ до 40%, постоянно принимает бисопролол, аспирин, при болях в грудной клетке пользуется нитроглицерином. Отмечает, что в течение последнего года одышка и приступы стенокардии беспокоят при ходьбе по лестнице до 1 пролета и по ровной местности менее 200 м.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза

* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ *

Наследственность: отец и мать больной умерли в старческом возрасте от онкологических заболеваний * Гинекологический анамнез: Б-3, Р-2, 1 медицинский аборт. С 50 лет – менопауза. Гинекологические заболевания отрицает. * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 160 см, вес 60 кг. Т 36,5°C. Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз, цианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется звук с коробочным оттенком. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по передней подмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. На верхушке выслушивается тихий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 120/80 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры

печени: 9х8х7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- короткодействующие нитраты (нитроглицерин)
- ингаляционные бета-адреномиметики (сальбутамол)
- ингибиторы АПФ, содержащие сульфгидрильные группы (каптоприл)
- препараты с преимущественно рефлекторным действием (валидол)

Основной патогенетической терапии ХСН у больной являются

- ингибиторы АПФ
- диуретики
- антикоагулянты
- сердечные гликозиды

Стратегия терапии нарушения ритма сердца у данной больной

контроль ЧСС

установка кардиовертера-дефибриллятора

установка двухкамерного электрокардиостимулятора

восстановление и удержание синусового ритма

Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий

сердечные гликозиды (дигоксин)

ингибитор I^f-каналов синусового узла (ивабрадин)

антагонисты ангиотензиновых рецепторов (валсартан)

антагонисты минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон)

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

HEMORR~2~HAGES

CHA~2~DS~2~-VASc

Фрамингемская шкала риска (АТР-III)

EuroSCORE II

Расчет индекса риска в баллах по шкале CHA₂DS₂-VASc основан на учете таких факторов как сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сахарный диабет, инсульт/ТИА, заболевания сосудов, возраст и

гиперлипидемия

курение

женский пол

индекс массы тела

Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны

тромболитики – тканевые активаторы плазминогена

дезагреганты – блокаторы АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов

непрямые антикоагулянты – антагонисты витамина К

новые оральные антикоагулянты

К новым оральным антикоагулянтам относят

апиксабан

варфарин

клопидогрел

тикагрелол

Данной пациентке назначен апиксабан в дозе + _____ + мг 2 р/сутки

2,5

5

3

1,5

Риск кровотечений следует оценивать по шкале

2,5

5

3

1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

Жалобы

* боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут, * одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость, * сердцебиение

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что боли за грудиной беспокоят около 15 лет. Около 5 лет назад появились приступы сердцебиения, на снятой ЭКГ регистрировалась «аритмия», с этого же времени беспокоит одышка при бытовых физических

нагрузках. Пациентка наблюдается терапевтом в районной поликлинике, при ЭхоКГ полгода назад отмечено снижение ФВ ЛЖ до 40%, постоянно принимает бисопролол, аспирин, при болях в грудной клетке пользуется нитроглицерином. Отмечает, что в течение последнего года одышка и приступы стенокардии беспокоят при ходьбе по лестнице до 1 пролета и по ровной местности менее 200 м.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза

* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ *

Наследственность: отец и мать больной умерли в старческом возрасте от

онкологических заболеваний * Гинекологический анамнез: Б-3, Р-2, 1

медицинский аборт. С 50 лет – менопауза. Гинекологические заболевания

отрицает. * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 160 см, вес 60 кг. Т 36,5°C.

Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз, цианоз губ. Грудная клетка

конической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной

перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется звук с

коробочным оттенком. При аускультации над легкими выслушивается жесткое

дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый

край грудины, левая - в V межреберье по передней подмышечной линии,

верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены,

ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. На верхушке выслушивается тихий

систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 120/80

мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры

печени: 9x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Периферических отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

2,5

5

3

1,5

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

2,5

5

3

1,5

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом пациентки является

2,5

5

3

1,5

Основной патогенетической терапии ХСН у больной являются

диуретики

ингибиторы АПФ

сердечные гликозиды

антикоагулянты

Стратегия терапии нарушения ритма сердца у данной больной

установка кардиовертера-дефибриллятора

контроль ЧСС

восстановление и удержание синусового ритма

установка двухкамерного электрокардиостимулятора

Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий

антагонисты ангиотензиновых рецепторов (валсартан)

ингибитор I⁺f⁻-каналов синусового узла (ивабрадин)

антагонисты минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон)

сердечные гликозиды (дигоксин)

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

CHA₂DS₂-VASc

EuroSCORE II

HEMORR₂-HAGES

Фрамингемская шкала риска (АТР-III)

Расчет индекса риска в баллах по шкале CHA₂DS₂-VASc основан на учете таких факторов как сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, инсульт/ТИА, заболевания сосудов, возраст, женский пол и

гиперлипидемия

сахарный диабет

курение

индекс массы тела

Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны

непрямые антикоагулянты – антагонисты витамина К

дезагреганты – блокаторы АДФ-зависимой агрегации тромбоцитов

тромболитики – тканевые активаторы плазминогена

новые оральные антикоагулянты

К новым оральным антикоагулянтам относят

тикагрелол

клопидогрел

варфарин

дабигатрана этексилат

**Данной пациентке назначен дабигатрана этексилат в дозе + _____ + мг
2 р/сутки**

110

50

200

Источником тромбов при ишемическом инсульте на фоне фибрилляции предсердий является

110

50

200

150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н., 70 лет, обратился в поликлинику

Жалобы

* На давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, возникающие при небольшой физической нагрузке - ходьбе в пределах квартиры, приготовлении обеда, разговоре по телефону. * На боли и судороги в икроножных мышцах при ходьбе

Анамнез заболевания

Считал себя здоровым, занимался любительски спортом (бег, велоспорт, лыжи). Работая инженером на заводе, регулярно проходил проф. осмотры, во время которых неоднократно регистрировалось повышение АД до 170/110 мм рт.ст., однако значения этому не придавал, не обследовался, лечения не получал. Полгода назад без предшествующей стенокардии на фоне эмоционального стресса перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно, консервативно. Через 2 месяца после инфаркта на фоне получаемой терапии (аспирином 100 мг, метопрололом 200 мг/сут, амлодипином 10 мг/сут, розувастатином 10 мг/сут) при выполнении бытовых нагрузок появились приступы давящих загрудинных болей, купировавшихся нитроглицерином в течение 3-5 мин. С течением времени толерантность к физическим нагрузкам снижалась, возрастала потребность в нитроглицерине. Больной жил на даче, не имея возможности обратиться за медицинской помощью, самостоятельно начал принимать изосорбидадинитрат 25 мг/сут. Несмотря на это, в течение последних 6 недель приступы болей в грудной клетке возникают ежедневно, из-за чего неоднократно в течение суток пользуется нитроглицерином.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 15 лет. * Наследственность: сведений нет * Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. * Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести, бледен, акроцианоз, отеков нет. Рост

162 см, вес 85 кг. ИМТ 32,3 кг/м². Т тела 36,7°C. Лимфатические узлы не увеличены. Липоидная дуга роговицы, на коже век – ксантелазмы. При аускультации легких - дыхание жесткое, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено, хрипы не выслушиваются, ЧД 20 в мин. Область сердца при осмотре не изменена. Перкуторно левая граница сердца расширена до передней подмышечной линии, правая на 1 см латеральнее правого края грудины. Аускультативно тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над аортой, шумы не выслушиваются. АД 150/100 ммрт.ст., ЧСС 100 в мин. Печень пальпируется у края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

110

50

200

150

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

110

50

200

150

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

110

50

200

150

Изменения на ЭКГ, выявленные у данного больного

полная блокада левой ножки пучка Гиса

полная блокада правой ножки пучка Гиса

фибрилляция предсердий, нормосистолический вариант

атриовентрикулярная блокада II ст. с периодикой Самойлова-Венкебаха

Основными целями медикаментозной терапии у данного больного являются

устранение симптомов и профилактика сердечно-сосудистых событий

полное излечение пациента за счет достижения регресса коронарного атеросклероза и устранения эпизодов ишемии миокарда

Достижение идеального веса больного, устранение абдоминального ожирения, коррекция дислипидемии

Профилактика желудочковых нарушений сердечного ритма и внезапной сердечной смерти

Тактика лечения данного больного должна включать

соблюдение больным постельного режима для профилактики возникновения приступов стенокардии

реваскуляризацию

увеличение дозы нитратов до максимально переносимых

замену аспирина на клопидогрел

Инвазивная коронароангиография (КАГ) показана при доказанной ИБС у

пациентов со стабильной стенокардией I-II ФК

пациентов с тяжелой стабильной стенокардией III-IV ФК или с клиническими признаками высокого риска ССО, особенно когда симптомы плохо поддаются лечению

пациентов со стабильной стенокардией с клиническими признаками низкого риска ССО

всех пациентов со стабильной стенокардией в качестве скрининга стратификации риска ССО

Коррекции дислипидемии у данного больного подразумевает

увеличение дозы розувастатина

уменьшение дозы розувастатина

добавление к розувастатину эзетимиба

замена розувастатина на другой статин

Пациенту в данной ситуации необходимо добавить к терапии

ивабрадин

дигоксин

пропафенон

верапамил

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациенту необходимо назначить ингибиторы

протеаз

АПФ

ацетилхолинэстеразы

протонной помпы

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии больного ИБС являются

короткодействующие нитраты

неселективные бета-адреноблокаторы

пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

препараты метаболического действия (триметазидин)

Немодифицируемыми факторами риска ИБС у больного являются

короткодействующие нитраты

неселективные бета-адреноблокаторы

пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

препараты метаболического действия (триметазидин)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на * одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое, * эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение, * тяжесть в правом подреберье, * отеки голеней и стоп, * слабость, повышенную утомляемость, * уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работал токарем. * С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил. * Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на верхушке выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- короткодействующие нитраты
- неселективные бета-адреноблокаторы
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- препараты метаболического действия (триметазидин)

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- короткодействующие нитраты
- неселективные бета-адреноблокаторы
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- препараты метаболического действия (триметазидин)

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

- короткодействующие нитраты
- неселективные бета-адреноблокаторы
- пролонгированные нитраты в трансдермальной форме
- препараты метаболического действия (триметазидин)

Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

- непрямые антикоагулянты
- пролонгированные нитраты
- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды

Абсолютным противопоказанием для назначения иАПФ является

двусторонний стеноз почечных артерий

дилатационная кардиомиопатия

атеросклероз артерий нижних конечностей

атеросклероз коронарных артерий

После начала терапии иАПФ допустимо увеличение уровня креатинина на + _____ + % выше исходных значений

50

70

80

60

Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ и бета-адреноблокаторами должна включать назначение

бета-адреноблокаторов, статинов, двух препаратов с антитромбоцитарной активностью

бета-адреномиметиков, ингаляционных глюкокортикостероидов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов

блокаторов ангиотензиновых рецепторов, непрямых антикоагулянтов, пролонгированных нитратов

иуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов, ингибиторов натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа

Терапию диуретиками необходимо начинать с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса больного не составит + _____ + кг ежедневно

0,5-1,0

1,6-2,0

1,1-1,5

0,2-0,4

В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

полная блокада левой ножки пучка Гиса

тяжелая декомпенсация ХСН

фибрилляция предсердий

артериальная гипертензия

Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

ингибиторов карбоангидразы (диакарб)

тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)

тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)

петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)

У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

СКФ

частоты сердечных сокращений

гликозилированного гемоглобина

продолжительности коррегированного QT

При развитии у больного гинекомастии на фоне длительного приема спиронолактона необходимо заменить его на

СКФ

частоты сердечных сокращений

гликозилированного гемоглобина

продолжительности коррегированного QT

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на * одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое, * эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение, * тяжесть в правом подреберье, * отеки голеней и стоп, * слабость, повышенную утомляемость, * уменьшение объема выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работал токарем. * С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил. * Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на верхушке выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

СКФ

частоты сердечных сокращений

гликозилированного гемоглобина

продолжительности коррегированного QT

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

СКФ

частоты сердечных сокращений

гликозилированного гемоглобина

продолжительности коррегированного QT

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

СКФ

частоты сердечных сокращений

гликозилированного гемоглобина

продолжительности коррегированного QT

Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются

сердечные гликозиды

ингибиторы АПФ

бета-адреноблокаторы

непрямые антикоагулянты

Прием иАПФ следует прекратить при увеличении концентрации калия в крови больше + _____ + ммоль/л

5,5

4,0

4,5

Комбинированная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ должна включать следующие группы препаратов

бета-адреноблокаторов, статинов, двух препаратов с антитромбоцитарной активностью

диуретиков, антагонистов минералокортикоидных рецепторов

бета-адреномиметиков, ингаляционных глюкокортикостероидов, антагонистов лейкотриеновых рецепторов

блокаторов ангиотензиновых рецепторов, непрямых антикоагулянтов, пролонгированных нитратов

Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с внутривенного введения

петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)

тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)

ингибиторов карбоангидразы (диакарб)

тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)

Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточностью является

снижение частоты сердечных сокращений

снижение конечного диастолического давления в правом желудочке

уменьшение размеров печени

снижение массы тела

В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

тяжелая декомпенсация ХСН

артериальная гипертензия

полная блокада левой ножки пучка Гиса

фибрилляция предсердий

При стабильной ХСН необходимо назначить низкие дозы бета-адреноблокатора с удвоением дозы 1 раз в + _____ + дней/дня

10

3

7

14

У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

частоты сердечных сокращений

продолжительности коррегированного QT

СКФ

гликозилированного гемоглобина

При снижении СКФ меньше 60 мл/мин дозу принимаемого иАПФ следует

частоты сердечных сокращений

продолжительности коррегированного QT

СКФ

гликозилированного гемоглобина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту

Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины,

сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. В 16 лет – оперативное лечение крипторхизма. Не курит, алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не имел. Аллергоанамнез не отягощен. Отец здоров, у матери открытое овальное окно.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, левая граница сердца смещена на 1.5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю 3 ребра, ЧСС 76 в минуту, АД 125/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся

частоты сердечных сокращений

продолжительности скорректированного QT

СКФ

гликозилированного гемоглобина

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня

частоты сердечных сокращений

продолжительности скорректированного QT

СКФ

гликозилированного гемоглобина

Результаты лабораторного метода обследования

Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является

- фибрилляцией желудочков
- фибрилляцией предсердий
- трепетанием предсердий
- желудочковой тахикардией

Основным заболеванием является

- фибрилляцией желудочков
- фибрилляцией предсердий
- трепетанием предсердий
- желудочковой тахикардией

Диагноз

Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии характерно нарушение внутрисердечной гемодинамики развитием градиента давления в выходном тракте левого желудочка и/или реже в среднем отделе ЛЖ больше + _____ + мм. рт. ст.,

- 10
- 20
- 30
- 5

Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу

- HAS-BLED
- HCM Risk-SCD
- CHA2DS2-VASc
- GRACE

К параметрам, учитываемым в шкале риска оценки внезапной смерти при ГКМП по Европейской модели HCM Risk-SCD, относят

вес

возраст

рост

пол

В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического лечения данного пациента следует применять

бета-блокаторы

препараты I B класса

дигидропиридиновые антагонисты кальция

препараты I C класса

В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение

ивабрадина

аллапинина

дигоксина

верапамила

Пациенту противопоказано назначение

амиодорона

гипотиазида

дилтиазема

нитросорбида

Имплантация кардиовертера-дефибрилятора может быть рекомендована пациенту с ГКМП если 5-ти летний риск ВСС по шкале HCM Risk-SCD составляет + _____ + и более %

4

1

2

3

Переоценка риска ВСС осуществляется каждые + _____ + года/лет

4

1

2

3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 64 лет вызвала участкового терапевта на дом через 2 часа после начала заболевания.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 3 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

* Утром после интенсивной физической нагрузки (генеральная уборка квартиры) отметила появление чувства сжатия за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и эпигастральную область впервые в жизни. Попыталась самостоятельно купировать приступ изменением положения тела (легла) и приемом нитроглицерина; * медикаментозную терапию ранее не получала.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту; * по профессии биохимик; * перенесенные заболевания и операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет, аппендэктомия – 23 лет, грыжесечение – 55 лет; * наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 52 лет, мать страдает артериальной гипертензией и сахарным диабетом, жива, 85 лет; * вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает; * беременностей 2, родов – 2. Менопауза с 52 лет, протекала без особенностей; * регулярно не обследовалась, к врачам не обращалась, отмечала эпизоды повышения артериального давления, точных цифр не помнит;

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 60 кг, рост 173 см. Кожные покровы и видимые

слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,8°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 82 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимому для постановки диагноза лабораторному методу обследования относят определение уровня

4

1

2

3

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

4

1

2

3

Результаты инструментального метода обследования

Диагнозом, который можно поставить данной больной на основании имеющихся данных, является

4

1

2

3

Диагноз

В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение
+ _____ + артерии

передней нисходящей

оггибающей

правой коронарной

диагональной

Для обезболивания пациентке показано назначение

дротаверина

нитроглицерина

морфина

парацетамола

Первоначальная доза морфина при внутривенном введении должна составлять + _____ + мг

2-4

20-40

200-400

2000-4000

Пациентке необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

клопидогрель

варфарин

омепразол

дигоксин

С учетом планирующегося первичного чрескожного коронарного вмешательства нагрузочная доза клопидогрела должна составлять + _____ + мг

клопидогрель

варфарин

омепразол

дигоксин

Пациентке показано внутривенное введение

атропина

дигоксина

кордиамина

сульфокамфокаина

При неэффективности атропина рекомендовано провести

временную электрическую кардиостимуляцию

экстренную дефибрилляцию

ударно-волновую терапию

медикаментозную кардиоверсию

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больной

показано в плановом порядке через месяц

не показано

показано только после проведения тромболитической терапии

показано в экстренном порядке

Пациентке показано назначение аторвастатина в дозе + ____ + мг

показано в плановом порядке через месяц

не показано

показано только после проведения тромболитической терапии

показано в экстренном порядке

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет пришел на прием к врачу-терапевту участковому в поликлинику

Жалобы

На повышение артериального давления, максимально до 190/110 мм рт.ст.,

сопровожающееся головной болью (преимущественно теменная область), тошнотой, снижением работоспособности.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления отмечает более 9 лет. Первые годы артериальное давление повышалось до 150/90 мм рт.ст., возникало только на фоне выраженного эмоционального перенапряжения. Последние два года повышение артериального давления стал отмечать чаще, самостоятельно принимал капотен под язык с положительным эффектом. Известно, что около трех месяцев назад пациент обратился к кардиологу. Была выполнена электрокардиограмма (ЧСС – 85 в минуту, отклонение электрической оси сердца влево, признаков ишемии миокарда не выявлено. Зарегистрирована 1 наджелудочковая экстрасистола). На приеме у доктора артериальное давление 190/100 мм рт.ст., дана одна таблетка капотена сублингвально, через 30 минут артериальное давление - 140/90 мм рт. ст., еще через 30 минут - 120/80 мм рт.ст. Был рекомендован прием лозапа 50 мг, а также вести ежедневный дневник измерений артериального давления (3 раза в день необходимо измерять артериальное давление и вписывать в соответствующие графы данные измерений). Через 3 недели приема лозапа артериальное давление стало вновь повышаться до 180/90 мм рт.ст., в связи с чем обратился к участковому терапевту. При осмотре дневника врач отметил, что в последние две недели имели место ежедневные подъемы артериального давления до 190/110 мм рт.ст. Пациент указывает, что всегда имел лишний вес, но за последние несколько лет набрал около 8 кг. Также известно, что около месяца назад самостоятельно сдавал анализы крови и обратил внимание на неоднократное повышение уровня глюкозы (8 ммоль/л) и высокие показатели холестерина.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает юристом в строительной компании. * Перенесённые заболевания, операции: детские инфекции, аппендэктомия. * Наследственность: у отца была диагностирована гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, длительный стаж курения, умер в возрасте 68 лет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: курение - стаж 30 лет, выкуривает по 14 сигарет в день. Беспокоит сухой кашель, преимущественно в утренние часы (относительно редкий в течение всего дня) на протяжении лет 6. * Имеются поражения сетчатки глаза – диабетическая ретинопатия.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, рост 1,70 м, вес 116 кг, индекс массы тела 40.14 кг/м^2 . Кожные покровы нормальной окраски, отмечается гиперемия кожи лица, видимые слизистые розового цвета. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится равномерно. Хрипы не выслушиваются. Пульс 79 уд/мин, ритмичный, ЧСС 79 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме (со слов).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

показано в плановом порядке через месяц

не показано

показано только после проведения тромболитической терапии

показано в экстренном порядке

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

12 канальное мониторирование ЭКГ по Холтеру

нагрузочное тестирование

суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру

измерение артериального давления на приеме врача и предоставление дневника АД

У данного пациента наиболее вероятен диагноз

12 канальное мониторирование ЭКГ по Холтеру

нагрузочное тестирование

суточное мониторирование электрокардиограммы по Холтеру

измерение артериального давления на приеме врача и предоставление дневника АД

Диагноз

К сопутствующим факторам, способным повысить риск сердечно-сосудистых осложнений у данного пациента относят

ожирение 3 степени, сахарный диабет 2 типа, дислипидемию, наследственность, курение

ожирение 2 степени, нарушение толерантности к глюкозе, высокий уровень ЛПНП

ожирение 1 степени, гиперхолестеринемию, сахарный диабет 1 типа

метаболический синдром

Целевыми значениями артериального давления для пациентов в возрасте до 65 лет, страдающих сахарным диабетом, являются + _____ + мм рт.ст

150/80

110/90

100/75

120/80

У больных с очень высоким исходным АД или имеющим высокий сердечно-сосудистый риск, рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с применения + _____ + препарата/препаратов

2

3

1

4

Рациональной комбинаций гипотензивных препаратов у данного больного будет назначение блокатора рецептора ангиотензина и

антагониста кальция

бета-адреноблокатора

петлевого диуретика

ингибитора АПФ

Для лечения артериальной гипертензии, в качестве рутинной терапии не рекомендуется использовать

ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

диуретики

альфа-адреноблокаторы

бета-адреноблокаторы

Фармакотерапия дислипидемии у данного пациента подразумевает

назначение фибратов до достижения верхней границы референсных значений уровня общего холестерина

назначение статинов в высоких дозах до достижения целевого ЛНП <1,4 ммоль/л

назначение препаратов омега-3-полиненасыщенных жирных кислот до достижения целевого уровня триглицеридов <1,7 ммоль/л

назначение любого класса гиполипидемических препаратов только в случае повышения показателей общего холестерина и/или триглицеридов

Прием статина требует контроля

АСТ, АЛТ

электролиты крови

ГГТП, ЩФ

креатинин, мочевая кислота

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c < +_____+ %

8,0

6,5

7,0

5,5

Вы назначили пациенту антигипертензивную терапию, визиты пациента с целью оценки эффективности лечения должны назначаться с интервалом в среднем +_____+ недели/недель до достижения целевого уровня артериального давления

8,0

6,5

7,0

5,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания

* Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни; * медикаментозную терапию ранее не получал.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту; * по профессии бухгалтер; * перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 56 лет; * наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет; * вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает; * регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6°C. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 уд в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторными методами обследования относят определение уровня

8,0

6,5

7,0

5,5

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения являются

8,0

6,5

7,0

5,5

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза и данных лабораторных и инструментальных методов исследования наиболее вероятным является диагноз

8,0

6,5

7,0

5,5

Диагноз

Для обезболивания пациенту показано назначение

дротаверина

морфина

ибупрофена

парацетамола

Госпитализация пациенту

не показана

показана в экстренном порядке

показана в плановом порядке

показана в случае появления приступов «заложенности» за грудиной

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

дигоксин

антиаритмические препараты 1С класса

ингибиторы протонной помпы

тикагрелор

Нагрузочная доза тикагрелора должна составлять + _____ + мг

180

270

150

90

Статины необходимо назначить в + _____ + дозах независимо от уровня холестерина и при условии хорошей переносимости и отсутствии противопоказаний

в половинной от стартовых

высоких

низких

средних

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

в половинной от стартовых

высоких

низких

средних

Дополнительная информация

Пациент транспортирован в кардиореанимационное отделение ГБ, где пожаловался на резкое ухудшение состояния: ощущение сердцебиения, жжение за грудиной, на повторно снятой ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧЖС 145-167 в мин, элевация ST в I, II, aVL, V2-6.

Характерными электрокардиографическими признаками фибрилляции предсердий являются

наличие зубцов Р, нерегулярность ритма желудочков

наличие зубцов Р, отсутствие волн ff, регулярность ритма желудочков

отсутствие зубцов Р, наличие волн ff, нерегулярность ритма желудочков

регистрация зубцов Р после желудочкового комплекса, регулярность ритма желудочков

В случае развития пароксизма фибрилляции предсердий у пациента с острым коронарным синдромом и нарушением гемодинамики, необходимо выполнить

временную кардиостимуляцию

немедленную электрическую кардиоверсию

внутривенную инфузию допамина

внутривенную инфузию нитроглицерина

При выполнении электрической кардиоверсии необходимо выбрать начальную энергию электрического разряда равную + _____ + Дж (бифазный)

временную кардиостимуляцию

немедленную электрическую кардиоверсию

внутривенную инфузию допамина

внутривенную инфузию нитроглицерина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К. 54 лет на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, усиливающиеся через 30-40 мин после приема жирной и острой пищи, с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки, часто принимающих характер опоясывающих; - частый стул до 3-5 раз в день, обильный, «блестящий», зловонный, трудно смывается с унитаза; - похудание за 1,5 месяца на 7 кг; - ощущение сухости во рту; - повышенную жажду; - кожный зуд.

Анамнез заболевания

У больной 10 лет назад, после приема большого количества жирной пищи, развился приступ болей в области правого подреберья, сопровождавшийся рвотой с примесью желчи, повышением температуры до субфебрильных цифр. В районной больнице, куда срочно была госпитализирована больная, диагностировали острый калькулезный холецистит и экстренно произведена холецистэктомия. Через 1 неделю после выписки у больной появились периодические ноющие боли в области левого подреберья, возникавшие после приема жирной и острой пищи. К врачам больная не обращалась, обследование не проводилось. По совету друзей принимала но-шпу и фестал с умеренным эффектом. Ухудшение состояния примерно 6 месяцев назад, когда боли в

эпигастральной области стали постоянными, усиливаясь после приема пищи, появился частый, зловонный, трудно смываемый с унитаза стул. Похудела на 7 кг. В течение последнего месяца отмечает появление сухости во рту, повышенной жажды, кожного зуда. По поводу кожного зуда была осмотрена дерматологом, кожных заболеваний выявлено не было.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально; - замужем, имеет двоих здоровых детей; - работает продавцом в продуктовом магазине. Питается не регулярно, диету не соблюдает; - курит по 20 сигарет в день в течение 30 лет, злоупотребление алкоголем отрицает; - в анамнезе – детские инфекции, ОРВИ, желчнокаменная болезнь; - не переносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов не отмечено; - наследственность: у матери гипертоническая болезнь, отец умер от инсульта.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение нормостеническое. Рост 169 см. Масса тела 75 кг. Индекс массы тела $26,22 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Подкожная клетчатка развита хорошо. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное. Костная система без видимых изменений. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Тип дыхания грудной. Ритм дыхания правильный. ЧДД 20 в 1 мин. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких звук ясный. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. Пульс 76 уд. 1 мин., ритмичный. АД 110/65 мм.рт.ст. Живот обычной формы, симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации определяются сигмовидная и слепая кишка, безболезненные, урчащие при надавливании. Печень и селезенка не увеличены. Поджелудочная железа не пальпируется. Выявляется положительный симптом Керте. Френикус-симптом положителен слева. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

У больной наиболее вероятным диагнозом является

временную кардиостимуляцию

немедленную электрическую кардиоверсию

внутривенную инфузию допамина

внутривенную инфузию нитроглицерина

Диагноз

Ведущим в клинической картине хронического панкреатита у больной является синдром

холестаза

избыточного бактериального роста

Вернера-Моррисона

внешнесекреторной панкреатической недостаточности

В течение последнего месяца заболевания у больной развился синдром

недостаточности кишечного всасывания

избыточного бактериального роста

холестаза

эндокринной панкреатической недостаточности

Наиболее информативным методом визуализации для подтверждения диагноза хронического панкреатита является

ЭРХПГ

мультиспиральная компьютерная томография

УЗИ

ангиография

Для диагностики эндокринной недостаточности поджелудочной железы, у данной больной, целесообразно использовать определение

гликозилированного гемоглобина HbA1c

амилазы в сыворотке крови и моче

гликогена в сыворотке крови

уровня сахара в сыворотке крови с нагрузкой глюкозой

Для диагностики нарушения внешнесекреторной функции поджелудочной железы в клинических условиях показано определение

амилазы в моче

фекальной эластазы (ФЭ-1)

липазы в сыворотке крови

растительной клетчатки в кале

О тяжелой степени экзокринной недостаточности говорит содержание эластазы-1 в кале равной + _____ + мкг/г

201-300

0-100

101-200

301-400

Лечение внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы включает прежде всего назначение

спазмолитиков

антибиотиков

ферментных препаратов

обезболивающих

Минимальная доза заместительной полиферментной начальной терапия должна назначаться из расчета

10-20 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10 тыс. ед. в промежуточный прием

10-20 тыс. ед. липазы только в основные приемы пищи

25-40 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 10-25 тыс. ед. в промежуточный прием

40-60 тыс. ед. липазы в основной прием пищи + 20-25 тыс. ед. в промежуточный прием

При развитии панкреатогенного сахарного диабета (тип IIIc) лечение, в большинстве случаев, должно проводиться

инсулином

производными сульфонилмочевины

тиазолидиндионами

ингибиторами альфа-глюкозидазы

Предпочтительным анальгетиком первого уровня для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите является

стероидные противовоспалительные препараты

парацетамол

промедол

морфин

У данной больной, с большой долей вероятности, можно ожидать развитие осложнения

стероидные противовоспалительные препараты

парацетамол

промедол

морфин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 54 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

Жалобы

- на ноющие боли в эпигастральной области на голодный желудок, боли затихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды; - ночные боли; - чувство тяжести после еды; - метеоризм; - общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда после стресса появились боли в эпигастральной области. Питается нерегулярно, часто соблюдает диеты для снижения массы тела. При ЭГДС впервые обнаружена язва в луковице 12 пк. Принимала омепразол, альмагель с положительным эффектом.

Исследование на инфекцию *_H.pylori_* не проводилось. При ухудшении самочувствия: изжоге, отрыжке воздухом, боли в эпигастрии, самостоятельно принимала омепразол в течение 2-3 недель. Отмечает сезонность обострений в весенне - осенний период. При обострении в июле 2019г., проведена ЭГДС, выявлено: в антральном отделе по малой кривизне язва овальной формы, дно покрыто фибрином 1,0x0,7x0,5 см в пилорическом канале язва покрытая фибрином, размерами 0,4x0,4x0,1 см. По назначению врача принимала Эманера 20 мг 2 раза в день в течение месяца. Анализ кала на АТ к *_H.Pylori_* проведен без отмены ИПП, результат - отрицательный. Около недели назад, после погрешности в диете отметила появление голодных болей в эпигастральной

области, изжогу, усиливающуюся в горизонтальном положении. В связи с чем обратилась к гастроэнтерологу.

Анамнез жизни

Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции отрицает.

Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей – 1, роды – 1. Наследственность: у отца язвенная болезнь.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 160 см, вес 84кг.

ИМТ=32,8 кг/м². Кожные покровы чистые. Избыточное развитие подкожно-жирового слоя. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Для постановки полного диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются

стероидные противовоспалительные препараты

парацетамол

промедол

морфин

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки правильного диагноза является

стероидные противовоспалительные препараты

парацетамол

промедол

морфин

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

стероидные противовоспалительные препараты

парацетамол

промедол

морфин

Диагноз

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки к типичным относят боли

в правом подреберье с иррадиацией вниз живота

в эпигастрии после употребления острой пищи

возникающие сразу после сна

«голодные», возникающие через 2-3 часа после еды

Золотым стандартом в диагностике H. pylori является

выявление антител к H.pylori

CLO-тест

¹³C-уреазный дыхательный тест

определение антигена H. pylori в моче

Серологический метод выявления антител H. pylori используется только при

определении антител, относящихся к классу IgM

первичной диагностике инфекции H. pylori и определении антител, относящихся к классу IgG

контроле после проведения эрадикации

отрицательном результате уреазного дыхательного теста с изотопами ¹³C или ¹⁴C.

Средством базисной терапии обострений язвенной болезни являются

адсорбенты

ингибиторы протонной помпы

препараты висмута

H1-блокаторы

Среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома P450 проявляют

омепразол и лансопразол

эзомепразол и декслансопразол

рабепразол и пантопразол

лансопразол и эзомепразол

Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию

ингибитора протонной помпы, H₂-блокатора, гентамицина

ингибитора протонной помпы, амоксициллина, гентамицина

H₂-блокатора, антацида, метронидазола

ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)

35-40

21-28

5-7

10-14

Контроль эрадикации *H. pylori* после антихеликобактерной терапии следует провести через (в неделях)

4-6

1-3

10-12

7-9

Кратность ежегодного посещения врача-гастроэнтеролога в рамках диспансерного наблюдения больного язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки составляет + ____ + раз/раза

4-6

1-3

10-12

7-9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 44 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодический приступообразный практически сухой кашель (отхождение мокроты скудное); на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

Анамнез заболевания

Впервые неприятные ощущения в эпигастральной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Так как отмечалась связь появления боли с приемом пищи, стала ограничивать себя в еде, на фоне чего сильно похудела. По рекомендации коллег по работе при болях принимала антациды, отмечала положительный эффект. Сухой кашель возник примерно тогда же, прием противокашлевых препаратов оказался не эффективным.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери – бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез, со слов, неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ – $22,1 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 в 1 мин, удовлетворительного

наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Первым этапом диагностики будет выполнение

4-6

1-3

10-12

7-9

Результаты обследования

Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить

4-6

1-3

10-12

7-9

Результаты обследования

В клиническом анализе крови выявлена гипохромная анемия легкой степени тяжести. С учетом полученных данных инструментального обследования, целесообразно выполнить

4-6

1-3

10-12

7-9

Результаты обследования

Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

4-6

1-3

10-12

7-9

Результаты обследования

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

4-6

1-3

10-12

7-9

Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения

четырёхкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Альгинатов в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Домперидона в удвоенной дозе

четырёхкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

При неэффективности лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует

четырёхкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Альгинатов в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Домперидона в удвоенной дозе

четырёхкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

Пациентам с обострением язвенной болезни с целью достижения заживления язв рекомендуется проведение антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы (ИПП) в течение + _____ + недели/недель

2-3

1-2

8-10

4-6

При неэффективности лечения язвенной болезни препаратами группы ИПП (ингибиторы протонной помпы), либо при непереносимости данных препаратов, следует назначить

алгинаты

блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

антациды

гастропротекторы

Целью эрадикационной терапии при язвенной болезни желудка является

купирование болевого синдрома

профилактика последующих рецидивов язвенной болезни

устранение синдрома желудочной диспепсии

быстрейшее заживление язвенного дефекта

При неэффективности стандартной тройной эрадикационной терапии пациентке следует назначить

блокатор H₂-гистаминовых рецепторов + висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин

ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин

При язвенной болезни у беременных назначают

блокатор H₂-гистаминовых рецепторов + висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин

ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д., 47 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На периодические ноющие боли в подложечной области, которые возникают через полчаса–час после еды. Последнее время появились неприятные ощущения за грудиной, конкретизировать их не может, связи с физической нагрузкой не отмечает.

Анамнез заболевания

Впервые ноющие боли в подложечной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. По рекомендации тещи при болях принимал омепразол с положительным эффектом. На фоне стресса сильно поправился. Несколько недель назад появились неприятные ощущения за грудиной, провоцирующий фактор их возникновения определить не может, связи с физической нагрузкой не отмечает, рекомендованная родственницей настойка пустырника – без положительного эффекта.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет – инфаркт миокарда, у матери – хронический гастрит. Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6°С. Больной гиперстенического телосложения, признаки абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ - 32.6 кг/м², ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной

перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются

блокатор H₂-гистаминовых рецепторов+ висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин

ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин

Результаты лабораторных методов обследования

Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение

блокатор H₂-гистаминовых рецепторов+ висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин

ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо

блокатор H₂-гистаминовых рецепторов+ висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + кларитромицин

ингибитор протонного насоса + висмута трикалия дицитрат + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + тетрациклин + метронидазол

ингибитор протонного насоса + альмагель + амикацин + тетрациклин

Результаты обследования

Укажите причину неприятных ощущений за грудиной у данного пациента

безболевая ишемия миокарда

стенокардия напряжения I фк

ГЭРБ

стенокардия напряжения II фк

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинических данных и инструментальных методов обследования?

безболевая ишемия миокарда

стенокардия напряжения I фк

ГЭРБ

стенокардия напряжения II фк

Лечение необходимое данному пациенту включает назначение

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + альгинаты в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + прокинетики в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + антациды в стандартной дозе

тройной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* + прокинетики в удвоенной дозе

К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

дротаверин

итоприда гидрохлорид

ипратропия бромид

эзомепразол

В России схемой первой линии эрадикационной терапии *Helicobacter pylori* является схема

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

ИПП (в стандартной дозе 3 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

ИПП (в стандартной дозе) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 2000 мг 2 раза в сутки)

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 1000 мг 3 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет

6 месяцев

7 дней

4-6 недель

14 дней

Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации *H. pylori* рекомендовано применять

быстрый уреазный тест (CLO-тест)

серологический метод выявления антител к *H. pylori*

определение антигена *H. pylori* в кале

микробиологический (бактериологический) метод

Методом, позволяющим верифицировать диагноз ГЭРБ является

УЗИ органов брюшной полости

рентгенологическое исследование пищевода и желудка

внутрипищеводная суточная рН-метрия

эндоскопическое УЗИ пищевода

Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ будет

УЗИ органов брюшной полости

рентгенологическое исследование пищевода и желудка

внутрипищеводная суточная рН-метрия

эндоскопическое УЗИ пищевода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 42 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На частый сухой кашель, который последнее время приобрел приступообразный характер, на чувство нехватки воздуха, ощущение заложенности в груди

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят несколько недель, провоцирующий фактор их возникновения конкретизировать не может, связи с физической нагрузкой нет, какие-либо аллергены определить затрудняется. Самостоятельно начала прием противокашлевых препаратов - без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что вышеперечисленные жалобы чаще возникают на работе. Работает в офисе, где строгий дресс-код, носит узкую юбку с тугим поясом.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - $22,31 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов

раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Выберите необходимые методы инструментального исследования

- ☐ УЗИ органов брюшной полости
- ☐ рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- ☐ внутрипищеводная суточная рН-метрия
- ☐ эндоскопическое УЗИ пищевода

Результаты инструментальных методов обследования

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить пациентке для верификации клинического диагноза

- ☐ УЗИ органов брюшной полости
- ☐ рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- ☐ внутрипищеводная суточная рН-метрия
- ☐ эндоскопическое УЗИ пищевода

Результаты обследования

Для оценки двигательной функции пищевода с целью верификации диагноза ГЭРБ целесообразно использовать

- ☐ компьютерную томографию органов грудной клетки
- ☐ пищеводную манометрию высокого разрешения
- ☐ внутрипищеводную суточную рН-метрию
- ☐ рентгенологическое исследование пищевода и желудка

Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является

- ☐ микроаспирация
- ☐ аллергия на соляную кислоту

повышенная выработка иммуноглобулина Е при гиперпродукции соляной кислоты

повышение концентрации гистамина при гиперпродукции соляной кислоты

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить клинический диагноз

микроаспирация

аллергия на соляную кислоту

повышенная выработка иммуноглобулина Е при гиперпродукции соляной кислоты

повышение концентрации гистамина при гиперпродукции соляной кислоты

Диагноз

Данной пациентке следует назначить

прокинетики в удвоенной дозе + ингибитор протонной помпы в стандартной дозе

прокинетики в стандартной дозе + ингибитор протонной помпы в стандартной дозе

препарат висмута в стандартной дозе + ингибитор протонной помпы в стандартной дозе

прокинетики в стандартной дозе + ингибитор протонной помпы в удвоенной дозе

К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

итоприда гидрохлорид

эзомепразол

дротаверин

ипратропия бромид

Учитывая результаты ЭГДС пациентке назначен рабепразол в дозе + _____ + мг в день

5

40

20

Продолжительность основного курса ИПП с учетом результата ЭГДС составит + _____ + недель(-и)

12

16

4

8

При заживлении эрозии пищевода поддерживающая терапия ИПП должна составлять минимум + _____ + недель(-и)

8

12

16

4

В качестве монотерапии антациды можно применять при

единичных эрозиях пищевода

изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита

частой изжоге с явлением незначительного эзофагита

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Препаратами выбора для лечения изжоги беременных являются

единичных эрозиях пищевода

изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита

частой изжоге с явлением незначительного эзофагита

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная З., 42 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

На частый сухой кашель, который последнее время приобрел приступообразный характер.

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят несколько недель, провоцирующий фактор их возникновения конкретизировать не может, связи с физической нагрузкой нет, какие-либо аллергены определить затрудняется. Самостоятельно начала прием противокашлевых препаратов - без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что вышеперечисленные жалобы чаще возникают на работе. Работает в офисе, где строгий дресс-код, носит узкую юбку с тугим поясом.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез неотягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез неотягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - $22,31 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Выберите необходимые методы инструментального исследования

единичных эрозиях пищевода

изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита

частой изжоге с явлением незначительного эзофагита

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации клинического диагноза необходимо выполнить

единичных эрозиях пищевода

изжоге и болевом синдроме на фоне эзофагита

частой изжоге с явлением незначительного эзофагита

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Результаты обследования

Для оценки двигательной функции пищевода с целью верификации диагноза ГЭРБ целесообразно использовать

рентгенологическое исследование пищевода и желудка

компьютерную томографию органов грудной клетки

пищеводную манометрию высокого разрешения

внутрипищеводную суточную рН-метрию

**Выставьте клинический диагноз пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования:
Основное заболевание: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями,**

рентгенологическое исследование пищевода и желудка

компьютерную томографию органов грудной клетки

пищеводную манометрию высокого разрешения

внутрипищеводную суточную рН-метрию

Диагноз

Из немедикаментозных методов лечения пациентке следует рекомендовать

строгое ограничение физической активности, длительный постельный режим, диету с ограничением белков и углеводов

дробное питание; физиотерапевтические процедуры; физические упражнения, направленные на усиление мышц брюшного пресса

строгую диету, ношение бандажа или корсета, ежегодное санаторно-курортное лечение

не одевать тугие пояса, корсеты; исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление и упражнения с перенапряжением мышц брюшного пресса

Лечение необходимое для данной пациентки включает назначение

прокинетики в удвоенной дозе + ингибитора протонной помпы в стандартной дозе

препарата висмута в стандартной дозе + ингибитора протонной помпы в стандартной дозе

прокинетики в стандартной дозе + ингибитора протонной помпы в удвоенной дозе

прокинетики в стандартной дозе + ингибитора протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе

В качестве прокинетики пациентке следует назначить

+ _____ + в дозе 50 мг 3 р/д

итоприда гидрохлорид

лоперамида гидрохлорид

ипратропия бромид

натрия бромид

Учитывая результаты ЭГДС пациентке следует назначить омепразол в дозе + _____ + мг 2 раза в день

5

40

20

10

Продолжительность основного курса ИПП с учетом результата ЭГДС составит + _____ + недель(-и)

12

8

16

4

При заживлении эрозии пищевода поддерживающая терапия ИПП должна составлять минимум + _____ + недель(-и)

4-7

16-24

8-11

12-15

При назначении ИПП на длительный срок необходимо учитывать возможность развития

анемии

кандидоза пищевода

бактериального избыточного роста

аллергической предрасположенности

ИПП с модифицированным высвобождением активного вещества является

анемии

кандидоза пищевода

бактериального избыточного роста

аллергической предрасположенности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

Жалобы

* на одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке,

проходящую в покое, * слабость, повышенную утомляемость, * сердцебиение при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально, служил в армии * Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет * Наследственность: отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией. * Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет * Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = $33,7 \text{ кг/м}^2$. Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

анемии

кандидоза пищевода

бактериального избыточного роста

аллергической предрасположенности

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

анемии

кандидоза пищевода

бактериального избыточного роста

аллергической предрасположенности

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, данных анамнеза, результатов физикального и лабораторно-инструментального исследования больному может быть установлен клинический диагноз

анемии

кандидоза пищевода

бактериального избыточного роста

аллергической предрасположенности

Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больным с ХСН проводят

ортостатическую пробу

радиоизотопную вентрикулографию в пробе с нитроглицерином

тест 6-минутной ходьбы

спирометрию в пробе с бронходилататором

С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя

мозгового натрийуретического пептида (МНУП)

гликозилированного гемоглобина

мочевой кислоты

альдостерона

Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

атриовентрикулярная блокада 1 ст. Острая стадия передне-распространенного инфаркта миокарда

фибрилляция предсердий и неполная блокада левой ножки пучка Гиса

подострая стадия задне-диафрагмального инфаркта миокарда с реципрокными изменениями в передне-перегородочной области левого желудочка

признаки гипертрофии левого желудочка

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

комбинацию петлевых и тиазидных диуретиков

кардиоселективные бета-адреноблокаторы

блокаторы рецепторов ангиотензина II

антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Начальная терапия ХСН у данного больного должна включать назначение следующих групп препаратов

блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов

продолгованных бета-адреномиметиков+ ингаляционных глюкокортикостероидов+ антагонистов лейкотриеновых рецепторов

ингибиторов АПФ+ блокаторов рецепторов ангиотензина+ сердечных гликозидов +тиазидоподобных диуретиков

нитратов продолгованного действия+кардиоселективных бета-адреноблокаторов+статинов+ двойной антитромбоцитарной терапии

Прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов (эплеренон, спиронолактон) может неблагоприятно взаимодействовать с

антиагрегантом

бета-адреноблокатором

блокатором рецепторов ангиотензина

блокатором кальциевых каналов

Лечение бета-блокаторами следует начинать с + _____ + средней терапевтической дозы

1/8

1/4

1/6

1/2

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

увеличение содержания полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

увеличение потребления говяжьего мяса и печени

ограничение потребления соли и жидкости

Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

увеличение содержания полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

увеличение потребления говяжьего мяса и печени

ограничение потребления соли и жидкости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Ж., 73 лет обратилась в поликлинику

Жалобы

* на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства

нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках, * сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина, * перебои в работе сердца

Анамнез заболевания

Более 30 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 240/120 ммрт.ст. В течение 12-13 лет периодически беспокоили приступы сжимающих, давящих болей за грудиной, первоначально при значительных физических нагрузках, подъемах АД. Затем толерантность к физической нагрузке стала снижаться. Около 6 лет беспокоят перебои в работе сердца, с этого времени для постоянного приема рекомендованы метопролол 50 мг и аспирин 100 мг. Десять лет страдает сахарным диабетом 2 типа, последние 4 года постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты, диету не соблюдает. В течение последнего полугодия приступы одышки и стенокардии нарушают бытовую активность больной, возникают при ходьбе по ровной местности не более 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работала директором фабрики до 65 лет. * Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец – ХОБЛ. Умерли в возрасте более 70 лет. * Замужем. Имеет 2 взрослых детей. * В возрасте 40 лет перенесла ампутацию матки с придатками по поводу миомы. * Не курит. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 105 кг, окружность талии 102 см, ИМТ - 38,57 кг/м². На коже верхних век плоские, слегка возвышающиеся образования жёлтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево до левой передне-подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 90 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен, 84 в минуту. Дефицит пульса около 6 в мин. АД 160/90 ммрт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

увеличение содержания полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

увеличение потребления говяжьего мяса и печени

ограничение потребления соли и жидкости

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

увеличение потребления говяжьего мяса и печени

ограничение потребления соли и жидкости

Результаты инструментальных методов обследования

Какой предполагаемый основной диагноз?

увеличение содержание полиненасыщенных жирных кислот, зелени и овощей («Средиземноморская диета»)

ограничение клетчатки из цельнозерновых продуктов, злаков и овощей

увеличение потребления говяжьего мяса и печени

ограничение потребления соли и жидкости

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

короткодействующие нитраты

антитромбоцитарные препараты (аспирин)

неселективные бета-адреноблокаторы

пролонгированные нитраты в трансдермальной форме

При лечении пациентов со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС

+ _____ + в минуту

76-90

70-75

35-40

55-60

Учитывая, что у пациентки на фоне приема метопролола не достигнуты целевые уровни АД и сохраняются признаки III ФК стенокардии, антиангинальную терапию целесообразно усилить добавлением

триметазидина

недигидропиридинового блокатора «медленных» кальциевых каналов

бета-адреноблокатора с внутренней симпатомиметической активностью

дигидропиридинового блокатора «медленных» кальциевых каналов

Терапия больной ИБС, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами должна включать

ингибиторы АПФ

антагонисты рецепторов альдостерона

прямые оральные антикоагулянты

заместительную гормональную терапию

Целевые значения ЛПНП у данной больной при назначении ей статинов составляют + _____ + ммоль/л

менее 1,0

менее 3,0

менее 1,4

более 5,0

При недостижении целевых уровней холестерина пациентам со стабильной стенокардией, получающим статины, следует добавить

милдронат

атероклефит

никотиновую кислоту

эзетимиб

Для профилактики тромбоэмболических осложнений данной пациентке показано назначение

оральных антикоагулянтов

двойной антитромбоцитарной терапии

блокаторов Пб-Ша-рецепторов тромбоцитов

тканевого активатора плазминогена

С целью определения степени достижения целевых показателей гликемического контроля и стратификации риска развития осложнений СД пациентке необходимо определить уровень

эластазы 1

HbA 1c

C-пептид

панкреатической амилазы

При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение

эластазы 1

HbA 1c

C-пептид

панкреатической амилазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д. 45 лет, бухгалтер. Обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На боли в области эпигастрии жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев. Сначала появилась боль, возникающая через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (Алмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Также сообщает, что 4 месяца назад впервые начали беспокоить боли в коленных суставах, усиливающиеся при движении, самостоятельно начал принимать Кетопрофен форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время.

Анамнез жизни

* курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь употребляет 0,5 литра пива в выходные дни, * профессиональных вредностей не имеет, * аллергические реакции отрицает, * мать здорова, у отца – рак желудка.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет. Учитывая боли в эпигастрии жгучего характера с иррадиацией в левую лопатку и левую часть грудной клетки, пациент в срочном порядке был направлен врачом в кабинет ЭКГ. Заключение ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 70 уд/мин. Нормальное положение ЭОС.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

эластазы 1

НbA 1с

С-пептид

панкреатической амилазы

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются

эластазы 1

НbA 1с

С-пептид

панкреатической амилазы

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента можно предположить наличие

эластазы 1

НbA 1с

С-пептид

панкреатической амилазы

Диагноз

У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

перемежающейся хромоты

хронического пиелонефрита

рака поджелудочной железы

дефицита массы тела

У данного пациента сопутствующим заболеванием является

хронический простатит

жировой гепатоз

ишемическая болезнь сердца

остеоартрит

Учитывая назначенное пациенту ЭГДС, в качестве диагностики *H. pylori* целесообразно выполнить

хронический простатит

жировой гепатоз

ишемическая болезнь сердца

остеоартрит

Результаты обследования

Для уменьшения проявлений симптомов и заживления язвы рекомендуется назначить

прокинетики

эрадикационную терапию

цитопротекторы

ингибиторы протонной помпы

Продолжительность лечения ингибиторами протонной помпы у данного пациента должно составлять не менее +____+ (пороговое значение в неделях)

4-6

3-4

2-3

1-2

Пациенту следует избегать употребление

яиц

чеснока

молока

киселя

Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо дополнительно выполнить

МРТ пищевода и желудка

биопсию язвы

тредмил-тест

колоноскопию

При язвенной болезни пациенту следует принимать пищу +____+ раз в сутки

5-6

6-8

3-4

8-12

Диспансерные приемы врачом-терапевтом пациента с язвенной болезнью желудка рекомендуется проводить не реже 1 раза в

5-6

6-8

3-4

8-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет, состоящий около 7 лет на диспансерном наблюдении у пульмонолога с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу-терапевту для прохождения профилактического осмотра.

Жалобы

На экспираторную одышку при умеренной физической активности, периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Диагноз ХОБЛ поставлен 7,5 лет назад в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания в среднем 3-4 раза в год в осенне-зимний и весенний периоды на фоне переохлаждения и ОРВИ. Отмечает позитивный эффект от ингаляций ипратропиума бромидом, увеличение их количества в последние несколько дней способствовало улучшению состояния.

Анамнез жизни

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит в среднем 20 сигарет в день в течение 28 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. ИМТ=30,1. Дыхание жесткое, 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. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. $SpO_2 = 93$. Оценка одышки по визуально-аналоговой шкале Борга 4 балла.

По результатам спирографии у пациента будет определяться снижение величины показателя

ЖЕЛ

ОФВ1/ФЖЕЛ

ФЖЕЛ

ФЖЕЛ/ОФВ1

Значение показателя ОФВ₁~ пациента, равное 75% от должного, соответствует + _____ + степени тяжести бронхиальной обструкции при ХОБЛ

ЖЕЛ

ОФВ₁/ФЖЕЛ

ФЖЕЛ

ФЖЕЛ/ОФВ₁

Диагноз

Клиническая выраженность обострения ХОБЛ соответствует + _____ + тяжести обострения

тяжелой

среднетяжелой

легкой

крайне тяжелой

Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием шкалы

ВАШ

SCORE

CHADS

CAT (COPD Assessment Test)

Бронходилатационный тест рекомендуется проводить с использованием

длительнодействующего бета-агониста (сальметерола)

М-холиноблокатора (тиотропия бромида)

ингаляционного ГКС (будесонида)

короткодействующего бета₂-агониста (сальбутамола)

Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ, является

коррекция диеты

увеличение ежедневной физической активности

отказ от курения

снижение уровня психозмоционального стресса

Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

снижение уровня инвалидизации больных ХОБЛ

достижение контроля симптомов ХОБЛ

увеличение продолжительности жизни больных ХОБЛ

снижение лекарственной зависимости больных ХОБЛ

Короткодействующие бронходилататоры рекомендуется использовать всем пациентам с ХОБЛ

по потребности

постоянно

только в экстренных случаях

по желанию пациента

Снижение риска смерти при ХОБЛ с наибольшей эффективностью обеспечивает комбинация

ИГКС/ДДБА

ИГКС/ДДАХ/ДДБА

ДДАХ/ДДБА

ИГКС/ДДАХ

В качестве мероприятий вторичной профилактики для предупреждения обострений и прогрессирования ХОБЛ рекомендуется

вакцинация против коклюша

вакцинация против кори

закаливание

вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции

Наиболее частый возбудитель обострений ХОБЛ

☐ *Mycoplasma pneumoniae*

☐ *Chlamydia pneumoniae*

☐ *Haemophilus influenzae*

☐ *Streptococcus pneumoniae*

При обучении пациентов с ХОБЛ рекомендуется составлять

☐ *Mycoplasma pneumoniae*

☐ *Chlamydia pneumoniae*

☐ *Haemophilus influenzae*

☐ *Streptococcus pneumoniae*

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

Mycoplasma pneumoniae

Chlamydia pneumoniae

Haemophilus influenzae

Streptococcus pneumoniae

Диагноз

Достоверным критерием острого подагрического артрита служит выявление

гнойного экссудата в суставной жидкости

сужения суставной щели при рентгенологическом исследовании

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

узелков Гебердена

тофусов

остеофитов

ксантелазм

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

Шарко-Лейдена

оксалатов

моноурата натрия

фосфатов

Основной целью фармакотерапии подагры является

предотвращение развития инвалидности

нормализация лабораторных показателей

купирование приступов острого артрита

устранение факторов риска

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

колхицин

лейцин

гентамицин

ниацин

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

моноклональных антител к интерлейкину -1 (канакинумаб)

интерлейкина -1

интерфероногенов

цитостатиков

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

уратснижающими средствами

моноклональными антителами

глюкокортикоидными препаратами

нестероидными противовоспалительными средствами

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

курение

психоэмоциональный дистресс

алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

У всех пациентов с подагрой рекомендуется ограничить использование

гиподинамия

курение

психоэмоциональный дистресс

алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 46 лет, находящийся на диспансерном наблюдении с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу общей практики для прохождения контрольного осмотра и коррекции плана лечения.

Жалобы

На экспираторную одышку при умеренной физической активности,

периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Диагноз ХОБЛ поставлен 5 лет назад в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания возникали 2-3 раза в год в осенне-зимний и весенний периоды на фоне ОРВИ. Отмечает позитивный эффект от ингаляций ипратропиума бромидом, увеличение их количества в последние несколько дней способствовало улучшению состояния.

Анамнез жизни

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит 20-25 сигарет в день в течение 22 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. ИМТ=30,1. Дыхание жесткое, 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. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. $SpO_2 = 94$. Оценка одышки по визуально-аналоговой шкале Борга 4 балла.

По результатам спирометрии у пациента будет определяться снижение величины показателя

ЖЕЛ

ФЖЕЛ/ОФВ1

ОФВ1/ФЖЕЛ

ФЖЕЛ

Значение показателя ОФВ1~ пациента, равное 65% от должного, соответствует + _____ + степени тяжести бронхиальной обструкции при ХОБЛ

ЖЕЛ

ФЖЕЛ/ОФВ1

ОФВ1/ФЖЕЛ

ФЖЕЛ

Диагноз

Клиническая выраженность обострения ХОБЛ соответствует + _____ + тяжести обострения

крайне тяжелой

среднетяжелой

легкой

тяжелой

Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием шкалы

mMRC

CHADS

ВАШ

SCORE

Бронходилатационный тест рекомендуется проводить с использованием

М-холиноблокатора (тиотропия бромид)

короткодействующего бета₂-агониста (сальбутамола)

длительнодействующего бета-агониста (сальметерола)

ингаляционного ГКС (будесонида)

Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ является

увеличение ежедневной физической активности

коррекция диеты

снижение уровня психоэмоционального стресса

отказ от курения

Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

снижение лекарственной зависимости больных ХОБЛ

увеличение продолжительности жизни больных ХОБЛ

достижение контроля симптомов ХОБЛ

снижение уровня инвалидизации больных ХОБЛ

Короткодействующие бронходилататоры рекомендуется использовать всем пациентам с ХОБЛ

по желанию пациента

по потребности

постоянно

только в экстренных случаях

С целью улучшения ОФВ1 и снижения риска обострений в терапии ХОБЛ пациенту целесообразно назначить

комбинацию ДДАХ с ДДБА

монотерапию ДДБА

монотерапию ДДАХ

комбинацию ИГКС с ДДБА

Контроль эффективности предписанного плана лечения пульмонолог производит в первый год через 1, 3, 12 мес., далее

производит только терапевт

1 раз в год

2 раза в год

1 раз в 2 года

Неотложная госпитализация пациента старческого возраста с ХОБЛ при возникновении обострения

должна быть незамедлительной только при внезапно появившейся тяжелой одышке

проводится при неэффективности терапии обострения в течение 1 суток

должна быть незамедлительной вне зависимости от состояния

проводится при неэффективности терапии обострения в течение 3 суток

Согласно критериям оценки качества лечения обострения ХОБЛ пациенту должна быть проведена антибактериальная терапия

должна быть незамедлительной только при внезапно появившейся тяжелой одышки

проводится при неэффективности терапии обострения в течение 1 суток

должна быть незамедлительной вне зависимости от состояния

проводится при неэффективности терапии обострения в течение 3 суток

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

должна быть незамедлительной только при внезапно появившейся тяжелой одышки

проводится при неэффективности терапии обострения в течение 1 суток

должна быть незамедлительной вне зависимости от состояния

проводится при неэффективности терапии обострения в течение 3 суток

Диагноз

Достоверным критерием острого подагрического артрита служит выявление

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

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

- фосфатов
- оксалатов
- моноурата натрия
- Шарко-Лейдена

Основной целью фармакотерапии подагры является

- предотвращение развития инвалидности

нормализация лабораторных показателей

купирование приступов острого артрита

устранение факторов риска

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

колхицин

ниацин

гентамицин

лейцин

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

цитостатиков

интерлейкина -1

интерферогенов

моноклональных антител к интерлейкину -1 (канакинумаб)

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

моноклональными антителами

уратснижающими средствами

глюкокортикоидными препаратами

нестероидными противовоспалительными средствами

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

пиримидинами

витаминами

пуринами

аминокислотами

Независимым фактором риска развития подагры служит

алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

курение

гиподинамия

психоэмоциональный дистресс

У всех пациентов с подагрой рекомендуется ограничить использование

алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

курение

гиподинамия

психоэмоциональный дистресс

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач терапевт был вызван на дом в связи с обращением родственников мужчины 80 лет, не способного самостоятельно прийти в поликлинику.

Жалобы

Со слов дочери пациента он испытывает выраженную общую слабость в течение последних двух месяцев, приведшую к затруднениям при перемещении по дому и самостоятельном выполнении гигиенических процедур, во время приема пищи.

Анамнез заболевания

Около 15 лет назад был установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 3 стадии, хроническая ишемия мозга 2 степени. Постоянно получает антигипертензивную терапию: периндоприл в комбинации с индапамидом, 2 раза в год курсовой приём винпоцетина. Состоит под диспансерным наблюдением кардиолога и невролога, у которых проходит контрольный осмотр 2 раза в год.

Анамнез жизни

Работал до 65 лет. После прекращения трудовой деятельности вел малоактивный образ жизни, за последний год дочь отметила снижение массы тела с 67 до 60 кг., снижение аппетита, сокращение физической активности, замедление темпа и сгорбленность при ходьбе, периодически – падения, утрату интереса к происходящему.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожа дряблая, с многочисленными пигментными пятнами, отеков нет. Мышечная сила кистей при пожатии значительно снижена. Рост 168 см, масса тела 59,5 кг, ИМТ = 21 кг/м². Дыхание над легкими ослабленное везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, I тон ослаблен, незначительный акцент II тона над аортой. АД 140 и 80 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 67 в 1 мин. Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют заподозрить у пациента синдром старческой

алкоголь (пиво и крепкие спиртные напитки)

курение

гиподинамия

психоэмоциональный дистресс

Диагноз

Скрининг синдрома старческой астении рекомендуется проводить у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника

Катца

SF-36

«Возраст не помеха»

Бартела

Одним из наиболее значимых признаков старческой астении, имеющих у пациента, является/являются

падения

повышенная утомляемость

недержание мочи

депрессия

Одним из наиболее значимых признаков старческой астении, имеющих у пациента, является/являются

саркопения

утрата интереса к происходящему

остеопения

снижение веса

Междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека называется

оценкой выраженности особых проблем

комплексной оценкой функционирования

комплексной гериатрической оценкой

комплексной оценкой социального статуса

При проведении комплексной гериатрической оценки с целью выявления мальнутриции рекомендовано оценивать в сыворотке крови уровень

общего холестерина

общего белка и альбумина

креатинина

общего билирубина

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать функциональный статус пациента на основании показателей его базовой активности с помощью шкалы

Апгáр

Векслера

Бартела

Лаутона

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления

полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств с использованием критериев

ШОКС

шкалы Глазго

STOPP/START

качества медицинской помощи

Пациентам с синдромом старческой астении и высоким риском ее развития с целью улучшения или поддержания физического, функционального и когнитивного статуса рекомендована

гипохолестериновая диета

регулярная физическая активность

терапия ноотропными средствами

коррекция тревожно-депрессивных нарушений

При проведении диспансеризации граждан 75 лет и старше согласно действующему порядку рекомендовано проводить опрос пациентов по шкале «Возраст не помеха» с целью выявления

синдрома лекарственной зависимости

гериатрических синдромов

функциональной полноценности

психоэмоциональных нарушений

Диспансерное наблюдение пациента с синдромом старческой астении в соответствии с индивидуальным планом осуществляет

врач-гериатр

врач-невролог

врач общей практики

врач-терапевт

Всем пациентам с синдромом старческой астении и остеопорозом для профилактики переломов рекомендовано назначение комбинации

врач-гериатр

врач-невролог

врач общей практики

врач-терапевт

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач общей практики был вызван на дом в связи с обращением родственников женщины 85 лет, не способной самостоятельно прийти в поликлинику.

Жалобы

Со слов дочери пациентки она испытывает выраженную общую слабость в течение последних 5-6 месяцев, головокружения, приведшие к затруднениям при перемещении по дому, приёму пищи и самостоятельного выполнения гигиенических процедур.

Анамнез заболевания

Около 18 лет назад был установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 3 стадии, хроническая ишемия мозга 2 степени. Постоянно получает антигипертензивную терапию: периндоприл в комбинации с индапамидом, 2 раза в год курсовой приём винпоцетина. Состоит под диспансерным наблюдением кардиолога и невролога, у которых проходит ежегодный осмотр.

Анамнез жизни

После прекращения трудовой деятельности в 70 лет вела малоактивный образ жизни, за последний год дочь отметила снижение массы тела с 65 до 59 кг, снижение аппетита, значительное сокращение физической активности (в пределах квартиры), замедление темпа и сгорбленность при ходьбе, падения 1-2 раза в месяц.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожа дряблая, с многочисленными пигментными пятнами, отеков нет. Мышечная сила кистей при пожатии значительно снижена. Рост 168 см, масса тела 58 кг, ИМТ = 20,5 кг/м². Дыхание над легкими ослабленное везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, I тон ослаблен, незначительный акцент II тона над аортой. АД 125 и 70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 68 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют заподозрить у пациентки синдром старческой

врач-гериатр

врач-невролог

врач общей практики

врач-терапевт

Диагноз

Скрининг синдрома старческой астении рекомендуется проводить у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника

Катца

Бартела

«Возраст не помеха»

SF-36

Одним из наиболее значимых признаков старческой астении, имеющих у пациента, является

недержание мочи

снижение веса

саркопения

остеопения

Междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека называется

комплексной оценкой функционирования

оценкой выраженности особых проблем

комплексной оценкой социального статуса

комплексной гериатрической оценкой

Комплексную гериатрическую оценку проводит

врач общей практики

мультидисциплинарная команда

фельдшер

врач-терапевт

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать функциональный статус пациента на основании показателей его базовой активности с помощью шкалы

Лаутона

Апгár

Бартела

Векслера

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств с использованием критериев

STOPP/START

ШОКС

качества медицинской помощи

шкалы Глазго

Индивидуальный план ведения пациента со старческой астенией должен контролироваться и выполняться

врачом-гериатром, обученной медицинской сестрой и врачами-специалистами по выявленным заболеваниям

врачом, наблюдающим пациента (врач-терапевт, врач общей практики), совместно с врачом-гериатром

только врачами-специалистами по выявленным заболеваниям в рамках диспансерных осмотров

только врачом-терапевтом или врачом общей практики на основе рекомендаций врача-гериатра

С целью профилактики развития и прогрессирования синдрома старческой астении для проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста рекомендовано проведение групповых и индивидуальных

когнитивных тренингов

образовательных программ

консультаций

физических тренировок

Выполнение комплексной гериатрической оценки рекомендуется проводить не реже 1 раза в

2 года

3 мес

год

6 мес

Пациент с преастьмией наблюдается врачом

терапевтом

неврологом

гериатром

психиатром

При наблюдении за пациентом с преастьмией врач-терапевт участковый оценивает динамику

терапевтом

неврологом

гериатром

психиатром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 56 лет, электрик. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в области эпигастрия жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа

после приема пищи, иррадиирующие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев: сначала появилась боль, возникающая через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирующая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (Альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Также сообщает, что 2 недели назад впервые начали беспокоить головные боли, самостоятельно начал принимать Кетопрофен Форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время.

Анамнез жизни

* курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь: употребляет 0,5 л пива в выходные дни. * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * мать здорова, у отца – рак желудка.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в области эпигастрия. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет. Учитывая боли в эпигастрии жгучего характера с иррадиацией в левую лопатку и левую часть грудной клетки, пациент в срочном порядке был направлен врачом в кабинет ЭКГ. Заключение ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 70 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Без отрицательной динамики в сравнении с архивным ЭКГ годичной давности.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

терапевтом

неврологом

гериатром

психиатром

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам исследования, позволяющим подтвердить предполагаемый диагноз, относится

терапевтом

неврологом

гериатром

психиатром

Результаты инструментальных методов обследования

В качестве диагностики *H. pylori* пациенту целесообразно выполнить

микробиологическое исследование

быстрый уреазный тест

определения антигена *H. pylori* в кале

^{13}C - дыхательный уреазный тест

У данного пациента можно предположить наличие

микробиологическое исследование

быстрый уреазный тест

определения антигена *H. pylori* в кале

^{13}C - дыхательный уреазный тест

Диагноз

**Для уменьшения проявлений симптомов болезни и заживления язвы
рекомендуется назначить**

нитраты

цитопротекторы

прокинетики

ингибиторы протонной помпы

**Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не
менее + _____ + (пороговое значение в неделях)**

4-6

3-4

1-2

2-3

У пациента положительный результат быстрого уреазного теста. Пациенту следует назначить трехкомпонентную эрадикационную терапию, включающую помимо ингибитора протонной помпы

кларитромицин и амоксициллин

левофлоксацин и амоксициллин

ципрофлоксацин и метронидазол

тетрациклин и метронидазол

Продолжительность назначенной пациенту тройной эрадикационной терапии должна составлять + _____ + (в днях)

14

21

10

7

Для контроля эрадикационной терапии целесообразно применить

быстрый уреазный тест

определение антигена *H. pylori* в крови

микробиологическое исследование

^{13}C -уреазный дыхательный тест

Исследования с целью контроля эрадикационной терапии следует проводить через + _____ + после прекращения приема ИПП во избежание ложноотрицательных результатов

2 месяца

1 месяц

2 недели

1 неделю

Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо дополнительно выполнить

биопсию язвы

тредмил-тест

МРТ пищевода и желудка

колоноскопию

Диспансерные приемы пациента врачом-терапевтом рекомендуется проводить не реже 1 раза в

биопсию язвы

тредмил-тест

МРТ пищевода и желудка

колоноскопию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н. 67 лет, водитель. Обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой.

Анамнез заболевания

Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешностей в питании, при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю вне зависимости от качества пищи. В течение последнего месяца состояние ухудшилось: усилились боли, особенно по ночам, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Антациды (Альмагель, Маалокс), применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в течение последнего месяца перестали действовать. При боли за грудиной принимал нитроглицерин – без существенного эффекта. Две недели назад во время очередного появления боли за грудиной вызывал СМП, была проведена ЭКГ. Признаки нарушения сердечной деятельности на ЭКГ не выявлены. Рекомендовано обращение к врачу общей практики (врачу-терапевту) в плановом порядке.

Анамнез жизни

* курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * отец здоров, у матери – гипертоническая болезнь

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ 24 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 110/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательны.

В качестве лабораторных методов исследования пациенту

биопсию язвы

тредмил-тест

МРТ пищевода и желудка

колоноскопию

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования будет

биопсию язвы

тредмил-тест

МРТ пищевода и желудка

колоноскопию

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента можно предположить наличие

биопсию язвы

тредмил-тест

МРТ пищевода и желудка

колоноскопию

Диагноз

Наиболее типичным признаком гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни у данного пациента является наличие

- гиперсаливации
- изжоги
- фактора риска (курения)
- отягощенного наследственного анамнеза

При наблюдении за пациентом с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью следует иметь настороженность в отношении развития

- колита
- язвенной болезни 12-перстной кишки
- пищевода Барретта
- ожирения

Для снижения влияния кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни рекомендуется назначение препаратов из группы

- спазмолитиков
- нитратов
- цитопротекторов
- ингибиторов протонной помпы

Для нормализации моторики пищевода необходимо назначить

- цитопротекторы
- антациды
- спазмолитики
- прокинетики

Для профилактики возникновения изжоги рекомендуется назначение

- ингибиторов протонной помпы

спазмолитиков

диуретиков

антибиотиков

Продолжительность лечения ИПП в острый период должна составлять

4-8 недель

3-4 месяца

5-6 месяцев

1-2 недели

Пациентам следует избегать употребления

молока

яиц

томатов

меда

В рамках модификации образа жизни пациенту необходимо

питаться максимально редко

бросить курить

исключить аэробные нагрузки

выполнять силовые нагрузки с весом не менее 15 кг

Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены всасывающихся антацидов, является

питаться максимально редко

бросить курить

исключить аэробные нагрузки

выполнять силовые нагрузки с весом не менее 15 кг

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/м²). 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, отеки, определяется болезненность при пальпации, при активных и пассивных движениях.

Для выявления воспаления необходимо исследовать

питаться максимально редко

бросить курить

исключить аэробные нагрузки

выполнять силовые нагрузки с весом не менее 15 кг

Результаты обследования

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

единичные краевые эрозии

небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты

акральные остеолиз

единичные субхондральные кисты

Наиболее вероятным диагнозом является

единичные краевые эрозии

небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты

акральные остеолиз

единичные субхондральные кисты

Диагноз

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

III

I

II

IV

Пациенту можно выставить + _____ + функциональный класс

II

III

IV

I

Из нефармакологических методов лечения больному показано

прекращение курения

снижение массы тела

ограничение алкоголя

диета с низким содержанием соли (менее 1 грамма в сутки)

Предпочтительным препаратом является

препарат гиалуроновой кислоты

нестероидный противовоспалительный препарат

глюкокортикоид

опиоидный анальгетик

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

общий анализ крови и мочи, креатинин сыворотки крови, сывороточные трансаминазы

КФК (МВ фракция), СРБ, глюкозу сыворотки, АСЛО

суточную протеинурию, уровень тропонинов

коагулограмму (АЧТВ, МНО), липидограмму, натрий-уретический пептид

Препаратом выбора из группы нестероидных противовоспалительных препаратов у данного пациента является

кетопрофен

диклофенак

напроксен

целекоксиб

Предпочтительно использовать НПВП

внутривенно

внутримышечно

в ректальных свечах

перорально

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

3-4

5-6

4-5

2-3

К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия относятся

3-4

5-6

4-5

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/м²), 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 128/64 мм 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

5-6

4-5

2-3

Результаты обследования

Одной из целей лабораторной диагностики является

определение стадии заболевания

определение степени активности заболевания

определение функционального класса заболевания

дифференциальный диагноз заболевания, выявления противопоказаний к лечению

Наиболее вероятным диагнозом является

определение стадии заболевания

определение степени активности заболевания

определение функционального класса заболевания

дифференциальный диагноз заболевания, выявления противопоказаний к лечению

Диагноз

Выставленный диагноз "остеоартроз" является

первичным локализованным

первичным генерализованным

вторичным врожденным

вторичным посттравматическим

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

I

IV

II

III

Из нефармакологических методов лечения пациентке следует рекомендовать

модификация спортивных/физических нагрузок и разгрузка поражённого сустава

снижение массы тела

иммобилизацию всех пораженных суставов

занятия спортом

Лечение следует начать с

внутрисуставного введения глюкокортикостероидов

нестероидных противовоспалительных препаратов

парацетамола

трамадола

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

максимальный

низкий

высокий

умеренный

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

низкий

умеренный

максимальный

высокий

Пациентке следует назначить

целекоксиб в виде монотерапии

целекоксиб в сочетании с ингибитором протонной помпы

ибупрофен в сочетании ингибитором протонной помпы

напроксен в виде монотерапии

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

трансторакальную эхокардиографию и суточное мониторирование ЭКГ

ЭГДС и СМАД

суточную рН-метрию и УЗИ брюшной полости

ФВД и рентгенографию органов грудной клетки

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

трансторакальную эхокардиографию и суточное мониторирование ЭКГ

ЭГДС и СМАД

суточную рН-метрию и УЗИ брюшной полости

ФВД и рентгенографию органов грудной клетки

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°C, * 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°C 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°C. 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

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

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования являются

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

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

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

Диагноз

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

бирмингемские, пересмотренные ВОЗ в 1992 году и модифицированные
Ассоциацией ревматологов России в 2003 году

Джонса, пересмотренные ВОЗ в 1992 году и модифицированные
Ассоциацией ревматологов России в 2003 году

CASPAR 2006, модифицированные Европейским ревматологическим
обществом

ACR/EULAR 2011

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

хорея, подкожные узелки

кольцевидная эритема, лихорадка

кардит, артрит

артралгия, митральная недостаточность

Этиотропная терапия острой ревматической лихорадки заключается в применении

глюкокортикоидов в малых дозах и ингибиторов ангиотезин-превращающего фермента

антибактериальных препаратов

кардиопротекторов

нестероидных противовоспалительных препаратов

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

доксикалин в суточной дозе 100 тыс. ЕД в течение 5 дней с наращиванием дозы на 50 тыс. ЕД каждые два дня до 500 тыс. ЕД

амоксикалин в суточной дозе 1 млн ЕД в течение 14 дней без последующего перехода на дюрантную форму препарата

бензилпенициллин в суточной дозе 1,5-4 млн ЕД в течение 10 дней с последующим переходом на бензатинабензилпенициллин

стрептомицин в суточной дозе 3 млн ЕД в течение 7 дней

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

ко-тримоксазол

сульфаниламид

тетрациклин

кларитромицин

С целью патогенетической терапии пациенту следует назначить

антибактериальный препарат

гипотензивный препарат

нестероидный противовоспалительный 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 антибактериальная терапия

до достижения возраста 25 лет

в течение 5 лет

пожизненно

в течение 10 лет

При формировании у пациента порока сердца вторичная профилактика назначается

пожизненно

в течение 5 лет

до достижения возраста 25 лет

в течение 10 лет

У данного пациента острую ревматическую лихорадку необходимо дифференцировать с

пожизненно

в течение 5 лет

до достижения возраста 25 лет

в течение 10 лет

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**

пожизненно

в течение 5 лет

до достижения возраста 25 лет

в течение 10 лет

Результаты инструментальных методов обследования

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

пожизненно

в течение 5 лет

до достижения возраста 25 лет

в течение 10 лет

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

остеопению

норму

Диагноз у данной пациентки формулируется как

остеопороз

тяжелый остеопороз

остеопению

норму

Диагноз

Пациентке рекомендуется изменение терапии бронхиальной астмы в виде

применения ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с длительно действующими β_2 -агонистами с постепенной отменой или уменьшением дозы преднизолона

увеличения дозы преднизолона

применения ингаляционных длительно действующих β_2 -агонистов без ингаляционных глюкокортикостероидов с постепенной отменой или уменьшением дозы преднизолона

применения ингаляционных быстродействующих β_2 -агонистов с постепенной отменой или уменьшением дозы преднизолона

Препаратом выбора для лечения остеопороза у данной пациентки является

терипаратид

деносумаб

стронция ранелат

золендроновая кислота

Пациентка должна принимать золендроновую кислоту 1 раз в

24 месяца

день

неделю

месяц

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

2000-2500; 1500

1000-1500; 800

500-750; 1000

1000-1500; 2000

Из методов немедикаментозной терапии пациентке следует рекомендовать

регулярные осевые нагрузки

повышение потребления поваренной соли

мануальную терапию

умеренные силовые нагрузки

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

1 год

3 месяца

5 лет

6 месяцев

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

6 месяцев

3 месяца

2 года

год

Оценка 10-летнего абсолютного риска переломов проводится по

6 месяцев

3 месяца

2 года

год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет обратилась к врачу общей 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 появились боли 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 матери 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/м²). 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, латеральное места пульсации бедренной артерии.

Для оценки воспаления необходимо исследовать

6 месяцев

3 месяца

2 года

год

Результаты обследования

Для постановки диагноза и определения стадии пациентке следует провести

6 месяцев

3 месяца

2 года

год

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

6 месяцев

3 месяца

2 года

год

Диагноз

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

I

III

II

IV

Пациентка имеет ИМТ 29,12 кг/м², что соответствует

ожирению 2 степени

избыточной массе тела

нормальному весу

ожирению 1 степени

Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать

отказаться от курения

ограничить употребление соли менее 1 грамма в сутки

не принимать горизонтальное положение после приема пищи

снизить вес

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

500-700

800-1000

100-200

250-350

С целью купирования болей пациентке следует назначить

трамадол

нестероидные противовоспалительные препараты

хондроитин сульфат

стронция ранелат

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

эхоКГ

ЭКГ

СМАД

стресс-ЭКГ

К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия при остеоартрите относится

диклофенак

алендронат

хондроитин-сульфат

преднизолон

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

диклофенак

алендронат

хондроитин-сульфат

преднизолон

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°C 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/м². 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 отека. 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

диклофенак

алендронат

хондроитин-сульфат

преднизолон

Результаты лабораторных методов обследования

Для верификации диагноза пациентке следует провести

диклофенак

алендронат

хондроитин-сульфат

преднизолон

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

диклофенак

алендронат

хондроитин-сульфат

преднизолон

Диагноз

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

II

III

I

IV

**Пациентке следует выставить + _____ + клиническую стадию
ревматоидного артрита**

позднюю

развернутую

очень раннюю

раннюю

Препаратом выбора для лечения ревматоидного артрита у данной пациентки является

метилпреднизолон

метотрексат

колхицин

целекоксиб

На фоне лечения метотрексатом для профилактики нежелательных реакций пациентке следует назначить

аскорбиновую кислоту

фолиевую кислоту

тиамин

цианкобаламин

Для уменьшения болей в суставах рекомендуется назначить

глюкокортикоиды

нестероидные противовоспалительные препараты

гликозаминогликаны

опиоидные анальгетики

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

метилпреднизолон

сульфасалазин

лефлуномид

ритуксимаб

Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать

лечебную физическую культуру

отказ от курения

терапию парафином, озокеритом

иммобилизацию припухших суставов

При ревматоидном артрите суставами исключения являются
+ _____ + суставы

пястно-фаланговые

лучезапястные

проксимальные межфаланговые

дистальные межфаланговые

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

пястно-фаланговые

лучезапястные

проксимальные межфаланговые

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, вредных привычек 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/м². Телосложение нормостеническое. Кожные покровы: сыпь на скулах в виде эритемы, распространяющаяся 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

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

Результаты обследования

Для постановки диагноза у данной пациентки необходимо определить

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

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- пястно-фаланговые

лучезапястные

проксимальные межфаланговые

дистальные межфаланговые

Диагноз

О волчаночном нефрите свидетельствует появление в моче

бактерий более 10000 КОЭ в 1 мл

глюкозы более 1 ммоль/л

лейкоцитов более 10 в поле зрения

белка более 500 мг за 24 часа

Диагностическим критериям СКВ отвечает поражение суставов в виде

неэрозивного моноартрита

неэрозивного артрита 2-х и более суставов

артралгии 2-х и более суставов

эрозивного полиартрита 2-х и более суставов

В качестве терапии пациентке следует назначить

циклофосфан и мофетила микофенолат

гидроксихлорохин и преднизолон

метотрексат и фолиевую кислоту

сульфасалазин и диклофенак

Пациентке следует назначить гидроксихлорохин + _____ + мг в сутки

1000-1200

200-400

100-300

500-700

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

- отменить преднизолон
- отменить гидроксихлорохин
- уменьшить дозу преднизолона
- 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
- отменить все препараты
- продолжить прием гидроксихлорохина и преднизолона
- 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
- офтальмолога
- эндокринолога
- гинеколога

Фактором, провоцирующим обострение системной красной волчанки, является

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

Наиболее неблагоприятные варианты волчаночного нефрита относятся к классам

избыток массы тела

нерациональное питание

инсоляция

физическая нагрузка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На слабость, утомляемость, похудание на 6 кг за последние полгода.

Анамнез заболевания

До недавнего времени считал себя здоровым, самочувствие было удовлетворительным, к врачам практически не обращался. В 18-летнем возрасте перед призывом в армию проходил медосмотр, был признан здоровым. В дальнейшем, при редких измерениях АД, временами фиксировалось повышение до 150/90 мм рт.ст., не сопровождавшееся ухудшением самочувствия, никаких гипотензивных препаратов не принимал, объяснял себе повышение АД переутомлением. При профилактическом обследовании при приеме на работу несколько лет назад в общем анализе мочи регистрировалась минимальная протеинурия (0,4 г/л, 0,6 г/сут), на которую ни врач, ни он сам внимания не обратили. Около года назад отметил, что вынужден вставать мочиться по ночам 1-2 раза, однако посчитал это возрастными изменениями со стороны предстательной железы и к врачам не обращался. В течение последнего полугодия незаметно снизился аппетит, стал худеть, появилась повышенная утомляемость, около месяца назад выросла слабость.

Анамнез жизни

Работает менеджером в сетевой торговле. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает аппендэктомию в возрасте 25 лет и редкие ОРВИ (1-2 раз в год, умеренной тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит в течение 30 лет, около 10 сигарет/день, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения, повышенного питания: абдоминальное ожирение (объем талии 98 см). Рост 176 см, вес 80 кг (ИМТ 25,8). Кожные покровы серовато-желтоватого («грязного») оттенка, слизистые бледные, отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчив. В легких дыхание проводится над всеми отделами, с

жестким оттенком, единичные сухие хрипы. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от левой среднеключичной линии.

Аускультативно тоны удовлетворительной звучности, акцент II тона на аорте.

ЧСС 80 уд/мин, ритм правильный. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий,

безболезненный; печень, селезенка, не пальпируются, перкуторно – их границы в пределах нормы. Почки не пальпируются, область их безболезненна.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Никтурия 1-2 р/ночь. Диурез 2200 мл/сут.

Необходимыми для проведения диагностики в данном случае являются методы обследования

избыток массы тела

нерациональное питание

инсоляция

физическая нагрузка

Результаты обследования

У пациента ХБП +___+ стадии

избыток массы тела

нерациональное питание

инсоляция

физическая нагрузка

Диагноз

К осложнениям хронической болезни почек у данного пациента относят артериальную гипертензию и

гипертрофию миокарда левого желудочка

анемию смешанного генеза – ренальную и железодефицитную

пролапс митрального клапана

гиперкалиемию

Для подтверждения наличия стойкой АГ и определения уровня АД необходимо провести

измерение АД в домашних условиях 2-3 раза за день

суточное мониторирование АД (СМАД)

измерение АД на 2-х визитах к врачу

измерение на визите к врачу трижды с интервалом 5 мин.

Дефицит железа у пациента

отсутствует

абсолютный

относительный

функциональный

Для данного пациента целевым является уровень САД + _____ + , ДАД + _____ + мм рт. ст

120-130; 70-80

110-120; 60-70

130-140; 80-90

140-150; 80-100

Пациенту следует рекомендовать специальную диету с содержанием белка + _____ + г/кг/сут, калорийностью рациона + _____ + ккал/кг/сут

0,3; 30

1,5; 20

< 0,8; 30-35

1,0; 25

Гипотензивными препаратами 1 ряда для данного пациента являются

ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к АТ II

дигидропиридиновые антагонисты кальция

бета-блокаторы

недигидропиридиновые антагонисты кальция

На фоне лечения препаратами из группы ингибиторов РААС необходим мониторинг уровней в сыворотке

мочевины и сывороточного железа

креатинина и калия

мочевой кислоты и триглицеридов

натрия

Следует рассмотреть вопрос о прекращении терапии ингибиторами РААС у пациентов, если имеет место

стойкое повышение уровня калия сыворотки при двух последовательных измерениях $\geq 4,5$ ммоль/л

стойкое повышение мочевины сыворотки в течение 2 недель на 20% от исходного

снижение уровня СКФ более чем на 20% от исходного

уровень натрия сыворотки при двух последовательных измерениях более 145 ммоль/л

Целевым диапазоном уровня гемоглобина для данного пациента будет
+ _____ + г/дл

10-12

12-14

14-16

11-14

Для данного пациента оптимально введение препаратов железа

10-12

12-14

14-16

11-14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 81 года обратилась к врачу-терапевту в сопровождении племянницы.

Жалобы

Пациентка жалуется на забывчивость, трудности при приеме лекарственных препаратов («путаюсь, то красненькие, то беленькие»). Постоянно боится упасть, поэтому на улицу выходит редко. Племянница отмечает, что тетя стала плохо есть, забывает пить воду, не съедает еду, которую племянница ей готовит. Беспокоит также головокружение, слабость, пошатывание при ходьбе. Отмечает ощущение перебоев, сердцебиения. Результат опроса по опроснику «Возраст не помеха» № Вопросы Ответ 1. Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев? да 2. Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха? нет 3. Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм? да 4. Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? да 5. Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать? да 6. Страдаете ли Вы недержанием мочи? нет 7. Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет) нет

Анамнез заболевания

За время наблюдения в медицинском учреждении (около 20 лет) выявлены следующие заболевания: Основное: Гипертоническая болезнь 3 ст. риск сердечно-сосудистых осложнений 4, постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда 4 года назад), сахарный диабет 2 типа (компенсированный, инсулиннезависимый). Цереброваскулярная болезнь, ишемическое острое нарушение мозгового кровообращения 4 года назад. Соп: аденокарцинома щитовидной железы (резекция правой доли 30 лет назад). Тубулярная аденома сигмовидной кишки (резекция кишки 15 лет назад). Осложнение: Фибрилляция предсердий, постоянная форма. Хроническая сердечная недостаточность 2 функциональный класс по NYHA (Нью-Йоркская ассоциация кардиологов) Прогрессирующее ухудшение началось 4 года назад после перенесенных инфаркта и инсульта. До этого самочувствие отмечала как хорошее, постоянное наблюдение врача не требовалось. Вела активный образ жизни, выезжала на дачу в летнее время, артериальная гипертензия была основной проблемой, но была компенсирована. В настоящее время по данным анализов крови, как клинического, так и биохимического, все показатели в пределах нормы. АД держится на уровне 110-140 мм рт.ст. и 70-75 мм рт. ст. Принимает постоянно аторвастатин 20 мг, (бисопролол) 5 мг, (апиксабан) 2,5 мг дважды в день, (левотироксин натрия) 50 мг

Анамнез жизни

Пациентка имеет высшее образование, работала на различных руководящих должностях. Была замужем (муж умер много лет назад), сын (инвалид 1 ой группы) умер около 15 лет назад. Проживает одна в благоустроенной квартире. Ей помогает племянница с покупками, уборкой квартиры. Из дома на улицу выходит только в сопровождении помощников, пользуется тростью. Забывчива,

например, при походе в магазин или аптеку нужен список. Постоянно испытывает страх падения.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Контактна, ориентирована во времени, месте и собственной личности. Настроение угнетенное, беспокоена ухудшением состояния. Кожные покровы сухие, складка кожи не расправляется после сжатия. Кожа в области живота и спины собирается в складки, прохладная и сухая на ощупь. Слизистые розовые, достаточной влажности. Масса тела 60 кг, рост 160 см. пульс аритмичный, 68 в мин., ЧСС 68. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, в точке Боткина и на основании сердца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется, отеков нет.

Следующим этапом обследования, необходимым для постановки диагноза, является

10-12

12-14

14-16

11-14

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

10-12

12-14

14-16

11-14

Результаты лабораторных методов обследования

При выполнении Краткой батареи тестов физического функционирования пациентка набрала 2 балла. Основным предполагаемым диагнозом является

10-12

12-14

14-16

11-14

Диагноз

Приоритетным для вмешательства у пациентки является гериатрический синдром

недостаточности питания

доброкачественного позиционного головокружения

деменции умеренной степени

ортостатической гипотензии

Пациентке следует назначить

холина альфосцерат 1000 мг

этилметилгидроксипиридина сукцинат 125 мг 3 раза в день

церебролизин 10 мл внутривенно капельно

увеличение суточного потребления белка

Время выполнения теста скорость ходьбы > 60 сек. Во время выполнения Краткой батареи тестов физического функционирования у пациентки выявлен гериатрический синдром

деменция

недержание мочи

ортостатическая гипотензия

снижение мобильности

На основании данных обследования для лечения старческой астении пациентке следует рекомендовать

колекальциферол

омега 3-жирные кислоты

поливитамины для пожилых

L-карнитин

Существующая у пациентки анемия

не требует изменения антикоагулянтной терапии

требуется отмены апиксабана и назначения антагонистов витамина К

требуется отмены апиксабана и назначения ацетилсалициловой кислоты

требуется отмены любых препаратов, влияющих на свертывающую систему крови

Пациентка принимает аторвастатин. В данной ситуации этот препарат

противопоказан, так как у пациентки есть нарушение мобильности и мышечная слабость

показан в целях вторичной профилактики (вследствие имеющихся сердечно-сосудистых заболеваний, перенесенного инфаркта миокарда и инсульта)

противопоказан, так как у пациентки есть снижение скорости клубочковой фильтрации

противопоказан, так как она перенесла два онкологических заболевания

У пациентки выявлены нарушения памяти, и тест Мини-ког установил когнитивные нарушения. В этой связи перед проведением комплексной диагностики причин деменции ей показано исследование

магнитно-резонансная спектроскопия

однофотонная эмиссионная компьютерная томография

определения содержания витамина В₁₂ в крови

позитронно-эмиссионная томография мозга

Одной из причин когнитивных нарушений у пожилых людей может быть депрессия. Для выявления депрессии чаще всего в гериатрической практике используется

гериатрическая шкала депрессии

шкала Бека

госпитальная шкала тревоги и депрессии

шкала депрессии Гамильтона

У пациентки существует высокий риск падений. Для оценки риска переломов следует использовать

гериатрическая шкала депрессии

шкала Бека

госпитальная шкала тревоги и депрессии

шкала депрессии Гамильтона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет госпитализирована с жалобами.

Жалобы

На сухой кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, головокружение, головная боль, температура до 38,5°C.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3х дней после того, как длительное время находилась на открытом воздухе (каталась на горных лыжах), заболела остро, появился озноб, общая слабость, температура повысилась до 38,5°C. На 3 день после начала болезни появилась трудноотделяемая мокрота. Медикаментозную терапию не применяла.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
* профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * наследственность: неотягощена

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 158 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Периферические узлы не увеличены, отеков нет. Дыхание поверхностное, ЧДД 17 в 1 мин.

Определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в левой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких в указанной выше области отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации там же выслушивается крепитация. Пульс 93 уд в 1 мин, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Синдром поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул и диурез не нарушены.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

гериатрическая шкала депрессии

шкала Бека

госпитальная шкала тревоги и депрессии

шкала депрессии Гамильтона

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- гериатрическая шкала депрессии
- шкала Бека
- госпитальная шкала тревоги и депрессии
- шкала депрессии Гамильтона

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

- гериатрическая шкала депрессии
- шкала Бека
- госпитальная шкала тревоги и депрессии
- шкала депрессии Гамильтона

Диагноз

Критерии диагноза внебольничной пневмонии является сочетание хотя бы +___+ клинических признаков

- 2
- 5
- 4
- 3

Шкала CURB 65 включает в себя

- повышение уровня ТТГ до 4,5 ммоль/мл
- возраст больного ≥ 55 лет
- температура более 40,1°C
- повышение уровня азота мочевины > 7 ммоль/л

Кашель у пациентов после перенесенной внебольничной пневмонии может сохраняться в течение

3-4 месяцев

1-2 месяцев

полугода

4-5 месяцев

Препаратом выбора для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии без сопутствующих заболеваний является

доксикалин

ципрофлоксацин

ванкомицин

ампициллин

К критериям достаточности антибиотикотерапии относят

эмпирическое мнение врача

стойкое снижение температуры до $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 часов

исчезновение аускультативных признаков пневмонии

стойкую нормализацию температуры в течение 1 суток

К группам высокого риска развития пневмококковых инфекций относятся пациенты

с железодефицитной анемией

с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной системы

в возрасте 20-40 лет

с сифилисом

У большинства пациентов с внебольничной пневмонией при проведении эффективной терапии отмечается снижение температуры, происходит постепенный регресс основных клинических проявлений заболевания, а также лабораторных маркеров воспаления через + _____ + день/дней

7-10

1

14-21

3-5

При медленно разрешающейся пневмонии и наличии факторов риска затяжного течения заболевания контрольное рентгенологическое исследование требуется через

3 месяца

2 недели

12 месяцев

4 недели

Шкала PORT необходима для

3 месяца

2 недели

12 месяцев

4 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На периодические головные боли, «стук» в висках, неоднократное повышение АД до 165/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Головные боли и стук в висках периодически появляются уже в течение 3 лет. АД стал измерять в последние 4 месяца, результатов ниже 130/90 мм рт. ст. не было.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей нет * аллергический анамнез не отягощен * у отца гипертоническая болезнь более 20 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178, масса тела 89 кг ИМТ 28.1 кг/м².

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 3 месяца
- 2 недели
- 12 месяцев
- 4 недели

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 3 месяца
- 2 недели
- 12 месяцев
- 4 недели

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом у данного пациента предполагается

- 3 месяца
- 2 недели
- 12 месяцев
- 4 недели

Диагноз

Фактором, предрасполагающим к развитию Артериальной гипертензии, является

- дефицит массы тела
- вегетарианство

жаркий климат

избыточная масса тела и ожирение

В рамках диспансерного наблюдения оценивают факторы риска и поражение органов мишеней не реже чем

1 раз в 5 лет

3 раза в год

1 раз в год

1 раз в месяц

Наиболее предпочтительным вариантом лечения является назначение комбинации

антагониста минералкортикоидов и бета-миметиков

ингибитора АПФ и антагониста кальция

ингибитора АПФ и НПВС

бета-блокатора и альфа-блокатора

Физическая активность, снижающая риск сердечно-сосудистых осложнений, подразумевает

разминку по утрам ежедневно

занятия тяжелой атлетикой

интенсивную физическую активность в течение двух часов ежедневно

аэробную физическую активность 2 часа 30 минут в неделю умеренной интенсивности

Целевым уровнем САД для данного больного является + _____ + мм рт.ст

140-150

120-130

$\geq 140/90$

$\geq 110/70$

Антигипертензивными препаратами, которые могут вызывать приступообразный кашель, являются

блокаторы рецепторов к ангиотензину II

антагонисты кальция

ингибиторы АПФ

тиазидоподобные диуретики

Наиболее предпочтительным диуретиком для данного больного является

диакарб

маннитол

фуросемид

индапамид

Лодыжечно-плечевой индекс определяется при

подозрении на периферический атеросклероз

подозрении на снижение скорости пульсовой волны

подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

нарушении эластичности мелких артериол

Добиться нормальных значений АД при помощи модификации образа жизни возможно при артериальной гипертензии

подозрении на периферический атеросклероз

подозрении на снижение скорости пульсовой волны

подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

нарушении эластичности мелких артериол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 45 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

На болезненное, частое (до 3 раз в 30 минут) мочеиспускание, ноющие боли в надлонной области, повышение температуры тела до 37,8°C, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые появилось болезненное, частое (до 3 раз в 30 минут) мочеиспускание, ноющие боли в надлонной области, повышение температуры тела до 37,8°C. Связывает с переохлаждением накануне. Самостоятельно ничего не принимала.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – ОРВИ (2 р/ в год), хронический сальпингоофорит

* не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * семейный анамнез: у матери мочекаменная болезнь

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 156 см, масса тела 54 кг. Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в надлонной области. Печень по краю реберной дуги. ССПО отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, частое. Диурез увеличен. Стул оформленный. Температура тела 37,8°C.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования является

подозрении на периферический атеросклероз

подозрении на снижение скорости пульсовой волны

подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

нарушении эластичности мелких артериол

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

подозрении на периферический атеросклероз

подозрении на снижение скорости пульсовой волны

подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

нарушении эластичности мелких артериол

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым диагнозом у данной пациентки является

подозрении на периферический атеросклероз

подозрении на снижение скорости пульсовой волны

подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

нарушении эластичности мелких артериол

Диагноз

Данному пациенту цистоскопия

не рекомендована

выполняется по желанию пациента

выполняется по желанию врача

рекомендована

Данной пациентке УЗИ мочевого пузыря показано с целью

исключения туберкулеза мочевых путей

выявления камней предпузырного отдела мочеточника

визуализации слизистой мочевого пузыря

диагностики опущения тазовых органов

Цистит можно будет назвать рецидивирующим, если в течение года у пациентки произойдет + ____ + обострения

3

2

6

4

Назначение + _____ + при остром цистите не рекомендуется из-за широко распространенной резистентности к нему уропатогенов

фосфомицина

нитрофурана

амоксциллина

фуразидина

Продолжительность лечения острого неосложненного цистита составляет
+ _____ + дней

1-7

7-10

14-21

10-14

Препаратом выбора у данной пациентки является

амоксциллин

цефипим

фосфомицина трометамол

ко-тримоксазол

Для иммунопрофилактики рецидивов острого цистита применяются

канефрон

амоксциллин

мелоксикам

лиофилизированный лизат бактерий *Escherihia coli*

Употребление клюквенного сока или морса в качестве профилактики рецидивирования цистита нельзя сочетать с приемом

фитолизина

аллопуринола

варфарина

эналаприла

Одной из целей лечения рецидивирующего цистита является

фитолизина

аллопуринола

варфарина

эналаприла

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

На заложенность носа, боли в околоносовых пазухах, особенно при наклоне вниз, гнойное отделяемое из полости носа с неприятным запахом. Повышение температуры тела до 37,5°C.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 6 дней, когда на фоне благополучия появилась заложенность носа, использовала сосудосуживающие капли, без эффекта. К 3 дню присоединилась боли в околоносовых пазухах, при наклоне головы вниз и гнойное отделяемое из полости носа с неприятным запахом.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – ОРВИ (1 р/в год), аппендэктомия в 25 лет. * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * Наследственность неотягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 159 см, масса тела 56 кг. Кожные покровы физиологической окраски, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Диурез без особенностей. Стул оформленный. Температура тела 37,2°C. При осмотре полости носа патологическое отделяемое в среднем носовом ходу.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

фитолизина

аллопуринола

варфарина

эналаприла

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

фитолизина

аллопуринола

варфарина

эналаприла

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом у пациента является

фитолизина

аллопуринола

варфарина

эналаприла

Диагноз

Данному пациенту требуется консультация

офтальмолога

отоларинголога

гастроэнтеролога

невролога

Среди бактериальных возбудителей острого синусита наиболее значимыми в настоящее время являются

fusobacterium

s. aureus / methicillin-resistant *staphylococcus aureus*

h. parainfluenzae

streptococcus pneumoniae / *Haemophilus influenzae*

Наиболее вероятной степенью тяжести у данного больного является

среднетяжелая

очень тяжелая

тяжелая

легкая

Стартовая эмпирическая терапия начинается с

доксциклина

амоксциллина

ацикловира

ципрофлоксацина

Препаратом выбора для лечения острого синусита в случае приема а/б препаратов в предшествующие 1-1,5 мес. является

амоксциллин + клавулановая кислота

преднизолон

ванкомицин + ципрофлоксацин /левофлоксацин

аторвастатин

При атипичной флоре препаратом выбора является

амоксциллин

амоксциллин + клавулановая кислота

преднизолон

джозамицин

Показанием для хирургического лечения острого синусита является

желание врача

неэффективность а/б терапии

желание пациента

наличие признаков острого синусита на рентгенографии

Физиотерапия больной с острым синуситом

может проводиться при легком течении заболевания

противопоказана в связи с лихорадкой

должна проводиться только на стационарном этапе лечения

не показана

Для профилактики острого синусита показана

может проводиться при легком течении заболевания

противопоказана в связи с лихорадкой

должна проводиться только на стационарном этапе лечения

не показана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ф., 55 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

* выраженная одышка в покое, при незначительной физической нагрузке - ходьбе на 20 метров; * приступы затрудненного дыхания, удушья до 10 раз в сутки, в том числе ночные ежечасно, сопровождаются сухими, свистящими хрипами; * чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке; * затруднение носового дыхания.

Анамнез заболевания

Считает себя больной более 14 лет, когда на фоне простудного фактора появилась одышка, эпизоды свистящего дыхания. Обращалась к терапевту по месту жительства, выставлен диагноз Бронхиальная астма, консультирована аллергологом, выявлена сенсibilизация к аллергену домашней пыли. Получает базисную терапию Форадил Комби 12/400 мкг 2 раза в сутки, ипратерол, на фоне терапии отмечает улучшение. Наблюдается пульмонологом. В течение последних 3-х суток отмечает резкое ухудшение самочувствия – связывает с переохлаждением, переменой погоды.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия. * Вирусный гепатиты, туберкулез отрицает. Вен. заболевания отрицает. * Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала. * Аллергологический анамнез: сенсibilизация к аллергенам домашней пыли * Наследственность: неотягощена * Гемотрансфузионный анамнез: отрицает * Профессиональный анамнез: пенсионер, работала учителем * Вредные

привычки: отрицает * Инвалидность: нет * Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Аускультативно дыхание жесткое, множественные сухие хрипы по всем полям. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно: Тоны сердца приглушены, сердцебиения ритмичные. Перкуторно границы сердца не расширены. АД 130/85 мм рт.ст., ЧСС 115 в мин, пульс 115 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Периферических отёков нет.
Для постановки диагноза необходимо выполнить

может проводится при легком течении заболевания

противопоказана в связи с лихорадкой

должна проводится только на стационарном этапе лечения

не показана

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

может проводится при легком течении заболевания

противопоказана в связи с лихорадкой

должна проводится только на стационарном этапе лечения

не показана

Результаты обследования

Основным диагнозом у данной пациентки является

может проводится при легком течении заболевания

противопоказана в связи с лихорадкой

должна проводится только на стационарном этапе лечения

не показана

Диагноз

Критерием тяжёлого обострения астмы является частота дыханий $\geq + \_\_\_\_\_\_ +$ в минуту

30

35

25

32

Базисная терапия бронхиальной астмы включает применение

сальбутамола

будесонида

ацетилцистеина

ипратропия бромид

Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

высоких доз ингаляционных и системных глюкокортикостероидов

средних доз ингаляционных и интраназальных глюкокортикостероидов

низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и кромонов

высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета2-агонистов

Бронхиальная астма тяжелого течения устанавливается у пациентов, получающих терапию, соответствующую + ____ + степени

3

2

4

1

Критерием жизнеугрожающей астмы является $SpO_2 < + \_\_\_\_ +$ (пороговое значение в %)

90

95

98

Пациентам с бронхиальной астмой противопоказаны антигипертензивные препараты группы

бета-адреноблокаторов

антагонистов кальциевых каналов

диуретиков

ингибиторов АПФ

Пациентке показано проведение вакцинации против

гепатита В

менингококка

кори

гриппа

Пациентка относится к +_____+ группе состояния здоровья

II

IIIб

IIIа

I

Больному бронхиальной астмой для самоконтроля состояния вентиляционной функции необходимо иметь собственный

II

IIIб

IIIа

I

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 59 лет, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

* на выраженную одышку при физической нагрузке – ходьбе до 50 м, выполнении домашней работы. * На приступы затрудненного дыхания до 4-6 раз в день. * На кашель с трудно отделяемой мокротой желтоватого цвета.

Анамнез заболевания

* Больным считает себя последние 20 лет, когда впервые появилась одышка при физической нагрузке. С годами наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. * Резкое ухудшение самочувствия 10 дней назад, связывает с переохлаждением.

Анамнез жизни

* В настоящий момент пенсионер. Работал плотником. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет, курит 40 лет по 20 сигарет в день. ИК=40 пачка/лет. * Постоянно принимает лозартан, 50 мг.

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Рост 170, вес 90 кг. ИМТ 31,14 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний. Отеков нет. Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны. Щитовидная железа не увеличена. * Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 110 уд/м. АД 140/80 мм.рт.ст. * Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову 11x10x10 см. * Стул в норме. Диурез адекватный. * Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 24 в мин. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится по всем полям. Множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук.

Для постановки основного диагноза необходимо выполнить

II

IIIб

IIIа

I

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

II

Шб

Ша

I

Результаты обследования

У пациентов с данной клинической картиной в первую очередь следует проводить дифференциальный диагноз между

бронхиальной астмой, хроническим (необструктивным) бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких

хроническим (необструктивным) бронхитом, центральным раком легкого, коклюшем

хроническим (необструктивным) бронхитом, пневмонией, стриктурой дыхательных путей

хронической обструктивной болезнью легких, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

бронхиальной астмой, хроническим (необструктивным) бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких

хроническим (необструктивным) бронхитом, центральным раком легкого, коклюшем

хроническим (необструктивным) бронхитом, пневмонией, стриктурой дыхательных путей

хронической обструктивной болезнью легких, бронхоэктатической болезнью, саркоидозом

Диагноз

Данному пациенту необходимо рекомендовать

лечение в дневном стационаре

госпитализацию в терапевтическое отделение

амбулаторное лечение

госпитализацию в ОРИТ

Для купирования симптомов обострения заболевания необходимо назначить в первую очередь

лечение в дневном стационаре

госпитализацию в терапевтическое отделение

амбулаторное лечение

госпитализацию в ОРИТ

Дополнительная информация

Пациенту проведены оценочные тесты. Оценка одышки по шкале mMRC = 3 балла. Тест САТ = 30 баллов

Пациенту после выписки из стационара (для стабилизации состояния) рекомендуется назначить бронходилататор из группы

коротко действующего антихолинергического препарата (ипратропия бромид)

коротко действующего β -агониста (фенотерол)

длительно действующих β -агониста в сочетании с антихолинергическим препаратом

ингаляционных глюкокортикостероидов (будесонид)

Для борьбы с гипоксемией, после определения газового состава артериальной крови, с большой вероятностью у пациента может быть применена

кислородотерапия

СИПАП терапия

неинвазивная вентиляция легких

искусственная вентиляция легких

Пациенту следует рекомендовать в первую очередь

гиполипидемическую диету

активное закаливание

бальнеотерапию

отказ от курения

Пациенту показано проведение вакцинации против

гепатита В и полиомиелита

гриппа и пневмококковой инфекции

кори и краснухи

столбняка и дифтерии

Диспансерное наблюдение данного пациента врачом-терапевтом

должно быть 2 раза в месяц

должно быть 1 раз в 6 месяцев

зависит исключительно от количества обострений в год

устанавливается врачом на его усмотрение

Контроль эффективности предписанного плана лечения пульмонологом производит в первый год

должно быть 2 раза в месяц

должно быть 1 раз в 6 месяцев

зависит исключительно от количества обострений в год

устанавливается врачом на его усмотрение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 48 лет, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

* На чувство нехватки воздуха при выполнении физической нагрузки средней интенсивности (подъем на 4 этаж, быстрая ходьба). * На кашель с умеренным количеством отделяемой мокроты желто-зелёного цвета. * Сонливость и быстрая утомляемость в дневное время.

Анамнез заболевания

Постоянный кашель с отделением небольшого количества мокроты серого цвета преимущественно по утрам беспокоит 15 лет. Впервые начал замечать одышку при физической нагрузке около года назад, кроме этого стал отмечать быструю утомляемость и сонливость в дневные часы. Настоящее ухудшение заболевания около месяца назад, после перенесенной вирусной инфекции отмечает усиление

одышки, кашля, а также увеличения количества отделяемой мокроты, которая стала желто-зелёного цвета.

Анамнез жизни

Работает сварщиком. Семейный анамнез: отец умер от рака легкого.

Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: хронический гастрит. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет, курит 25 лет по 20 сигарет в день.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SpO₂=95%, температура тела 36,8°C. Сознание ясное. Повышенного питания. Рост 178, вес 86 кг. ИМТ 27,14 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, без высыпаний. Отеков нет. Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны. Щитовидная железа не увеличена. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 85 уд/м. АД 135/80 мм.рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову 11х9х8 см. Стул в норме. Диурез адекватный. Грудная клетка эмфизематозная, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в мин. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится по всем полям. Множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук. Оценка одышки по визуальной аналоговой шкале по Боргу 4 балла.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

должно быть 2 раза в месяц

должно быть 1 раз в 6 месяцев

зависит исключительно от количества обострений в год

устанавливается врачом на его усмотрение

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

должно быть 2 раза в месяц

должно быть 1 раз в 6 месяцев

зависит исключительно от количества обострений в год

устанавливается врачом на его усмотрение

Результаты обследования

В данной клинической ситуации основным предположительным диагнозом является

должно быть 2 раза в месяц

должно быть 1 раз в 6 месяцев

зависит исключительно от количества обострений в год

устанавливается врачом на его усмотрение

Диагноз

Для выяснения причины дневной сонливости пациента рекомендуется проведение

ночной оксиметрии с последующим уточнением диагноза с помощью полисомнографии

пикфлоуметрии

суточного мониторирования ЭКГ

электроэнцефалографии

Для купирования симптомов обострения хронической обструктивной болезни легких пациенту рекомендуется назначить

нестероидные противовоспалительные препараты и инфузионную терапию

бронхолитики и системные глюкокортикостероиды

нестероидные противовоспалительные препараты и бронхолитики

системные глюкокортикостероиды и инфузионную терапию

Помимо бронхолитической терапии, пациенту необходимо назначить

противокашлевые средства, содержащие кодеин

преноксдиазин

муколитический препарат

грудной сбор

Нефармакологическая терапия у данного пациента включает

отказ от курения

бальнеотерапию

отказ от занятий спортом

гипоаллергенную диету

Показанием к назначению антибактериальной терапии у данного пациента является наличие

усиления одышки, увеличения количества и «гнойности» мокроты

значения ОФВ1/ЖЕЛ 52% в сочетании с дневной сонливостью

множественных сухих рассеянных хрипов при аускультации и значение SpO_2

изменений в ОАК: СОЭ 18 мм/ч, лейкоциты $10,8 \times 10^3$ мкл

Наиболее вероятным возбудителем обострения у пациента является

вирус гриппа А

Haemophilus influenzae

Pseudomonas aeruginosa

энтеробактерии

К необратимым компонентам экспираторного ограничения воздушного потока относят

сокращение гладкой мускулатуры бронхов

накопление воспалительных клеток, слизи и экссудата плазмы в бронхах

динамическую гиперинфляцию

потерю эластичной тяги легких вследствие альвеолярной деструкции

Контроль эффективности впервые назначенного лечения ХОБЛ врачом-пульмонологом следует проводить через

1-2 недели

1, 2 месяца

1, 3, 12 месяцев

5, 10, 15 недель

Интегральная оценка тяжести пациентов, страдающих ХОБЛ учитывает выраженность клинических симптомов, оцененных по шкале

1-2 недели

1, 2 месяца

1, 3, 12 месяцев

5, 10, 15 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 39 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

* Эпизоды одышки, которые могут возникнуть при повседневных физических нагрузках (медленной ходьбе, подъеме на 1 этаж), в т.ч. ночью 2-3 раза в неделю, при эмоциональных нагрузках. Сопровождаются интенсивным, приступообразным кашлем с легко отделяемой слизистой мокротой в течение всего дня, но преимущественно утром, без запаха и примеси крови. *

Периодически возникают свистящие хрипы.

Анамнез заболевания

Впервые вышеперечисленные жалобы появились 2 года назад весной во время отдыха в санатории в Краснодарском крае, по возвращению домой симптомы исчезли, беспокоил только сухой кашель с трудно отделяемой мокротой.

Отмечает аллергию на кошачью шерсть, но в санатории контакта с кошкой не было. Год назад летом также отмечала усиление симптомов на протяжении длительного времени, связать с каким-либо определенным аллергеном не смогла. Не обследовалась, лечение не получала. Настоящее ухудшение заболевания 1 месяц назад, после перенесенного простудного заболевания.

Анамнез жизни

* Работает бухгалтером. * В детстве болела пневмонией, часто болела ОРВИ (1-2 раза в год), после выздоровления длительное время отмечался кашель. В зрелом возрасте после простудных заболеваний так же отмечался длительный кашель, но к специалистам не обращалась. Болеет ОРВИ 2-3 раза в год. *

Аллергия на кошачью шерсть, проявляется слезотечением. * Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. * Алкоголем не злоупотребляет. * Не курит и никогда не курила.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. SpO₂ ~97% Температура тела 36,8⁰С Конституция: гиперстеническая. Рост: 182 см. Вес: 100 кг. ИМТ: 30,19 кг/м². Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 уд\м. АД 120\80 мм.рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову

12x10x8 см. Грудная клетка правильной формы, при пальпации безболезненна, обе половины активно участвуют в акте дыхания, симметричны. ЧДД 22 в мин. Аускультация легких: дыхание проводится по всем полям. Множественные рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук. Физиологические отправления не нарушены.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

1-2 недели

1, 2 месяца

1, 3, 12 месяцев

5, 10, 15 недель

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо назначить

1-2 недели

1, 2 месяца

1, 3, 12 месяцев

5, 10, 15 недель

Результаты обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

1-2 недели

1, 2 месяца

1, 3, 12 месяцев

5, 10, 15 недель

Диагноз

Мониторинг пиковой скорости выдоха служит для определения

степени дыхательной недостаточности

уровня контроля симптомов бронхиальной астмы

степени тяжести обострения

фенотипа бронхиальной астмы

В качестве базисной терапии данной пациентке необходимо назначить

низкие дозы пероральных глюкокортикостероидов

высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующие бета агонисты

короткодействующие бета агонисты по потребности

низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующие бета агонисты

Снижение объема терапии (переход на ступень вниз) показано при достижении и сохранении стабильного контроля $\geq +$ _____ + (пороговое значение)

3-х лет

1-го года

3-х месяцев

1 месяца

Для оценки контроля бронхиальной астмы рекомендуется использовать вопросник

CHA2DS2-VASC

CAT тест

ACQ-5 и тест по контролю над астмой (ACT)

оценки одышки по шкале (MRC)

Пациентам при обострении бронхиальной астмы рекомендуется проводить

бодиплетизмографию

рентгенографию органов грудной клетки в прямой проекции

УЗИ плевральной полости

компьютерную томографию органов грудной клетки

Показанием к назначению тиотропия бромида больным с бронхиальной астмой является

- стартовая терапия на этапе постановки диагноза бронхиальной астмы у молодых пациентов
- тяжелая сопутствующая сердечно-сосудистая патология
- астматический статус в анамнезе
- наличие хотя бы 1-го обострения, потребовавшего госпитализации

Пациентке необходимо рекомендовать

- прием антигистаминных препаратов при контакте с аллергенами
- санаторно-курортное лечение
- регулярную аэробную физическую нагрузку
- снизить массу тела, ограничить контакт с аллергеном

Пациентке показана вакцинация против

- краснухи
- гемофильной инфекции
- пневмококковой инфекции
- кори

Пациентка должна быть отнесена к +_____+ группе здоровья

- краснухи
- гемофильной инфекции
- пневмококковой инфекции
- кори

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.

Жалобы

На лихорадку до $37—38,5^{\circ}\text{C}$ с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзиллит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интенсивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Год назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Пять месяцев назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6). Лихорадку с подъемами температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до $38,5^{\circ}\text{C}$, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

* иные хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — $38,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м^2 . При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обеих легких. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO_2 —

90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

краснухи

гемофильной инфекции

пневмококковой инфекции

кори

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

краснухи

гемофильной инфекции

пневмококковой инфекции

кори

Результаты лабораторных методов обследования

Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является

краснухи

гемофильной инфекции

пневмококковой инфекции

кори

Диагноз

По течению инфекционный эндокардит у данной пациентки является

хроническим

острым

подострым

персистирующим

При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

Лукина-Лимбмана

Рота

Джейнуэя

Филатова-Коплика

При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

Джейнуэя

Рота

Лукина-Лимбмана

Филатова-Коплика

Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

при снижении температуры

в период подъема температуры тела

не дожидаясь подъема температуры тела

дважды при подъеме и снижении температуры тела

Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента, согласно современным рекомендациям, требуется междисциплинарный

подход с участием «Команды эндокардита», в которую обязательно входят кардиохирург, кардиолог, анестезиолог, клинический фармаколог, бактериолог и

окулист

рентгенолог

инфекционист

ревматолог

На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает + _____ + , римфацин и генатимицин

цефтриаксон

оксациллин

ципрофлоксацин

ванкомицин

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки ванкомицином и рифампицином составит + ____ + недель (ли)

цефтриаксон

оксациллин

ципрофлоксацин

ванкомицин

Дополнительная информация

На седьмые сутки пребывания в стационаре пациентка стала ощущать боль в правой подколенной области, чувство онемения в дистальных отделах правой нижней конечности. При осмотре: выраженный отек правой стопы и голени, конечность полусогнута в коленном суставе, любые активные и пассивные движения болезненны, конечность холодная на ощупь, пульсация на сосудах голени и стопы ослаблена. При осмотре правая подколенная ямка складена, в подколенной области пальпируется образование овальной формы, плотное, пульсирующее, слабо эластичное, умеренно болезненное, не смещаемое при пальпации, размером 3,0х4,0 см. По данным ультразвукового сканирования

данной области лоцирован неравномерно расширенный до 5,0 см в диаметре сосуд, в просвете пристегночные гиперэхогенные массы, при цветном картировании – турбулентный кровоток. Через несколько часов после интенсивного болевого приступа в подколенной области появилась гематома. Данное состояние позволяет заподозрить

- септический артрит
- тромбофлебит подколенной вены
- септическую артериальную эмболию
- разрыв кисты Бейкера

После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антиботикопрофилактику следует проводить при

- септический артрит
- тромбофлебит подколенной вены
- септическую артериальную эмболию
- разрыв кисты Бейкера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 37 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту.

Жалобы

На периодически возникающую боль в эпигастральной области умеренной интенсивности, возникающую через 20-30 минут после приема пищи, без иррадиации.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 2-х лет. На прием ранее не обращалась. Пару дней назад была на новогоднем корпоративе, после которого самочувствие ухудшилось: вновь появилась боль в эпигастральной области после еды, а также отрыжка и изжога, в связи с чем обратилась к врачу.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональный анамнез: работает периодически сутками, не всегда бывает возможность на работе полноценного приема пищи, длительные перерывы между приемами пищи, также любит горячие напитки; * аллергических реакций не было; * наследственность: у матери язвенная болезнь желудка

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,0[°]С. Больная нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластичная, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен тонким белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- септический артрит
- тромбофлебит подколенной вены
- септическую артериальную эмболию
- разрыв кисты Бейкера

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными исследованиями являются

- септический артрит
- тромбофлебит подколенной вены
- септическую артериальную эмболию
- разрыв кисты Бейкера

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

септический артрит
тромбофлебит подколенной вены
септическую артериальную эмболию
разрыв кисты Бейкера

Диагноз

Эрадикация *H. Pylori* в данном клиническом случае

не требуется
обязательна
не желательна
противопоказана

Терапией первой линии эрадикации *H. Pylori* является

щадящая диета, обогащенная белками и овощами
двойная эрадикационная терапия в сочетании с удвоенной дозой ингибиторов протонной помпы
тройная эрадикационная терапия
монотерапия висмутом трикалия дицитратом

К дополнительным методам исследования функциональной диспепсии относятся

суточное мониторирование рН в пищеводе и желудке
ректороманоскопия
колоноскопия
МРТ брюшной полости

В данной клинической ситуации необходимо назначить в первую очередь

изменение образа жизни
антациды
НПВС

эрадикационную терапию H.Pylori

В трехкомпонентную схему эрадикации, помимо ингибиторов протонной помпы, входят

кларитромицин 1000 мг 2 раза в сутки и НПВС

кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки

амоксициллин 500 мг 2 раза в сутки и спазмолитик

кларитромицин 1000 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 500 мг 2 раза в сутки и мебеверин 200 мг в сутки

При проведении дифференциального диагноза функциональной диспепсии в первую очередь необходимо исключить

ГЭРБ

функциональную диарею

хронические тазовые боли

симптомы тревоги

Для нормализации аккомодации фундального отдела желудка, улучшения эвакуации содержимого желудка лучше назначить препарат

акотиамид

висмута трикалия дицитрат

мебеверин

иберогаст

При использовании эндоскопических методов диагностики H.Pylori берут как минимум + _____ + желудка

1 биоптат из тела желудка и 2 биоптата из антрального отдела

2 биоптата из тела и 1 биоптат из антрального отдела

1 биоптат из тела

1 биоптат из антрального отдела

Контроль эрадикации после эрадикационной терапии проводится не ранее

1 биоптат из тела желудка и 2 биоптата из антрального отдела

2 биоптата из тела и 1 биоптат из антрального отдела

1 биоптат из тела

1 биоптат из антрального отдела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 года на приеме у врача общей практики.

Жалобы

На периодические головные боли, повышение артериального давления, общую слабость.

Анамнез заболевания

Впервые отметил головную боль 5 лет назад, после сильного психоэмоционального напряжения, которая купировалась самостоятельно через три дня. Со слов больного, на протяжении 5 лет головные боли сопровождались повышением давления, по поводу которого он время от времени принимал антигипертензивные препараты. Значительное улучшение самочувствия отмечал после отпуска.

Анамнез жизни

Бухгалтер в крупной фирме, не курит, алкоголь – по праздникам. У матери и старшей сестры - гипертоническая болезнь. Отец умер от инфаркта миокарда в 58 лет.

Объективный статус

Сознание ясное, общее состояние средней степени тяжести, кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 172, вес 80 кг, ИМТ 27 кг/м^2 , окружность талии 85 см. Правая граница относительной сердечной тупости {plus} 1 см от правого края грудины, левая граница - по левой среднеключичной линии, верхняя граница –на уровне III ребра. ЧСС 78 в 1 минуту, АД 170/100 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в 1 минуту отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. АД 170/100 мм рт. ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.

Пациенту следует рекомендовать

1 биоптат из тела желудка и 2 биоптата из антрального отдела

2 биоптата из тела и 1 биоптат из антрального отдела

1 биоптат из тела

1 биоптат из антрального отдела

Результаты обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1 биоптат из тела желудка и 2 биоптата из антрального отдела
- 2 биоптата из тела и 1 биоптат из антрального отдела
- 1 биоптат из тела
- 1 биоптат из антрального отдела

Результаты инструментальных методов обследования

Всем пациентам с артериальной гипертензией для оценки сердечно - сосудистого риска рекомендовано определение

- минутного объема кровообращения
- скорости клубочковой фильтрации
- скорости распространения пульсовой волны
- минутного потребления кислорода

Данному пациенту на основании результатов обследования можно поставить диагноз

- минутного объема кровообращения
- скорости клубочковой фильтрации
- скорости распространения пульсовой волны
- минутного потребления кислорода

Диагноз

Данному пациенту для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение

- рентгенографии органов грудной клетки
- эхоКГ
- сцинтиграфии миокарда
- коронароангиографии

У пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском рекомендовано

осмотр в щелевой лампе

определение сумеречного зрения

исследование глазного дна

определение остроты зрения

Основная цель антигипертензивной терапии заключается в снижении риска развития

сахарного диабета

когнитивных нарушений

осложнений

гломерулонефрита

Немедикаментозная тактики лечения в течение нескольких месяцев возможна при артериальной гипертензии

2 степени при среднем риске

1 степени без признаков поражения органов мишеней

3 степени при отсутствии факторов риска

2 степени при высоком риске

У данного пациента целевым уровнем артериального давления является значение + _____ + (пороговый уровень в мм рт. ст.)

не более 140/100

менее 140/90

менее 150/90

менее 120/80

Пациенту, имеющему высокий сердечно-сосудистый риск, рекомендуется начинать антигипертензивную терапию с одной из рациональных комбинаций из двух препаратов

ингибитор ангиотензин-превращающего фермента {plus} блокатор рецепторов ангиотензина

бета адреноблокатор {plus} тиазидный диуретик

ингибитор ангиотензин-превращающего фермента {plus} тиазидный диуретик

бета адреноблокатор {plus} антагонист альдостерона

У пациентов в сахарным диабетом моложе 65 лет целевым уровнем систолического артериального давления является + _____ + (пороговый уровень в мм. рт. ст.)

120

меньше 145

130

меньше 135

Для выявления нарушения углеводного обмена у пациентов с артериальной гипертензией рекомендовано определение

120

меньше 145

130

меньше 135

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 54 года, первичное плановое обращение к врачу общей практики.

Жалобы

Наличие расширенных вен на обеих нижних конечностях, тяжесть, утомляемость, отёчность голеней к вечеру; так же беспокоят боли в коленных суставах механического характера, больше справа, затрудняющие ходьбу, особенно спуск по лестнице, ограничение сгибания в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания

Расширенные вены на ногах появились приблизительно в 25 лет после родов, за истекший период заболевание медленно прогрессировало. Мать также страдает варикозной болезнью. Последние пять лет отмечает потемнение, уплотнение кожи в области медиальных лодыжек, больше слева. Самостоятельно

использует мазь с Троксерутином, периодически - эластическое бинтование голеней. Боль и ограничение подвижности в коленных суставах беспокоят около трех лет, местно на область наибольшей болезненности использует мази с противовоспалительным и анальгетическим действием, при сильной боли принимает Ибупрофен и комбинированный препарат Глюкозамина и Хондроитина (самоназначение). Травмы коленных суставов, острый тромбоз глубоких вен отрицает. Ранее с вышеописанными жалобами к врачу не обращалась. Настоящее ухудшение связывает с недавней интенсивной работой на садовом участке.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез - отец умер предположительно от инфаркта в 63 года, матери 76 лет, страдает артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа. Аллергию на медикаменты отрицает. Травмы мелкие. Операции: аппендэктомия в 16 лет, холецистэктомия в 48 лет по поводу острого калькулезного холецистита. Инфекционный анамнез: перенесла гепатит А в 10 лет. Обследована по месту работы на ВИЧ, гепатит В, туберкулез: результат отрицательный (со слов). Хронические заболевания отрицает, медикаменты постоянно не принимает. Эпизодически отмечает подъемы АД до 155-160/95-100 мм рт. ст. Гинекологический анамнез: беременностей 5 (2 физиологических родов, 2 медицинских аборта, 1 невынашивание в раннем сроке), менопауза с 52 лет. Специальной диеты не придерживается, физическая активность низкая. Не курит. Алкоголь употребляет эпизодически в малых дозах. Работает продавцом-кассиром. Результаты предыдущих обследований не предоставлены.

Объективный статус

Температура 36,5°C. Рост 164 см, вес 89 кг. АД 154/94 мм рт. ст., ЧСС 78 в мин. Физиологические отправления в норме (со слов). Местный статус: при ходьбе слегка прихрамывает на правую ногу. При сравнительном осмотре нижних конечностей на обеих голених по наружно-медиальной поверхности - варикозные вены более 1 см. в диаметре, диффузные сетчатые вены, в области медиальных лодыжек бурая пигментация кожи, периферических отеков нет, пульсация артерий на всех уровнях. Обращает на себя внимание деформация обоих коленных суставов без признаков местного воспаления, а также двустороннее плоскостопие. Активное и пассивное сгибание в правом коленном суставе умеренно ограничено из-за боли и скованности, пальпаторно при сгибании определяется крепитация в обоих коленных суставах, признаков синовита нет.

Для установки окончательного диагноза заболевания вен

дополнительные исследования не требуются

необходима консультация флеболога

необходима ультразвуковая доплерография нижних конечностей

необходимо исследование лодыжечно-плечевого индекса

Для установки окончательного диагноза заболевания коленных суставов необходимо выполнить

рентгенографию коленных суставов в 2-х проекциях

сцинтиграфию коленных суставов

компьютерную томографию коленных суставов

денситометрию бедренных костей

Симптомы хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей вызваны

рентгенографию коленных суставов в 2-х проекциях

сцинтиграфию коленных суставов

компьютерную томографию коленных суставов

денситометрию бедренных костей

Диагноз

Базовая (клиническая) классификация CEAP

C0 – нет видимых или пальпируемых признаков хронического заболевания вен (ХЗВ); C1 – телеангиэктазии или ретикулярные вены; C2 – варикозно-измененные подкожные вены; C3 – отек; C4 – трофические изменения кожи и подкожных тканей: а – гиперпигментация и/или варикозная экзема; b – липодерматосклероз и/или белая атрофия кожи; C5 – зажившая венозная язва; C6 – открытая (активная) венозная язва При наличии субъективных симптомов ХЗВ к обозначению клинического класса добавляют S. При отсутствии субъективных симптомов добавляют A.

Оцените степень хронической венозной недостаточности (ХВН) по базовой (клинической) классификации CEAP

C4bS

C2A

C5S

C4aS

Боль и нарушение функции коленных суставов вызваны

ревматоидным артритом

реактивным артритом

подагрой

гонартрозом

Основным механизмом развития венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

нарушение лимфатического оттока

специфическое воспаление венозной стенки

потеря упругоэластичных свойств венозной стенки

клапанная недостаточность глубоких вен

Основной причиной (фактором риска) развития заболевания коленных суставов у данной пациентки является

ожирение

недостаток глюкозамина и хондроитина в диете

хроническое неспецифическое воспаление

менопаузальный дефицит эстрогенов

Оптимальным методом лечения венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

длительное использование флеботропных препаратов (венотоников)

эластическое бинтование нижних конечностей

склерозирование варикозных вен (склеротерапия)

хирургическое удаление / облитерация варикозных вен

Наиболее эффективным методом консервативного лечения венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

аппликация гепарин-содержащих мазей на варикозные вены

прием флеботропных лекарственных препаратов

ношение компрессионного трикотажа

прием пентоксифиллина и/или антиагрегантов

Наиболее эффективным мероприятием, которое позволяет замедлить дегенерацию суставного хряща и прогрессирование остеоартроза коленных суставов является

- курс внутрисуставных инъекций препарата гиалуроновой кислоты
- использование мазей с «хондропротективным» действием
- длительный прием препаратов на основе глюкозамина и хондроитина
- снижение веса

Эффективным мероприятием, которое способно снизить боль в коленных суставах, уменьшить скованность и улучшить функциональную активность является

- лечебная физкультура (упражнения для укрепления мышц бедра)
- грязелечение (пелоидотерапия)
- акупунктура (иглорефлексотерапия)
- магнитотерапия на область суставов

У пациента с заболеванием вен нижних конечностей использование флеботропных препаратов способно

- лечебная физкультура (упражнения для укрепления мышц бедра)
- грязелечение (пелоидотерапия)
- акупунктура (иглорефлексотерапия)
- магнитотерапия на область суставов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 30 лет обратилась к врачу общей практики в поликлинику.

Жалобы

Повышение температуры, слабость, боли в поясничной области, неприятные ощущения при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Больна в течение двух дней, когда появились боли в поясничной области справа, повысилась температура до $38,7^{\circ}\text{C}$ с ознобом, со слов была мутная моча. Накануне заболевания отмечает переохлаждение. К врачу не обращалась, принимала жаропонижающие средства.

Анамнез жизни

Раньше подобных заболеваний не было. Страдает хроническим циститом, обострения бывают 2 – 3 раза в год. Периодически отмечает явления вульвовагинита, у гинеколога не наблюдается. Работает продавцом. Вредных производственных факторов нет.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы, чистые. Температура $38,3^{\circ}\text{C}$. Слизистая ротоглотки, миндалин – без патологических изменений. Лимфоузлы не увеличены. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс = ЧСС = 108 уд. в 1 мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого положителен справа. Диурез со слов не изменялся, стул нормальный. На данный момент беременность исключает. Врач общей практики заподозрил заболевание почек, предложил госпитализацию. Пациентка категорически отказалась.

Предварительный диагноз будет сформулирован следующим образом

лечебная физкультура (упражнения для укрепления мышц бедра)

грязелечение (пелоидотерапия)

акупунктура (иглорефлексотерапия)

магнитотерапия на область суставов

Диагноз

Необходимыми лабораторными и инструментальными методами диагностики являются

лечебная физкультура (упражнения для укрепления мышц бедра)

грязелечение (пелоидотерапия)

акупунктура (иглорефлексотерапия)

магнитотерапия на область суставов

Результаты лабораторных и инструментальных методов обследования

Основным фактором риска развития пиелонефрита у данной пациентки является

хроническая инфекция мочеполовой системы

возраст пациентки

наследственный анамнез

производственная вредность

Показанием для экстренной госпитализации является

наличие осложняющих факторов в анамнезе, тяжелое состояние

хронический вульвовагинит

острый неосложненный цистит

хронический цистит в стадии обострения

Для уточнения состояния уродинамики у пациентки потребуется консультация

уролога

инфекциониста

иммунолога

нефролога

Наиболее вероятным предполагаемым возбудителем заболевания у пациентки является

Chlamydia trachomatis

Herpes simplex

Escherichia coli

Ureaplasma urealyticum

Для эмпирической антибактериальной терапии острого неосложненного пиелонефрита в качестве терапии первой линии показано назначение

пенициллинов

фторхинолонов

карбапенемов

макролидов

Оценка эффективности эмпирической стартовой терапии проводится через + _____ + часов

48

12

72

56

Длительность антибактериальной терапии острого неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения составляет + _____ + дней

21 – 28

7 – 10

10 – 14

5 – 7

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром пиелонефрите составляют + _____ + дней

10 – 14

25 – 40

7 – 10

15 – 20

Бессимптомная бактериурия подлежит антибактериальной терапии с целью профилактики острого пиелонефрита у

пациентов с ХСН

беременных

пациентов с компенсированным сахарным диабетом

лиц в возрасте старше 65 лет

Повторное бактериологическое исследование мочи проводится

пациентов с ХСН

беременных

пациентов с компенсированным сахарным диабетом

лиц в возрасте старше 65 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 69 лет, обратилась к врачу общей практики (семейному врачу).

Жалобы

Повышение АД до 170/90 мм рт. ст., головную боль, умеренную сухость во рту, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчесов, чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе и подъёме на 3 этаж. В последнее время отмечает нарушение зрения.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились и нарастали в течение года. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью, АД колеблется в пределах 150–180/80–90 мм рт. ст. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, стенокардией напряжения. В возрасте 60 лет пациентка перенесла инфаркт миокарда. С этого времени состояние её оставалось стабильным. Принимает эналаприл (10 мг/сут), метопролол (50 мг/сут), аспирин (125 мг/сут), симвастатин (20 мг/сут), гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1000 мг/сут). Контрольные явки диспансерного наблюдения посещает нерегулярно.

Анамнез жизни

У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,6 кг. Перенесла холецистэктомию (в 45 лет).

Объективный статус

Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Рост - 168 см, вес - 85 кг, ИМТ – 32,9 кг/м², окружность талии - 96 см. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохранена. Стул и диурез не нарушены. Был проведён скрининг на синдром старческой астении по опроснику «Возраст не помеха» - 2 балла. Прошла флюорографию: легочные поля без патологических теней; легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза; корни структурны; диафрагма и синусы четкие; сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена. Самостоятельно обратилась офтальмологу: выставлен диагноз Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).

Необходимыми лабораторными методами обследования в рамках диспансерного наблюдения пациентки являются

пациентов с ХСН

беременных

пациентов с компенсированным сахарным диабетом

лиц в возрасте старше 65 лет

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования являются

пациентов с ХСН

беременных

пациентов с компенсированным сахарным диабетом

лиц в возрасте старше 65 лет

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом пациентки является

пациентов с ХСН

беременных

пациентов с компенсированным сахарным диабетом

лиц в возрасте старше 65 лет

Диагноз

У пациентки гипертоническая болезнь + ____ + стадии, + ____ + степени, риск ССО + _____ + , гипертрофия миокарда левого желудочка

II, 3, 2 (умеренный)

III, 3, 4 (очень высокий)

II, 2, 4 (очень высокий)

III, 3, 3 (высокий)

У пациентки имеется ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 60 лет), стенокардия напряжения + ____ + функционального класса

I

II

IV

III

У пациентки сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса + ____ + стадии, + ____ + функционального класса

2, 1

2, 3

2, 2

1, 1

У пациентки Хроническая болезнь почек + ____ + стадии, альбуминурия

C3б, A3

C4, A4

C2, A0

C3a, A2

У пациентки абдоминальное ожирение + ____ + степени. Дислипидемия

4

1

2

3

Диагноз «Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD)» является проявлением

диабетической микроангиопатии

не связанным с сахарным диабетом

диабетической макроангиопатии

диабетической нейропатии

Модифицируемыми факторами риска у данной пациентки являются: ожирение, артериальная гипертензия, гипергликемия, а также

женский пол

возраст

дислипидемия

наследственность

У данной пациентки целевыми являются показатели артериального давления + _____ + мм.рт.ст., ЛПНП менее + _____ + ммоль/л, ТГ менее + _____ + ммоль/л

100-110/60-69; 3,0; 1,0

130-139/80-89; 2,0; 1,5

130-139/70-79; 1,4; 1,7

120-129/80-89; 2,5; 1,8

Наиболее оптимальной схемой терапии данной пациентки будет назначение (преимущественно в виде фиксированных комбинаций) препаратов: ингибитор АПФ, дигидропиридиновый антагонист кальция, высокоселективный бета-адреноблокатор, метформин, ацетилсалициловая кислота и

100-110/60-69; 3,0; 1,0

130-139/80-89; 2,0; 1,5

130-139/70-79; 1,4; 1,7

120-129/80-89; 2,5; 1,8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 51 года на приеме у врача-терапевта.

Жалобы

Жалуется на одышку при ходьбе по ровной местности, с трудом проходит 100 метров. Поправился на 5 кг за месяц, хотя не изменил питание. Беспокоят также отеки ног, которые нарастают к вечеру. Очень ослаб, не может выполнять свою обычную работу по дому, с трудом выполняет рабочие обязанности.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2 лет, когда впервые возникли боли в груди, обследовался, поставили диагноз «Стенокардия», назначили лечение. Однако принимал лекарства беспорядочно, не все назначенные препараты. Через год после первого обращения возник сильный приступ болей, был госпитализирован с диагнозом «Острый инфаркт миокарда». Был установлен стент, после выписки назначено лечение. Однако пациент опять не принимал препараты регулярно, продолжал курить. В настоящее время принимает ацетилсалициловую кислоту, бисопролол (тромбоасс, конкор). МНН. Артериальное давление не повышается, поддерживается на уровне 120-110 мм рт. ст. Боли в груди беспокоят очень редко. При болях использует нитроспрей с хорошим эффектом. Страдает нарушением сна – трудности с засыпанием, тяжело пробуждается. Ночью несколько раз встает помочиться.

Анамнез жизни

Образование высшее. Работает программистом в крупной компании. После перенесенного инфаркта несколько снизил нагрузку, но по-прежнему иногда работает по ночам. Живет один, разведен. Дети – сын и дочь школьных лет - живут с матерью. Квартира отдельная, небольшая. Питается большей частью в кафе и закусочных, а также заказывает еду на дом. Алкоголь не употребляет вообще, но пьет много сладких газированных напитков. В день выпивает 3-4 чашки кофе. Курит в течение 30 лет, сейчас примерно полпачки сигарет в день, уменьшил количество после перенесенного инфаркта. Пытался бросить курить, безуспешно, за помощью по освобождению от никотиновой зависимости не обращался. Наркотические и психоактивные вещества не употребляет. Мать пациента жива, страдает гипертонической болезнью, имеет избыточную массу тела. Отец скончался в возрасте 50 лет, причину смерти не знает, так как с отцом не жил.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вошел в кабинет, задыхаясь (второй этаж). Изо рта неприятный запах. Зубной ряд неполный, слизистая оболочка десен гиперемирована, признаки пародонтоза. Язык влажный, обложен сероватым налетом. ЧД 22 в минуту. Рост 188 см, масса тела 83 кг. АД 100/70 мм рт. ст. ЧСС 53 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на верхушке. В легких жесткое дыхание, небольшое количество сухих хрипов в нижних отделах легких. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Край ее округлый, мягкий. Живот при пальпации безболезненный. Стопы и голеностопные суставы отечны, голени пастозны.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

100-110/60-69; 3,0; 1,0

130-139/80-89; 2,0; 1,5

130-139/70-79; 1,4; 1,7

120-129/80-89; 2,5; 1,8

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

100-110/60-69; 3,0; 1,0

130-139/80-89; 2,0; 1,5

130-139/70-79; 1,4; 1,7

120-129/80-89; 2,5; 1,8

Результаты инструментальных методов обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

100-110/60-69; 3,0; 1,0

130-139/80-89; 2,0; 1,5

130-139/70-79; 1,4; 1,7

120-129/80-89; 2,5; 1,8

Диагноз

С учетом данных обследования перечень необходимых инструментальных исследований для этого пациента может быть дополнен

100-110/60-69; 3,0; 1,0

130-139/80-89; 2,0; 1,5

130-139/70-79; 1,4; 1,7

120-129/80-89; 2,5; 1,8

Результаты инструментального обследования

Лечение этого пациента необходимо дополнить

блокатором медленных кальциевых каналов

препаратом, усиливающим сократимость и повышающим фракцию выброса
(левосимендан)

препаратом из класса сердечных гликозидов

препаратом из класса ингибиторов АПФ

Ингибиторы АПФ у больных с низкой фракцией выброса и сниженным АД могут привести к гипотонии. В этом случае необходимо

отменить препарат и повысить АД с помощью глюкокортикостероидов

отменить препарат и назначить другой из этого класса

отменить препарат и повысить АД с помощью добутамина

продолжать прием препарата, медленно титруя дозу

Назначение антагонистов минералокортикоидных рецепторов может привести к опасному осложнению

гипокалиемии

гипокальциемии

ангионевротическому отеку

гиперкалиемии

При неэффективности основных препаратов «золотого стандарта» рекомендуется у больных со сниженной фракцией выброса добавить

блокатор рецепторов к ангиотензину

триметазидин

антагонист рецепторов Неприлизина

дигиталис

Больным с ХСН обязательно рекомендуется реабилитация. Этому пациенту физическая реабилитация

показана только в условиях стационара из-за перенесенного ИМ

показана после компенсации явлений сердечной недостаточности

показана только в условиях санатория

противопоказана из-за высокого функционального класса сердечной недостаточности

Улучшить качество жизни, убрать симптомы СН и снизить риск госпитализации вследствие обострений у данного пациента поможет

вспомогательное кровообращение

постановка имплантируемого кардиовертера - дефибриллятора

сердечная ресинхронизирующая терапия

модификация факторов риска

В случае развития устойчивых к терапии мочегонными препаратами отеков следует в качестве первого шага

сократить потребление натрия (соли)

направить на сцинтиграфию почек

направить на консультацию к нефрологу

сократить потребление жидкости

Наблюдение этого пациента должно осуществляться

сократить потребление натрия (соли)

направить на сцинтиграфию почек

направить на консультацию к нефрологу

сократить потребление жидкости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 года обратился к врачу общей практики.

Жалобы

* слабость, * одышку, * кашель с гнойной мокротой.

Анамнез заболевания

Семь дней тому назад появилась утомляемость, повышение температуры тела до 37,8°C, накануне сидел под кондиционером. Принимал парацетамол, ибупрофен, без особого эффекта. Спустя 3 дня появился кашель со слизисто-гнойной мокротой. По совету родственников, начал прием таблеток амоксициллина по 500 мг 3 раза в день, ренгалин. Улучшения состояния к концу 4 суток не отмечалось, сохраняется повышение температуры тела до 38°C

Анамнез жизни

* Работает на одном из предприятий менеджером. * Перенесенные заболевания:

аппендэктомия в 30 лет. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, контакты с инфекционными больными отрицает. *

Аллергологический анамнез: не отягощен. * Наследственность: не отягощена. *

Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы физиологической окраски. Высыпаний нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Грудная клетка не деформирована. ЧДД 20 уд/мин. $\text{SpO}_2 \sim 97\%$. Аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в верхних отделах правого легкого, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Шум трения плевры нет. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. АД 122/85 мм рт.ст. ЧСС 80 уд. в мин. Перкуторно границы сердца не увеличены. Живот мягкий безболезненный. Симптом раздражения брюшины нет. Стул и диурез без особенностей.

На амбулаторном этапе необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

сократить потребление натрия (соли)

направить на сцинтиграфию почек

направить на консультацию к нефрологу

сократить потребление жидкости

Результаты лабораторных методов обследования

На амбулаторном этапе необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

сократить потребление натрия (соли)

направить на сцинтиграфию почек

направить на консультацию к нефрологу

сократить потребление жидкости

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента предполагаемым основным диагнозом является

сократить потребление натрия (соли)

направить на сцинтиграфию почек

направить на консультацию к нефрологу

сократить потребление жидкости

Диагноз

Шкала CURB-65 включает повышение уровня азота мочевины $> + \text{_____} +$ ммоль/л (пороговый уровень), тахипноэ $\geq + \text{_____} +$ в минуту (пороговый уровень)

5; 20

10; 35

7; 30

3; 25

Тактикой ведения пациента будет

увеличить дозу амоксицилина до 1000 мг 2 раза в сутки

госпитализация

заменить антибиотик на другой

продолжить прием амоксицилина в той же дозе еще 3 дня

Основным критерием эффективности антибиотикотерапии является

снижение артериального давления

снижение температуры

повышение артериального давления

снижение уровня гемоглобина

Одним из критериев эффективности антибиотикотерапии является стойкое снижение температуры тела менее

38,2°C в течение не менее 72 ч

38,2°C в течение не менее 48 ч

37,2°C в течение не менее 48 ч

37,2°C в течение не менее 24 ч

Глюкокортикостероиды системного действия рекомендуются пациентам с тяжелой внебольничной пневмонией, осложненной

гипотонией

развитием эмпиемы плевры

развитием абсцесса легкого

септическим шоком длительностью < 1 суток

В качестве симптоматической терапии пациенту показаны

статины

бронхолитики

муколитики

антикоагулянты

Наиболее эффективными средствами вторичной профилактики пневмонии являются

витамины группы В

пневмококковые и гриппозные вакцины

методы закаливания

витамины группы С

К группам высокого риска развития пневмококковых инфекций относятся

пациенты, ежедневно использующие общественный транспорт

пациенты в возрасте 65 лет и старше

мужчины старше 55 лет

женщины старше 60 лет

Тяжелой внебольничной пневмонией считают пневмонию

пациенты, ежедневно использующие общественный транспорт

пациенты в возрасте 65 лет и старше

мужчины старше 55 лет

женщины старше 60 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 49 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

Отмечается одышка в покое, кашель с мокротой, бледность и потливость кожных покровов

Анамнез заболевания

Около 12-ти часов назад пациент отметил повышение температуры тела до 39,2°C, острый кашель, одышку при умеренной нагрузке, выраженную слабость и потливость. Была вызвана скорая помощь, которой пациент был доставлен в стационар.

Анамнез жизни

Вредные привычки: курит (5 сигарет в день). Аллергологический анамнез: не отягощен. Профессиональный анамнез: офисный работник.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура тела 39,2°C. Кожные покровы бледные, влажные. Губы цианотичные. Слабая гиперемия слизистых оболочек, инъекция сосудов склер. Притупление перкуторного звука в проекции нижней доли правого легкого. Дыхание жесткое по всем полям, мелкопузырчатые хрипы в нижней доле правого легкого. ЧДД 30 уд в мин., SpO₂=87%. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 110 уд в мин., АД 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Периферические отеки отсутствуют.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

пациенты, ежедневно использующие общественный транспорт

пациенты в возрасте 65 лет и старше

мужчины старше 55 лет

женщины старше 60 лет

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

пациенты, ежедневно использующие общественный транспорт

пациенты в возрасте 65 лет и старше

мужчины старше 55 лет

женщины старше 60 лет

Результаты инструментального метода обследования

У данного пациента предполагается

пациенты, ежедневно использующие общественный транспорт

пациенты в возрасте 65 лет и старше

мужчины старше 55 лет

женщины старше 60 лет

Диагноз

Шкала CURB-65 включает повышение уровня азота мочевины $> + \text{_____} +$ ммоль/л (пороговый уровень), тахипноэ $\geq + \text{_____} +$ в минуту (пороговый уровень)

5; 20

7; 30

3; 25

10; 35

Антибиотиком выбора у данного пациента является

ампициллин

klarитромицин

офлоксацин

ципрофлоксацин

Основным критерием эффективности антибиотикотерапии является

снижение артериального давление

снижение температуры

снижение уровня гемоглобина

повышение артериального давления

Всем пациентам с внебольничной пневмонией $+ \text{_____} +$ после начала лечения рекомендуется оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии

спустя 2-3 суток

спустя 4-5 дня

в течение первых суток

в течение первых двух суток

При тяжелой пневмонии с септическим шоком возможно назначение

нестероидных противовоспалительных средств

антигистаминных препаратов

глюкокортикостероидов

иммуноглобулинов

В качестве симптоматической терапии пациенту показаны

статины

бронхолитики

муколитики

антикоагулянты

Наиболее эффективными средствами вторичной профилактики пневмонии являются

методы закаливания

пневмококковые и гриппозные вакцины

витамины группы С

витамины группы В

Всем амбулаторным пациентам с внебольничной пневмонией для оценки прогноза и выбора места лечения рекомендуется использовать шкалу

ОЛС

CURB/CRB-65

SMART-COP

PORT

Шкала CURB-65 включает анализ 5 признаков: нарушение сознания, тахипноэ ≥ 30 /мин; снижение систолического артериального давления < 90 мм рт.ст. или диастолического ≤ 60 мм рт.ст.; возраст пациента ≥ 65 лет и

ОЛС

CURB/CRB-65

SMART-COP

PORT

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ф. 51 год обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

* на ежедневные приступы удушья 1-2 раза в сутки, в том числе ночные 2-3 раза в неделю, сопровождающиеся дистантными сухими хрипами и чувством нехватки воздуха, малопродуктивный кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке (ходьба 200 метров); * эпизоды подъема АД до 150/90 мм рт.ст. (адаптирована к 120/80 мм рт.ст.), головные боли в теменно-затылочных областях во время подъема АД, головокружение, шум в ушах; * общую слабость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

В течение 12 лет страдает бронхиальной астмой. Обострения бывают 1-2 раза в год (ОРВИ, метеорологические условия). Купирует ингаляциями сальбутамола. Базисную терапию не получает. Примерно 1 раз в год ложится на стационарное лечение, после чего отмечает улучшение общего самочувствия, уменьшение «заложенности в груди». Год назад поставлен диагноз гипертоническая болезнь, постоянную антигипертензивную терапию не принимает. При повышении АД самостоятельно принимает 1 таблетку эналаприла (10 мг). Пациентка переехала из другого города, медицинской документации предоставить не может. Обратилась к врачу для подбора базисной терапии бронхиальной астмы и артериальной гипертензии.

Анамнез жизни

* Работает преподавателем в музыкальном училище. * Аппендэктомия в 25 лет. Гемотрансфузионный анамнез неотягощен. Другие хронические неинфекционные заболевания (кроме астмы и артериальной гипертензии) отрицает. * Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, контакт с инфекционными заболеваниями отрицает, загранпоездки, употребление сырой воды, укусы клещей отрицает. * Гинекологический анамнез: беременностей-3, родов-2, абортов-0, выкидышей-1. * Аллергологический анамнез: отмечает непереносимость пенициллина (кожная сыпь), непереносимость цитрусовых (кожный зуд). * Наследственность – не

отягощена. * Вредные привычки: курение, употребление алкоголя, наркотиков – отрицает. * Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Рост -158 см, вес – 70 кг. ИМТ – 28 кг/м^2 (окружность талии 86 см), SaO_2 – 96%, t тела – $36,5^\circ\text{C}$. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое, повышенного питания. Кожные покровы физиологической окраски. Влажность нормальная. Тургор не снижен. Высыпаний нет. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Костно-мышечная система не изменена. Грудная клетка бочкообразная. Легкие: аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, усиливаются на форсированном выдохе. Перкуторно звук коробочный. ЧДД - 18 в минуту. Сердце: аускультативно тоны приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются, перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД – 140/90 мм рт. ст. ЧСС – 78 в минуту. Ps – 78 в минуту. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не напряжен, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена, при пальпации безболезненна, перкуторно размеры 4x6 см. Почки не пальпируются. Периферические отеки не определяются. Стул: самостоятельный, оформленный, регулярный, патологических примесей нет. Диурез адекватный. **С целью уточнения диагнозов и последующей коррекции лечения астмы и артериальной гипертензии пациентке показаны лабораторные методы исследования**

ОЛС

CURB/CRB-65

SMART-COP

PORT

Результаты лабораторных методов обследования

С целью уточнения диагнозов и последующей коррекции лечения астмы и артериальной гипертензии пациентке показаны инструментальные методы исследования

ОЛС

CURB/CRB-65

SMART-COP

PORT

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый основной диагноз, который можно поставить пациентке:
Бронхиальная астма смешанного генеза + _____ +,
сенсibilизация к домашней пыли

ОЛС

CURB/CRB-65

SMART-COP

PORT

Диагноз

У пациентки повышение АД соответствует артериальной гипертензии
+ _____ + степени

2

3

4 - изолированной систолической

1

В качестве базисной терапии бронхиальной астмы пациентке следует
назначить

высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и
длительнодействующие β_2 -агонисты

короткодействующие β_2 -агонисты

длительнодействующие β_2 -агонисты

низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и
длительнодействующие β_2 -агонисты

Назначенная базисная терапия соответствует + ____ + ступени терапии

2

5

3

4

Исследование газов артериальной крови рекомендуется при снижении сатурации крови (SpO_2) $\leq$ +___+ % (пороговое значение)

93

90

91

92

Пациентке рекомендуется снизить потребление соли до +___+ г/сутки

3

12

6

5

Пациентке с АГ 1 степени, низким ССР в качестве стартовой терапии можно рекомендовать

комбинацию β -адреноблокаторов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента

комбинацию прямых ингибиторов ренина и блокаторов рецепторов ангиотензина II

монотерапию блокаторами рецепторов ангиотензина II

монотерапию β -адреноблокаторами

При назначении терапии пациентке следует помнить, что причиной развития бронхоспазма у неё может быть применение

бета-адреноблокаторов

β_2 -адреномиметиков

диуретиков

антагонистов кальция

При назначении антигипертензивной терапии плановые визиты проводятся с интервалом в +_____+ до достижения целевого уровня артериального давления

3-4 недели

3 месяца

6 месяцев

2 месяца

Одним из показанием для госпитализации пациента с бронхиальной астмой является

3-4 недели

3 месяца

6 месяцев

2 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 года на приеме у врача общей практики.

Жалобы

* приступы удушья с дистанционными сухими хрипами до 7-8 раз в сутки, в том числе до 2-3 раз в ночные часы, * одышка смешанного характера при минимальной физической нагрузке (подъем менее 2-х этажей), * малопродуктивный приступообразный мучительный кашель с вязкой желтоватой мокротой, * общая слабость.

Анамнез заболевания

Больным себя считает более 20 лет, когда появилась одышка, кашель. Сначала наблюдался с диагнозом «хронический бронхит», 10 лет назад установлен диагноз «бронхиальная астма». Наблюдается у терапевта по месту жительства. Обострение ежегодно 2-3 раза в год, в осенне-весенний период. Амбулаторно принимает формотерол в комбинации с будесонидом 12/400 по 1 дозе 2 раза в день, тиотропий бромид 5 мкг в сутки, фенотерол в комбинации с ипратропия бромид при удушье.

Анамнез жизни

* Работает инженером. * Перенесенные заболевания: ЖКБ. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, контакты с инфекционными больными отрицает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. *

Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Масса тела 84 кг, рост 161 см, ИМТ =32,4 кг/м². Телосложение гиперстеническое. Язык обложен белым налетом. Кожные покровы физиологической окраски. Высыпаний нет. Периферические

лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Грудная клетка не деформирована. Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочной звук, при аускультации дыхание с удлинённым выдохом, единичные свистящие хрипы по передней поверхности грудной клетки. Шум трения плевры нет. ЧДД 20. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/100 мм рт.ст. ЧСС 80 уд. в мин. Перкуторно границы сердца не увеличены. Живот мягкий безболезненный. Симптом раздражения брюшины нет. Стул и диурез без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

3-4 недели

3 месяца

6 месяцев

2 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

3-4 недели

3 месяца

6 месяцев

2 месяца

Результаты инструментального метода обследования

У данного пациента предполагается

3-4 недели

3 месяца

6 месяцев

2 месяца

Диагноз

Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по объему форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) составляет не менее +__+ %

20

12

15

22

В качестве базисной терапии следует назначить

высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и длительнодействующие β_2 -агонисты

короткодействующие β_2 -агонисты

длительнодействующие β_2 -агонисты

низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и длительнодействующие β_2 -агонисты

Назначенная базисная терапия соответствует +__+ ступени терапии

2

4

3

5

Исследование газов артериальной крови рекомендуется при снижении сатурации крови (SpO_2) $\leq$ +__+ % (пороговое значение)

93

92

90

91

У больных с обострением бронхиальной астмы не рекомендуется применение

ипратропия бромида

короткодействующих β_2 -агонистов

ингаляционных глюкокортикостероидов

муколитиков

Сопутствующим заболеванием у данного пациента является

пневмония

острый бронхит

ожирение 1 степени

гипертоническая болезнь 2 ст. риск 3

Противогриппозную вакцину пациенту следует

запретить пожизненно

делать 1 раз в год

делать каждые 5 лет

делать 1 раз в 2 года

Пациент относится к + _____ + группе состояния здоровья

I

III а

III б

II

Согласно Приказу МЗ РФ от 15 марта 2022 г. N 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» наблюдение врачом-терапевтом пациентов с бронхиальной астмой должно быть

I

III а

III б

II

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На сильную боль в области правой верхней челюсти с иррадиацией в скуловую кость, висок, верхние зубы справа, усиливающуюся при жевании, наклоне головы вперёд, на заложенность соответствующей половины носа, скудные гнойные выделения из носа, повышение температуры тела до $38,0-38,5^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение недели, начало заболевания связывает с переохлаждением. Повышение температуры тела появилось около 2-х дней назад.

Анамнез жизни

* аллергические реакции отрицает * хронические заболевания отрицает * курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам, умеренно * профессиональных вредностей нет * отец здоров, у матери сахарный диабет, тип 2 * проживает в семье с двумя детьми, посещающими дошкольные учреждения

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 85 кг (ИМТ $26,23 \text{ кг/м}^2$). Кожные покровы обычной окраски, несколько влажные.

Периферических отеков нет. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 14 в 1 мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 75 ударов в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень при пальпации по краю реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме. Пальпаторно определяется болезненность в области передней стенки правой верхнечелюстной пазухи.

Для постановки диагноза необходимо провести

I

III а

III б

II

Результаты обследования

Для постановки диагноза в план обследования необходимо включить

I

III а

III б

II

Результаты обследования

На основании результатов проведённого обследования пациенту может быть диагностирован

I

III а

III б

II

Диагноз

По результатам проведённого обследования острый бактериальный правосторонний синусит, выявленный у пациента соответствует + _____ + степени тяжести

лёгкой

тяжёлой

средней

крайне тяжелой

В качестве первой линии антибактериальной терапии больному показано назначение

амоксцициллина

метронидазола

ципрофлоксацина

эритромицина

Консервативное лечение острого синусита у данного пациента обязательно должно включать назначение

топических деконгестантов

иммунотропных препаратов

антигистаминных препаратов

противовирусных препаратов

В случае необходимости хирургического лечения пациенту показано проведение

микрогайморотомии

синус-лифтинга

пункции пораженной пазухи

эндоназальной фенестрации пораженной пазухи

Необходимость в хирургическом лечении у пациента может возникнуть при

неэффективной консервативной антибактериальной терапии

зелёном цвете отделяемого из полости носа

СОЭ > 25 мм/час

ощущении тяжести в проекции носовых пазух при наклоне головы

В связи с отсутствием орбитальных и внутричерепных осложнений острого синусита у пациента длительность антибактериальной терапии у него должна составлять + _____ + суток

2-4

10-14

5-7

7-10

На 2-и сутки терапии амоксициллином у пациента развилась аллергическая реакция в виде крапивницы, в связи с чем препарат следует заменить на

кларитромицин

цефуроксим

цефдиторен

ампициллин

«Рецидивирующий острый синусит» следует диагностировать при наличии в анамнезе в течение последнего года + _____ + и более эпизодов ОС, при этом периоды между обострениями (когда симптомы заболевания отсутствуют и лечение не проводится) должны длиться не менее 8 недель

4

3

2

5

Длительность острого синусита не должна превышать + _____ + недель

4

3

2

5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

На общую слабость, возникающую при повышении артериального давления до 150/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Отмечает повышение давления в течение года максимально до 170/100 мм рт.ст., периодически самостоятельно принимала различные антигипертензивные препараты. На ЭКГ определяются признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Анамнез жизни

Не работает, не курит, алкоголь не употребляет. В течение последних 5-ти лет отмечает прогрессирующее повышение массы тела. Употребляет продукты с повышенным содержанием соли. Хронических заболеваний нет.

Психосоциальных стрессов за последний год не было. Физическая активность низкая. У матери – сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

Сознание ясное, общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 162, вес 78 кг, ИМТ 29 кг/м², окружность талии

90см. Пальпаторная пульсация крупных сосудов отсутствует. Пальпаторной пульсации и патологических шумов при аускультации в проекции сонных и периферических артерий не выявлено. Правая граница относительной сердечной тупости + 1 см от правого края грудины, левая граница - + 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя граница –на уровне III ребра. ЧСС 74 в 1 минуту, АД 150/100 мм. рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 в 1 минуту, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.

Пациентке следует рекомендовать

4

3

2

5

Результаты обследования

Для уточнения степени компенсации гликемии необходимо определить уровень

4

3

2

5

Результаты обследования

У больных с артериальной гипертензией для оценки состояния почек также необходимо определять концентрацию в крови

билирубина

альбумина

натрия

мочевой кислоты

Данной пациентке на основании результатов обследования можно поставить диагноз

билирубина

альбумина

натрия

мочевой кислоты

Диагноз

Для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение

сцинтиграфии миокарда

эхоКГ

рентгенографии органов грудной клетки

MPT сердца

У пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском рекомендовано

проведение аудиограммы

исследование глазного дна

определение остроты зрения

определение сумеречного зрения

У данной пациентки незамедлительная медикаментозная терапия артериальной гипертензии обусловлена наличием

второй степени повышения АД

жирового гепатоза печени

избыточного веса

гипертрофии левого желудочка

Препаратами выбора для коррекции артериальной гипертензии у данной пациентки являются

ингибиторы АПФ + антагонисты кальция

бета-блокаторы + тиазидные диуретики

тиазидные диуретики + блокаторы альфа-адренорецепторов

бета-блокаторы + нитроглицерин

**У данной пациентки целевым уровнем артериального давления является:
САД + _____ + мм рт. ст., ДАД + _____ + мм рт. ст.**

110-120; 70-75

135-140; 90-95

120-130; 80-90

130-139; 70-80

Для коррекции артериального давления целесообразно рекомендовать

регулярные анаэробные физические нагрузки

ограничение белка в рационе

регулярные аэробные физические нагрузки

ограничение физической нагрузки

**Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через + _____ +
дней**

15

7

10

30

Пациентка относится к + _____ + группе состояния здоровья

15

7

10

30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 47 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

На боли в эпигастрии, возникающие через 3-4 часа после приема пищи, тошноту, периодически рвоту съеденной пищей.

Анамнез заболевания

Впервые появление болей после приема пищи отметил год назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал Алмагель. Последнее ухудшение состояния отметил неделю назад.

Анамнез жизни

Образование высшее, работает геологом: частые командировки. Алкоголь не употребляет, курит 1 пачку сигарет в день на протяжении 25 лет. Хронические заболевания отрицает, аллергоанамнез неотягощен. Мать страдает гипертонической болезнью, отец – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Рост 175 см, вес 65 кг, ИМТ 21 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 уд/мин., АД 120/70 мм. рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии, а также умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки. Отмечается положительный симптом Менделя. Печень и селезенка не увеличены.

Пациенту следует рекомендовать

15

7

10

30

Результаты обследования

Диагноз пациента звучит как

15

7

10

30

Диагноз

Оптимальной схемой эрадикационной терапии для данного пациента является

ИПП+кларитромицин+амоксциллин

висмута трикалия дицитрат+ тетрациклин+метронидазол

ИПП+левофлоксацин+амоксциллин

висмута трикалия дицитрат+ИПП+тетрациклин+метронидазол

Схемой выбора при непереносимости пациентом препаратов группы пенициллина является

висмута трикалия дицитрат+ИПП+тетрациклин+метронидазол

висмута трикалия дицитрат+ левофлоксацин+кларитромицин

висмута трикалия дицитрат+ тетрациклин+метронидазол

ИПП+левофлоксацин+кларитромицин

Обязательным компонентом схемы эрадикационной терапии, помимо антибиотиков, является

антацид

прокинетик

ингибитор протонной помпы

блокатор H₂-рецепторов гистамина

Для контроля эрадикации целесообразно использовать 13С-уреазный дыхательный тест или

выявления антител к *_H.pylori_* в крови методом иммуноферментного анализа

определение антигена *_H.pylori_* в кале иммунохроматографическим методом

быстрый уреазный тест на определение *_H.pylori_* в биоптате

гистологический при заборе биопсии

В случае, если классические эрадикационные схемы не эффективны, терапия 3-й линии основана на определении

вирулентности *_H.pylori_*

чувствительности *_H.pylori_* к антибиотикам

штамма *_H.pylori_*

антигенного состава *_H.pylori_*

Право назначить тройную терапию с левофлоксацином имеет только

инфекционист

терапевт

гастроэнтеролог

врач общей практики

Для профилактики рецидивирования язвенной болезни данному пациенту необходимо рекомендовать отказ от

физической активности

командировок

курения

жирной пищи

Одним из показаний к хирургическому лечению язвенной болезни является

сопутствующий гастрит

перфорация язвы

обострение более двух раз в год

желание пациента

После эпителизации язвенного дефекта санаторно-курортное лечение можно рекомендовать через

2-3 недели

2-3 месяца

12 месяцев

6 месяцев

Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через + ____ + дней

2-3 недели

2-3 месяца

12 месяцев

6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

На головную боль давящего характера, преимущественно в затылочной области, повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы отмечает в течение последнего года. Они усиливались после нервного перенапряжения. При повышении артериального давления выше 170/100 мм рт.ст. обращался за медицинской помощью, принимал коротко действующие иАПФ, однако рекомендованные на постоянной основе антигипертензивные препараты не принимал.

Анамнез жизни

Работает бухгалтером, курит около 20 сигарет в день на протяжении 20 лет, алкоголь употребляет умеренно. Хронических заболеваний нет. У отца инфаркт миокарда в анамнезе.

Объективный статус

Сознание ясное, общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 179, вес 75 кг, ИМТ 25 кг/м², окружность талии 81 см. Правая граница относительной сердечной тупости + 1 см от правого края грудины, левая граница + 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя граница – на уровне III ребра. ЧСС 74 в 1 минуту, АД 150/100 мм рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 в 1 минуту, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.

Пациенту следует рекомендовать

2-3 недели

2-3 месяца

12 месяцев

6 месяцев

Результаты обследования

Для выявления нарушения функции почек пациенту с артериальной гипертензией необходимо определить

2-3 недели

2-3 месяца

12 месяцев

6 месяцев

Результаты обследования

ЭКГ

У пациента на ЭКГ имеются признаки

блокады ЛНПГ

гипертрофии правого желудочка

блокады ПНПГ

гипертрофии левого желудочка

Данному пациенту на основании результатов обследования можно поставить диагноз

блокады ЛНПГ

гипертрофии правого желудочка

блокады ПНПГ

гипертрофии левого желудочка

Диагноз

Для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение

сцинтиграфии миокарда

МРТ сердца

ЭхоКГ

рентгенографии органов грудной клетки

У пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском рекомендовано

определение остроты зрения

определение сумеречного зрения

проведение аудиограммы

исследование глазного дна

Незамедлительная медикаментозная терапия артериальной гипертензии у данного пациента обусловлена

длительностью курения

длительностью повышения артериального давления

выраженностью нарушения липидного обмена

степенью повышения артериального давления

Для коррекции артериальной гипертензии данному пациенту целесообразно назначить

антагонисты кальция + агонист имидазолиновых рецепторов

монотерапию бета-блокаторами

блокаторы ренин-ангиотензиновой системы + антагонисты кальция

бета-блокаторы + тиазидные диуретики

**У данного пациента целевым уровнем артериального давления является:
САД + _____ мм рт. ст., ДАД + _____ мм рт. ст.**

135-140, 90-95

130-140, 80-90

100-110, 70-75

120-130, 70-80

Для коррекции артериального давления целесообразно рекомендовать

регулярные аэробные физические нагрузки

регулярные анаэробные физические нагрузки

ограничение белка в рационе

ограничение физической нагрузки

При лечении неосложненного гипертонического криза для своевременной коррекции терапии в соответствии с изменениями АД оптимальным представляется назначение + _____ + препарата с + _____ + периодом полувыведения

перорального; средним

перорального; длинным

в/в; длинным

в/в; коротким

Пациент относится к + _____ + группе состояния здоровья

перорального; средним

перорального; длинным

в/в; длинным

в/в; коротким

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

На боли в эпигастрии, возникающие через 3 часа после приема пищи, тошноту, металлический привкус во рту.

Анамнез заболевания

Впервые появление болей после приема пищи отметил два года назад. К врачу не обращался, самостоятельно принимал соду, которая приносила некоторое облегчение. Последнее ухудшение состояния отметил неделю назад.

Анамнез жизни

Образование высшее, работает экономистом, питается нерегулярно. Алкоголь не употребляет, курит 1 пачку сигарет в день на протяжении 10 лет. В анамнезе выраженная кожная аллергическая реакция на антибиотики пенициллинового ряда. Мать страдает гипертонической болезнью, отец – язвенной болезнью желудка.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Рост 175 см, вес 68 кг. ИМТ 22 кг/м^2 . В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин., АД 115/70 мм. рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в эпигастрии, а также умеренная резистентность мышц передней брюшной стенки. Печень и селезенка не увеличены.

Пациенту следует рекомендовать

перорального; средним

перорального; длинным

в/в; длинным

в/в; коротким

Результаты обследования

Диагноз пациента звучит как

перорального; средним

перорального; длинным

в/в; длинным

в/в; коротким

Диагноз

Оптимальной схемой эрадикационной терапии для данного пациента является

висмута трикалия дицитрат+ИПП+тетрациклин+метронидазол

висмута трикалия дицитрат+ тетрациклин+метронидазол

ИПП+кларитромицин+амоксациллин

ИПП+левофлоксацин+амоксциллин

Длительность рекомендованной пациенту эрадикационной терапии должна составлять

10 дней

7 дней

1 месяца

21 дня

Обязательным компонентом схемы эрадикационной терапии, помимо антибиотиков, является

ингибитор протонной помпы

антацид

прокинетик

блокатор H₂-рецепторов гистамина

Для контроля эрадикации целесообразно использовать определение антигена *H.pylori* в кале иммунохроматографическим методом или

¹³C-уреазный дыхательный тест

быстрый уреазный тест на определение *H.pylori* в биоптате

гистологический при заборе биопсии

выявления антител к *H.pylori* в крови методом иммуноферментного анализа

В случае, если классические эрадикационные схемы не эффективны, следует выполнить определение

вирулентности *H.pylori*

антигенного состава *H.pylori*

чувствительности *H.pylori* к антибиотикам

штамма *H.pylori*

Право назначить тройную терапию с левофлоксацином имеет только

врач общей практики

хирург

терапевт

гастроэнтеролог

С целью профилактики рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки пациенту следует рекомендовать

бессолевою диету

ограничение физической активности

диету, богатую молочными продуктами

отказ от курения

Показанием к хирургическому лечению язвенной болезни является

некурабельная инфекция Н. Pylori

компенсированный стеноз привратника

декомпенсированный стеноз привратника

обострения более трех раз в год

Пациент успешно пролечен и достигнута ремиссия. В связи с вывихом голеностопного сустава, травматолог назначил прием нестероидных противовоспалительных препаратов на протяжении 10 дней.

Целесообразно профилактическое назначение

ингибиторов протонной помпы

висмута трикалия дицитрата

антацидных препаратов

блокаторов H₂-рецепторов гистамина

Пациент относится к +____+ группе состояния здоровья

ингибиторов протонной помпы

висмута трикалия дицитрата

антацидных препаратов

блокаторов H₂-рецепторов гистамина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

* периодические головные боли, «стук» в висках; * неоднократное повышение АД до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Головные боли и стук в висках периодически появляются уже в течение 3 лет. АД стал измерять в последние 4 месяца, результатов ниже 130/90 мм рт. ст. не было.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает; * курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей нет; * аллергический анамнез не отягощен; * отец страдает от гипертонической болезни более 20 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 89 кг, (ИМТ 28,1 кг/м²). Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 67 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

ингибиторов протонной помпы

висмута трикалия дицитрата

антацидных препаратов

блокаторов H₂-рецепторов гистамина

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

ингибиторов протонной помпы

висмута трикалия дицитрата

антацидных препаратов

блокаторов H₂-рецепторов гистамина

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента, вероятнее всего, имеется

- ингибиторов протонной помпы
- висмута трикалия дицитрата
- антацидных препаратов
- блокаторов H₂-рецепторов гистамина

Диагноз

Шкалой для оценки общего сердечно-сосудистый риска является шкала

- KDIGO
- SCORE
- глобальной оценки 10-летнего сердечно-сосудистого риска
- CHA₂DS₂-VASc

В шкале SCORE не учитывается

- общий холестерин
- употребление алкоголя
- курение
- возраст

Для лечения данного больного более предпочтительны

- ингибиторы АПФ+блокаторы рецепторов к ангиотензину
- ингибиторы АПФ+антагонисты минералкортикоидных рецепторов
- бета-блокаторы
- ингибиторы АПФ и антагонисты кальция

Данному пациенту с АГ и высоким риском СС рекомендуется

- назначение фибратов
- снижение потребления калорий

назначение дапаглифлозина

назначение статинов

Пороговым уровнем АД, измеренным в медучреждении, для постановки диагноза для артериальной гипертензии является +____+ мм рт. ст

$\geq 110/80$

$\geq 140/90$

$\geq 120/70$

$\geq 130/70$

Антигипертензивные препараты, вызывающие кашель, являются

блокаторы рецепторов ангиотензина

тиазидоподобные диуретики

антагонисты кальция

ингибиторы АПФ

Диуретиком для возможной комбинированной терапии у данного больного является

индапамид

спироналактон

фуросемид

маннитол

Лодыжечно-плечевой индекс определяется при

подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

подозрении на обструкцию дыхательных путей

оценке эластичности мелких артериол

приблизительном расчете скорости пульсовой волны

Больными, у которых возможно добиться нормальных значений АД путем изменения образа жизни, являются пациенты с артериальной гипертензией

подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

подозрении на обструкцию дыхательных путей

оценке эластичности мелких артериол

приблизительном расчете скорости пульсовой волны

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 неотягощена. *

Вредные привычки- курение 1 пачка в день 30 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 кг (ИМТ 26 кг/м²). 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

подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей

подозрении на обструкцию дыхательных путей

оценке эластичности мелких артериол

приблизительном расчете скорости пульсовой волны

Результаты лабораторных методов обследования

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

- подозрении на стеноз сосудов нижних конечностей
- подозрении на обструкцию дыхательных путей
- оценке эластичности мелких артериол
- приблизительном расчете скорости пульсовой волны

Результаты инструментального метода обследования

Клиническая картина в наибольшей степени соответствует

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

Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

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

Наиболее вероятным диагнозом у больного является

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

Диагноз

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

450-550

370-400

< 360

400-450

Показаниями к госпитализации при подагре являются

олиго-анурия, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ артрита

умеренные отеки, мочевого синдром

гематурия сплошь в поле зрения, выраженная кристаллурия

уровни трансаминаз, общего билирубина, щелочной фосфатазы в крови, снижение уровня сатурации крови до 95%

Показаниями для назначения урикостатилов являются

бессимптомная гиперурикемия

эпизодически выявляемая гиперурикемия, в том числе в сочетании с сахарным диабетом, хронической сердечной недостаточностью, наличием любой патологии суставов

тофусная подагра у беременных

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

постельного режима, длительное ограничение физической нагрузки

строгого постельного режима и диеты с уменьшением потребления жидкости менее 1 литра в сутки

питьевого режима, низкопуриновой диеты

постельного режима, диеты без ограничения поваренной соли и белка

К нефропротективному препарату с дополнительным урикозурическим эффектом относится

торвакард

дилтиазем

лозартан

эналаприл

К препаратам, способствующим развитию вторичной гиперурикемии, относятся

аллопуринол, магурлит

ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов

тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин

бета-лактамы антибиотики, преднизолон, курантил

К заболеваниям, при которых часто наблюдается вторичная гиперурикемия, относятся

аллопуринол, магурлит

ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов

тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин

бета-лактамы антибиотики, преднизолон, курантил

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 21 год обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

Жалобы

На повышение температуры, боли в горле.

Анамнез заболевания

Заболел остро 10 дней назад, когда появилась температура 38,0, потливость в ночные часы и боли в горле. Самостоятельно принимал грамидин, полоскал раствором фурацилина, без эффекта.

Анамнез жизни

* эпид. анамнез: 3 месяца назад имел незащищенный половой контакт *

курение, злоупотребление алкоголем отрицает * профессиональных вредностей

не имел * аллергических реакций не было * наследственность не отягощена * привит в соответствии с Национальным календарем

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы физиологической окраски, эластичность и тургор кожи незначительно снижены. Сыпи нет. Пальпируются затылочные и заднешейные лимфатические узлы до 1 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. Отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧСС 68 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выходит из-под края реберной дуги на 1 см. Синдром покалывания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

аллопуринол, магурлит

ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов

тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин

бета-лактамы антибиотики, преднизолон, курантил

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для диагностики вторичных заболеваний, выявление которых может повлиять на исход заболевания и тактику лечения пациента, являются

аллопуринол, магурлит

ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов

тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин

бета-лактамы антибиотики, преднизолон, курантил

Результаты инструментального метода обследования

У данного пациента можно предположить наличие

аллопуринол, магурлит

ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов

тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин

бета-лактамы, антибиотики, преднизолон, курантил

Диагноз

Дифференциальную диагностику острой ВИЧ-инфекции следует проводить с

скарлатиной, лептоспирозом

инфекционным мононуклеозом, краснухой

малярией, туляриемией

брюшным тифом, шигеллезом, желтой лихорадкой

Значимым лабораторным критерием оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции является

снижение тромбоцитов в крови

снижение уровня гемоглобина

уровень CD4 лимфоцитов и вируса в крови

количество лейкоцитов в крови

Целью антиретровирусной терапии является

возможность незащищенного полового акта

снижение болевых ощущений у пациента

увеличение продолжительности и сохранение (улучшение) качества жизни пациентов

полная элиминация вируса из организма вследствие повышения способности иммунитета к борьбе с ним

Критериями для начала антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции могут быть

уровни трансаминаз, общего билирубина, щелочной фосфатазы в крови

количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в крови

уровень CD4 лимфоцитов, концентрация вируса в крови, клиническое течение болезни

величина протромбинового индекса, фибриногена, СОЭ

Вирусологическая эффективность АРТ оценивается на основании определения

вирусной нагрузки

иммунорегуляторного индекса

уровня CD4

абсолютного и процентного содержания CD8

Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции применяют

хлорохин

азитромицин

ципрофлоксацин

зидовудин

К оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ относят

иерсиниоз

пневмоцистную пневмонию

вирусный гепатит С

инфекционный мононуклеоз

С целью профилактики профессионального инфицирования, при попадании крови или других биологических жидкостей ВИЧ-инфицированного на кожу, необходима обработка

70% раствором этанола

96% раствором этанола

3% раствором перекиси водорода

45% раствором перманганата калия

Биологической жидкостью ВИЧ инфицированного пациента при попадании которой на слизистые медицинского работника необходима постконтактная профилактика АРТ является

70% раствором этанола

96% раствором этанола

3% раствором перекиси водорода

45% раствором перманганата калия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу-терапевту в поликлинику.

Жалобы

На резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Болевой синдром около получаса до контакта с врачом.

Анамнез заболевания

Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Через полчаса после прихода боль не прошла. Больной в срочном порядке в этот же день обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит * алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт.

Объективный статус

Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, дополнительные дыхательные шумы отсутствуют. Набухание вен шеи не наблюдается. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения. АД на обеих руках – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Пациент госпитализирован по СМП с приема терапевта.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

70% раствором этанола

96% раствором этанола

3% раствором перекиси водорода

45% раствором перманганата калия

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

70% раствором этанола

96% раствором этанола

3% раствором перекиси водорода

45% раствором перманганата калия

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

70% раствором этанола

96% раствором этанола

3% раствором перекиси водорода

45% раствором перманганата калия

Диагноз

Инфаркт миокарда в данном случае следует относить к типу

1

3

46

5

Лечением, наиболее предпочтительным для данного пациента, является

противовоспалительная терапия

торакоскопия

реперфузионная терапия

инфузионная терапия

Наиболее предпочтительным видом немедикаментозной терапии для данного пациента, если он доставлен в лечебное учреждение в течение 1 часа (менее 120 минут), является

открытое кардиохирургическое вмешательство

чрескожное коронарное вмешательство

эндартерэктомия

лапароскопия

Нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты для пациента (если ему экстренно первично будет выполняться чрескожное коронарное вмешательство) составляет

600 мг всем пациентам

150-325 мг

100–150 мг per os. или 350 мг внутривенно (если per os невозможно)

500 мг всем пациентам

Анальгетиком для купирования ангинозной боли у пациента является

промедол

анальгин с димедролом

кеторолак

морфин

После успешного чрескожного коронарного вмешательства продолжение антикоагулянтной терапии данному пациенту

рекомендуется в течение 3 суток

рекомендуется в течение недели

рекомендуется в течение 24 часов

не рекомендуется

Пероральной нагрузочной дозой Клопидогреля при первичном чрескожном коронарном вмешательстве является + _____ + мг

100

600

80

10

Прием двойной антитромботической терапии осуществляется в течение

неопределенно длительного времени (пожизненно)

1 месяца

2 месяцев

12 месяцев

Рецидивом острого инфаркта миокарда, является событие, развившееся спустя не более чем + _____ +, прошедших с момента первого инфаркта миокарда

неопределенно длительного времени (пожизненно)

1 месяца

2 месяцев

12 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 58 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту в связи с ухудшением состояния в течение последних 2-х недель.

Жалобы

Предъявляет жалобы на головные боли в височной области, сухость во рту, жажду, учащенное сердцебиение.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые появились головные боли, при измерении АД отмечал повышение до 185/114 мм.рт.ст. Постоянно принимает лизиноприл 10 мг 2 раза в день, гипотиазид 12,5 мг утром. В течение последних 3 лет диагностирован сахарный диабет 2 типа, придерживается диеты, принимает Вилдаглиптин и метформин. Настоящее ухудшение

самочувствия в течение последних нескольких недель, когда появились вновь головные боли, стал отмечать жажду и сухость во рту.

Анамнез жизни

* не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имел; * аллергических реакций не было; * наследственность: у отца – ГБ, СД

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Больной гиперстенического телосложения, избыточного питания. ИМТ=32,1 кг/м². Температура тела 36,0°C.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

ЧД 18 в мин. Границы сердца расширены влево, шумов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 87 удара в мин. АД 185/110 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11x10x9 см. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

неопределенно длительного времени (пожизненно)

1 месяца

2 месяцев

12 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

неопределенно длительного времени (пожизненно)

1 месяца

2 месяцев

12 месяцев

Результаты лабораторного метода обследования

Предполагаемым диагнозом является

неопределенно длительного времени (пожизненно)

1 месяца

2 месяцев

12 месяцев

Диагноз

К модифицируемым факторам риска возникновения ишемической болезни сердца у данного больного относятся

наследственность, сахарный диабет, возраст

сахарный диабет, артериальная гипертензия, мужской пол

ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия

возраст, мужской пол, ожирение

Сочетанным заболеванием у данного пациента является

хроническая обструктивная болезнь легких

язвенная болезнь желудка

желче-каменная болезнь

сахарный диабет, 2 типа, ожирение 1 ст

Рациональной комбинацией антигипертензивной терапии у данного пациента является

ингибиторы АПФ+ сартаны

ингибиторы АПФ+ антагонисты кальция

ингибиторы АПФ+ бета-блокаторы

неселективные бета-блокаторы + диуретики

Лекарственные препараты, которые обладают наиболее выраженной органопротекцией в лечении пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, являются

петлевые диуретики

ингибиторы АПФ

антагонисты минералкортикоидных рецепторов

неселективные бета-блокаторы

Показателем, который определяет компенсацию сахарного диабета, является

АСЛО

гликированный гемоглобин

фибриноген

СРБ

Степень артериальной гипертензии определяется на основании

оценки степени повышения артериального давления

числа факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний

количества гипертонических кризов, возникших у пациента за 1 год

поражения органов-мишеней

Для второй стадии ГБ характерно наличие

перенесенного инфаркта в анамнезе

острое поражение почки

перенесенного инсульта в анамнезе

гипертрофия левого желудочка

Органами-мишенями, которые поражаются при гипертонической болезни, являются

легкие

печень

селезенка

почки

Заболеванием, при котором может возникнуть симптоматическая артериальная гипертензия, является

легкие

печень

селезенка

почки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

Жалобы

Сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, осиплость голоса, на изжогу, боли за грудиной, жгучего характера, не связанные с физической нагрузкой, усиливающиеся при наклонах вперед и в горизонтальном положении, отрыжку кислым содержимым, которая усиливается после еды и приема газированных напитков, при физическом напряжении.

Анамнез заболевания

Страдает изжогой в течение около 3 лет, за медицинской помощью не обращался, отмечает усиление симптомов в течение последнего месяца в связи с набором веса и погрешностях в диете, периодически принимал антациды с положительным эффектом.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает; * курит по 10 сигарет в день в течение 10 лет, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергических реакций не было; * наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние ближе к удовлетворительному. ИМТ 30 кг/м². Кожа обычной окраски, влажности. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, обе половины активно участвуют в акте дыхания, симметричны, перкуторный звук ясный легочный. При аускультации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание, патологические дыхательные шумы не выслушиваются, SpO₂ = 97%. Пульс на лучевых артериях ритмичный, 68 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, ясные, патологических шумов нет. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, без примесей крови и слизи, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

В данном случае инструментальными исследованиями, подтверждающими предполагаемый диагноз, являются

легкие

печень

селезенка

почки

Результаты инструментальных методов обследования

Основной классификацией для оценки слизистой оболочки пищевода при эндоскопическом исследовании является классификация

Чайлда — Пью

GINA

Лос-Анджелесская

по Лауну — Вольфу — Райяну

По данным инструментальных исследований и клинической картины у пациента

Чайлда — Пью

GINA

Лос-Анджелесская

по Лауну — Вольфу — Райяну

Диагноз

Согласно Лос-Анджелесской классификации различают + _____ + степени рефлюкс-эзофагита

2

4

3

6

В качестве фармакотерапии данному пациенту необходимо назначить

производные альгиновой кислоты

производные альгиновой кислоты в сочетании с антацидами

ингибиторы протонной помпы

миотропные спазмолитические средства

Ингибиторы протонной помпы в качестве основной терапии необходимо назначить на срок

3 месяца

1-2 недели

4-8 недель

6 месяцев

Рефрактерное течение заболевания устанавливается при отсутствии убедительной клинической и эндоскопической ремиссии в течение + _____ + от начала проведения терапии стандартной дозой ингибиторов протонной помпы

4-8 недель

3-4 месяцев

1-2 недель

6-8 месяцев

Немедикаментозная терапия для данного пациента в первую очередь должна включать

снижение массы тела, отказ от курения

ежегодное санаторно-курортное лечение

физические упражнения, направленные на повышение внутрибрюшного давления

физиопроцедуры

Больные ГЭРБ должны находиться под диспансерным наблюдением с контрольным обследованием, которое проводят не реже 1 раза в

12 месяцев

6 месяцев

18 месяцев

3 месяца

Данному пациенту госпитализация в стационар

не требуется

рекомендована 2 раза в год

необходима однократно для подбора терапии

проводится для профилактического лечения 1 раз в 2 года

Данному пациенту хирургическое лечение

не проводится, так как нет осложнений

проводится в плановом порядке в течение 1 года

показано в экстренном порядке

проводится в плановом порядке через 6 месяцев

Такие осложнения как остеопороз, избыточный бактериальный рост, возможны при назначении

не проводится, так как нет осложнений

проводится в плановом порядке в течение 1 года

показано в экстренном порядке

проводится в плановом порядке через 6 месяцев

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°C. 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, сопровождалась

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°C. 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: деформация 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 $\geq +$ _____ + мкмоль/л

360

480

600

240

«Золотым стандартом» в диагностике подагры является

компьютерная томография

магнитно-резонансная томография

ультразвуковое исследование

поляризационная микроскопия синовиальной жидкости или содержимого тофуса

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

позитронно-эмисионной томографии

ультразвукового исследования сустава

рентгенографии

магнитно-резонансной томографии

Проведение диагностической пункции сустава для подтверждения диагноза подагры показано

пациентам с наличием тофусов на момент осмотра

пациентам с наличием артрита на момент осмотра

всем пациентам на момент осмотра

пациентам с отсутствием тофусов на момент осмотра

На ранних этапах болезни не рекомендуется выполнение

ультразвукового исследования суставов

пункции суставов

компьютерной томографии суставов

рентгенологического исследования суставов

Визуальным признаком подагрического поражения сустава при ультразвуковом исследовании является симптом

«атолла»

«перстня»

«метели»

«матового стекла»

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

колхицина

ибупрофена

диклофенака

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

2,0

1,5

0,5

1,0

При дообследовании СКФ-ЕРІ пациента составила 84 мл/мин/1,73м². В качестве препарата первой линии уратснижающей терапии пациенту рекомендуется назначение

лозартана

аллопуринола

колхицина

фебуксостата

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

240

300

320

180

При наличии артериальной гипертензии у пациентов с подагрой показано назначение

240

300

320

180

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На тупые боли в эпигастральной области больше справа от срединной линии, возникающие через 1,5-2 часа после еды, ночью во время сна. Боли уменьшаются после приема соды, молока. Также жалобы на слабость, повышенную утомляемость, недомогание. На высоте болей несколько раз возникала рвота кислым содержимым, приносящая облегчение.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 5 лет, когда периодически стали беспокоить: изжога, особенно после погрешностей в еде, дискомфорт в эпигастральной области, что связывает с нарушением питания. Два года назад весной появились боли в эпигастрии, стихающие после еды, приема антацидов. Боли через 2-3 недели самостоятельно прошли. За медицинской помощью не обращался. Впоследствии боли подобного характера возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее обострение на протяжении 2-х недель, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота кислым содержимым на высоте болей заставила обратиться за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, «черный, дегтеобразный» стул отрицает. За время обострения похудел на 2,5 кг.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает, * курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам, умеренно, * работает системным администратором в банке, * аллергических реакций не было, * у отца в анамнезе язвенная болезнь желудка, у матери – ЖКБ, холецистэктомия 10 лет назад.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 68 кг (ИМТ 21,46 кг/м²). Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферических отеков нет. При аускультации легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 14 в мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии, больше справа от срединной линии. Печень при

пальпации - по краю реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.
Для исключения скрытого желудочно-кишечного кровотечения у пациента с подозрением на язвенную болезнь следует провести

240

300

320

180

Результаты обследования

Диагноз язвенной болезни может быть подтверждён при проведении

240

300

320

180

Результаты обследования

Для диагностики инфицирования *H. pylori*, помимо 13С-дыхательного уреазного теста, показано проведение

серологического метода, выявляющего антитела к *H. pylori* – метода иммуноферментного анализа (ИФА)

исследования срезов с окраской по Романовскому-Гимзе, Уортину-Старри

быстрого уреазного теста (CLO-test, Campy-test)

определения антигена *H. pylori* в кале

Предполагаемым основным диагнозом является

серологического метода, выявляющего антитела к *H. pylori* – метода иммуноферментного анализа (ИФА)

исследования срезов с окраской по Романовскому-Гимзе, Уортину-Старри

быстрого уреазного теста (CLO-test, Campy-test)

определения антигена *H. pylori* в кале

Диагноз

Отсутствие у пациента рвоты "кофейной гущей" и мелены клинически свидетельствует против наличия

- перфорации
- пенетрации
- кровотечения
- стеноза привратника и 12-перстной кишки

К факторам риска развития язвенной болезни у пациента можно отнести

- переход от биологического лета к биологической зиме и наоборот (физиологические десинхронозы)
- курение
- профессиональные вредности
- нарушения стереотипа питания

В качестве медикаментозной терапии первой линии пациенту показано назначение

- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки; висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки; тетрациклина 500 мг 4 раза в сутки; метронидазола 250 мг 4 раза в сутки
- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки; левофлоксацина 500 или 250 мг 2 раза в сутки; амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки
- ИПП в стандартной дозе 2 раза в сутки; кларитромицина 500 мг 2 раза в сутки; амоксициллина 1000 мг 2 раза в сутки
- висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки; кларитромицина 500 мг 2 раза в день; амоксициллина 1000 мг 2 раза в день

Повысить эффективность стандартной терапии можно

- курсами спазмолитических препаратов по 7-14 дней
- увеличением продолжительности тройной терапии до 14 дней
- курсами ферментных препаратов поджелудочной железы во время еды по 7-14 дней

однократным в сутки назначением минимально эффективной дозы ИПП

«Золотым стандартом» контроля полноты эрадикационной терапии язвенной болезни, ассоциированной с *H. pylori*, является

быстрый уреазный тест (CLO-test, Campy-test)

серологический метод, выявляющий антитела к *H. pylori* – метод иммуноферментного анализа (ИФА)

¹³C-уреазный дыхательный тест

исследование срезов с окраской по Романовскому-Гимзе, Уортину-Старри

Пациенту показано диспансерное наблюдение на протяжении +__+ лет

20

5

3

10

Диспансерное наблюдение пациента должно проходить с интервалом +__+ раз в 12 месяцев

3

4

1

2

Плановая госпитализация пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки показана при

3

4

1

2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 67 лет.

Жалобы

На периодическую сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание; слабость в ногах при подъёме по лестнице, боли в ногах в ночное время суток, снижение болевой и температурной чувствительности, онемение стоп.

Анамнез заболевания

7 лет назад при оформлении на санаторно-курортное лечение была обнаружена гликемия 7,5 ммоль/л натощак. Был направлен на консультацию к эндокринологу, но пациент рекомендацию проигнорировал. Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание беспокоят около 5 лет. В течение последних 2-х лет они стали более выраженными, присоединились вышеописанные жалобы со стороны нижних конечностей. Перенёс инфаркт миокарда 4 года назад, проведено стентирование правой коронарной артерии. Страдает артериальной гипертензией около 15 лет.

Анамнез жизни

В детстве рос и развивался согласно возрастным нормам. В настоящий момент на пенсии. Ведёт малоподвижный образ жизни. В течение последних 15 лет стало повышаться АД до 170 и 100 мм рт. ст., был выставлен диагноз артериальная гипертензия. 4 года назад перенёс инфаркт миокарда. Жалоб на загрудинные боли никогда не предъявлял. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 5 мг 1 раз в сутки и индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки. Наследственность отягощена: мать страдала сахарным диабетом, артериальной гипертензией, умерла от инсульта. Туберкулёз, ВИЧ, сифилис, гепатиты отрицает. Аллергических реакций, в том числе на лекарственные препараты, не отмечает. Пациент курит 45 лет, в настоящий момент до 15 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Питание нерегулярное.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост – 172 см, вес - 101 кг, индекс массы тела – $34,2 \text{ кг/м}^2$. Окружность талии — 98 см. Температура тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. При осмотре нижних конечностей — гиперкератоз стоп. Ноги тёплые. Пульсация на артериях стоп сохранена, симметрична с обеих сторон. При обследовании выявлено снижение вибрационной, болевой, тактильной и температурной чувствительности, снижение сухожильных рефлексов. При сравнительной перкуссии лёгких — ясный лёгочный звук. При аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости сердца: смещение левой границы влево на 1 см. Тоны сердца тихие, ритмичные. ЧСС – 88 в минуту. АД – 145 и 75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Для диагностики сахарного диабета пациенту показано проведение исследования

3

4

1

2

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз у пациента

3

4

1

2

Диагноз

Характер жалоб и данные осмотра нижних конечностей свидетельствуют о наличии у пациента

пояснично-крестцовой полирадикулопатии

диабетической сенсо-моторной нейропатии

нейроишемической формы синдрома диабетической стопы

диабетической нейроостеоартропатии

Дополнительным методом обследования при неэффективности стандартной терапии диабетической нейропатии в течение 6 мес является

рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника

ультразвуковое дуплексное сканирование артерий нижних конечностей

магнитно-резонансная ангиография

электронеуромиография

Сопутствующими заболеваниями у данного пациента являются

ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения 2 функциональный класс. Артериальная гипертензия 3 стадия, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст. (по ВОЗ)

ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после стентирования ПКА. Артериальная гипертензия 2 стадия, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 2 ст. (по ВОЗ)

ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после стентирования ПКА. Артериальная гипертензия 2 стадия, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст. (по ВОЗ)

ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после стентирования ПКА. Артериальная гипертензия 3 стадия, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст. (по ВОЗ)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является $HbA1C < + \_\_\_ + \%$

7

8

6,5

7,5

Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов для данного пациента является

метформин и базальный инсулин

метформин и агонист рецепторов ГПП-1

гликлазид и ингибитор альфа-глюкозидаз

агонист рецептора ГПП-1 и ингибитор ДПП-4

Данному пациенту в связи с перенесённым инфарктом миокарда со стентированием 4 года назад в качестве вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений показаны

антикоагулянты и альфа-липоевая кислота

антикоагулянты и антиагреганты

антиагреганты и статины

двойная антиагрегантная терапия и омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты

Повторный контроль НвА1С после начала сахароснижающей терапии данному пациенту необходим через +_____+ месяца/месяцев

1

6

3

2

У данного пациента необходимо добиваться снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности менее +_____+ ммоль/л

2,0

2,5

1,4

1,8

Рекомендации по изменению образа жизни данному пациенту включают

снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки

диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю

отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности

При наличии показаний для назначения бета-адреноблокаторов у больных СД предпочтение следует отдать

снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки

диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю

отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача ОВП мать с девочкой 6 лет. Ребенок организованный.

Жалобы

Подъем температуры до 38,0°C, выделения из носа жёлтого цвета, частый кашель, иногда с отделением слизистого секрета.

Анамнез заболевания

Больна третий день, заболевание началось с подъема температуры тела до 38,0°C, появления обильных выделений из носа слизистого характера, покашливания. Мать лечила ребенка самостоятельно: давала парацетамол, пастилки «Стрепсилс», ставила горчичники, в нос закапывала «Аквармарис». На второй день заболевания температура держалась 37,5° – 37,8°C, но кашель усилился, носил навязчивый мучительный характер с выделением умеренного количества слизистого отделяемого.

Анамнез жизни

Родилась доношенным ребенком, росла и развивалась соответственно возрасту. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез не отягощен. Привита по календарю. Болеет нечасто, из перенесённых заболеваний: острый ринофарингит, катаральный отит в 1 год, ветряная оспа в 4 года. Последнее заболевание острый ринофарингит 3 месяца назад, антибиотики не принимала. С 2-х лет посещает дошкольное образовательное учреждение, карантина в группе нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, умеренной упитанности, девочка активна. Рост 116 см. Температура тела 37,5°C. Кожа бледно-розовая, чистая. Легкий цианоз носогубного треугольника. Пальпируются единичные подчелюстные, переднее- и заднее шейные лимфоузлы мелкие, безболезненные. Миндалины гипертрофированы до I ст., отмечается их яркая гиперемия. Из носа слизистые желтоватые выделения, затруднение носового дыхания. При аускультации: над всеми отделами лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Перкуторно над полями легких определяется легочной звук. ЧДД 30 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 116 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, со слов матери, оформленный, диурез достаточный.

Тактика ведения ребёнка с подозрением на ОРВИ в отношении лабораторной диагностики подразумевает

снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки

диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю

отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности

Результаты обследования

Учитывая жалобы ребёнка на наличие выделений из носа жёлтого цвета, инструментальная диагностика должна включать

снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки

диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю

отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

снижение калорийности рациона менее 1200 ккал, ежедневные анаэробные физические нагрузки

диету с общим содержанием жиров 40%, физическую нагрузку не более 100 мин/неделю

диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю

отказ от употребления углеводов, резкое ограничение физической активности

Диагноз

Клинически исключить у ребёнка развитие евстахеита можно на основании

отсутствия гнойного отделяемого из слуховых проходов

отсутствия щелчков и шума в ушах

уровня лихорадки на нагрузке

длительности заболевания

Дальнейшая тактика ведения пациента предполагает

срочную госпитализацию в стационар с круглосуточным пребыванием

амбулаторное ведение в условиях ОВП

ведение в условиях дневного стационара в ОВП

консультацию пульмонолога

Пациентке показано назначение

физиологического раствора интраназально

обильного потребления жидкости

противовирусной терапии

муколитической терапии

Тактика в отношении антибактериальной терапии у пациента определяется

назначением азитромицина

назначением амоксициллина

выбором джозамицина

отсутствием к ней показаний

Показанием для назначения рентгенографии лёгких пациентке может послужить

кашель > 7 суток

СРБ=8мг/л

желто-зеленый цвет назального секрета

SpO₂ < 95%

Тактика ведения пациента в отношении назначения аскорбиновой кислоты определяется

назначением её пероральных форм

назначением её в/в вливаний

наличием или отсутствием евстахеита в клинической картине

отсутствием к ней показаний

При возникновении необходимости в качестве жаропонижающего средства пациентке может быть назначен

индометацин

ибупрофен

диклофенак

напроксен

Показанием для назначения жаропонижающих препаратов у этой пациентки будет являться повышение температуры более + _____ + °C

39,0

38,8

38,0

38,5

В предотвращении распространения вирусной инфекции первостепенное значение в качестве мероприятий неспецифической профилактики принадлежит

39,0

38,8

38,0

38,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача ОВП мать с девочкой 3,5 лет. Ребенок посещает детское дошкольное учреждение.

Жалобы

На подъем температуры до 38,0°C, скудные прозрачные выделения из носа, частый сухой кашель.

Анамнез заболевания

Больна третий день, заболевание началось с подъема температуры тела до 38,0°C, появления необильных выделений из носа водянистого характера, покашливания. Мать давала парацетамол, сироп «Доктор Мом», в нос закапывала «Називин». На второй день заболевания сухой кашель усилился, стал навязчивым, мучительным, что послужило причиной беспокойного ночного сна у ребенка и поводом обращения к врачу.

Анамнез жизни

Родилась доношенным ребенком, росла и развивалась соответственно возрасту. Аллергоанамнез не отягощен. Все прививки выполнены в соответствии с национальным календарем. Болеет не часто: из перенесённых заболеваний ринофарингит 4 раза, катаральный отит в 1,5 года. Последнее заболевание о. фарингит 2,5 месяца назад, антибиотики не принимала. С 3-х лет посещает дошкольное образовательное учреждение, карантина в группе нет. Родители здоровы. Девочка имеет брата 1,5 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, умеренной упитанности, активна. Температура тела 37,5°C. Кожа бледно-розовая, чистая. Легкий цианоз носогубного треугольника. Пальпируются единичные подчелюстные, передне- и заднешейные лимфоузлы мелкие, безболезненные. Миндалины гипертрофированы до II ст., отмечается их яркая гиперемия. Из носа скудные серозные выделения. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Перкуторно над полями легких определяется легочный звук с коробочным оттенком. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 112 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, со слов матери, оформленный, диурез достаточный.

Тактика ведения данной пациентки с подозрением на острую респираторную вирусную инфекцию в отношении лабораторной диагностики

39,0

38,8

38,0

38,5

Результаты обследования

При подозрении на острую респираторную вирусную инфекцию инструментальная диагностика

39,0

38,8

38,0

38,5

Результаты инструментального метода обследования

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

39,0

38,8

38,0

38,5

Диагноз

Последующая тактика ведения пациента предполагает

ведение в условиях дневного стационара в ОВП

консультацию пульмонолога

срочную госпитализацию в стационар с круглосуточным пребыванием

амбулаторное лечение в условиях ОВП

Ребёнку показано проведение

противовирусной терапии

антибактериальной терапии

симптоматической терапии

бронходилатационной терапии

Тактика ведения пациентки в отношении антибактериальной терапии определяется

назначением джозамицина
назначением амоксициллина
отсутствием к ней показаний
выбором азитромицина

Тактика ведения ребёнка в отношении назначения противовирусной терапии определяется

выбором анаферона
назначением осельтамивира
проведением курса циклоферона
отсутствием показаний к ней

Показанием для назначения девочке жаропонижающих препаратов будет повышение температуры, превышающее

38,0°C
40,0°C
38,5°C
39°C

При необходимости назначения жаропонижающих препаратов, выбор следует сделать в пользу

метамизола
нимесулида
ацетилсалициловой кислоты
ибупрофена

В качестве противокашлевого средства препаратом выбора может быть

ацетилцистеин
бутамират
амброксол

карбоцистеин

Выделение пациентом вирусных частиц во внешнюю среду становится максимальным через + ____ + суток/сутки

3

10

7

1

Первостепенное значение в качестве мероприятий неспецифической профилактики по предотвращению распространения вирусной инфекции принадлежит

3

10

7

1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мать с ребенком пришла на прием к врачу ОВП. Мальчик 4 года, организованный.

Жалобы

Подъем температуры до 38,2°C, заложенность носа, скудные прозрачные выделения из носа, сухой кашель, боли в горле при глотании.

Анамнез заболевания

Болен второй день; вчера, во второй половине дня поднялась температура тела до 38,8°C, появилась заложенность носа. Ночью спал беспокойно: температура колебалась от 37,5 до 38,8° С, появился сухой кашель, скудные выделения из носа. Утром присоединились боли в горле при глотании, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

Родился доношенным ребенком, рос и развивался по возрасту.

Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез не отягощен. Привит по календарю. Перенес: ветряную оспу в 3 года, ротавирусную инфекцию в 1 г 4 мес. С 3,5 лет часто болеет ОРВИ: за последние полгода – 3 раза. Месяц назад перенес острый бронхит: получал амоксициллин, парацетамол, ингаляции с

лазолваном, аскорбиновую кислоту. С 3,5 лет посещает дошкольное образовательное учреждение, карантина в группе нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, умеренной упитанности. Температура тела 38,5°C. Кожа розовая, чистая, горячая на ощупь. Легкий цианоз носогубного треугольника. Пальпируются единичные подчелюстные, переднее - и заднее шейные лимфоузлы мелкие, безболезненные. Миндалины гипертрофированы до II ст., отмечается их яркая гиперемия. Носовое дыхание затруднено. При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильные, ЧСС 116 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, со слов, оформленный, диурез достаточный.

Тактика ведения пациента с подозрением на ОРВИ в отношении лабораторной диагностики

3

10

7

1

Результаты обследования

Этап инструментальной диагностики пациента должен включать

3

10

7

1

Результаты инструментального метода обследования

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

3

10

7

1

Диагноз

Последующая врачебная тактика в отношении этого пациента состоит в

срочной госпитализации в стационар с круглосуточным пребыванием

ведении в условиях дневного стационара в ОВП

консультации оториноларинголога

амбулаторном наблюдении в условиях ОВП

Пациенту показано назначение

антибактериальной терапии

противовирусной терапии

симптоматической терапии

иммуномодулирующей терапии

Тактика ведения пациента в отношении антибактериальной терапии должна состоять в

выборе джозамицина

предпочтении амоксициллина клавуланата

воздержании от назначения антибактериальных препаратов

назначении антибактериальных препаратов группы азитромицина

В отношении противовирусной терапии тактика ведения пациента состоит в

терапии арбидолом

отказе от её проведения

выборе анаферона

назначении осельтамивира

Показанием к назначению жаропонижающих будет являться повышение температуры тела выше

38,8°C

38,5°C

39°C

38,0°C

При появлении у ребёнка показаний к назначению жаропонижающих препаратов предпочтение следует отдать

аспирину

парацетамолу

нимесулиду

метамизолу

Целесообразно повторно обратиться на консультацию к врачу, в случае, если симптомы заболевания будут сохраняться более + _____ + суток.

5-6

7-9

10-14

21-28

Использование метамизола у детей связано с высоким риском развития

кишечного кровотечения

синдрома Рея

носового кровотечения

агранулоцитоза

Первостепенное значение в качестве мероприятий неспецифической профилактики по предотвращению распространения вирусной инфекции принадлежит

кишечного кровотечения

синдрома Рея

носового кровотечения

агранулоцитоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача ОВП мать с ребенком: мальчик 5 лет, организованный.

Жалобы

Подъем температуры до 38,5°C, заложенность носа, водянистые выделения из носа, редкий сухой кашель, боль в горле при глотании. При подъеме температуры выше 38,0°C начинает жаловаться на головную боль, боли в ногах.

Анамнез заболевания

Болен второй день, накануне утром поднялась температура тела до 38,3°C, появилась заложенность носа, покашливание, боли в горле при глотании, снижение аппетита. Мать лечила ребенка самостоятельно: суспензия «Нурофен», капли в нос «Назол», паровые ингаляции, орошение зева спреем «Мирамистин». В течение дня температура тела колебалась от 37,5°C до 38,5°C, вечером кашель усилился, появились скудные прозрачные выделения из носа. Утром температура тела поднялась до 38,5°C, и ребенок пожаловался на головную боль и боли в ногах.

Анамнез жизни

Родился доношенным ребенком, рос и развивался по возрасту.

Наследственность неотягощена. Аллергоанамнез неотягощен. Привит по календарю. Перенес: скарлатину в 3 года. ОРВИ болеет редко: 2-3 раза в год. Месяц назад перенес острый ринофарингит: получал парацетамол, аскорбиновую кислоту в таблетках, ингаляции с лазолваном. Посещает дошкольное образовательное учреждение, карантина в группе нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, умеренной упитанности. Температура тела 38,2°C. Кожа розовая, чистая, горячая на ощупь. Пальпируются мелкие безболезненные подчелюстные лимфоузлы. Миндалины гипертрофированы до II ст., отмечается яркая гиперемия. Носовое дыхание затруднено, из носа серозные выделения. При аускультации: дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 112 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, со слов матери, оформленный, диурез достаточный.

Тактика ведения пациента

кишечного кровотечения

синдрома Рея

носового кровотечения

агранулоцитоза

Результаты обследования

Для уточнения диагноза пациенту необходимо проведение

кишечного кровотечения

синдрома Рея

носового кровотечения

агранулоцитоза

Результаты обследования

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

кишечного кровотечения

синдрома Рея

носового кровотечения

агранулоцитоза

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента состоит в

срочной госпитализации в стационар с круглосуточным пребыванием

лечении в условиях дневного стационара в ОВП

амбулаторном ведении в условиях ОВП

назначении консультации оториноларинголога

Пациенту показано проведение

элиминационной терапии

бронходилатационной терапии

терапии антигистаминными препаратами

противовирусной терапии

Тактика лечения в отношении антибактериальной терапии должна состоять в

назначении монотерапии амоксициллином

назначении монотерапии азитромицином

воздержании от назначения антибактериальных препаратов

в выборе комбинации амоксициллин + клавулановая кислота

Для купирования кашля ребёнку с острым назофарингитом показано назначение

муколитических препаратов

ингаляционной терапии

отхаркивающих средств

леденцов или пастилок

В отношении противовирусной терапии тактика ведения пациента состоит в

отказе от её проведения

назначении осельтамивира

выборе умифеновира

назначении эргоферона

При наличии у пациента показаний к назначению жаропонижающих препаратов предпочтение следует отдать

аспирину

метамизолу

нимесулиду

парацетамолу

Показанием к началу жаропонижающей терапии у ребенка будет повышение температуры выше + _____ +°C

40,0-40,5

39,0-39,5

38,0-38,5

41,0-41,5

Прием метамизола может быть причиной развития у детей

синдрома Рея

агранулоцитоза

кишечного кровотечения

язвы желудка

При предотвращении распространения вирусной инфекции первостепенное значение в качестве мероприятий неспецифической профилактики принадлежит

синдрома Рея

агранулоцитоза

кишечного кровотечения

язвы желудка

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/м². Походка анталгическая. При осмотре коленных

суставов отмечается варусная деформация, дефигурация. Крепитация при движении. Ограничено сгибание и разгибание суставов. Гипотрофия мышц голени 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

синдрома Рея

агранулоцитоза

кишечного кровотечения

язвы желудка

Результаты обследования

В качестве дообследования пациенту необходимо провести

синдрома Рея

агранулоцитоза

кишечного кровотечения

язвы желудка

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

синдрома Рея

агранулоцитоза

кишечного кровотечения

язвы желудка

Диагноз

К факторам риска прогрессирования заболевания у данной пациентки можно отнести

возраст старше 50 лет

длительное использование НПВП

высокий индекс массы тела

женский пол

При сильной боли в суставах лечение следует начинать с

холодовых аппликаций

нестероидных противовоспалительных препаратов

парацетамола

препаратов кальция

Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов может привести к

остеопорозу

поражению почек

полицитемии

сахарному диабету

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

фиброколоноскопию

эзофагогастродуоденоскопию

рентгеноскопию пищевода и желудка

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

назначение комбинированных алюминий - и магнийсодержащих антацидов

отмену НПВП, назначение ингибиторов протонной помпы, эрадикацию *Helicobacter pylori* (при его выявлении)

диета с исключением соли и простых углеводов

С учетом болевого синдрома, данных рентгенографии, показана консультация

кардиолога

эндокринолога

хирурга

травматолога

Немедикаментозное лечение данной пациентки должно включать

применение ортезов

увеличение в рационе количества потребляемого белка

рекомендации по избеганию чрезмерной инсоляции

отказ от проведения физических упражнений

Меры по профилактике остеоартроза включают

применение ортезов

увеличение в рационе количества потребляемого белка

рекомендации по избеганию чрезмерной инсоляции

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 $37,5^{\circ}\text{C}$ 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, $\text{ИМТ}=19\text{кг/м}^2$. При осмотре отмечается деформация 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 $36,4^{\circ}\text{C}$. 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

применение ортезов

увеличение в рационе количества потребляемого белка

рекомендации по избеганию чрезмерной инсоляции

отказ от проведения физических упражнений

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо провести

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

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

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

Диагноз

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

+ _____ + суставы

- коленные
- плечевые
- дистальные межфаланговые
- пястнофаланговые

Препаратом первой линии для лечения ревматоидного артрита у данной пациентки будет

- этанерцепт
- сульфасалазин
- гидроксихлорохин
- метотрексат

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

исследование уровня хорионического гонадотропина

ультразвуковое исследование органов малого таза

исследование белковых фракций сыворотки крови

ультразвуковое исследование молочных желез

Для уменьшения риска развития побочных эффектов метотрексата пациентке показано назначение

урсодексоксихоловой кислоты

аторвастатина

фолиевой кислоты

ко-тримоксазола

Для уменьшения болей в суставах в качестве симптоматического лечения пациентке следует назначить

целекоксиб

хондроитин сульфат

парацетамол

гидроксихлорохин

На фоне приема метотрексата для мониторинга переносимости и эффективности терапии пациентке требуется регулярный контроль

целекоксиб

хондроитин сульфат

парацетамол

гидроксихлорохин

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

контроль лабораторных показателей в динамике через 7-10 дней

уменьшение дозы метотрексата

отмену метотрексата

увеличение дозы фолиевой кислоты

Вакцинация, с учетом назначения базисных противовоспалительных препаратов, пациентке

противопоказана

рекомендована против менингококковой инфекции

показана только живыми вакцинами

рекомендована против пневмококковой инфекции

Рентгенографическим признаком, который обнаруживается только на IV стадии ревматоидного артрита, является наличие

противопоказана

рекомендована против менингококковой инфекции

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°С 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/м²). При осмотре отмечается деформация правого коленного сустава 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 36,7⁰С. 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

противопоказана

рекомендована против менингококковой инфекции

показана только живыми вакцинами

рекомендована против пневмококковой инфекции

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо провести

противопоказана

рекомендована против менингококковой инфекции

показана только живыми вакцинами

рекомендована против пневмококковой инфекции

Результаты обследования

Основным предполагаемым диагнозом у пациента является

противопоказана

рекомендована против менингококковой инфекции

показана только живыми вакцинами

рекомендована против пневмококковой инфекции

Диагноз

К внеаксиальным проявлениям анкилозирующего спондилита у пациента относится наличие

болей в нижней части в спине

энтезита

ограничения ротации в шейном отделе позвоночника

субфебрилитета

В качестве препаратов первой линии пациенту показано назначение

нестероидных противовоспалительных препаратов

препаратов 5-аминосалициловой кислоты

глюкокортикоидов

антиметаболитов фолиевой кислоты

В качестве немедикаментозного лечения пациенту показано назначение

диеты с повышенным содержанием кальция

лечебной физкультуры

диеты с ограничением продуктов, богатых пуринами

физиотерапевтических процедур

С учетом наличия у пациента периферического артрита и энтезита пациенту рекомендовано назначение

циклоспорина

сульфасалазина

фолиевой кислоты

ципрофлоксацина

Длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов может привести к

циклоспорина

сульфасалазина

фолиевой кислоты

ципрофлоксацина

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

рентгеноскопию пищевода и желудка

фиброколоноскопию

эзофагогастродуоденоскопию

MPT органов брюшной полости

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

появление в утренние часы

улучшение в покое

усиление после выполнения физических упражнений

появление в ночное время

Для определения активности заболевания и эффективности терапии пациенту с анкилозирующим спондилитом следует оценивать индекс

появление в утренние часы

улучшение в покое

усиление после выполнения физических упражнений

появление в ночное время

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Б., 38 лет, поступила в клинику в связи с нарастающими в течение нескольких дней симптомами сердечной недостаточности на фоне аритмии.

Жалобы

На одышку с затрудненным вдохом при обычных физических нагрузках, постоянные ноющие боли в прекардиальной области, ощущение перебоев и замирания в работе сердца, которые сильно беспокоят пациентку.

Анамнез заболевания

Вышеперечисленные жалобы пациентка отмечает на протяжении 1 недели. Около 2 недель назад перенесла острое респираторное заболевание с высокой температурой, болью в мышцах и катаральными явлениями. Пациентка не обращалась за медицинской помощью и лечилась самостоятельно, применяя жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни

Наличие хронических заболеваний отрицает. Ежегодную вакцинацию от гриппа пропускает из-за эпизода аллергической реакции после введения вакцины. Аллергию на другие лекарственные препараты отрицает. В детстве страдала частыми ангинами, по поводу которых проводилась антибактериальная терапия; тонзилэктомия не выполнялась. Физические нагрузки ранее переносила хорошо. Не курит, прием наркотических препаратов отрицает, алкоголь употребляет только во время мероприятий.

Объективный статус

При осмотре: Состояние средней тяжести. Температура тела 37,0°C, озноба нет.

Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отёков нет. ЧД – 22 в минуту, дыхание жёсткое в базальных отделах, отмечаются инспираторные хрипы в нижних отделах легких. ЧСС – 100 ударов в минуту, ритм неправильный (единичные экстрасистолы). АД – 110/65 мм рт. ст. При аускультации сердца выслушиваются глухие тоны, дополнительный III тон (ритм галопа), систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В инструментальное обследование пациентки, поступившей с подозрением на миокардит следует включить

появление в утренние часы

улучшение в покое

усиление после выполнения физических упражнений

появление в ночное время

Результаты инструментальных методов обследования

Диагностика некроза миокарда в данном случае включает лабораторное определение

появление в утренние часы

улучшение в покое

усиление после выполнения физических упражнений

появление в ночное время

Результаты лабораторного обследования

Лабораторная диагностика маркеров воспалительного ответа в данном случае включает

появление в утренние часы

улучшение в покое

усиление после выполнения физических упражнений

появление в ночное время

Результаты лабораторного обследования

Для подтверждения сердечной недостаточности (СН) у данной пациентки следует провести лабораторный анализ крови на

появление в утренние часы

улучшение в покое

усиление после выполнения физических упражнений

появление в ночное время

Результаты обследования

Абсолютным показанием для проведения диагностической эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ) у этой пациентки будет являться возможное появление

отеков нижних конечностей

отрицательного экспресс-теста на вирус гриппа через неделю

устойчивой лихорадки более 10 дней

нестабильной гемодинамики

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является

отеков нижних конечностей

отрицательного экспресс-теста на вирус гриппа через неделю

устойчивой лихорадки более 10 дней

нестабильной гемодинамики

Диагноз

Тактика ведения данной пациентки предполагает

госпитализацию в стационар для мониторинга и лечения

антибактериальную терапию для профилактики бактериальной суперинфекции

плановое амбулаторное лечение (НПВС, бета-адреноблокаторы, мочегонные)

экстренное урежение ритма сердца

Риск развития данного заболевания у пациентки можно было бы снизить при

своевременной диагностике гриппа и ранней терапии ингибиторами нейраминидазы вируса гриппа

соблюдении строгого постельного режима на всем протяжении острой респираторной инфекции

проведении регулярных кардио-аэробных нагрузок

госпитализации в стационар для проведения инфузионной терапии при первых признаках респираторной инфекции

Для лечения сердечной недостаточности у данной пациентки с целью снижения риска ремоделирования миокарда и развития дилатационной кардиомиопатии следует назначить

ингибиторы АПФ

сенситизаторы кальция

сердечные гликозиды

тиазидные диуретики

Лечение миокардита нестероидными противовоспалительными средствами в данном случае

проводится при высоком уровне маркеров воспаления (СОЭ и СРБ)

проводится параллельно с терапией глюкокортикостероидами

проводится обязательно при любой тяжести миокардита

не рекомендовано

Показанием для проведения антиаритмической терапии при остром миокардите у данной пациентки может явиться появление

симптомной суправентрикулярной экстрасистолии

эпизодов симптомной суправентрикулярной бигеминии

желудочковой парасистолии

симптомной неустойчивой желудочковой тахикардии

Фактором риска неблагоприятного прогноза у пациентов, страдающих миокардитом является

симптомной суправентрикулярной экстрасистолии

эпизодов симптомной суправентрикулярной бигеминии

желудочковой парасистолии

симптомной неустойчивой желудочковой тахикардии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач общей практики прибыл к пациенту 49 лет на 7-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, одышку, «заложенность» в груди, кашель со скудной мокротой, выраженную слабость, общее недомогание.

Анамнез заболевания

* Заболел остро с появления озноба, общего недомогания, температура повысилась до 37,8°C. * К исходу первого дня появились сухой кашель, першение в ротоглотке, заложенность носа; беспокоила головная боль, отметил снижение аппетита. * Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, аспирин), мукалтин, ингавирин. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела выросла до 38,7°C, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди.

Анамнез жизни

* Фрилансер в IT-компании. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год. Хронический бронхит (диагностирован 5 лет назад). * Вредные привычки: курит по полпачки сигарет в день в течение 10 лет. * Эпиданамнез: за 10 дней до заболевания вернулся из туристической поездки по Грузии. * Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

Объективный статус

* Температура тела – 38,6°C. * Пациент гиперстенического телосложения. ИМТ – 34. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет. * Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами. * Лимфатические узлы не увеличены. * В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 26 в мин. * АД – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 92 уд. в мин. * Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный. * В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются

симптомной суправентрикулярной экстрасистолии

эпизодов симптомной суправентрикулярной бигеминии
желудочковой парасистолии
симптомной неустойчивой желудочковой тахикардии

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

симптомной суправентрикулярной экстрасистолии
эпизодов симптомной суправентрикулярной бигеминии
желудочковой парасистолии
симптомной неустойчивой желудочковой тахикардии

Диагноз

Для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии больному следует провести

пульсоксиметрию
плетизмографию
спирографию
пикфлоуметрию

Исследование газов артериальной крови с определением P_{aO_2} , P_{aCO_2} , pH, бикарбонатов, лактата рекомендуется при SpO_2 ~ 2~ менее + _____ + %

93
95
90
98

Для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение

фибробронхоскопии

КТ-ангиопульмонографии

крупнокадровой флюорографии

компьютерной томографии

Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является

нейтропения

лимфоцитоз

агранулоцитоз

лимфопения

При обследовании пациента уровень SpO₂ составил 94%, СРБ сыворотки крови -15 мг/л; КТ2. Учитывая клинико-анамнестические, лабораторные и инструментальные данные, больной переносит коронавирусную инфекцию + _____ + степени тяжести

тяжелой

крайне тяжелой

легкой

средней

Показанием к госпитализации при COVID-19- инфекции лиц из группы риска является

наличие диарейной симптоматики

выраженная интоксикация

повышение артериального давления

длительный кашель

В качестве этиотропной терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19 могут быть использованы

занамивир, азитромицин

рибавирин, левофлоксацин

фавипиравир, ремдесивир

осельтамивир, амоксициллин/клавуланат

Данному больному в сочетании с этиотропной терапией целесообразно назначить

- регидратационную терапию
- специфическую детоксикацию
- антикоагулянты
- приём иммуномодуляторов

Этому больному можно продолжить терапию неинсулиновыми сахароснижающими препаратами при отсутствии кетонурии и уровне глюкозы плазмы натощак до + _____ + ммоль/л

- 15
- 8
- 13
- 10

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у больного с сахарным диабетом рекомендовано применение

- 15
- 8
- 13
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 49 лет на 6-й день болезни.

Жалобы

на повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

Анамнез заболевания

* Заболел остро с появления озноба, общего недомогания, головной боли, температура повысилась до 37,9°C. * Одновременно появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа. * Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, ибупруфен), амброксол, пил много жидкости (чай с лимоном, имбирем). В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела выросла до 38,7°C, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул.

Анамнез жизни

* Охранник в торговом центре. Работает посменно. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), сахарный диабет II типа (принимает метформин); хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит). * Вредные привычки: отрицает. * Анамнез жизни:

проживает в отдельной квартире, разведен, детей нет. * Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжал. Контактует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется непостоянно.

Объективный статус

Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются

- 15
- 8
- 13
- 10

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются

- 15
- 8
- 13
- 10

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

- 15
- 8
- 13
- 10

Диагноз

Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ-1 составляет +_____ + %

- 50-75
- {nbsp} < 25
- {nbsp} > 75
- 25-50

Исследование газов артериальной крови с определением PaO₂, PaCO₂, pH, бикарбонатов, лактата у больных с COVID-19 рекомендуется при SpO₂ менее +_____ + %

- 88
- 90
- 98
- 95

К характерным изменениям КТ органов грудной клетки при новой коронавирусной инфекции COVID-19 относится

- лобарный инфильтрат
- торакальная лимфаденопатия
- симптом «дерево в почках»

- симптом «матового стекла»

Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

- тромбоцитоз
- лимфопения
- лимфоцитоз
- анемия

Тактика в отношении данного пациента, учитывая наличие у него сахарного диабета, включает

- амбулаторное лечение
- консультацию врача-реаниматолога
- обязательную госпитализацию
- лечение в ОРИТ

Этиотропное лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 предусматривает назначение

- осельтамивира
- фавипиравира
- занамивира
- рибавирина

Этому пациенту в сочетании с этиотропной терапией обязательно показано назначение

- ингибиторов янус-киназ
- антикоагулянтов
- глюкокортикостероидов
- эхинокандинов

В случае полной реконвалесценции пациента с сахарным диабетом, возобновление приема метформина возможно через

- 3-5 суток
- 1-2 месяца
- 2 недели
- 7 дней

В качестве профилактики COVID-19 у больных с сахарным диабетом рекомендовано применение

- 3-5 суток
- 1-2 месяца
- 2 недели
- 7 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач-терапевт участковый прибыл к пациентке 28 лет на 5-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, заложенность носа, першение в ротоглотке.

Анамнез заболевания

* Заболела остро с появления озноба, общего недомогания, головной боли,

температура повысилась до 37,6°C. * Одновременно появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа. * Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие (ибупрофен), пила много жидкости (чай с имбирем, лимоном). В течение последующих дней самочувствие оставалось прежним: температура тела колебалась в пределах 37,4-37,9°C, кашель сохранялся, дважды был послабленный стул.

Анамнез жизни

* Работает мастером маникюра. Работает посменно в частном салоне и выезжает к клиентам на дом. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (5 лет назад). * Вредные привычки: отрицает. * Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с мужем, детей нет. Муж здоров, жалоб не предъявляет. * Эпиданамнез: за пределы страны не выезжала. Контактует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется непостоянно.

Объективный статус

* Температура тела – 37,6°C. * Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет. * Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет, зернистость задней стенки глотки. * Лимфатические узлы не увеличены. * В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. * АД – 110/70 мм рт.ст, ЧСС – 82 уд. в мин. * Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный. * В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторным методом обследования данной пациентки для выявления этиологического фактора является

- 3-5 суток
- 1-2 месяца
- 2 недели
- 7 дней

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

- 3-5 суток
- 1-2 месяца
- 2 недели
- 7 дней

Диагноз

Для оценки выраженности гипоксемии больной следует провести

- пневмотахометрию
- пульсоксиметрию
- пикфлоуметрию
- спирографию

Для легкого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерна сатурация кислорода (SpO₂) + ____ + %

- {nbsp} < 95
- {nbsp} < 90
- {nbsp} > 95
- {nbsp} ≤ 93

Для новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерна экзантема в виде

- безболезненной язвы с серозно-геморрагическим отделяемым и вторичными везикулами по периферии
- лентикулярных папул по типу псориатических бляшек
- болезненных зудящих везикул с групповым расположением по ходу нервных стволов
- уртикарных высыпаний по типу крапивницы

Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является

- лимфопения
- эозинофилия
- нейтропения
- анемия

Основным лабораторным маркером активности процесса в легких при COVID-19 является

- С-реактивный белок (СРБ)
- натрий-уретический пептид (NT pro-BNP)
- прокальцитонин
- D-димер

При легкой форме коронавирусной инфекции целесообразно назначить схему

- ИФН-β1b {plus} лопинавир/ритонавир
- ИФН-α {plus} умифеновир
- рибавирин {plus} левофлоксацин
- фавипиравир {plus} олокизумаб

Умифеновир целесообразно назначить в дозировке + ____ + мг в сутки; в течение

- 600; 3-х дней
- 1200г; 10-12 дней
- 800; 5-7 дней
- 400; 2-х недель

Для неспецифической профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 мужу пациентке следует рекомендовать

- респираторные фторхинолоны коротким курсом
- соблюдение масочного режима
- назальные деконгестанты
- интерферон-бета 1b

Для специфической профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 рекомендуют

- молнупиравир
- синтетическую малую интерферирующую рибонуклеиновую кислоту (миРНК)
- вакцинацию
- нирматрелвир+ритонавир

Иммуноглобулины класса М при коронавирусной инфекции начинают формироваться с + _____ + от начала заражения

- молнупиравир
- синтетическую малую интерферирующую рибонуклеиновую кислоту (миРНК)
- вакцинацию
- нирматрелвир+ритонавир

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач терапевт-участковый прибыл к пациентке 54-х лет на 6-ой день болезни.

Жалобы

На одышку, чувство «заложенности» в груди, кашель со скудной мокротой, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, потерю обоняния и вкуса.

Анамнез заболевания

* Заболела остро с появления озноба, общего недомогания, температура повысилась до 37,8°C. Беспокоили мышечные боли, ломота в суставах. * К исходу первого дня появились сухой кашель, першение в ротоглотке, незначительные выделения из носа; беспокоила головная боль, отметила снижение аппетита. * Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), бромгексин. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела выросла до 38,7°C, отметила появление высыпаний на коже груди и нарушения обоняния и вкуса (не ощущала запах и вкус знакомой пищи), усилились кашель и одышка, отметила чувство «заложенности» в груди.

Анамнез жизни

* Бухгалтер в частной компании. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), гипертоническая болезнь, II стадии (принимает эналаприл), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год. * Вредные привычки: отрицает. * Эпиданамнез: за пределы страны и домашнего региона не выезжала. Была в контакте с болеющей дочерью и зятем (болели ОРЗ, перенесли заболевание «на ногах», в мед.учреждение не обращались). * Прививочный анамнез: вакцинирована от сезонного гриппа.

Объективный статус

Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются

- молнупиравир
- синтетическую малую интерферирующую рибонуклеиновую кислоту (миРНК)
- вакцинацию
- нирматрелвир+ритонавир

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

- молниуправир
- синтетическую малую интерферирующую рибонуклеиновую кислоту (миРНК)
- вакцинацию
- нирматрелвир+ритонавир

Диагноз

Для оценки выраженности гипоксемии и выявления дыхательной недостаточности, больной следует провести

- пневмотахометрию
- спирографию
- пикфлоуметрию
- пульсоксиметрию

При обследовании у больной выявлен уровень SpO₂ - 94%. СРБ сыворотки крови- 20 мг/л. Учитывая клинико-лабораторные данные, следует расценить течение заболевания как

- крайне тяжелое
- средней степени
- тяжелое
- легкое

Для первичной оценки состояния органов грудной клетки у пациентов с прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение

- компьютерной томографии
- КТ ангиопульмонографии
- магнитно-резонансной томографии
- крупнокадровой флюорографии

Характерными изменениями в периферической крови при коронавирусной инфекции являются

- нейтрофиллез и анэозинофилия
- нейтропения и абсолютный лимфоцитоз
- лимфоцитоз и тромбоцитоз
- лимфопения и тромбоцитопения

Типичным патогенетическим осложнением новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

- острый респираторный дистресс-синдром
- тромбоз мезентериальных сосудов
- гнойный менингоэнцефалит
- острая почечно-печеночная недостаточность

К препаратам с прямым противовирусным действием в рекомендованных схемах лечения больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 относится

- интерферон-бета1b
- фавипиравир
- гидроксихлорохин
- азитромицин

В рекомендованных схемах лечения при среднетяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 в стационарных условиях фавипиравир может назначаться с

- интерфероном бета-1b
- рекомбинантным интерлейкином-2 человека (pИЛ-2)
- левилимабом
- умифеновиром

Пациентке с гипертонической болезнью, получающей эналаприл (препараты из группы ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано

- продолжить прием препарата в той же дозировке
- уменьшить дозу препарата в два раза
- полностью прервать прием препарата
- увеличить дозу препарата в два раза

В случае полной реконвалесценции пациентки, возобновление приема метформина возможно через

- 2 недели
- 2 месяца
- 7 дней
- 5 суток

В рекомендованных схемах для медикаментозной профилактики COVID19 у лиц из группы риска применяется

- 2 недели
- 2 месяца
- 7 дней
- 5 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 29-ти лет на 5-ый день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, першение в ротоглотке, насморк, высыпания на коже.

Анамнез заболевания

* Заболел остро с появления небольшого озноба, общего недомогания, умеренной головной боли, отметил першение в ротоглотке, температура тела повысилась до 37,5°C. * Одновременно появились сухой кашель, насморк. * Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол), закладывал в носовые ходы оксолиновую мазь. В течение последующих дней самочувствие оставалось прежним: температура тела колебалась в пределах 37,5-38,0°C, кашель сохранялся, дважды был послабленный стул. * На 5-й день болезни появились высыпания на коже, что явилось причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни

* Работает автомехаником в частном автосервисе. Работает посменно. *

Аллергоанамнез: не отягощен. * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (7 года назад), пневмония (3 года назад) * Вредные привычки: отрицает. * Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с женой, детей нет. Жена здорова, жалоб не предъявляет. * Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Контактует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) не пользуется. * Прививочный анамнез: привит от сезонного гриппа.

Объективный статус

Лабораторным методом обследования данного пациента для выявления этиологического фактора является

- 2 недели
- 2 месяца
- 7 дней
- 5 суток

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

- 2 недели
- 2 месяца
- 7 дней
- 5 суток

Диагноз

При инфекции, вызванной COVID-19, для оценки выраженности гипоксемии больному следует провести

- диффузионный тест легких
- пневмотахометрию
- пульсоксиметрию
- бронходилатационный тест

При легком течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 сатурация кислорода (SpO₂) составляет + _____ + %

- ≤ 93
- < 95
- $\{ \text{nbsp} \} > 95$
- < 89

Для новой коронавирусной инфекции COVID-19 нетипичны поражения кожи в виде

- папуло-сквамозной сыпи
- крапивницы
- токсидермии
- карбункула

В периферической крови при коронавирусной инфекции COVID-19 выявляется

- нейтропения
- тромбоцитоз

- анэозинофилия
- лимфопения

При лечении легкой формы коронавирусной инфекции COVID-19 целесообразно назначить схему

- ИФН-бета-1b подкожно + лопинавир/ритонавир + парацетамол
- фавипиравир + барицитиниб + кагоцел
- фавипиравир + ИФН-альфа интраназально + парацетамол
- ингавирин + цефтриаксон + ремантадин

В рекомендованных схемах лечения COVID-19 в амбулаторных условиях стартовая разовая доза фавипиравира у пациентов с массой тела меньше 75 кг составляет + ____ + мг

- 2400
- 1200
- 1600
- 1800

Для терапии в амбулаторных условиях пациентам с легким течением COVID-19 в качестве дополнительной терапии возможно назначение

- упадацитиниба
- будесонида
- тофацитиниба
- олокизумаба

Длительность терапии будесонидом в амбулаторных условиях не должна превышать + ____ + суток

- 14
- 8
- 20
- 3

Госпитализация пациента в стационар показана при сохранении температуры тела $\geq 38^{\circ}\text{C}$ и наличия

- лейкопении $< 3,5 \cdot 10^9/\text{л}$
- артериальной гипертензии
- $\text{SpO}_2 < 95\%$
- выраженной слабости

Длительность инкубационного периода при новой коронавирусной инфекции составляет + ____ + суток

- лейкопении $< 3,5 \cdot 10^9/\text{л}$
- артериальной гипертензии
- $\text{SpO}_2 < 95\%$
- выраженной слабости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл повторно к пациенту Н. 75-ти лет.

Жалобы

На повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель, жидкий стул.

Анамнез заболевания

* Заболел 25.04., когда отметил повышение температуры тела до 37,4°C, боль в горле, слабость, лечился в домашних условиях симптоматическими средствами (закладывал в нос оксолиновую мазь, принимал жаропонижающие). Состояние не улучшалось. * 30.04. обратился в поликлинику. Назначен нурофен, дезлоратадин, азитромицин. На следующий день была проведена Rg ОГК: выявлена двусторонняя пневмония, к лечению добавлен амоксиклав. * В течение последующих 2-х дней самочувствие ухудшилось: температура тела выросла до 38,7°C, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул.

Анамнез жизни

* Пенсионер. Не работает * Аллергоанамнез: не отягощен. * Перенесенные заболевания: ИБС, гипертоническая болезнь 2 ст., р.3. Хронический холецистит, камни желчного пузыря, кисты печени. Хроническая ишемия головного мозга, вертебро-базиллярная недостаточность, компенсация. * Вредные привычки: отрицает. * Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире вместе с женой, дети и внуки живут отдельно. * Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Находится в самоизоляции, но со слов жены ходит в аптеку и магазин. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) не пользуется. Жена в настоящее время также жалуется на плохое самочувствие (познабливает, першит горло, температура не повышалась). * Прививочный анамнез: от гриппа и COVID-19 не прививался.

Объективный статус

Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются

- лейкопении $< 3,5 \cdot 10^9/\text{л}$
- артериальной гипертензии
- $\text{SpO}_2 \sim < 95\%$
- выраженной слабости

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются

- лейкопении $< 3,5 \cdot 10^9/\text{л}$
- артериальной гипертензии
- $\text{SpO}_2 \sim < 95\%$
- выраженной слабости

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

- лейкопении $< 3,5 \cdot 10^9/\text{л}$
- артериальной гипертензии
- $\text{SpO}_2 \sim < 95\%$
- выраженной слабости

Диагноз

Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ-2 составляет +_____+%

- < 25
- 25-50
- 50-75
- > 75

Для средней степени тяжести новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерно

- $T \geq 39^{\circ}\text{C}$; ЧДД ≥ 30 ; $\text{SpO}_2 \leq 93\%$
- $T \geq 38^{\circ}\text{C}$; ЧДД > 22 ; $\text{SpO}_2 < 95\%$
- $T \leq 38^{\circ}\text{C}$; ЧДД > 18 ; $\text{SpO}_2 \geq 95\%$
- $T \geq 39^{\circ}\text{C}$; ЧДД > 35 ; $\text{SpO}_2 < 92\%$

Основным лабораторным маркером активности процесса в легких при новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

- С-реактивный белок
- тропонин
- креатинкиназа
- лактатдегидрогеназа

Учитывая сопутствующую патологию пациента, для диагностики поражения миокарда целесообразно оценить биомаркер

- ферритин
- тропонин
- КФК-ВВ
- прокальцитонин

Тактика в отношении данного пациента с изменениями в легких, соответствующими КТ2, включает

- лечение в ОРИТ
- амбулаторное лечение
- обязательную госпитализацию
- консультацию врача-пульмонолога

Этиотропное лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 предусматривает назначение

- фавипиравира и ремдесивира
- занамивира и цефтриаксона
- рибавирина и левофлоксацина
- осельтамивира и амоксициллин/клавуланата

Фавипиравир противопоказан пациентам с

- острым респираторным дистресс-синдромом
- сахарным диабетом 1-го типа
- тяжелой печеночной недостаточностью
- тромбоцитопенией

Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

- тоцилизумаб
- надропарин кальция
- мелоксикам
- доксорубин

Основным путём передачи новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

- тоцилизумаб
- надропарин кальция
- мелоксикам
- доксорубицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 68-ми лет на 6-ый день болезни.

Жалобы

На повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель, кожные высыпания.

Анамнез заболевания

* Заболел с общего недомогания, слабости, мышечной и суставной боли, температура повысилась до 37,9°C. Отмечал головную боль, отсутствие аппетита. * На следующий день появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа. * Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, ибупрофен), амброксол, пил много жидкости (чай с лимоном, имбирем), мазал грудь бальзамом «звездочка» и «доктор Мом». В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела выросла до 38,9°C, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул. В день вызова врача заметил на теле сыпь.

Анамнез жизни

* Пенсионер, не работает. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит), артериальная гипертензия, стадию заболевания назвать не может (принимает эналаприл). Со слов пациента, в молодости болел краснухой, корью, дизентерией. * Вредные привычки: отрицает. * Анамнез жизни: вдовец, проживает в отдельной квартире вместе с дочерью и внучкой 5-ти лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери). * Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжал. Питается дома, домашней пищей. Дочь и внучка здоровы. Посещает магазины, аптеки. Средствами индивидуальной защиты не пользуется. * Прививочный анамнез: от гриппа не прививался. Дату последней прививки сказать не может.

Объективный статус

Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются

- тоцилизумаб
- надропарин кальция
- мелоксикам
- доксорубицин

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются

- тоцилизумаб
- надропарин кальция
- мелоксикам
- доксорубицин

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе

- тоцилизумаб
- надропарин кальция
- мелоксикам
- доксорубицин

Диагноз

При КТ-1 примерный объем выявленных изменений легких (визуально) составляет + _____ + %

- 50-75
- > 75
- < 25
- 25-50

При проведении КТ ОГК к типичным рентгенологическим проявлениям вирусной пневмонии COVID-19 относят

- односторонние участки «матового стекла» в пределах одной доли
- многочисленные двусторонние округлые уплотнения
- не округлые уплотнения преимущественно прикорневой локализации
- субплевральные ретикулярные (сетчатые) изменения

Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерно наличие

- ЧДД=20/мин, температуры тела ниже 38,5°C, кашля, слабости, болей в горле
- лихорадки выше 38,0°C, ЧДД более 22/мин, пневмонии, SpO₂ ~ 2 ~ <95%, изменений в легких КТ 1-2
- ЧДД более 30/мин, SpO₂ ~ 2 ~ ≤ 93%, снижения уровня сознания, ажитации, нестабильной гемодинамики, изменений в легких КТ 3-4
- ЧДД более 32/мин, SpO₂ ~ 2 ~ ≤ 90%, ОДН с необходимостью респираторной поддержки, изменений в легких КТ 4

Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

- лимфоцитоз
- лимфопения
- анэозинофилия
- тромбоцитоз

Этиотропным препаратом, который может быть использован при лечении данного больного является

- фавипиравир

- занамивир
- рибавирин
- осельтамивир

Данному пациенту помимо этиотропной терапии показано назначение

- экзогенного сурфактанта
- неинвазивной ИВЛ
- антикоагулянтов
- респираторных фторхинолонов

Пациенту, получающему эналаприл (препарат из группы ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано

- увеличить дозу препарата в два раза
- полностью прервать прием препарата
- уменьшить дозу препарата в два раза
- продолжить прием препарата в той же дозировке

У данного больного использование антикоагулянтов будет противопоказано в случае обнаружения у него

- повышенного протромбинового времени
- повышенного АЧТВ
- уровня тромбоцитов в крови ниже $25 \cdot 10^9/\text{л}$
- уровня ферритина ≥ 500 нг/мл

У пациентов пожилого и старческого возраста к атипичным симптомам COVID-19 относят

- повышенного протромбинового времени
- повышенного АЧТВ
- уровня тромбоцитов в крови ниже $25 \cdot 10^9/\text{л}$
- уровня ферритина ≥ 500 нг/мл

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач общей практики прибыл к пациентке 67-ми лет на 6-ый день болезни.

Жалобы

На кожные высыпания, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

Анамнез заболевания

* Заболела с общего недомогания, слабости, к вечеру этого же дня температура тела повысилась до $37,9^{\circ}\text{C}$, появились мышечные и суставные боли. * На следующий день появились сухой кашель, слизистые выделения из носа, небольшое першение в ротоглотке, отметила нарушение восприятия вкуса и запаха знакомой пищи. * Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие (парацетамол, аспирин), бромгексин, наносила на грудную клетку мазь с эвкалиптом. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела выросла до $38,9^{\circ}\text{C}$, усилились кашель, отметила чувство «заложенности» в груди, появилась одышка при физической нагрузке. В день вызова врача заметила на теле сыпь.

Анамнез жизни

* Пенсионерка, не работает. * Аллергоанамнез: вазомоторный и аллергический ринит (со слов много лет, принимает «зодак», «кларитин» во время обострений). * Перенесенные заболевания: пневмония двусторонняя (2 года назад), артериальная гипертензия, стадию заболевания указать не может (принимает эналаприл), ЖКБ (состоит на учете у гастроэнтеролога) Со слов пациентки, в молодости болела болезнью Боткина, краснухой, корью. * Вредные привычки: отрицает. * Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире вместе с мужем и семьей сына (внук 9-ти лет (учащийся в школе), внучка 4 года, посещающей детский сад (привиты по возрасту со слов матери)). * Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжала. Питается дома, домашней пищей. Из дома не выходит, находится на самоизоляции вместе с детьми и дочерью, зять ежедневно ездит на работу Прививочный анамнез: от гриппа не прививалась. Дату последней прививки сказать не может.

Объективный статус

Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются

- повышенного протромбинового времени
- повышенного АЧТВ
- уровня тромбоцитов в крови ниже $25 \cdot 10^9/\text{л}$
- уровня ферритина ≥ 500 нг/мл

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются

- повышенного протромбинового времени
- повышенного АЧТВ
- уровня тромбоцитов в крови ниже $25 \cdot 10^9/\text{л}$
- уровня ферритина ≥ 500 нг/мл

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

- повышенного протромбинового времени
- повышенного АЧТВ
- уровня тромбоцитов в крови ниже $25 \cdot 10^9/\text{л}$
- уровня ферритина ≥ 500 нг/мл

Диагноз

При КТ-2 примерный объем выявленных изменений легких (визуально) составляет + _____ + %

- < 25
- > 75
- 25-50
- 50-75

Для вирусной пневмонии COVID-19 на КТ ОГК характерно наличие

- пневмосклероза/пневмофиброза

- очаговой диссеминации
- уплотнения легочной ткани
- единичных солидных узелков

Среднетяжелое течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 характеризуется

- ЧДД более 32/мин, SpO₂ ≤ 90%, ОДН с необходимостью респираторной поддержки, изменений в легких КТ 4
- ЧДД более 22/мин, лихорадкой выше 38,5°C, пневмонией, SpO₂ < 95%, изменениями в легких КТ 1-2
- ЧДД более 30/мин, SpO₂ ≤ 93%, снижением уровня сознания, нестабильной гемодинамикой, изменениями в легких КТ 3-4
- ЧДД=20/мин, температурой тела ниже 38,5°C, кашлем, слабостью, болями в горле

Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

- лимфоцитоз
- лимфопения
- агранулоцитоз
- гиперэозинофилия

Тактика в отношении данной пациентки с изменениями в легких, соответствующими КТ2, включает

- обязательную госпитализацию
- консультацию врача-пульмонолога
- амбулаторное лечение
- лечение в ОРИТ

Этиотропными препаратами, которые могут быть использованы при лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 являются

- занамибир и сарилумаб
- осельтамивир и амоксициллин/клавуланат
- фавипиравир и ремдесивир
- рибавирина и левофлоксацин

Длительность приема фавипиравира составляет

- 2 недели
- 5 дней
- 10 дней
- 3 дня

Противопоказанием к назначению фавипиравира является

- острый респираторный дистресс-синдром
- острая почечная недостаточность
- сахарный диабет 2-го типа
- тромботическая микроангиопатия

Для профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 рекомендуют

- острый респираторный дистресс-синдром
- острая почечная недостаточность
- сахарный диабет 2-го типа
- тромботическая микроангиопатия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациентке 59-ти лет на 6-й день болезни.

Жалобы

На слабость, кашель, повышение температуры, тошноту, рвоту, послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния

Анамнез заболевания

* Заболела с общего недомогания, появились головная боль, повышение температуры до фебрильных значений, тошнота, двукратная рвота, жидкий стул. Лечилась самостоятельно симптоматическими средствами (жаропонижающие, обильное питье). * В течение последующих дней появился сухой кашель, выросла слабость, полностью исчез аппетит, перестала ощущать запах и вкус привычной пищи. * Учитывая отсутствие положительной динамики, вызвала врача на дом.

Анамнез жизни

* Продавщица в продуктовом магазине (одновременно стоит за прилавком и обслуживает покупателей на кассе). * Аллергоанамнез: неотягощен. * Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит). * Вредные привычки: курит по 1-3 сигареты в день. * Анамнез жизни: замужем, проживает в отдельной квартире вместе с мужем, дочерью и внучкой 4-х лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери). * Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжала. Питается дома, домашней пищей. На работе контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, перчатки) пользуется не регулярно. Все проживающие вместе с пациенткой родственники в настоящий момент здоровы.

Объективный статус

* Температура тела 37,6°C. * В ясном сознании. В пространстве, времени и собственной личности ориентирована. Менингеальных и очаговых знаков не определяется. * Кожные покровы светлые, умеренно влажные. Сыпи нет. * В легких дыхание жесткое, сухие хрипы выслушиваются с обеих сторон. ЧД 16 в мин. * Тоны сердца ритмичные, ритмичные. ЧСС=Ps=70 в мин. АД=110/70 мм рт. ст. * Зев умеренно гиперемирован. Миндалины не увеличены, налетов нет. * Лимфатические узлы не увеличены. * Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул двукратный послабленный (за последние сутки), без примесей. Диурез не нарушен, моча светлая.

Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются

- острый респираторный дистресс-синдром
- острая почечная недостаточность
- сахарный диабет 2-го типа
- тромботическая микроангиопатия

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами исследования необходимыми для обследования пациентки является

- острый респираторный дистресс-синдром
- острая почечная недостаточность
- сахарный диабет 2-го типа
- тромботическая микроангиопатия

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

- острый респираторный дистресс-синдром
- острая почечная недостаточность
- сахарный диабет 2-го типа
- тромботическая микроангиопатия

Диагноз

Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому + _____ + на КТ

- «матового стекла»
- «деревя в почках»
- «бульжной мостовой»
- «обратного ореола»

Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 целесообразно использовать

- пневмотахометрию
- диффузный тест легких
- пульсоксиметрию
- бодиплетизмографию

Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 уровень SpO₂~ соответствует + _____ + %

- <75
- <95
- ≤ 93
- ≤ 90

Типичными изменениями в периферической крови при новой коронавирусной инфекции COVID-19 являются

- нейтрофиллез и анемия
- анэозинофилия и агранулоцитоз
- тромбоцитопения и лимфопения
- тромбоцитоз и лимфоцитоз

В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 назначают этиотропный препарат

- далтепарин
- осельтамивир
- фавипиравир
- тоцилизумаб

При лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 средней степени тяжести в амбулаторных условиях назначают

- канакинумаб
- ривароксабан
- цефтаролин
- метилпреднизолон

Длительность применения антикоагулянтов при амбулаторном лечении COVID-19 может продолжаться вплоть до +___+ дней

- 30
- 45
- 14
- 60

Для медикаментозной профилактики COVID19 у родственников, проживающих вместе с пациенткой, возможно рекомендовать применение

- рекомбинантного ИФН-α
- оксолиновой мази
- осельтамивира
- ремдесивира

Инкубационный период новой коронавирусной инфекции COVID-19 составляет до

- рекомбинантного ИФН-α
- оксолиновой мази
- осельтамивира
- ремдесивира

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 39-ти лет на 6-й день болезни.

Жалобы

На повышение температуры, слабость, кашель, тошноту, рвоту, однократный послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния.

Анамнез заболевания

* Заболел с незначительного повышения температуры тела до 37,3°C, общего недомогания, появились головная боль, тошнота, двукратная рвота, жидкий стул. Лечился самостоятельно симптоматическими средствами (жаропонижающие, обильное питье). * В течение последующих дней появился сухой кашель, выросла слабость, полностью исчез аппетит, перестал ощущать запах и вкус привычной пищи, температура тела держалась в пределах 37,9-38,4°C * Учитывая отсутствие положительной динамики, вызвал врача на дом.

Анамнез жизни

* Частный предприниматель (владелец нескольких торговых точек). * Аллергоанамнез: неотягощен. * Перенесенные заболевания: язвенная болезнь 12-перстной кишки (диагностирована 5 лет назад, состоит на учете у гастроэнтеролога, последний визит 2 года назад); болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит). * Вредные привычки: курит по полпачки сигарет в день. * Анамнез жизни: женат, проживает в отдельной квартире вместе с женой,

сыном 7 лет, обучающимся в удаленном доступе (привит по возрасту со слов матери). * Эпиданамнез: выезжает регулярно в соседние регионы для самостоятельной закупки товара (10 дней назад вернулся из поездки), за пределы страны не выезжал. Питается дома, домашней пищей. На работе контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, перчатки) пользуется не регулярно. Все проживающие вместе с пациентом родственники в настоящий момент здоровы. * Прививочный анамнез: от гриппа не прививался. Дату последней прививки не помнит.

Объективный статус

* Температура тела 37,8°C. * В сознании, адекватен. Менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет. * Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. * Слизистая зева умеренно гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет. Носовое дыхание затруднено, отделяемого нет. * Лимфатические узлы не пальпируются. * Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС=Ps=70 в мин. АД=110/70 мм рт. ст.. * В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы единичные влажные рассеянные. ЧД 16 в мин. * Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Стул 1 раз, оформленный, коричневого цвета, без примесей. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторным методом обследования данного больного для выявления этиологического фактора является

- рекомбинантного ИФН-α
- оксолиновой мази
- осельтамивира
- ремдесивира

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным методом исследования необходимым для обследования пациента является

- рекомбинантного ИФН-α
- оксолиновой мази
- осельтамивира
- ремдесивира

Результаты обследования

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

- рекомбинантного ИФН-α
- оксолиновой мази
- осельтамивира
- ремдесивира

Диагноз

Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому _____ на КТ

- «сотового легкого»
- «обратного ореола»
- «трамвайных рельсов»
- «матового стекла»

Характерные изменения в легких при новой коронавирусной инфекции COVID-19 позволяет выявить

- компьютерная томография
- фибробронхоскопия
- КТ-ангиопульмонография
- крупнокадровая флюорография

Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 целесообразно использовать

- импульсную осциллометрию
- пикфлоуметрию
- пульсоксиметрию
- диффузный тест

Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 уровень сатурации кислорода соответствует + ____ + %

- <75
- ≤ 93
- ≤ 90
- <95

Тяжелое течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 сопровождается развитием

- кровоизлиянием в надпочечники
- острого отека и набухания головного мозга
- острого респираторного дистресс-синдрома
- инфекционно-токсического шока

В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 назначают этиотропный препарат

- тоцилизумаб
- фавипиравир
- далтепарин
- осельтамивир

Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

- мелоксикам нестероидные
- ривароксабан
- фондапаринукс натрия
- сарилумаб

Для профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 рекомендуют

- респираторные фторхинолоны коротким курсом
- интерферон-бета 1b
- назальные деконгестанты
- соблюдение масочного режима

Максимальный инкубационный период при новой коронавирусной инфекции COVID-19 составляет +_____+ дней

- респираторные фторхинолоны коротким курсом
- интерферон-бета 1b
- назальные деконгестанты
- соблюдение масочного режима

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 лет, обратился к участковому терапевту в поликлинику.

Жалобы

На кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, потливость, слабость, периодически - осиплость голоса, упорный, приступообразный кашель, повышение температуры тела до 37,4°C, в течение последних 2-х недель.

Анамнез заболевания

В течение последних 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, появление температуры до 37,2°C, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиление упорного, приступообразного кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита. Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не было отмечено, 3 дня назад стал отмечать прожилки крови в мокроте.

Анамнез жизни

В детские годы имел контакт с больным туберкулезом отцом. Состоял на диспансерном учете по поводу контакта, прошел курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев. 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с семьей в трехкомнатной квартире, имеет 2-х детей.

Объективный статус

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- респираторные фторхинолоны коротким курсом
- интерферон-бета 1b
- назальные деконгестанты
- соблюдение масочного режима

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования в общей сети является

- респираторные фторхинолоны коротким курсом
- интерферон-бета 1b
- назальные деконгестанты
- соблюдение масочного режима

Результаты инструментального метода обследования

Результат пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л у пациента оценивают как
+ _____ + реакцию

- положительную
- парадоксальную
- гиперергическую
- сомнительную

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

- очаговую сливную пневмонию
- диссеминированный туберкулез
- острый гематогенно-диссеминированный туберкулез
- саркоидоз легочно-медиастинальная форма

Рентгенологическим признаком затемнения легочной ткани является синдром

- биполярного тенеобразования
- субтотального затемнения
- диссеминации
- тотального затемнения

Данному больному выставлен диагноз

- биполярного тенеобразования
- субтотального затемнения
- диссеминации
- тотального затемнения

Диагноз

Осложнением основного заболевания у больного является

- туберкулез гортани и бронхов
- плевральный выпот
- туберкулез трахеи и бронхов
- легочное кровоотечение

Наиболее информативным методом верификации диагноза при диссеминированном поражении легких является

- гистологическое исследование ткани легкого
- микробиологическое исследование бронхиального содержимого
- иммуногенетическое исследование крови
- радионуклидное исследование легких

При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять антибактериальные препараты

- первого ряда
- второго ряда
- резервные
- третьего ряда

Благоприятным исходом подострого диссеминированного туберкулеза легких является

- уплотнение и кальцинация в легочной ткани
- уплотнение и формирование фиброзных, фиброзно-очаговых изменений

- формирование фиброзно-склеротических изменений и полное рассасывание
- формирование фиброзно-склеротических изменений и кальцинация

Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с

- абсцедирующей пневмонией, гранулематозом Вегенера
- лимфогранулематозом, туберкулемой легких
- саркоидозом легких II стадии, карциноматозом легких
- инфарктной пневмонией, центральным раком

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу + _____ + степени

- абсцедирующей пневмонией, гранулематозом Вегенера
- лимфогранулематозом, туберкулемой легких
- саркоидозом легких II стадии, карциноматозом легких
- инфарктной пневмонией, центральным раком

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 41 год обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 38,2°C, слабость, небольшого кашля с небольшим количеством мокроты с прожилками крови, пониженный аппетит, похудание.

Анамнез заболевания

Ухудшение в состоянии около 5 месяцев. К врачам не обращался, не обследовался, не лечился. При флюорографическом обследовании органов грудной клетки справа на уровне ключицы была выявлена небольших размеров тонкостенная кольцевидная полость с нечеткими наружными контурами. В связи с подозрением на туберкулез, больной был направлен в противотуберкулезный диспансер.

Анамнез жизни

* рос и развивался нормально * в течение последних 5 лет находился в местах лишения свободы * в анамнезе повторные пневмонии * флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил последние 4 года * вредные привычки: курит, ранее употреблял наркотики, употребляет алкоголь * проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире друга

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Пациент пониженного питания, кожные покровы бледные, повышенной влажности. Отставание при дыхании левой половины грудной клетки. ЧД – 22 в минуту. При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в межлопаточном пространстве справа, в этой же зоне при аускультации – жесткое дыхание справа у ости лопатки и ниже ее угла, единичные влажные хрипы после покашливания. Со стороны других органов патологии не обнаружено. При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 12 мм, диаскинтест – папула 8 мм.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- абсцедирующей пневмонией, гранулематозом Вегенера
- лимфогранулематозом, туберкулемой легких
- саркоидозом легких II стадии, карциноматозом легких
- инфарктной пневмонией, центральным раком

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования в общей лечебной сети является

- абсцедирующей пневмонией, гранулематозом Вегенера
- лимфогранулематозом, туберкулемой легких
- саркоидозом легких II стадии, карциноматозом легких
- инфарктной пневмонией, центральным раком

Результаты инструментального метода обследования

Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациента оценивают как

- гиперергическую
- сомнительную
- положительную
- парадоксальную

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

- эхинококкоз легких
- хронический абсцесс лёгкого
- кавернозный туберкулез
- деструктивную пневмонию

На основании полученных результатов обследования данного больного можно поставить диагноз

- эхинококкоз легких
- хронический абсцесс лёгкого
- кавернозный туберкулез
- деструктивную пневмонию

Диагноз

Осложнением основного заболевания у больного является

- легочное кровотечение
- туберкулез бронхов
- плевральный выпот
- кровохарканье

По данным рентгенограммы органов грудной клетки, основным рентгенологическим признаком является синдром

- круглой тени
- полости
- очаговой тени
- долевого затемнения

При кавернозном туберкулезе легких бактериовыделение является

- массивным и постоянным
- закономерно отсутствующим
- массивным и непостоянным
- скудным и непостоянным

Впервые выявленный кавернозный туберкулез легких характеризуется

- двухслойной стенкой каверны и обилием полиморфных очагов в ткани
- отсутствием выраженных перикавитарных инфильтративных изменений
- грубым перикавитарным фиброзом и наличием секвестра в каверне
- обилием полиморфных очагов в ткани, расположенной ниже каверны

При кавернозном туберкулезе легких с сохраненной лекарственной чувствительностью целесообразно применять антибактериальные препараты

- третьего ряда
- первого ряда
- второго ряда
- резервные препараты

Дифференциальную диагностику кавернозного туберкулеза легких следует проводить с

- абсцессом легкого, полостной формой рака легкого, воздушной кистой
- параканкротической пневмонией, гангреней легкого, аспергиллемой
- гангреней легкого, эхинококкозом, кистой легкого
- абсцедирующей пневмонией, осумкованным плевритом, буллой

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу + ____ + степени

- абсцессом легкого, полостной формой рака легкого, воздушной кистой
- параканкротической пневмонией, гангреней легкого, аспергиллемой
- гангреней легкого, эхинококкозом, кистой легкого
- абсцедирующей пневмонией, осумкованным плевритом, буллой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 39 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 39,2°C, слабость, утомляемость, боли в грудной клетке, кашель с выделением плевков гнойной мокроты, кровохарканье, выраженная потливость.

Анамнез заболевания

В течение последних 3-х недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления вначале субфебрильной температуры до 37,2°C, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, снижения аппетита.

Анамнез жизни

* росла и развивалась нормально * в анамнезе контакт с больным туберкулезом мужем * в течение последнего года, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по

утрам, слабости, снижение массы тела * вредные привычки: злоупотребляет алкоголем, курит * проживает с ребенком 6 лет в однокомнатной квартире

Объективный статус

Состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор снижен. Больная пониженного питания, вес 55 кг, рост - 165 см. Грудная клетка правильной формы, при дыхании отстаёт правая половина, одышка в покое, ЧДД – 24 в минуту, акроцианоз. При перкуссии грудной клетки - резко укорочен звук справа. При аускультации – в верхнем отделе правого легкого на фоне бронхиального дыхания выслушиваются сухие и влажные хрипы. ЧСС - 110 в минуту, акцент II тона над легочной артерией. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот втянут, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается. Вызвана « скорая медицинская помощь » и пациентка госпитализирована в стационар городской больницы с подозрением на пневмонию. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная.

В стационаре пациентке проведены необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- абсцессом легкого, полостной формой рака легкого, воздушной кистой
- параканкротической пневмонией, гангреней легкого, аспергиллемой
- гангреней легкого, эхинококкозом, кистой легкого
- абсцедирующей пневмонией, осумкованным плевритом, буллой

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- абсцессом легкого, полостной формой рака легкого, воздушной кистой
- параканкротической пневмонией, гангреней легкого, аспергиллемой
- гангреней легкого, эхинококкозом, кистой легкого
- абсцедирующей пневмонией, осумкованным плевритом, буллой

Результаты инструментального метода обследования

На основании анализа проведенных исследований, пациентку перевели в противотуберкулезный стационар, где поставили кожный тест с АТР.

Результат теста через 72 часа оказался отрицательным, что явилось проявлением

- выраженного иммунодефицита
- нарушения перевозки и хранения препарата
- неактивной фазы туберкулезного процесса
- отсутствия инфицирования микобактерией туберкулеза

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают

- казеозную пневмонию
- эозинофильный легочный инфильтрат
- крупозную пневмонию
- инфильтративный туберкулез

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

- казеозную пневмонию
- эозинофильный легочный инфильтрат

- крупозную пневмонию
- инфильтративный туберкулез

Диагноз

Осложнением основного заболевания у больной является

- легочное кровотечение
- плевральный выпот
- кровохарканье
- туберкулез бронхов

Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется, как и в данном случае

- рецидивирующим течением
- умеренно-выраженными клиническими признаками
- тяжелым, остро прогрессирующим течением
- волнообразным течением

Аускультация при казеозной пневмонии характеризуется

- ослабленным бронхиальным дыханием и большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов
- ослабленным бронхиальным дыханием и наличием сухих и крупнопузырчатых хрипов, шум трения плевры
- удлиненной фазой выдоха и наличием свистящих сухих хрипов
- ослабленным везикулярным дыханием, сухими и крупнопузырчатыми хрипами, шум трения плевры

При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, целесообразно применять антибактериальные препараты

- второго ряда
- резервные препараты
- первого ряда
- третьего ряда

Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

- большой объем поражения и нет признаков отграничения казеозного некроза
- резко выраженный экссудативный компонент воспаления с множественными казеозными очагами в пределах доли легкого
- выраженный казеозно-некротический компонент туберкулезного воспаления, отсутствие морфологических признаков отграничения казеозного некроза вследствие апоптоза клеток
- большой объем поражения с преобладанием казеозного некроза на фоне обширных инфильтративных изменений с явлением деструкции легочной ткани в зоне поражения

Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии следует проводить с

- гангреной легкого
- абсцедирующей пневмонией
- параканкротической пневмонией
- крупозной пневмонией

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу + _____ + степени

- гангреной легкого
- абсцедирующей пневмонией

- параканкротной пневмонией
- крупозной пневмонией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 29 лет, программист обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

В связи с изменениями в легких, выявленными при диспансеризации, жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Жалоб нет. Флюорографическое обследование органов грудной клетки не проводилось более 3 лет.

Анамнез жизни

* рос и развивался нормально * простудными заболеваниями болел редко * вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет * проживает один в однокомнатной квартире

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 69 кг, рост - 168 см. Грудная клетка нормостеническая, обе половины активно участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные. ЧСС - 74 уд. в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается. При проведении простой микроскопии мокроты по Цилю – Нильсену кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 23 мм, диаскинтест – отрицательный.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- гангреней легкого
- абсцедирующей пневмонией
- параканкротной пневмонией
- крупозной пневмонией

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- гангреней легкого
- абсцедирующей пневмонией
- параканкротной пневмонией
- крупозной пневмонией

Результаты инструментального метода обследования

Особенностью рентгенологической картины при туберкулезе является

- наличие в окружающей легочной ткани полиморфных очагов и признаков фиброза

- преимущественная локализация ограниченного затемнения, чаще в III, IV или V сегментах
- обнаружение округлой однородной тени с четкими контурами, слабой или средней интенсивности
- наличие однородной округлой тени, не содержащей известковых включений

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

- периферический рак
- гамартохондрому
- аспергиллому легкого
- туберкулему легкого

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

- периферический рак
- гамартохондрому
- аспергиллому легкого
- туберкулему легкого

Диагноз

Достоверным методом диагностики туберкулемы легкого является

- рентгенография органов грудной клетки и иммунодиагностика
- микробиологическая диагностика и рентгенография органов грудной клетки
- бронхологическое исследование с катетеризацией и взятием биоптата
- туберкулинодиагностика и диаскинтест

При туберкулезе прогрессирование туберкулезного процесса связано с

- перифокальной реакцией вокруг туберкулемы и появлением распада
- прогрессированием туберкулезного панбронхита
- появлением симптомов интоксикации
- размножением микобактерий туберкулеза

Туберкулема может формироваться во всех случаях, кроме

- заполнения или блокирования каверны
- рубцевания каверны
- прогрессирования локального панбронхита
- прогрессирования округлого туберкулезного инфильтрата

В лечение туберкулемы легких, имеющей склонность к прогрессированию и резистентность к химиотерапии, целесообразно применять

- патогенетическую терапию
- профилактические курсы химиотерапии
- хирургическое лечение
- комбинированную химиотерапию

Туберкулема легкого чаще локализуется в + _____ + сегментах легких

- 4,7,9
- 1,2,6
- 1,2,7
- 3,5,8

Дифференциальную диагностику туберкулемы легкого следует проводить с

- эхинококковой кистой, эозинофильной пневмонией
- периферическим раком, гамартохондромой, неспецифической пневмонией

- ретенционной кистой, метастазами злокачественных опухолей, аспергиллемой
- очаговой пневмонией, невриномой, аденомой

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу + _____ + степени

- эхинококковой кистой, эозинофильной пневмонией
- периферическим раком, гамартохондромой, неспецифической пневмонией
- ретенционной кистой, метастазами злокачественных опухолей, аспергиллемой
- очаговой пневмонией, невриномой, аденомой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 29 лет, медицинская сестра противотуберкулезного диспансера, обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 38,5°C, ночную потливость, слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, боль в правой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Заболела остро, ухудшение в состоянии, с появления вышеперечисленных симптомов. Было заподозрено течение правосторонней пневмонии, в течение 10 дней проведено лечение ампициллином, бромгексином, супрастином. В результате проведенного лечения общее состояние улучшилось, температура снизилась до субфебрильной, однако сохранялась слабость, в правом легком продолжали выслушиваться единичные мелкопузырчатые влажные хрипы.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Работает медицинской сестрой в противотуберкулезном учреждении. Перенесенные заболевания: бронхо-легочных заболеваний в течение жизни не было, ранее туберкулезом не болела, редко отмечались простудные заболевания. Флюорографическое обследование органов грудной клетки проходила ежегодно, патологии не было выявлено, вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Проживает с семьей, где есть 2-х летний ребенок, в однокомнатной квартире.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, небольшой румянец на щеках. Грудная клетка нормостенического типа, правая половина отстаёт при дыхании. При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в межлопаточном пространстве справа, в этой же зоне при аускультации – мелкопузырчатые влажные хрипы после покашливания. Со стороны других органов патологии не обнаружено. При проведении простой микроскопии обнаружены кислотоустойчивые микобактерии – (КУМ {plus}). Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л- папула - 15 мм, диаскинтест – папула 8 мм.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- эхинококковой кистой, эозинофильной пневмонией
- периферическим раком, гамартохондромой, неспецифической пневмонией

- ретенционной кистой, метастазами злокачественных опухолей, аспергиллемой
- очаговой пневмонией, невриномой, аденомой

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым методом рентгенологического обследования при подозрении на туберкулез легких на уровне поликлиники является

- эхинококковой кистой, эозинофильной пневмонией
- периферическим раком, гамартохондромой, неспецифической пневмонией
- ретенционной кистой, метастазами злокачественных опухолей, аспергиллемой
- очаговой пневмонией, невриномой, аденомой

Результаты рентгенологического метода обследования

Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациентки оценивают как

- гиперергическую
- сомнительную
- положительную
- парадоксальную

Респираторная симптоматика, подозрительная на туберкулез органов дыхания, включает

- длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке
- общую немотивированную слабость, кашель с мокротой слизистого характера
- ночную потливость, боль в грудной клетке, одышку при распространенных процессах
- снижение массы тела при нормальном аппетите, кровохарканье, длительный субфебрилитет

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают

- полисегментарную пневмонию
- инфильтративный туберкулез
- кавернозный туберкулез
- эозинофильный легочный инфильтрат

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

- полисегментарную пневмонию
- инфильтративный туберкулез
- кавернозный туберкулез
- эозинофильный легочный инфильтрат

Диагноз

Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является

- люминесцентная микроскопия
- бактериологическая диагностика
- бактериоскопическая диагностика
- молекулярно-генетический метод

Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется

- везикулярным дыханием, отсутствием хрипов

- ослабленным везикулярным дыханием, сухими и крупнопузырчатыми влажными хрипами
- удлиненной фазой выдоха и наличием свистящих сухих хрипов
- везикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы

При инфильтративном туберкулезе с сохраненной лекарственной чувствительностью целесообразно применять антибактериальные препараты

- резервные препараты
- первого ряда
- третьего ряда
- второго ряда

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в

- дневном стационаре
- стационаре (противотуберкулезного учреждения)
- стационаре (терапевтического или пульмонологического отделения)
- амбулаторных условиях (на дому)

Большое значение для подтверждения этиологической диагностики туберкулеза принадлежит

- рентгенологической картине органов грудной клетки
- анамнестическим данным течения болезни
- бактериологическому исследованию
- инструментальным исследованиям бронхов

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу + ____ + степени

- рентгенологической картине органов грудной клетки
- анамнестическим данным течения болезни
- бактериологическому исследованию
- инструментальным исследованиям бронхов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 54 года, в настоящее время работает в горячем цеху металлургом, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры до 39,5°C, ночную потливость, резкую слабость, длительный сухой с небольшим количеством слизистой мокроты, иногда с прожилками крови, боль в грудной клетке, похудел за последние 6 месяцев на 8 кг.

Анамнез заболевания

В течение последних 6 месяцев, отмечает ухудшение состояния с нарастанием вышеперечисленных симптомов 2 недели назад обратился к участковому врачу-терапевту, при обследовании в поликлинике была заподозрена пневмония, назначено лечение антибиотиками широкого спектра действия. После 2 недель лечения отмечался незначительный клинический эффект: температура снизилась до субфебрильной, однако сохранялись слабость, кашель

периодически с прожилками крови, болезненность в грудной клетке слева, выраженная потливость, снижение аппетита. Рентгенологическая картина в легких оставалась после лечения без динамики. Направлен на прием к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту, данные характера туберкулиновой чувствительности в школьные годы были положительными, однако курсы химиопрофилактики не проходил, выявлялась склонность к частым простудным заболеваниям. Флюорографическое обследование органов грудной клетки проходил нерегулярно. Перенесенные заболевания: частые простудные заболевания, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка. Вредные привычки: курит с 17 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь - редко. Проживает в 2х-комнатной квартире с супругой и дочерью 15 лет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 65 кг. Температура 37,2°C. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, мышечный и кожный тургор снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные. Грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД 17 в минуту. При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в надключичном и межлопаточном пространствах слева. При аускультации – дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 88 ударов в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 10 мм

Данные клинико-инструментальных методов исследования

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- рентгенологической картине органов грудной клетке
- анамнестическим данным течения болезни
- бактериологическому исследованию
- инструментальным исследованиям бронхов

Результаты обследования

Обязательными инструментальными методами обследования при подозрении на туберкулез в условиях противотуберкулезного учреждения являются

- рентгенологической картине органов грудной клетке
- анамнестическим данным течения болезни
- бактериологическому исследованию
- инструментальным исследованиям бронхов

Результаты инструментальных методов обследования

Результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациента оценивают как

- парадоксальный
- гиперергический
- положительный
- сомнительный

По данным клинико-рентгенологического обследования пациента, в первую очередь, необходимо предполагать

- полисегментарную пневмонию
- эозинофильную пневмонию
- инфильтративный туберкулез
- кавернозный туберкулез

Респираторная симптоматика, подозрительная на туберкулез органов дыхания, включает

- общую немотивированную слабость, кашель с мокротой слизистого характера
- снижение массы тела при нормальном аппетите, кровохарканье, длительный субфебрилитет
- длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке
- ночную потливость, боль в грудной клетке, одышку при распространенных процессах

Учитывая данные клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- общую немотивированную слабость, кашель с мокротой слизистого характера
- снижение массы тела при нормальном аппетите, кровохарканье, длительный субфебрилитет
- длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке
- ночную потливость, боль в грудной клетке, одышку при распространенных процессах

Диагноз

Осложнением основного заболевания у больного является

- легочное кровотечение
- плевральный выпот
- кровохарканье
- туберкулез бронхов

Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется

- везикулярным дыханием, отсутствием хрипов
- везиобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы
- удлиненной фазой выдоха и наличием свистящих сухих хрипов
- ослабленным везикулярным дыханием, сухими и крупнопузырчатыми влажными хрипами

Пациент госпитализирован в противотуберкулезный стационар, где ему назначен режим химиотерапии

- пре-ШЛУ туберкулеза
- лекарственно-чувствительный
- изониазид-резистентный
- МЛУ- туберкулеза

Данный больной будет находиться на учете по +_____+ группе диспансерного наблюдения

- I
- III
- II Б
- II А

На втором месяце лечения получен результат теста на лекарственную чувствительность МБТ на плотных средах, где была выявлена устойчивость к HREKmCm. Необходима коррекция ХТ путем перевода больного на +____+ режим

- МЛУ
- пре-ШЛУ
- ШЛУ
- изониазид-резистентный

Длительность лечения больного по МЛУ режиму химиотерапии будет составлять не менее +____+ месяцев

- МЛУ
- пре-ШЛУ
- ШЛУ
- изониазид-резистентный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 года на приеме врача-терапевта стационара.

Жалобы

На быструю утомляемость, повышенную кровоточивость десен, легкое образование синяков, увеличение живота в объеме, желтушность кожных покровов, общую слабость, боли в нижних конечностях при ходьбе.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2-х недель, когда появились, после употребления алкоголем, вышеперечисленные жалобы.

Анамнез жизни

Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты не отмечает.

Гемотрансфузии не производились. Вредные привычки: ежедневно выпивает около 200 мл водки, курит около 1 пачки сигарет в день в течение 20 лет, применение наркотиков отрицает. Работает слесарем.

Объективный статус

ИМТ 18 кг/м². В сознании, адекватен. Кожные покровы желтушные, на коже голеней отмечаются геморрагические петехиальные высыпания, склеры иктеричные. Отмечается увеличение околоушных слюнных желез, гинекомастия. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Аускультативно в легких дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. ЧСС 81 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме, объем талии 110 см, плотный, труден для пальпации. При поверхностной пальпации грыжевых выпячиваний не

определяется. Нижний край печени {plus} 10 см от края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный при поверхностной пальпации. Нижний край селезенки у края реберной дуги. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул до 1 р/сутки обычной консистенции, без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Голени пастозны.

Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования включают в себя

- МЛУ
- пре-ШЛУ
- ШЛУ
- изониазид-резистентный

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования включают в себя

- ректороманоскопию
- ЭКГ
- колоноскопию
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Для выявления алкогольной зависимости у данного пациента могут быть использованы

- ректороманоскопию
- ЭКГ
- колоноскопию
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Результаты обследования

Для неинвазивного определения стадии фиброза печени у данного пациента можно использовать

- биопсию печени
- протеинограмму
- анализ асцитической жидкости
- транзитную эластографию (фибросканирование)

Для оценки тяжести течения алкогольного гепатита у данного пациента можно использовать

- шкалу Мейо
- индекс Мэддрея (Maddrey score)
- индекс Беста
- вопросник PHQ-9

Терапия первой линии для пациентов с алкогольным гепатитом тяжелого течения (индекс Мэддрея ≥ 32 , MELD ≥ 18 , GASH ≥ 8) включает в себя

- адеметионин внутрь в дозе 1200 мг/сут
- преднизолон внутрь в дозе 60 мг/сут
- преднизолон внутрь в дозе 40 мг/сут
- пентоксифиллин внутрь в дозе 1200 мг/сут

Для оценки ответа на терапию преднизолоном необходимо использовать индекс

- Беста
- Лилль (Lille model)
- Мейо
- НОМА

При наличии противопоказаний к терапии преднизолоном, препаратом второй линии у данного пациента является

- эссенциальные фосфолипиды
- урсодезоксихолевая кислота
- адеметионин
- пентоксифиллин

Длительность терапии преднизолоном при условии полного ответа на 7й день составляет + ____ + дней

- 14
- 48
- 30
- 10

Методом лечения пациентов с алкогольным гепатитом тяжелого течения, не ответивших на терапию преднизолоном, является

- трансплантация печени
- инфузия альбумина
- трансягулярное портокавальное шунтирование (TIPS)
- резекция печени

Наряду с преднизолоном, при тяжелом алкогольном гепатите может быть использован

- флутиказон
- гидрокортизон
- будесонид
- дексаметазон

Для диагностики алкогольного стеатоза печени используется

- флутиказон
- гидрокортизон
- будесонид
- дексаметазон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина с ребенком 4,5 месяцев обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На повышенную потливость ребенка.

Анамнез заболевания

Повышенную потливость у ребенка мать отмечает в течение последнего месяца.

Анамнез жизни

Социальный анамнез благополучный. Девочка от 1-й беременности, 1-х срочных естественных родов, оценка по Апгар 8/9 баллов, масса при рождении 3200 гр. длина тела при рождении – 52 см. Во время беременности у матери отмечалась железодефицитная анемия. Девочка на грудном вскармливании,

планируется введение прикормов. Ранее не болела. Со слов матери поведение ребенка без особенностей. С профилактической целью по рекомендации доктора получает витамин Д~3~ (Аквадетрим) с 3-х месяцев в дозировке 500МЕ. Проживет в Центральном федеральном округе.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Физическое и нервно-психическое развитие без отклонений. Длина тела=62 см, вес=6100 гр. При осмотре отмечается умеренная мышечная гипотония, уплощен затылок, бледность и сухость кожных покровов. Проведены лабораторные исследования, выявлено: кальций крови - 2,12 ммоль/л, фосфор - 1,71 ммоль/л., в общем анализе крови уровень гемоглобина 98 г/л, снижены показатели содержания Hb в эритроците (МСН) и средней концентрации Hb в эритроците (МСНС), цветной показатель 0,78. На основании проведенного обследования доктором выставлен предварительный диагноз: Рахит, период разгара.

При рентгенографии области запястья у ребенка при рахите в периоде разгара будет определяться

- увеличение числа ядер окостенения
- прерывистое уплотнение зон роста
- расширение и размытость зон роста
- избыточное уплотнение зон роста

У ребенка Рахит + _____ + степени тяжести

- увеличение числа ядер окостенения
- прерывистое уплотнение зон роста
- расширение и размытость зон роста
- избыточное уплотнение зон роста

Диагноз

В рекомендациях доктора по профилактике рахита была допущена ошибка. Девочке следовало назначить препарат холекальциферола в дозе

+ _____ + с + _____ + месяца/месяцев жизни

- 1500 МЕ/сут; 3-х
- 500 МЕ/сут; 1-го
- 1000 МЕ/сут; 3-х
- 1000 МЕ/сут; 1-го

Для лечения ребенка с рахитом в периоде разгара I степени тяжести рекомендуется назначение холекальциферола в дозировке

+ _____ + МЕ в сутки

- 2500-3000
- 3000-4000
- 1500-2000
- 2000-2500

Продолжительность лечения холекальциферолом в дозе 2500 МЕ/сутки должна составлять + _____ + дней

- 45
- 30
- 55
- 60

При длительном назначении препаратов витамина D детям в возрасте до 7-ми лет проведение контроля уровня витамина D в крови является обязательным при назначении доз витамина D от (порогового уровня)

+ _____ + МЕ в сутки

- 3000
- 4000
- 5000
- 2000

По данным проведенного обследования у девочки помимо рахита с высокой вероятностью имеется

- железодефицитная анемия
- гемолитическая анемия
- анемия при хроническом заболевании
- В-12 дефицитная анемия

Одним из наиболее достоверных диагностических признаков истинной железодефицитной анемии является

- сниженный цветовой показатель
- низкий уровень сывороточного железа
- низкий уровень сывороточного ферритина
- низкий уровень гемоглобина

В качестве лечения железодефицитной анемии у ребенка следует рекомендовать

- пероральный препарат трехвалентного железа
- незамедлительно ввести мясной прикорм
- парентеральный препарат трехвалентного железа
- пероральный препарат двухвалентного железа

Одним из побочных эффектов при лечении ЖДА у детей препаратами двухвалентного железа является

- судороги
- тромбоцитопения
- окрашивание эмали зубов и десен
- нарушение мочеиспускания

Диспансерное наблюдение ребенка с железодефицитной анемией проводится с момента установления диагноза в течение

- двух лет, вне зависимости от степени анемии
- одного года только детям со средней и тяжелой степенью анемии
- одного года, вне зависимости от степени анемии
- трех лет только детям с тяжелой степенью анемии

Группа здоровья у данного ребенка

- двух лет, вне зависимости от степени анемии
- одного года только детям со средней и тяжелой степенью анемии
- одного года, вне зависимости от степени анемии
- трех лет только детям с тяжелой степенью анемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 35 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

на * постоянные тянущие боли в поясничной области, без четкой связи с изменением положения тела, * общую слабость, * быструю утомляемость, * отсутствие аппетита, * непостоянную тошноту, * сухость кожи, * кожный зуд, * головную боль в затылочной области, давящего характера на фоне повышения артериального давления до 160 и 90 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 2-х лет, когда появился непостоянный дискомфорт в поясничной области, головная боль, периодически отмечала кратковременное изменение цвета мочи (красный). За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение самочувствия в течение последних 2-3 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Профессиональных вредностей нет. * Аллергологический анамнез без особенностей. * Наследственность отягощена: мать умерла в возрасте 42 лет (острое нарушение мозгового кровообращения, получала заместительную почечную терапию (гемодиализ). * Беременность 2, роды 2 (в срок, без осложнений).

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 166 см вес 87кг, ИМТ 32кг/м². Кожный покров бледный, сухой. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно: в легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. При перкуссии: границы сердца расширены влево, акцент II тона над аортой, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 62 в мин. АД 170 и 100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации в правом и левом подреберьях пальпируются объемные образования, подвижные с бугристой поверхностью, умеренно болезненные. Печень не выступает из под края правой реберной дуги. Поясничная область при осмотре - без особенностей. Симптом поколачивания слабopоложительный с обеих сторон. Мочеиспускания свободные, безболезненные. Диурез (со слов пациентки) сохранен. Стул регулярный, оформленный.

Лабораторное обследование пациентки с подозрением на заболевание почек должно включать

- двух лет, вне зависимости от степени анемии
- одного года только детям со средней и тяжелой степенью анемии
- одного года, вне зависимости от степени анемии
- трех лет только детям с тяжелой степенью анемии

Результаты обследования

С целью оценки функции почек у данной пациентки необходимо использовать

- отношение альбумин/креатинин в моче

- расчет СКФ
- уровень креатинина сыворотки
- уровень мочевины сыворотки

Расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD EPI у данной пациентки составляет 19 мл/мин, что соответствует +_____+ стадии хронической болезни почек

- 3б
- 5
- 3а
- 4

У пациентки с уровнем креатинина сыворотки 270 мкмоль/л и наличии объемных бугристых образований при пальпации правого и левого отделов живота, для визуализации почек следует использовать

- 3б
- 5
- 3а
- 4

Результаты обследования

Диагноз пациентки может быть сформулирован как

- 3б
- 5
- 3а
- 4

Диагноз

В данной клинической ситуации осложнением основного заболевания является

- вегетососудистая дистония
- артериальная гипертензия
- астеновегетативный синдром
- реноваскулярная гипертензия

Рекомендации по изменению образа жизни пациентки включают в себя

- соблюдение высокобелковой диеты с потреблением белка 1,5 г/кг/сут
- ношение бандажа
- поддержание стабильной массы тела, снижение физической активности
- коррекцию массы тела и достаточную физическую активность

Для дальнейшего обследования и лечения пациентке показана/о

- обследование и лечение в рамках дневного стационара
- плановая госпитализация
- амбулаторное наблюдение нефролога
- экстренная госпитализация

В представленной клинической ситуации назначение ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II не рекомендуется в связи с наличием

- гипопротеинемии
- рецидивирующей макрогематурии
- гиперкалиемии

- протеинурии

Для коррекции артериального давления в данной клинической ситуации рекомендован приём

- моксонидина
- верошпирона
- карведилола
- амлодипина

К немодифицируемым факторам риска развития ХБП относят

- табакокурение
- сахарный диабет
- наследственность
- ожирение

Основанием для наблюдения нефролога являются

- табакокурение
- сахарный диабет
- наследственность
- ожирение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 43 года обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На боли по всему животу схваткообразного характера перед дефекацией, проходят после опорожнения кишечника, вздутие живота после приема любой пищи, раздражительность, часто плохое настроение, стул до 3-4 раз в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета, с небольшим количеством слизи.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после психоэмоционального стресса появились слабость, недомогание, боли в животе без четкой локализации, поносы. За медицинской помощью не обращалась, принимала ферменты, сборы лекарственных трав. Самочувствие постепенно нормализовалось, чувствовала себя удовлетворительно. С этого времени периодически после стресса отмечается возникновение подобных состояний. Неоднократно обследовалась у гастроэнтеролога, патологических изменений выявлено не было. Вчера после стресса очередное возобновление симптоматики. В ночное время чувствует себя удовлетворительно. Вес стабилен.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * отец был прооперирован по поводу рака слепой кишки, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной

влажности, чистые, тургор и эластичность в норме. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 68 в мин., удовлетворительного наполнения, АД 120/70 мм рт. ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 68 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы, симптом флюктуации отрицательные. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, болезненные, урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется. Поджелудочная железа не пальпируется. Печень не пальпируется, размеры по Курлову 9х8х7см, пузырьные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, почки не пальпируются. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В план обследования пациентки с подозрением на синдром раздражённого кишечника с диарейным синдромом необходимо включить

- табакокурение
- сахарный диабет
- наследственность
- ожирение

Результаты обследования

Инструментальная диагностика пациентки с подозрением на синдром раздражённого кишечника при необходимости может включать

- табакокурение
- сахарный диабет
- наследственность
- ожирение

Результаты обследования

На основании проведённого пациентке обследования диагноз может быть сформулирован как

- табакокурение
- сахарный диабет
- наследственность
- ожирение

Диагноз

Дифференциальную диагностику синдрома раздражённого кишечника у пациентки 43-х лет необходимо проводить с

- раком яичника
- раком тела матки
- хроническим панкреатитом

- острым аппендицитом

Пациентке показано назначение + _____ + диеты

- богатой растительными углеводами
- индивидуальной элиминационной
- вегетарианской
- низкобелковой

Для купирования болевого синдрома пациентке показано назначение + _____ + препаратов

- нестероидных противовоспалительных
- ферментных
- спазмолитических
- антибактериальных

С целью купирования диареи показано назначение

- лоперамида
- полифепана
- энтерофурила
- дротаверина

С целью купирования диареи к терапии может быть добавлен антибактериальный препарат

- амоксициллин
- цiproфлоксацин
- эртапенем
- рифаксимин

Для нормализации микрофлоры кишечника пациентке показано назначение

- пребиотиков
- антибиотиков
- пробиотиков
- эубиотиков

При необходимости для купирования диареи к терапии пациентке может быть добавлен препарат

- макрогол
- смекта
- лактулоза
- бисакодил

При неэффективности диеты пациентам, страдающим синдромом раздражённого кишечника к терапии можно добавить

- альфа-1-антитрипсин
- глюкоцереброзидазу
- альфа-галактозидазу
- липазу

Наличие у пациента синдрома раздраженного кишечника

- альфа-1-антитрипсин
- глюкоцереброзидазу
- альфа-галактозидазу
- липазу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 48 лет обратилась в поликлинику к терапевту.

Жалобы

на * сухость кожных покровов, * избыточный вес, * одышку при умеренной физической нагрузке, * снижение температуры тела, * снижение аппетита, * запоры, * ухудшение памяти, * сонливость.

Анамнез заболевания

Указанные симптомы нарастали постепенно, в течение нескольких лет, без видимых причин.

Анамнез жизни

* Страдает ЖКБ, 2 года назад перенесла холецистэктомию. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Профессиональных вредностей не имела. * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Речь замедленная, голос грубый. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Температура тела - 36,2 °С. Отечность лица. Индекс массы тела 30 кг/м². Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа при пальпации уменьшена в размерах, однородная, безболезненная, подвижная. При сравнительной перкуссии легких звук ясный, лёгочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 16 в минуту. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов не выявлено. Частота сердечных сокращений — 58 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом, на боковых поверхностях видны отпечатки зубов. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Голени пастозны. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- альфа-1-антитрипсин
- глюкоцереброзидазу
- альфа-галактозидазу
- липазу

Результаты обследования

Для постановки диагноза из инструментальных исследований необходимо выполнить

- альфа-1-антитрипсин
- глюкоцереброзидазу
- альфа-галактозидазу
- липазу

Результаты инструментального исследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- альфа-1-антитрипсин

- глюкоцереброзидазу
- альфа-галактозидазу
- липазу

Диагноз

Клинические проявления аутоиммунного тиреоидита (АИТ) зависят от

- наличия узловых образований в щитовидной железе
- степени повышения уровня ТТГ
- функционального состояния щитовидной железы
- выраженности клинических проявлений тиреотоксикоза

При установленном диагнозе первичного гипотиреоза в исходе аутоиммунного тиреоидита больной показано назначение

+ _____ + в качестве заместительной терапии

- левотироксина натрия
- препаратов железа
- йодида калия
- тирозола

Начальная доза L–тироксина для заместительной терапии гипотиреоза зависит от

- характера изменений в ткани щитовидной железы по данным УЗИ
- возраста пациента, тяжести гипотиреоза и наличия сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний
- длительности заболевания, наличия сопутствующих заболеваний
- степени увеличения щитовидной железы по данным пальпации и УЗИ щитовидной железы

Полная доза L–тироксина для заместительной терапии гипотиреоза у молодых пациентов без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний составляет + _____ + мкг/кг

- 1,6-1,8
- 1
- 0,5
- 2

Начальная доза L–тироксина для заместительной терапии гипотиреоза у пожилых пациентов с наличием сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний составляет + _____ + мкг

- 100
- 150
- 50
- 12,5 – 25

Применение глюкокортикоидных препаратов, иммунодепрессантов, плазмафереза, лазерной терапии следует считать

- неэффективным и нецелесообразным
- эффективным
- дополнительным методом терапии
- целесообразным

Контроль адекватности дозы тироксина для заместительной терапии гипотиреоза осуществляется по уровню

- антител к тиреопероксидазе

- свободного Т~3~
- свободного Т~4~
- тиреотропного гормона

Заместительная терапия L–тироксина при первичном гипотиреозе проводится

- пожизненно
- до стабилизации клинического состояния пациента
- в течение трёх лет
- в течение одного года

Необходимость оперативного лечения возникает в связи с

- пожизненно
- до стабилизации клинического состояния пациента
- в течение трёх лет
- в течение одного года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 25 лет обратилась в поликлинику к терапевту.

Жалобы

на * постоянное сердцебиение, не связанное с физической нагрузкой и эмоциональным напряжением, * похудание, * одышку при умеренной физической нагрузке, * неустойчивый стул, * усиленное выпадение волос, * нарушение сна.

Анамнез заболевания

Больной себя считает в течение 2 месяцев, когда стала отмечать сердцебиение, одышку при физической нагрузке. Также пациентка беспокоена усиленным выпадением волос, беспричинной диареей, похуданием (за последний месяц потеряла 8 кг). Обратилась к терапевту в поликлинику, были назначены дополнительные лабораторные и инструментальные обследования, консультация кардиолога, эндокринолога.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Профессиональных вредностей не имела. * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Эмоционально стабильна, плаксива. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела - 37,2 °С. Индекс массы тела 20 кг/м². Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа при пальпации увеличена в размерах, видна при осмотре (зоб II степени по ВОЗ), однородная, умеренной плотности, безболезненная, подвижная. Отмечается тремор пальцев рук. При сравнительной перкуссии легких звук ясный, лёгочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации верхушечный толчок усилен, локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ясные,

Частота сердечных сокращений — 108 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Периферических отёков нет. Стул неустойчивый.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- пожизненно
- до стабилизации клинического состояния пациента
- в течение трёх лет
- в течение одного года

Результаты обследования

Для постановки диагноза из инструментальных исследований необходимо выполнить

- пожизненно
- до стабилизации клинического состояния пациента
- в течение трёх лет
- в течение одного года

Результаты инструментального исследования

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных можно поставить диагноз

- пожизненно
- до стабилизации клинического состояния пациента
- в течение трёх лет
- в течение одного года

Диагноз

Сцинтиграфия щитовидной железы чаще всего используется для

- степени тяжести проявлений синдрома тиреотоксикоза
- определения степени увеличения щитовидной железы
- диагностики различных форм токсического зоба
- определения размера узловых образований в щитовидной железе

Целью лечения болезни Грейвса – Базедова является

- устранение клинических симптомов тиреотоксикоза, стойкая нормализация тиреоидных гормонов и ТТГ, иммунологическая ремиссия заболевания
- симптоматическая терапия, предупреждение развития рецидивов заболевания, лечение сопутствующих заболеваний
- подготовка к оперативному лечению, устранение клинических симптомов тиреотоксикоза, лечение сопутствующих заболеваний
- достижение эутиреоза, предупреждение развития рецидивов заболевания, лечение сопутствующих заболеваний

Консервативная терапия болезни Грейвса-Базедова предусматривает назначение

- тиреостатических препаратов
- препаратов йода
- левотироксина натрия
- глюкокортикоидов

Наиболее опасным осложнением тиреостатической терапии является

- кожный зуд
- развитие почечной недостаточности
- развитие аллергических реакций
- агранулоцитоз

Длительность терапии тиамазолом составляет

- 5 лет
- 10-15 лет
- 3-4 недели
- 12-18 месяцев

Тотальная тиреоидэктомия как метод выбора хирургического лечения болезни Грейвса-Базедова показана при

- объеме щитовидной железы менее 30 см³
- высоком титре антител к рТТГ
- невозможности проведения консервативной и радиойодтерапии
- выраженных клинических проявлениях тиреотоксикоза

К показаниям для проведения терапии радиоактивным йодом относят

- наступление беременности
- неэффективность консервативной терапии в течение 12-18 месяцев
- развитие гипотиреоза на фоне назначения тиреостатических препаратов
- рецидив тиреотоксикоза, невозможность приема тиреостатических препаратов

Противопоказанием к терапии радиоактивным йодом (РЙТ) является

- беременность
- непереносимость тиреостатических препаратов
- железодефицитная анемия
- хроническая сердечная недостаточность

Контроль адекватности дозы левотироксина для заместительной терапии гипотиреоза после тиреоидэктомии осуществляется по уровню

- беременность
- непереносимость тиреостатических препаратов
- железодефицитная анемия
- хроническая сердечная недостаточность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет выявлена гликемия натощак 6,9 ммоль/л.

Жалобы

на момент осмотра жалоб активно не предъявляет. При расспросе сообщает, что испытывает постоянную жажду, учащенное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

В течение последних 20 лет имеет лишний вес. Диету не соблюдает. В течение 6 лет прибавила в весе около 5 килограмм.

Анамнез жизни

* В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. * Семейный

анамнез: мать – 69 лет страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Профессиональных вредностей не имела. * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное.

Повышенного питания. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Видимые слизистые бледно-розовые.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент 2 тона на аорте ЧСС – 72 в мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание учащено.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- беременность
- непереносимость тиреостатических препаратов
- железодефицитная анемия
- хроническая сердечная недостаточность

Результаты обследования

Целевые значения холестерина ЛПНП для пациентов высокого риска составляют

- < 1,8 ммоль/л
- < 4,5 ммоль/л
- < 5,1 ммоль/л
- < 3,8 ммоль/л

Наиболее вероятным диагнозом является

- < 1,8 ммоль/л
- < 4,5 ммоль/л
- < 5,1 ммоль/л
- < 3,8 ммоль/л

Диагноз

Индивидуальной целью лечения данной пациентки следует считать уровень Hb A1c < + ____ + %

- 8
- 6
- 7
- 9

В качестве стартовой терапии пациентке следует назначить

- ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа
- комбинацию инсулина с пероральными сахароснижающими препаратами
- метформин в виде монотерапии
- метформин в сочетании с препаратом сульфонилмочевины

С целью уточнения функционального состояния почек пациентке было назначено исследование уровня креатинина в сыворотке крови, произведён расчет СКФ (68 мл/мин /1,73 м²). Результат соответствует + ____ + стадии хронической болезни почек

- 3Б
- 3А
- 2
- 4

С целью коррекции дислипидемии пациентке следует назначить

- статины
- фибраты
- только соблюдение диеты
- ацетилсалициловую кислоту

Препаратами первой линии для лечения артериальной гипертензии пациентки с СД 2-го типа являются

- тиазидные диуретики и антагонисты кальция
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- препараты центрального действия
- бета-блокаторы и калийсберегающие диуретики

Рекомендации по диете пациенту с СД 2-го типа предполагают

- значительное ограничение количества углеводов
- ограничение калорийности рациона с целью умеренного снижения массы тела
- исключение жиров животного происхождения
- учет потребления углеводов по системе «хлебных единиц»

Нерациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

- ингибитор ДПП-4 {plus} глинид
- препарат сульфонилмочевины {plus} глинид
- препарат сульфонилмочевины {plus} метформин
- ингибитор НГЛТ-2 {plus} препарат сульфонилмочевины

Пациентке с СД 2-го типа следует рекомендовать

- полный отказ от физических нагрузок
- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

К показаниям для госпитализации пациентов с СД 2-го типа относят

- полный отказ от физических нагрузок
- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 55 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы на:

-- одышку при физической нагрузке (ходьба около 100 м по ровной поверхности) -- кашель с мокротой белесоватого цвета; -- эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание; -- чувство дискомфорта в груди при дыхании.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 3-х лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. Несколько раз в год (до 3-х) отмечает обострения заболевания. Указанные жалобы беспокоят в течение последнего месяца.

Анамнез жизни

Пенсионер. Работал водителем. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: хронический гастрит. Наличие туберкулеза, венерических заболеваний, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Курит по 20 сигарет в день на протяжении 30 лет.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SaO₂ ~ 90%, температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела 71 кг, рост 180 см, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, без высыпаний. Грудная клетка бочкообразная, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 89 ударов в минуту, АД 139/88 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторным исследованием, необходимым пациенту, является

- полный отказ от физических нагрузок
- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Результаты обследования

Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются

- полный отказ от физических нагрузок
- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Результаты обследования

Результаты САТ–теста 20 баллов, шкала mMRC – 3. Наиболее верным диагнозом является: Хроническая обструктивная болезнь легких, с + _____ + симптомами, + _____ + риск обострения. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН 1

- полный отказ от физических нагрузок
- интенсивные ежедневные аэробные физические нагрузки
- аэробные физические упражнения продолжительностью 30–60 минут не менее 3 раз в неделю
- аэробные физические упражнения продолжительностью 15 минут не менее 2 раз в неделю

Диагноз

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- пневмонией, аллергическим альвеолитом, ТЭЛА, эмфиземой
- острым бронхитом, гранулематозом Вегенера с поражением легких, пневмонией
- муковисцидозом, саркоидозом внутригрудных лимфатических узлов, дилатационной кардиомиопатией
- бронхиальной астмой, бронхоэктазами, туберкулезом, облитерирующим бронхиолитом

Индекс курения пациента составляет + _____ + пачка/лет

- 10
- 5
- 30
- 20

Кроме бронхолитической терапии, пациенту необходимо назначить

- препараты на основе кодеина
- N-ацетилцистеин, карбоцистеин
- амброксол через небулайзер
- травяной сбор

Длительно действующими антихолинергиками (ДДАХ) для лечения ХОБЛ являются

- тиотропия бромид, гликопиррония бромид
- олодатерол, формотерол
- беклометазон, будесонид
- сальбутамол, фенотерол

Основной рекомендацией по нефармакологическому лечению для данного пациента является

- занятие спортом
- низкокалорийная диета
- массаж области грудной клетки
- отказ от курения

Короткодействующими ингаляционными бронходилататорами (КДБА), применяющимися при обострении ХОБЛ, являются

- олодатерол, формотерол
- тиотропия бромид, беклометазон
- сальбутамол, фенотерол
- беклометазон, будесонид

Пациент 2 месяца назад был привит от гриппа, также показана вакцинация против

- пневмококковой инфекции
- кори
- краснухи
- дифтерии

В рамках диспансерного наблюдения данному пациенту через 6 месяцев необходимо выполнить

- компьютерную томографию
- бронхоскопию
- магнитно-резонансную томографию
- рентгенографию

Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения, начиная со второго года после установления диагноза, составляет +___+ раз(а) в год

- компьютерную томографию
- бронхоскопию
- магнитно-резонансную томографию
- рентгенографию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 61 года, обратился к врачу терапевту.

Жалобы

-- на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2-х этажей, ходьба менее 100 м); -- на постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета; -- на эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание; -- на чувство дискомфорта в груди при дыхании; -- на повышение АД до 180/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 10 лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. В последний год отмечает 4 обострения на фоне ОРВИ. На фоне последнего обострения около 4-х месяцев назад самостоятельно принимал азитромицин с незначительным положительным эффектом.

Ухудшение самочувствия отмечает около 3х недель назад, после перенесенного ОРВИ. Отмечается увеличение количества мокроты желто-зеленого цвета.

Анамнез жизни

Пенсионер. Работал механиком. Семейный анамнез не отягощен.

Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Курит по 20 сигарет в день на протяжении 35 лет. Индекс курения = 35. Принимает Капотен (каптоприл) 25 мг при повышенном артериальном давлении.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SaO₂ ~ 87%, температура тела 37,2°C. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела – 71 кг, рост – 180 см, ИМТ – 21,9 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний. Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 23 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 108 ударов в минуту, АД – 180/98 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторными исследованиями, необходимыми пациенту, являются

- компьютерную томографию
- бронхоскопию
- магнитно-резонансную томографию
- рентгенографию

Результаты обследования

Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются

- компьютерную томографию
- бронхоскопию
- магнитно-резонансную томографию
- рентгенографию

Результаты обследования

Наиболее верным диагнозом является

- компьютерную томографию
- бронхоскопию
- магнитно-резонансную томографию
- рентгенографию

Диагноз

Для хронической обструктивной болезни легких в отличие от бронхиальной астмы характерным является

- слабо выраженный эффект от лечения ИГКС
- отягощенная наследственность
- начало в молодом возрасте
- быстрая обратимость клинических проявлений на фоне лечения

Сопутствующим заболеванием у пациента, является артериальная гипертензия + ____ степени, + _____ риск сердечно-сосудистых осложнений

- 2; высокий
- 1; высокий
- 2; очень высокий
- 3; высокий

Базисной терапией для данного пациента является

- фиксированная комбинация ДДАХ/ДДБА (Тиотропия бромид/олодатерол)

- КДАХ (ипратропия бромид)
- ИГКС (будесонид) {plus} КДБА (фенотерол)
- КДБА (фенотерол)

Препаратом для купирования обострения заболевания является

- эуфиллин
- тиотропия бромид/олодатерол
- сальбутамол
- будесонид

Основной рекомендацией по нефармакологической терапии для данного пациента является

- профилактика переохлаждения и ОРВИ
- отказ от курения
- бальнеотерапия
- занятие спортом

При проведении дополнительных исследований было выявлено увеличение СРБ до 30 мг/л. В качестве антибактериальной терапии пациенту показан прием

- тетрациклина
- защищенных пенициллинов
- азитромицина
- цефалоспоринов

Пациенту показано проведение вакцинации против

- кори
- дифтерии
- пневмококковой инфекции
- краснухи

Пациент относится к + _____ + группе состояния здоровья

- I
- IIIб
- IIIа
- II

В рамках диспансерного наблюдения необходимо выполнить

- I
- IIIб
- IIIа
- II

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент в возрасте 76 лет обратился к врачу терапевту.

Жалобы на:

-- выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2х этажей, ходьба менее 100 метров); -- постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета; -- чувство дискомфорта в груди при дыхании; -- повышение АД до 190/110 мм рт. ст; -- отеки нижних конечностей до средней трети голеней.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 5 лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. Ухудшение самочувствия отмечает около 3-х дней назад, после переохлаждения.

Анамнез жизни

Пенсионер. Работал сварщиком на электрохимическом заводе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Хроническая болезнь почек стадия 2. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит около 2х лет. В прошлом, курил по 16 сигарет в день на протяжении 35 лет (ИК=28). Принимает Амлодипин 5 мг вечером, Эналаприл 10 мг утром и вечером.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. SaO₂ ~ 91%, температура тела 36,6°C. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела – 68 кг, рост – 170 см, ИМТ – 23,5 кг/м². Кожные покровы цианотичные, без высыпаний. Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. Оценка одышки по визуальной аналоговой шкале (по Боргу) 6 баллов. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Пастозность голеней и стоп. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторными исследованиями, необходимыми пациенту, являются

- I
- IIIб
- IIIа
- II

Результаты обследования

Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются

- I
- IIIб
- IIIа
- II

Результаты обследования

Наиболее верным диагнозом является

- I
- IIIб
- IIIа
- II

Диагноз

Как правило, при ХОБЛ, в отличие от бронхиальной астмы, отмечается

- слабо выраженный эффект от лечения ИГКС
- яркость и обратимость клинических проявлений
- начало в молодом возрасте
- отягощенная наследственность

Пациентам с обострением ХОБЛ госпитализация в стационар рекомендуется при наличии

- возраста старше 65 лет
- сочетания ХОБЛ с бронхиальной астмой или с патологией сердечно-сосудистой системы
- тахипноэ более 24 в мин, и/или SpO_2 менее 92%, и/или тахикардия ЧСС более 95 в мин
- беременности

Базисной терапией для данного пациента, после купирования состояния обострения, является

- комбинация ИГКС (будесонид) {plus} КДБА (фенотерол)
- фиксированная комбинация ДДАХ /ДДБА (Тиотропия бромид/олодатерол)
- КДАХ (ипратропия бромид)
- КДБА (фенотерол)

Препаратом для купирования обострения основного заболевания является

- тиотропия бромид/олодатерол
- анаприлин
- сальбутамол
- эуфиллин

Основной нефармакологической рекомендацией для данного пациента является

- занятие спортом
- гипохолестериновая диета
- профилактика переохлаждения и ОРВИ
- отказ от курения

Гипотензивными препаратами 1-го ряда для данного пациента являются

- ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к АТ II
- недигидропиридиновые антагонисты кальция
- дигидропиридиновые антагонисты кальция
- бета-блокаторы

Пациенту показано проведение вакцинации против

- дифтерии и коклюша
- краснухи и коклюша
- кори и краснухи
- пневмококковой инфекции и гриппа

Пациент относится к + _____ + группе состояния здоровья

- IIIa
- I
- IIIб
- II

Курсы лёгочной реабилитации показаны в первую очередь пациентам с ХОБЛ

- Ша
- I
- Шб
- II

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 54 года, госпитализирован в терапевтическое отделение городской больницы

Жалобы

На продуктивный кашель с отхождением желтой мокроты, одышку при ходьбе, чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании, снижение работоспособности, общую слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,3°C.

Анамнез заболевания

Заболел остро 5 дней назад, когда впервые отметил повышение температуры тела до 39°C, озноб. На следующий день присоединился продуктивный кашель, за медицинской помощью не обращался, принимал парацетамол, сироп от кашля без особого эффекта. Связывает появление симптомов с переохлаждением 7 дней назад (ремонтировал трактор, в гараже было холодно). По тяжести состояния госпитализирован в отделение терапии.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, аппендэктомия. Вирусные гепатиты, венерические заболевания, туберкулез отрицает. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду пьет. В открытых водоемах не купался. За границу не выезжал. Аллергологический анамнез: отрицает. Наследственность: неотягощена. Гемотрансфузионный анамнез: отрицает. Профессиональный анамнез: тракторист. Вредные привычки: курит на протяжении 7 лет по 10 сигарет в день. Алкоголь употребляет умеренно. Прочие вредные привычки отрицает. Инвалидность: нет. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Грудная клетка правильной формы. При сравнительной перкуссии - притупление перкуторного звука справа. Аускультативно дыхание жесткое, в верхней доле правого легкого выслушивается фокус мелкопузырчатых хрипов. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно тоны сердца приглушены, сердцебиения ритмичные. Перкуторно границы сердца не расширены. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 100 уд. в мин, ЧДД 25 в мин, SpO₂ = 93%. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки оформленный, без патологических примесей, мочеиспускание не изменено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- IIIa
- I
- IIIb
- II

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- IIIa
- I
- IIIb
- II

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента будет

- IIIa
- I
- IIIb
- II

Диагноз

Всем амбулаторным пациентам с внебольничной пневмонией для оценки прогноза и выбора места лечения рекомендуется использовать шкалу

- CHA2DS2 - VASc
- GRACE
- SCORE
- CURB/CRB-65

Оптимальной антибактериальной терапией для данного пациента будет

- амоксициллин + азитромицин
- ампициллин
- ципрофлоксацин
- меропенем

Принять решение и назначить антибактериальную терапию пациенту следует

- не позднее 4 часов с момента установления диагноза
- исключительно после получения результатов экспресс-тестов на наличие бактериальной инфекции
- не позднее 8 часов с момента установления диагноза
- после получения результатов микроскопического и бактериологического исследования мокроты

Оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через 48 часов, но не позднее + _____ + часов после начала лечения

- 84
- 54
- 60
- 72

Основным возбудителем внебольничных пневмоний у лиц до 60 лет без сопутствующей патологии является

- энтерококк
- пневмококк
- стафилококк
- легионелла

Внебольничную верхнедолевую пневмонию в первую очередь необходимо дифференцировать с

- обострением ХОБЛ
- туберкулёзом
- новообразованием лёгкого
- ТЭЛА

Для помощи пациенту по отказу от курения наряду с мотивационной беседой возможно назначение

- варениклина
- гастропепина
- неостигмина
- ацетилхолина

Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через + ____ + дней

- 15
- 30
- 7
- 10

Для профилактики внебольничной пневмонии используются вакцины против

- 15
- 30
- 7
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 20 лет обратилась в приёмное отделение стационара к терапевту.

Жалобы

На повышение температуры до 38,7°C, с ознобом, сухой кашель с трудноотделяемой желтоватой мокротой, общую слабость, ноющие боли в правой ниже-лопаточной области.

Анамнез заболевания

Заболела три дня назад, остро. Начало заболевания связывает с возможным переохлаждением - была на длительной экскурсии по городу. Принимала парацетамол с эффектом на несколько часов.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ, миопия слабой степени. Вирусный гепатит, туберкулез отрицает. Венерические заболевания отрицает. Эпидемиологический

анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу на протяжении последнего года не выезжала. Аллергологический анамнез: отрицает. Наследственность: неотягощена. Гемотрансфузионный анамнез: отрицает. Профессиональный анамнез: студентка 1 курса юридического факультета. Вредные привычки: отрицает. Инвалидность: нет. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние при поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, температура тела 38,5°C. Сатурация кислорода 99%. Справа ниже угла лопатки – притупление перкуторного звука, при аускультации в этой области выслушиваются влажные звонкие хрипы, над остальными отделами лёгких – везикулярное дыхание. Шум трения плевры не выслушивается. ЧДД 18 в мин. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 85 в мин, пульс 85 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Периферических отёков нет. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены.

В план обследования пациентки необходимо включить

- 15
- 30
- 7
- 10

Результаты обследования

Инструментальное обследование, необходимое пациентке, должно включать проведение

- 15
- 30
- 7
- 10

Результаты обследования

На основании проведённого обследования окончательный диагноз пациентке может быть сформулирован как

- 15
- 30
- 7
- 10

Диагноз

Об отсутствии дыхательной недостаточности можно говорить на основании + _____ + у данной пациентки

- уровня Hb
- частоты сердечных сокращений
- частоты дыхания
- результата пульсоксиметрии

Антибактериальная терапия данной пациентке должна быть назначена не позднее + ____ + часов от момента диагностики

- 48
- 24
- 8
- 72

Для оценки прогноза больной следует использовать шкалу

- CHADS2
- PESI
- CURB/CRB-65
- SCORE

Наиболее вероятным возбудителем внебольничной пневмонии у данной пациентки является

- M. pneumoniae
- S. pneumoniae
- K. pneumoniae
- C. pneumoniae

Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов с

+ _____ + путем введения

- пероральным
- ингаляционным
- внутримышечным
- внутривенным

Препаратом выбора антимикробной химиотерапии для данной пациентки является

- кларитромицин
- цефтриаксон
- амоксициллин
- левофлоксацин

Оценку эффективности стартовой антибактериальной терапии следует

проводить через + _____ + часа/часов

- 48-72
- 6-8
- 96-120
- 12-24

Продолжительность антибактериальной терапии внебольничной пневмонии определяется

- критериями достаточности
- рентгенологическими критериями разрешения
- возрастом пациента
- критериями эффективности

Объективным показанием для назначения жаропонижающих препаратов при внебольничной пневмонии является лихорадка выше

- критериями достаточности
- рентгенологическими критериями разрешения
- возрастом пациента
- критериями эффективности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет, пенсионер, обратился в приемный покой терапевтического стационара.

Жалобы

На одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, спокойной ходьбе на расстояние 150-300 м; приступы одышки по ночам; отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Повышение АД (максимально до 170/100 мм рт. ст.) отмечает в течение 20 лет. Нерегулярно принимал каптоприл под язык. Полгода назад появилась одышка, после чего по назначению участкового терапевта начал принимать торасемид 5 мг и амлодипин 10 мг ежедневно. На фоне лечения одышка уменьшилась. 2 месяца назад от приема торасемида пациент отказался, так как начали беспокоить боли в суставах: предположил, что «вымывается» кальций. Ухудшение состояния отмечает в течение 3х недель, когда появились отеки, усилилась одышка. АД регулярно не измерял.

Анамнез жизни

Инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, сахарный диабет, инфекционные заболевания в анамнезе отрицает. Оперативных вмешательств и переливаний крови не проводилось. Не курит. Аллергических реакций не было. Наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние средней тяжести за счет одышки. Рост 165 см, масса тела 85 кг, ИМТ 31,2 кг/м². Тоны сердца ритмичные, приглушенные, прослушивается третий тон сердца. ЧСС 93 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. При аускультации лёгких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД 28 в мин. Определяется бледность кожных покровов, отечность нижних конечностей до нижней середины голеней. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- критериями достаточности
- рентгенологическими критериями разрешения
- возрастом пациента
- критериями эффективности

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- критериями достаточности
- рентгенологическими критериями разрешения
- возрастом пациента
- критериями эффективности

Результаты обследования

Дополнительным методом обследования для постановки диагноза является

- тест Бека

- МРТ коленных суставов
- тест HADS
- тест 6-минутной ходьбы

Для уточнения диагноза также целесообразно выполнить

- чреспищеводную ЭКГ
- обзорную флюорографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- фибробронхоскопию

Диагноз следует сформулировать как

- чреспищеводную ЭКГ
- обзорную флюорографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- фибробронхоскопию

Диагноз

Для более точной оценки тяжести клинических проявлений болезни у пациента может быть использована система оценки (шкала)

- Чайлд-Пью
- ВАШ
- ШОКС
- SCORE

С целью влияния на прогноз заболевания пациенту необходимо назначение

- ингибиторов АПФ
- статинов
- блокаторов медленных кальциевых каналов
- нитратов

Из препаратов, не влияющих на прогноз, но используемых для улучшения симптоматики, пациенту показаны

- иАПФ
- бета-адреноблокаторы
- антагонисты рецепторов ангиотензина
- диуретики

Пациенту рекомендовано соблюдение диеты с

- обильным питьевым режимом
- повышенным содержанием белка
- ограничением потребления поваренной соли
- повышенной калорийностью

В случае непереносимости иАПФ в качестве первой линии терапии ХСН используются

- статины
- антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА)
- нитраты
- блокаторы медленных кальциевых каналов

Диуретики при ХСН показаны

- всем больным ХСН вне зависимости от этиологии, стадии процесса и выраженности симптомов
- всем больным с симптомами ХСН, связанными с задержкой натрия и воды в организме
- только больным с ХСН III стадии в малых дозах
- вне зависимости от стадии только в малых дозах

Диагностически значимым является уровень NT-proBNP более + ____ + пг/мл

- всем больным ХСН вне зависимости от этиологии, стадии процесса и выраженности симптомов
- всем больным с симптомами ХСН, связанными с задержкой натрия и воды в организме
- только больным с ХСН III стадии в малых дозах
- вне зависимости от стадии только в малых дозах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка, 80 лет, самостоятельно обратилась в приемный покой больницы по месту жительства.

Жалобы

Жгучие боли в грудной клетке опоясывающего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина; одышку смешанного характера при ходьбе на расстояние 300-400 м, периодическое повышение артериального давления максимально до 200/100 мм рт. ст. (комфортное АД 160/90 мм рт. ст.).

Анамнез заболевания

Повышение АД отмечает с 50 лет, амбулаторно принимала гипотензивные препараты (все названия уточнить не может). В 2005 г. перенесла ОНМК, в 2015г – инфаркт миокарда, находилась на стационарном лечении. Последние несколько лет амбулаторно принимала валсартан+амлодипин 80+10 мг, конкор 2,5 мг, аспирин 100 мг. Ухудшение состояния отмечает последние 2 недели, когда участились боли в грудной клетке, стала чаще пользоваться нитроглицерином, снизилась толерантность к физической нагрузке, усилилась одышка. 2 дня назад был эпизод боли за грудиной сжимающего характера, распространяющейся в шею, в левую руку, сопровождающейся чувством тошноты и потливостью. Пациентка за помощью не обратилась, трижды принимала нитроглицерин, боль купировалась через час. При повторном возникновении болей (настоящий эпизод) дочь доставила в приемный покой.

Анамнез жизни

Перенесенные и сопутствующие заболевания – ОРВИ 2-3 раза в год, остеоартроз коленных суставов. Вредные привычки отрицает. Аллергических реакций не отмечалось. Оперативных вмешательств и переливаний крови не было. Работала поваром, в настоящее время пенсионер.

Объективный статус

Рост 165 см, масса тела 85 кг, ИМТ 31, 5. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, прослушивается третий тон сердца. ЧСС 93/мин, АД 150/80 мм рт. ст. При аускультации лёгких выслушивается жёсткое дыхание, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Определяется бледность кожных покровов, отечность нижних конечностей до нижней трети голени. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Стул и мочеиспускание в норме.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- всем больным ХСН вне зависимости от этиологии, стадии процесса и выраженности симптомов
- всем больным с симптомами ХСН, связанными с задержкой натрия и воды в организме
- только больным с ХСН III стадии в малых дозах
- вне зависимости от стадии только в малых дозах

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- всем больным ХСН вне зависимости от этиологии, стадии процесса и выраженности симптомов
- всем больным с симптомами ХСН, связанными с задержкой натрия и воды в организме
- только больным с ХСН III стадии в малых дозах
- вне зависимости от стадии только в малых дозах

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз

- всем больным ХСН вне зависимости от этиологии, стадии процесса и выраженности симптомов
- всем больным с симптомами ХСН, связанными с задержкой натрия и воды в организме
- только больным с ХСН III стадии в малых дозах
- вне зависимости от стадии только в малых дозах

Диагноз

Когда болевой синдром у пациента при ОКС сохраняется после приема нитроглицерина следует вводить

- глицин
- промедол
- морфин
- ибупрофен

С первых часов лечения ОКС с подъемом сегмента ST и неопределенно долго в дальнейшем, если нет противопоказаний, целесообразно лечение

- бета-адреноблокаторами
- альфа-адреноблокаторами
- НПВС
- тиазидными диуретиками

Всем пациентам с ОКС при отсутствии противопоказаний должна быть рекомендована

- антикоагулянтная терапия варфарином
- терапия ингибиторами P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов
- двойная антитромбоцитарная терапия
- антитромбоцитарная терапия ацетилсалициловой кислотой

Нагрузочная доза клопидогреля, если планируется ЧКВ, составляет + ____ + мг перорально

- 75
- 300
- 600
- 150

Статины для лечения больных с ОКС применяются

- только после проведения коронароангиографии
- при ЛПНП выше 3,0
- в малых дозах
- у всех больных с ОКС с подъемом ST

Больным с подозрением на ОКС рекомендовано проведение

- СМАД
- УЗИ церебральных артерий
- коронарной ангиографии
- МРТ сердца с внутривенным контрастированием

Для стратификации риска неблагоприятного исхода при ОКС с подъемом ST у пациентки используют

- шкалу HAS-BLED
- данные ЭКГ и ЭХО-КГ
- шкалу GRACE
- шкалу SCORE

Реабилитация больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

- проводится только в специализированных учреждениях
- не улучшает прогноз
- основана на регулярной физической активности
- не является необходимой

Реперфузионная терапия у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST

- проводится только в специализированных учреждениях
- не улучшает прогноз
- основана на регулярной физической активности
- не является необходимой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Н, 45 лет, доставлена в приемное отделение бригадой СМП из поликлиники по месту жительства.

Жалобы

* на остро возникшую одышку при небольшой нагрузке; * на невозможность лежать в горизонтальном положении, ночью спала с приподнятым головным концом; * на учащенное сердцебиение в покое; * на боль в загрудинной области давящего характера, возникшую в состоянии покоя, купируемую приемом нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Около 5 лет назад начала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Боли в области сердца раньше не возникали. Сегодня под утро появилась одышка при небольшой нагрузке на фоне эмоционального благополучия, появилось сердцебиение в покое. Решила обратиться в поликлинику по месту жительства. Пока добиралась до поликлиники, находящейся в соседнем доме, появились боли за грудиной, которые купировались после применения нитроспрея. Из поликлиники бригадой СМП была доставлена в приемно-диагностическое отделение терапевтического стационара.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: хронический бронхит. Операции: холецистэктомия в 2016 г. Травмы – отрицает. Гепатиты, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Аллергические реакции отрицает. Работает юристом в компании.

Наследственный анамнез: мать страдает гипертонической болезнью, варикозным расширением вен нижних конечностей. Вредные привычки – курение по 10 сигарет в день на протяжении 15 лет. Индекс курения 7,5. Известно, что принимает оральные контрацептивы по поводу гинекологической патологии (субмукозная миома матки)

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 178 см, масса тела – 87 кг. ИМТ 27,4 кг/м². Температура тела – 36,9°C. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Периферические отеки отсутствуют. На ногах – варикозно расширенные вены. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. Над всеми полями легких жесткое дыхание. Границы относительной сердечной тупости: правая – по левому краю грудины, левая – в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС – 105 уд. в мин. Пульс – 105 уд. в мин. АД – 110/60 мм рт. ст. (адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст.). Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются.

Лабораторными исследованиями, необходимыми для постановки диагноза, являются

- проводится только в специализированных учреждениях
- не улучшает прогноз
- основана на регулярной физической активности
- не является необходимой

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- проводится только в специализированных учреждениях
- не улучшает прогноз
- основана на регулярной физической активности
- не является необходимой

Результаты обследования

Для выявления источника тромбообразования пациентке необходимо провести

- проводится только в специализированных учреждениях
- не улучшает прогноз
- основана на регулярной физической активности
- не является необходимой

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз можно сформулировать как

- проводится только в специализированных учреждениях
- не улучшает прогноз
- основана на регулярной физической активности
- не является необходимой

Диагноз

Для оценки риска 30-дневного летального исхода у пациентов с ТЭЛА используется шкала

- GENEVA
- GRACE
- HOMA
- PESI

Пациентке была рекомендована терапия

- антигипертензивными средствами
- варфарином
- антикоагулянтами (эноксапарин натрия)
- ацетилсалициловой кислотой

В случае возникновения кровотечения при передозировке низкомолекулярных гепаринов необходимо ввести

- аминокaproновую кислоту
- протамина сульфат
- транексамовую кислоту
- витамин К

При переводе пациентки с прямых антикоагулянтов на варфарин следует

- назначить варфарин за неделю до отмены гепарина
- отменить гепарин и назначить варфарин
- назначить варфарин за 1 день до отмены гепарина
- начать прием варфарина на фоне лечения гепарином до достижения целевого МНО

При повышении МНО до 4,5 и при отсутствии значимого кровотечения, рекомендуется

- пропустить 1 прием варфарина, возобновить прием варфарина на следующие сутки, уменьшив на ½ таблетки, определить МНО через 1-2 дня
- продолжить лечение, оставив суточную дозу без изменений, определить МНО через 1 день
- уменьшить суточную дозу на ¼ таблетки, определить МНО через 1-2 дня
- отменить прием варфарина и назначить витамин К1 10 мг в виде медленной внутривенной инфузии, ввести свежзамороженную плазму

К факторам риска венозных тромбоэмболических осложнений относится все, кроме

- длительного постельного режима
- онкологических заболеваний
- диффузного токсического зоба
- нефротического синдрома

Абсолютным показанием к проведению тромболизиса является

- подозрение на расслаивающую аневризму аорты
- ишемический инсульт в ближайшие 6 месяцев
- субмассивная ТЭЛА
- массивная ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики

Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через + ____ + дней

- подозрение на расслаивающую аневризму аорты
- ишемический инсульт в ближайшие 6 месяцев
- субмассивная ТЭЛА
- массивная ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н, 59 лет, поступил в неотложном порядке в приемно-диагностическое отделение из поликлиники.

Жалобы

* на одышку при ходьбе до 10 м, усиливающуюся в положении лежа, уменьшающуюся в покое; * на симметричные отеки голеней и стоп; * на невозможность спать, лежа на спине, только сидя (в положении ортопноэ); * на повышение АД до 170/100 мм рт. ст., сопровождаемое головной болью и головокружением.

Анамнез заболевания

Впервые почувствовал себя больным в 49 лет, когда на фоне хорошего самочувствия появилась резкая давящая боль за грудиной. Был диагностирован острый инфаркт миокарда. Регулярно наблюдался у кардиолога и терапевта по месту жительства. Месяц назад «простыл» по дороге домой (в электричке), после чего в течение недели сохранялись симптомы простуды в виде заложенности носа, общей слабости, першения в горле. После этого начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке с последующим присоединением ортопноэ. Пришел на плановый прием к участковому терапевту, откуда, учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно-диагностическое отделение.

Анамнез жизни

Работал слесарем-монтажником. Перенесенные заболевания – пневмония (11 лет назад), ОРВИ 1-2 раза в год. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый, гипертоническая болезнь. Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает. Семейный анамнез – мать страдает гипертонической болезнью. Вредные привычки – не курит, алкоголь употребляет умеренно (некрепкие напитки). Аллергические реакции отрицает. Инвалидность – 2 группа, бессрочная по общему заболеванию.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, масса тела 76 кг. ИМТ 27,9 кг/м². Температура тела 36,9°C. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Отеки на лице в области глаз, возникающие по утрам. Симметричные периферические отеки на ногах до уровня средней трети голени. При сравнительной перкуссии в верхних симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, в нижних отделах – притупление перкуторного звука. В верхних отделах легких при аускультации дыхание жесткое, в нижних выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Границы

относительной сердечной тупости: правая – по левому краю грудины, левая – в V межреберье по переднее-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 уд. в мин. Пульс – 72 уд. в мин. АД – 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Лабораторными исследованиями, которые нужно выполнить данному пациенту при поступлении в стационар, являются

- подозрение на расслаивающую аневризму аорты
- ишемический инсульт в ближайшие 6 месяцев
- субмассивная ТЭЛА
- массивная ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики

Результаты обследования

Для постановки диагноза при инструментальном обследовании необходимо проведение

- подозрение на расслаивающую аневризму аорты
- ишемический инсульт в ближайшие 6 месяцев
- субмассивная ТЭЛА
- массивная ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики

Результаты обследования

У пациента СКФ (по СКД-ЕРІ) = 12,83 мл/мин/1.73 м², что соответствует ХБП

- С4
- С3А
- С5
- С3Б

Предполагаемый основной диагноз следует сформулировать как прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность + ____ + стадии (по Стражеско-Василенко), + ____ + функциональный класс (NYHA)

- С4
- С3А
- С5
- С3Б

Диагноз

Целевой уровень систолического артериального давления при условии хорошей переносимости у данного пациента должен быть + ____ + мм рт. ст

- ≥ 140 и < 150
- ≥ 130 и < 140
- ≥ 130 и < 145
- ≥ 110 и < 130

Данному пациенту противопоказаны препараты из группы

- селективных бета-адреноблокаторов
- антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- антиангинальных средств
- петлевых диуретиков

Данному пациенту необходимо уменьшить дозу ингибиторов АПФ на + ____ + %

- 100
- 75
- 25
- 50

Для купирования отечного синдрома данному пациенту рекомендуется применять

- ингибиторы АПФ
- петлевые диуретики
- ингибиторы рецепторов к ангиотензину
- маннитол

Для коррекции анемии пациенту рекомендуется

- назначение стимуляторов эритропоэза
- назначение фолиевой кислоты
- назначение витамина В12
- исключительно мясная диета

Пациенту рекомендована гипогликемическая терапия в виде

- дапаглифлозина
- глибенкламида
- метформина
- инсулина

К препаратам, влияющим на прогноз при хронической сердечной недостаточности, относятся

- ингибиторы АПФ
- блокаторы медленных кальциевых каналов
- диуретики
- антиагреганты

Пациент относится к + ____ + группе состояния здоровья

- ингибиторы АПФ
- блокаторы медленных кальциевых каналов
- диуретики
- антиагреганты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В 13 часов 20 минут в кардиологическое отделение стационара госпитализирован пациент 59 лет

Жалобы

На приступ учащенного неритмичного сердцебиения, возникающий без видимой причины накануне вечером и не купировавшийся для настоящего времени.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 50 лет, когда стали беспокоить перебои в работе сердца и эпизоды неритмичного сердцебиения, «трепетания» сердца в груди, которые возникали как в покое, так и при физической нагрузке, длились не более 15-20

минут и купировались самостоятельно. Приступы возникали не чаще 2-х раз в год, в связи с чем пациент не обращался за медицинской помощью. 1,5 года тому назад находился на стационарном лечении, где была диагностирована фибрилляция предсердий, проведено восстановление синусового ритма с помощью электроимпульсной терапии (ЭИТ). После госпитализации в течение месяца принимал ксарелто и амиодарон в дозе 200 мг/сут, с последующей отменой препарата. На протяжении последующего года состояние оставалось удовлетворительным, приступы учащенного сердцебиения пациента не беспокоили. Ухудшение состояния отмечает на протяжении последних 6 месяцев, когда дважды возникали вышеописанные приступы. Вчера вечером вновь возник приступ учащенного сердцебиения, который не купировался самостоятельно, в связи с чем пациент обратился в поликлинику по месту жительства, откуда и был направлен на стационарное лечение.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: хронический тонзиллит, аппендэктомия в 20 лет.

Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает.

* Профессиональный анамнез: офисный работник в банковской сфере

* Аллергологический анамнез – аллергия на ампициллин в форме крапивницы *

Наследственный анамнез – у отца гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда в

78 лет * Не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,5°C.

Рост 179 см, масса тела 79 кг. ИМТ 24,7 кг/м². Телосложение

нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-

мышечная система без видимой патологии. Легкие: аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в

минуту. Сердце – границы относительной тупости: правая – по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя – третье

межреберье. Аускультативно тоны ясные, аритмичные, шумов нет. АД - слева и справа 125/90 мм рт.ст., ЧСС=90-110 уд/мин, Ps= 80-90 уд/мин, дефицит

пульса=10-20 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка перкуторно не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих

сторон. Физиологические отправления: не нарушены (со слов пациента).

Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Инструментальное обследование пациента должно включать

- ингибиторы АПФ
- блокаторы медленных кальциевых каналов
- диуретики
- антиагреганты

Результаты обследования

По результатам проведенного обследования пациенту может быть поставлен диагноз

- ингибиторы АПФ
- блокаторы медленных кальциевых каналов

- диуретики
- антиагреганты

Диагноз

На основании проведённого обследования принято решение о восстановлении синусового ритма, в связи с чем лабораторное обследование пациента должно включать

- ингибиторы АПФ
- блокаторы медленных кальциевых каналов
- диуретики
- антиагреганты

Результаты обследования

Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациенту показано

- продолжить прием ривароксана
- назначить варфарин
- назначить аспирин
- назначить гепарин

Для принятия решения о возможности проведения кардиоверсии в ближайшие сроки пациенту необходимо проведение

- коронароангиографии
- стресс-эхокардиографии
- КТ-ангиографии коронарных артерий
- чреспищеводной эхокардиографии

Принято решение провести медикаментозную кардиоверсию, которую следует провести с использованием

- бисопролола
- аллапинина
- этацизина
- пропафенона

Для профилактики рецидивов пароксизмов фибрилляции предсердий пациенту после успешной кардиоверсии показано применение

- дилтиазема
- пропафенона
- соталола
- амиодарона

После успешной медикаментозной кардиоверсии антикоагулянтную терапию следует продолжать на протяжении как минимум + _____ + недель

- 12
- 2
- 4
- 24

Решение о продолжении антикоагулянтной терапии по истечении 4-х недель следует принимать на основании результатов шкалы

- PESI
- CHA₂-DS₂-VASc
- GENEVA

- SYNTAX

Для оценки выраженности симптомов аритмии и ее влияния на повседневную деятельность рекомендуется использование модифицированной шкалы

- TIMI
- SOFA
- GRACE
- EHRA

Для профилактики тромбоэмболических осложнений у пациента с фибрилляцией предсердий и митральным стенозом следует использовать

- прадаксу
- клопидогрел
- варфарин
- аспирин

Применение варфарина в качестве антикоагулянтной терапии требует контроля

- прадаксу
- клопидогрел
- варфарин
- аспирин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Госпитализирован пациент 59 лет в стационар, располагающий рентген-операционной и опытными эндоваскулярными хирургами.

Жалобы

* На выраженные боли за грудиной жгучего характера с иррадиацией в левую руку, длительность более 40 мин, не купирующиеся трехкратным приемом нитроглицерина под язык (через каждые 5 мин); * на озноб, холодный липкий пот; * на общую слабость.

Анамнез заболевания

До настоящего времени считал себя здоровым человеком, жгучие боли за грудиной возникли впервые на теннисном корте во время игры в большой теннис на фоне повышенной физической нагрузки и эмоционального перенапряжения. Около 2 лет страдает артериальной гипертензией, артериальное давление максимально повышается до 150/90 мм рт. ст, адаптирован к 120/80 мм рт. ст. По назначению участкового терапевта принимает лизиноприл 5 мг 1 раз в день утром. На фоне терапии по цифрам АД компенсирован (со слов). Вызвана бригада скорой помощи.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: артериальная гипертензия 2 года. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает. Операций не было * Профессиональный анамнез: тренер по большому теннису
* Аллергологический анамнез – не отягощен * Наследственный анамнез – у

матери острый инфаркт миокарда * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Температура тела 36,5°C. Рост 180 см, масса тела 75 кг. ИМТ 23,1 кг/м². Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые влажные, бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 21 в минуту. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД слева и справа 130/80 мм рт. ст., ЧСС=Ps=76 в мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Периферические отеки нижних конечностей до средней трети голеней.

Для постановки диагноза необходимо провести инструментальные методы обследования, такие как

- прадаксу
- клопидогрел
- варфарин
- аспирин

Результаты обследования

Необходимым для подтверждения диагноза лабораторным методом обследования является

- прадаксу
- клопидогрел
- варфарин
- аспирин

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз следует сформулировать как ИБС

- прадаксу
- клопидогрел
- варфарин
- аспирин

Диагноз

У пациента существует высокий риск раннего осложнения инфаркта миокарда в виде

- постинфарктного кардиосклероза
- разрыва межжелудочковой перегородки
- тампонады сердца
- нарушения ритма и проводимости сердца

При сохранении болевого синдрома и неэффективности трехкратного приема нитроглицерина под язык пациенту показано введение

- нитроглицерина 2 мл внутримышечно
- трамадола 1 мл внутримышечно
- кеторола 10 мг внутримышечно
- морфина 10 мг внутривенно

Предпочтительным методом реперфузионной терапии, который необходимо провести пациенту, является

- чрескожное коронарное вмешательство
- антиагрегантная терапия
- тромболитическая терапия
- аортокоронарное шунтирование

Двойная антитромбоцитарная терапия включает прием

- клопидогреля и фондапаринукса
- ацетилсалициловой кислоты и тикагрелора
- клопидогреля и нефракционированного гепарина
- ацетилсалициловой кислоты и нефракционированного гепарина

Для двойной антиагрегантной терапии необходимо применить

нагрузочные дозы ацетилсалициловой кислоты + _____ + мг и тикагрелора + _____ + мг

- 300; 180
- 300; 90
- 100; 90
- 100; 180

Гиполипидемическая терапия, рекомендуемая пациенту с ОКС, включает

- розувастатин 5-10 мг/сут
- аторвастатин 40-80 мг/сут
- фенофибрат 145-160 мг/сут
- симвастатин 5-10 мг/сут

Неантитромботическими лекарственными средствами, благоприятно влияющими на течение заболевания и прогноз при ОКС, являются

- альфа-адреноблокаторы
- бета-адреноблокаторы
- блокаторы кальциевых каналов
- диуретики

При установке стента с лекарственным покрытием в инфарктсвязанную артерию двойную антиагрегантную терапию следует продолжать в течение + _____ + мес. с момента ЧКВ

- 6
- 24
- 3
- 12

Реабилитация пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда включает

- выполнение силовых физических нагрузок
- регулярные аэробные физические нагрузки
- соблюдение малобелковой диеты
- увеличение потребления жидкости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Госпитализирован пациент 60 лет.

Жалобы

* на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба в пределах комнаты) и в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении * отеки нижних конечностей

Анамнез заболевания

С 50-и летнего возраста пациент отмечал периодическое повышение АД максимально до 185/100 мм рт. ст., которое субъективно практически не чувствовал. Ранее своим «рабочим АД» пациент считал цифры 120/80 мм рт. ст. По настоянию врача для нормализации уровня АД на протяжении последних 6 лет постоянно принимает периндоприл в суточной дозе 8 мг, однако АД не контролирует. В возрасте 56 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, был экстренно госпитализирован в стационар, где выполнено чрескожное коронарное вмешательство со стентированием инфаркт-зависимой артерий. После выписки было рекомендовано продолжить прием периндоприла 8 мг/сут, аторвастатина 20 мг в сутки, аспирина, клопидогрела и бисопролола 5 мг/сут. Через год после перенесённого инфаркта миокарда пациент прекратил прием клопидогрела и бисопролола, остальная терапия – без изменений. С 58 лет стал отмечать периодическое появление отеков лодыжек и одышки при физической нагрузке. С течением времени наблюдалось постепенное снижение толерантности к физическим нагрузкам, а отёчность лодыжек стала практически постоянной и не проходит полностью, что пациент связывает с прибавкой в весе на 10 кг за 2-2,5 года. Существенное ухудшение состояния отмечается в течение 2-х последних недель, на фоне острой респираторной вирусной инфекции в виде увеличения выраженности одышки при минимальных физических нагрузках (ходьба 10 м) и возникновение ее в покое, в связи с чем стал спать на более высокой подушке.

Анамнез жизни

Операции: паховая грыжа слева в возрасте 44 лет, стентирование коронарной артерии в 56 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает. Профессиональный анамнез: в настоящее время работает на руководящей должности в нефтегазовой компании Аллергологический анамнез – не отягощен Наследственный анамнез – не отягощен Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, проживает с супругой.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5°C. Рост 176 см, вес 115 кг. ИМТ=37,1 кг/м². Телосложение гиперстеническое.

Периферические лимфоузлы не увеличены, визуально пульсация яремных вен шеи с обеих сторон. Костно-мышечная система без видимой патологии. Легкие - аускультативно дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипы не выслушиваются, ЧДД 20 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии, верхняя – третье межреберье. Тоны сердца приглушены, аритмичные. АД слева

и справа 145/95 мм рт. ст., ЧСС=95-110, Ps= 86-100 в мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферические отеки нижних конечностей до средней трети голеней. Физиологические отправления: стул регулярный, мочеиспускание не нарушено.

Лабораторные исследования, проведение которых необходимо пациенту должны включать

Результаты обследования

В план необходимого пациенту инструментального обследования следует включить

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациенту должен быть сформулирован основной диагноз

Диагноз

Хроническую сердечную недостаточность, выявленную у пациента, следует классифицировать как ХСН

со сниженной ФВ

с неутончённой ФВ

с промежуточной ФВ

с сохранённой ФВ

Кроме ХСН и АГ пациенту следует диагностировать

скрытый синдром WPW

фибрилляция предсердий

трепетание предсердий

тахикардию с узкими комплексами

Для предупреждения развития тромбоэмболических осложнений у пациента следует использовать

скрытый синдром WPW

фибрилляция предсердий

трепетание предсердий

тахикардию с узкими комплексами

Дополнительная информация

Для контроля ЧСС пациенту был назначен бисопролол в дозе 5 мг/сут, однако существенного снижения ЧСС добиться не удалось. Из-за декомпенсации ХСН от увеличения дозы бисопролола до 10 мг/сут было решено воздержаться.

В связи с этим оптимальной тактикой контроля ЧСС у этого пациента будет добавление

пропафенона

дигоксина

верапамила

ивабрадина

С целью улучшения клинического состояния больному показано назначение

индапамида перорально

фуросемида внутривенно

торасемида перорально

маннитола внутривенно

Для улучшения прогноза пациенту при стабильной гемодинамике показано

назначить валсартан+сакубитрил

заменить периндоприл на лозартан

увеличить дозу периндоприла до 10 мг/сут

назначить периндоприл+неприлизин

С целью блокады активности альдостерона пациенту показано назначение

ранолазина

эплеренона

кортикотропина

финеренона

Для улучшения отдалённого прогноза пациенту к проводимой терапии показано назначение ингибиторов

CDK4/6

PCSK9

ФДЭ 3 типа

SGLT2

Диагностика диастолической дисфункции левого желудочка учитывает показатель

CDK4/6

PCSK9

ФДЭ 3 типа

SGLT2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 42 лет, водитель-дальнобойщик, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

На боли в эпигастральной области без иррадиации, возникающие через 30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом, тошноту после еды. Боли купируются приемом антацидных препаратов.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 7 лет, когда впервые отметил появление боли в эпигастральной области, по совету жены стал принимать омепразол. Ежегодно обострение заболевания отмечает в весенний и осенний периоды, при появлении боли принимает омепразол в течение 1-2 недель. Текущее ухудшение состояния в течение последних 1-2 недель, когда отметил усиление боли, появление тошноты и отрыжки. Ухудшение состояния связывает с трудным рейсом (недосыпание, отсутствие возможности приема горячей пищи, психоэмоциональная стрессовая ситуация).

Анамнез жизни

Пациент работает водителем-дальнобойщиком, пищу принимает нерегулярно. Курит по 2 пачки сигарет в день на протяжении 15 лет, по выходным употребляет спиртные напитки в объеме 150-200 мл. У отца больного диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост 180 см, вес 102 кг, ИМТ (31,5 кг/м²). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не

увеличены. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 70 ударов в мин. АД 115/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Мюсси, Ортнера, Кера и Щеткина-Блюмберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Обязательными лабораторными методами обследования являются

CDK4/6

PCSK9

ФДЭ 3 типа

SGLT2

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

CDK4/6

PCSK9

ФДЭ 3 типа

SGLT2

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

CDK4/6

PCSK9

ФДЭ 3 типа

SGLT2

Диагноз

Одним из осложнений, которое может возникнуть при данном заболевании, является

гепатоспленомегалия

портальная гипертензия

кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

перфорация

Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антихеликобактерную терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с + _____ + и

метронидазолом; левофлоксацином

препаратом висмута; азитромицином

кларитромицином; амоксициллином

метронидазолом; цефалоспорином

Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет + _____ + (в неделях)

12-16

2-3

4-6

8-10

В четырехкомпонентную схему эрадикации *Helicobacter pylori* входит препарат

висмута трикалия дицитрат

цефазолин

гентамицин

ципрофлоксацин

Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка является

образование антител к париетальным клеткам желудка

рефлюкс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок

атеросклеротическое поражение чревного ствола

инфицирование слизистой желудка H.pylori

Пациента следует предупредить о том, что язвенное поражение слизистой желудка наиболее часто вызывает прием

аспирина

капотена

пенициллина

аторвастатина

Болевой синдром при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке характеризуется

усилением боли при интенсивной физической нагрузке

появлением боли при изменении положения тела

появлением боли через 2-3 часа после еды и в ночные часы

стиханием боли при глубоком дыхании

Пациентам с язвенным кровотечением при определении H.pylori рекомендуется проведение

¹³C-уреазного дыхательного теста

быстрого уреазного теста

серологического метода (определение антител к H. pylori в крови)

полимеразной цепной реакции с определением антигена H.pylori в кале

К фоновому заболеванию, которое имеется у пациента, относится

¹³C-уреазного дыхательного теста

быстрого уреазного теста

серологического метода (определение антител к H. pylori в крови)

полимеразной цепной реакции с определением антигена H.pylori в кале

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С, 67 лет, поступил в неотложном порядке в приемно-диагностическое отделение из поликлиники.

Жалобы на

• одышку при ходьбе до 15 м, уменьшающуюся в покое; • симметричные отеки голеней и стоп; отеки на лице в области глаз, возникающие по утрам; • невозможность спать, лежа на спине, только сидя (в положении ортопноэ); • повышение АД до 170/100 мм рт. ст., сопровождаемое головной болью и головокружением.

Анамнез заболевания

Впервые почувствовал себя больным в 64 года, когда на фоне полного здоровья возникла жгучая боль за грудиной. Был диагностирован острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Реваскуляризации не проводилось. С тех пор отмечает симптомы сердечной недостаточности в виде одышки, снижения толерантности к физическим нагрузкам. Регулярно наблюдался у кардиолога и терапевта по месту жительства. Ухудшение состояния в течение последних нескольких месяцев, когда начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке с последующим присоединением ортопноэ. Пришел на плановый прием к участковому терапевту, откуда, учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно-диагностическое отделение.

Анамнез жизни

Работал сантехником. Перенесенные заболевания – пневмония (в 9 лет), ОРВИ 1-2 раза в год. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый, гипертоническая болезнь. Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает. Семейный анамнез – мать умерла в 75 лет, страдала гипертонической болезнью. Вредные привычки – не курит, алкоголь употребляет умеренно (крепкие напитки не чаще 1 раза в мес.). Аллергические реакции отрицает. Инвалидность – 2 группа, бессрочная по общему заболеванию

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, масса тела 76 кг. ИМТ 27,9 кг/м². Температура тела 36,9°C. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Отеки на лице в области глаз, возникающие по утрам. Симметричные периферические отеки на ногах до уровня средней трети голени. При сравнительной перкуссии в верхних симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, в нижних отделах – притупление перкуторного звука. В верхних отделах легких при аускультации дыхание везикулярное, в нижних выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по левому краю грудины, левая – в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 уд. в мин. Пульс – 72 уд. в мин. АД – 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Лабораторными исследованиями, которые нужно выполнить данному пациенту при поступлении в стационар, являются

☐ ^{13}C -уреазного дыхательного теста

☐ быстрого уреазного теста

☐ серологического метода (определение антител к *H. pylori* в крови)

☐ полимеразной цепной реакции с определением антигена *H.pylori* в кале

Результаты обследования

Для постановки диагноза при инструментальном обследовании необходимо проведение

☐ ^{13}C -уреазного дыхательного теста

☐ быстрого уреазного теста

☐ серологического метода (определение антител к *H. pylori* в крови)

☐ полимеразной цепной реакции с определением антигена *H.pylori* в кале

Результаты обследования

У пациента СКФ (по СКД-EPI) = $12,83 \text{ мл/мин/1.73 м}^2$, на основании чего можно говорить о наличии у пациента

☐ острой болезни почек

☐ острого или хронического повреждения почек

☐ хронической болезни почек

☐ острого повреждения почек

По результатам проведённого обследования основной диагноз пациента должен быть сформулирован как

☐ острой болезни почек

☐ острого или хронического повреждения почек

☐ хронической болезни почек

☐ острого повреждения почек

Диагноз

Хроническая сердечная недостаточность, диагностированная у пациента, должна быть расценена как ХСН с + _____ + фракцией выброса (ФВ)

- сохраненной
- низкой
- терминальной
- промежуточной

В связи с выявленным у пациента нарушением функции почек ему показано

- назначение ингибитора натрий-глюкозного транспортера 2 типа
- проведение диализной терапии
- присоединение плазмотерапии
- курсовое лечение плазмоферезом

Основными причинами ХСН в Российской Федерации являются

- приобретённые пороки сердца и ИБС
- нарушения ритма и ИБС
- АГ и миокардиты
- АГ и ИБС

При лечении ХСН предпочтение среди бета-адреноблокаторов следует отдать

- бисопрололу
- эсмололу
- метопролола тартрату
- ацебуталолу

При развитии гинекомастии у пациентов, страдающих ХСН и длительно принимающих спиронолактон, показано заменить препарат на

сакубитрил

силденафил

ранолазин

эплеренон

Стадирование острой болезни почек осуществляют по уровню

креатинина

скорости клубочковой фильтрации

клиренсу креатинина

уровню калиемии

Наличие у пациента ХСН с низкой ФВ является показанием для обязательного назначения

недигидропиридиновых антагонистов кальция

петлевых диуретиков

блокаторов РААС

органических нитратов

Нефротической считается альбуминурия, превышающая
+ _____ + мг/сут

недигидропиридиновых антагонистов кальция

петлевых диуретиков

блокаторов РААС

органических нитратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу общей практики обратилась женщина 60 лет.

Жалобы

Повышение артериального давления до 200/100 мм рт. ст, сопровождается

сильной головной болью, головокружением, тошнотой, мельканием мушек перед глазами, слабостью.

Анамнез заболевания

Повышение артериального давления беспокоит много лет, регулярно наблюдается у врача. Принимает эналаприл 5 мг/сутки, амлодипин 5 мг/сутки, аспирин 100 мг/сутки, ибупрофен при головной боли.

Анамнез жизни

Работала на заводе. В настоящее время находится на пенсии. Наследственность - гипертоническая болезнь у мамы. Вредные привычки - отрицает.

Перенесенные заболевания: простудные заболевания, холецистэктомия 5 лет назад.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 160 см масса тела 80 кг ИМТ 31,25 кг/м². Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые бледно-розового цвета. Тоны сердца при аускультации приглушены, ритмичные. АД 154/90 мм рт. ст., пульса 88 в мин. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Живот при пальпации мягкий, увеличен в размере за счет подкожной жировой клетчатки, печень селезенка не увеличены. Периферические отеки до нижней трети голеней, симметричные.

Для постановки диагноза необходимо проведение лабораторной оценки

недигидропиридиновых антагонистов кальция

петлевых диуретиков

блокаторов РААС

органических нитратов

Результаты обследования

Для уточнения диагноза из инструментальных методов обследования необходимо провести

недигидропиридиновых антагонистов кальция

петлевых диуретиков

блокаторов РААС

органических нитратов

Результаты обследования

У пациентки наиболее вероятна

недигидропиридиновых антагонистов кальция

петлевых диуретиков

блокаторов РААС

органических нитратов

Диагноз

У данной пациентки + ____ + стадия гипертонической болезни

II

I

0

III

У данной пациентки + ____ + степень артериальной гипертензии

2

3

1

4

Сердечно-сосудистый риск у данной пациентки должен быть расценен как

низкий

очень высокий

высокий

умеренный

**Для оценки наличия поражения почек необходимо определить в моче
уровень**

билирубина

альбумина

мочевины

глюкозы

Немедикаментозная терапия должна включать

ограничение употребления соли до <3 г в сутки

ограничение употребления соли до <7 г в сутки

ограничение употребления соли до <1 г в сутки

ограничение употребления соли до <5 г в сутки

Для лечения артериальной гипертензии предпочтительней выбрать комбинацию

иАПФ и антагониста кальция

иАПФ и аспирина

статинов и антагонистов кальция

тиазидных и калий-сберегающих диуретиков

Для снижения уровня холестерина и ЛПНП пациентке следует назначить

никотиновую кислоту

статины

фибраты

аспирин

Целевое значение ЛПНП для данной пациентки $< +$ _____ $+ \text{ ммоль/л}$

2,6

1,8

3,0

1,4

Гипертонический криз – это значительное повышение АД в сочетании с

2,6

1,8

3,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В кардиологическое отделение стационара госпитализирован пациент В. 63 лет.

Жалобы

Учащенное неритмичное сердцебиение, ощущения «замирания» сердца, сопровождающееся чувством внутренней дрожи, нехваткой воздуха.

Анамнез заболевания

Нарушения ритма появились около 6 лет назад, когда впервые стали возникать эпизоды неритмичного сердцебиения, «трепетания» сердца в груди, которые купировались самостоятельно. 3 года назад проходил стационарное обследование, где было подтверждено нарушение сердечного ритма (не помнит, какое именно, вероятно, мерцательная аритмия) проведено восстановление ритма с помощью электроимпульсной терапии (ЭИТ) с последующим постоянным приемом амиодарона. За время терапии амиодароном приступов аритмии не возникало, самочувствие оставалось удовлетворительным. Три месяца тому назад врачом поликлиники амиодарон был отменен. В течение последнего месяца отмечает ухудшение самочувствия, связанное со «срывом ритма», по поводу которого получал верапамил, ривароксабан и дигоксин, однако, в связи с сохраняющимся неритмичным сердцебиением и отсутствием клинического улучшения на фоне проводимой терапии пациент самостоятельно отказался от лечения и в течение последних 10 дней ничего не принимает. С вышеописанными жалобами обратился в поликлинику, по направлению которой госпитализирован в кардиологическое отделение с диагнозом «фибрилляция предсердий».

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: хронический тонзиллит, аппендэктомия в 10 лет. _
_Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает. * Профессиональный анамнез: бухгалтер * Аллергологический анамнез – аллергия на ципрофлоксацин в форме крапивницы * Наследственный анамнез – у отца гипертоническая болезнь, рак толстой кишки * Не курит, алкоголь не употребляет

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,4. Рост 177 см, масса тела 80 кг. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Легкие: аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям. ЧДД 18 в минуту. Сердце – границы относительной тупости: правая – по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя – третье межреберье. Аускультативно тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД - слева и справа 115/85 мм рт.ст., ЧСС= 99 в мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный.

Печень, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления: не нарушены. Периферических отеков нет.

В план обследования пациента необходимо включить

2,6

1,8

3,0

1,4

Результаты обследования

По результатам проведенного обследования пациенту диагностирована

2,6

1,8

3,0

1,4

Диагноз

Риск тромбозмболических осложнений у данного больного согласно шкале _CHA2DS2-VASc_ составляет 2 балла, в связи с чем ему показано назначение

низкомолекулярных гепаринов

пероральных антикоагулянтов

антиагрегантов

фибринолитиков

Перед назначением пероральных антикоагулянтов пациент нуждается в дообследовании, включающем исследование

низкомолекулярных гепаринов

пероральных антикоагулянтов

антиагрегантов

фибринолитиков

Результаты обследования

Оптимальной тактикой ведения пациента в данный момент является

- возобновление терапии амиодароном (per os)
- проведение коронароангиографии в экстренном порядке
- подготовка к плановой кардиоверсии
- проведение экстренной кардиоверсии

В качестве подготовки к плановой кардиоверсии, пациенту показан/показано

- неотложное введение эноксапарина натрия
- прием нагрузочной дозы аспирина и нагрузочной дозы клопидогрела
- исключение наличия тромбов в ушках предсердий посредством чреспищеводного ЭХОКГ
- исследование уровня D-димера

Для восстановления синусового ритма пациенту показано проведение кардиоверсии посредством

- электроимпульсной терапии
- сверхчастой электрокардиостимуляции предсердий
- внутривенной инфузии амиодарона
- однократного перорального приема пропafenона (600 мг)

После успешного восстановления синусового ритма антикоагулянтная терапия должна быть

- заменена на двойную антиагрегантную терапию
- отменена
- продолжена в течение 4 недель
- продолжена неопределённо долго

В качестве инструмента оценки выраженности симптомов фибрилляции предсердий следует использовать шкалу

MRC

CAT

DAS-28

EHRA

Для установки диагноза «Фибрилляция предсердий» длительность пароксизма фибрилляции предсердий должна быть не менее

30 секунд

5 комплексов

2 часов

30 минут

Для медикаментозной кардиоверсии можно использовать

карведилол

прокаинамид

соталол

лаппаконитина гидробромид

Для медикаментозной кардиоверсии у пациента с фракцией выброса левого желудочка равной 35% следует использовать

карведилол

прокаинамид

соталол

лаппаконитина гидробромид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 34 года, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На тянущие боли в эпигастрии, возникающие натощак и купирующиеся после приема пищи, на ощущение наполнения желудка после обычного приема пищи,

вздутие живота после еды, отрыжку воздухом, неустойчивость стула, на общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 5 лет, когда впервые появились чувство тяжести в эпигастрии после еды, отрыжка воздухом. К врачам не обращалась, лекарств не принимала, придерживалась диеты с ограничением жареных и жирных продуктов питания. Около года назад периодически стали беспокоить боли в эпигастриальной области. На протяжении нескольких месяцев стала отмечать усиление вышеописанных симптомов, появилась тенденция к диарее. С этими жалобами обратилась к врачу общей практики.

Анамнез жизни

Работает администратором в фитнес-центре. Наследственный анамнез: у матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез: аллергия на рыбу. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания, операции - кесарево сечение в 28 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки – курит с 20 лет по 5-6 сигарет в день, употребление алкоголя отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенический тип конституции. Рост 166 см, вес 58 кг. ИМТ = 21. Температура тела 36,3⁰С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности, отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 69 уд/мин, ритм правильный. АД 110/65 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастриальной области; печень, селезенка не увеличены, перкуторно границы в пределах нормы. Почки не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

карведилол

прокаионамид

соталол

лаппаконитина гидробромид

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

карведилол

прокаионамид

соталол

лаппаконитина гидробромид

Результаты обследования

Основным клиническим диагнозом, выставленным на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, является

карведилол

прокаинамид

соталол

лаппаконитина гидробромид

Диагноз

К неинвазивным методам определения *Helicobacter pylori* относится

цитологический метод выявления *Helicobacter pylori*

¹³C-уреазный дыхательный тест

быстрый уреазный тест

бактериологический метод выявления *Helicobacter pylori*

На данном этапе пациентке показано

лечение и наблюдение в специализированном стационаре

лечение и наблюдение в амбулаторных условиях

санаторно-курортное лечение

лечение и наблюдение в общетерапевтическом стационаре

Данной пациентке показано

длительное лечение ингибиторами протонной помпы

проведение эрадикационной терапии *H. pylori*

назначение ферментных препаратов

назначение антацидов

Стандартная тройная эрадикационная терапия первой линии включает в себя ингибитор протонной помпы

эритромицин, левофлоксацин

висмута трикалия дицитрат, кларитромицин

кларитромицин, амоксициллин

метронидазол, амоксициллин

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет

21 день

1 месяц

14 дней

7 дней

После завершения эрадикации H.pylori эффективность проведенного лечения необходимо проконтролировать не ранее чем через +_____+ (в неделях)

1

12

4

8

Пациенту с атрофическим гастритом с целью повышения защитных свойств слизистой оболочки целесообразно назначить

алюминия-магния гидроксикарбонат

рабепразол

омепразол

ребамипид

Диспансерные приемы пациентки врачом-терапевтом должны осуществляться не реже 1 раза в

18 месяцев

год

6 месяцев

3 месяца

Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через + ____ + дней

18 месяцев

год

6 месяцев

3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной К., 39 лет, охранник, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в эпигастральной области без иррадиации, возникающие через 30 минут после приема пищи, отрыжку воздухом и тошноту, возникающие после еды. Боли купируются приемом антацидных препаратов.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 5 лет, когда впервые появились боли в эпигастрии, по поводу чего стал самостоятельно принимать пантопразол. Ежегодно обострение заболевания отмечает в весенний и осенний период, при появлении боли принимает пантопразол в течение 1-2 недель. Текущее ухудшение состояния около 2 недель, когда усилились вышеописанные боли, появились тошнота и отрыжка воздухом после еды.

Анамнез жизни

Пациент работает охранником, пищу принимает нерегулярно. Курит по 1 пачке сигарет в день на протяжении 15 лет, по выходным употребляет спиртные напитки в объеме 100 мл/день. У матери больного диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 74 удара в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Мюсси, Ортенера, Кера и Щеткина-Блумберга отрицательные. Размеры печени по Курлову 9х8х7

см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме.

Лабораторная диагностика, необходимая данному пациенту должна включать

18 месяцев

год

6 месяцев

3 месяца

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

18 месяцев

год

6 месяцев

3 месяца

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

18 месяцев

год

6 месяцев

3 месяца

Диагноз

Самым частым осложнением данного заболевания, которое необходимо исключить у пациента, является

стеноз привратника

пенетрация

кровотечение

портальная гипертензия

Для лечения данного пациента, ранее не получавшего антихеликобактерную терапию, наиболее рационально назначить ингибитор протонной помпы в сочетании с

кларитромицином и амоксициллином

препаратом висмута и азитромицином

метронидазолом и левофлоксацином

метронидазолом и цефалоспорином

Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет + _____ + (в неделях)

4-6

2-3

8

12

Обязательным препаратом в составе четырехкомпонентной схемы эрадикации *Helicobacter pylori* является

висмута трикалия дицитрат

сукральфат

азитромицин

моксифлоксацин

Основным этиологическим фактором развития язвенной болезни желудка у данного пациента является

образование антител к париетальным клеткам желудка

рефлюкс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок

инфицирование слизистой желудка *H. pylori*

атеросклеротическое поражение чревного ствола

Пациенту показано избегать прием + _____ +, как препарата, вызывающего язвенное поражение слизистой желудка

аторвастатина

капотена

пенициллина

аспирина

Болевой синдром при локализации язвы в двенадцатиперстной кишке характеризуется

стиханием боли при глубоком дыхании

появлением боли при изменении положения тела

появлением боли через 1-1,5 часа после еды и в ночные часы

усилением боли при интенсивной физической нагрузке

Размер язвенного дефекта считается малым, если его диаметр не превышает + _____ + см

1,0

0,5

1,5

0,3

К факторам риска развития у больного язвенной болезнью осложнения в виде язвенного кровотечения относят

1,0

0,5

1,5

0,3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 27 лет, обратился к врачу общей практики в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

Неинтенсивная тянущая боль в поясничной области с обеих сторон, общая слабость, быстрая утомляемость, головная боль в затылочной области, отеки на ногах и лице, изменение цвета мочи (темно коричневый), уменьшение количества, выделяемой мочи.

Анамнез заболевания

Три недели назад перенес простудное заболевание: повышение температуры тела до 37,5 – 37,8°C, озноб, першение и боль в горле, заложенность носа, сухой кашель. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал НПВС, сосудосуживающие капли интраназально, спрей для горла. Состояние на фоне лечения улучшилось на 4-е сутки. Все это время продолжал работать. Ухудшение самочувствия в течение 3-х дней, когда появились вышеописанные жалобы.

Анамнез жизни

* В детстве нечасто болел ОРВИ. В возрасте 12 лет – аппендэктомия. * Работает на стройке, разнорабочим. * В армии служил. * Наследственность неотягощена. * Аллергоанамнез неотягощен. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Постоянно лекарственные препараты не принимает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Рост 180 см, масса тела 85 кг, ИМТ 26 кг/м². Кожный покров бледный, сухой. Пастозность кистей, стоп, бедер, параорбитальных областей. Перкуссия грудной клетки - звук ясный легочный, аускультативно - дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС = Ps = 96 уд. в мин. АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются. Область почек визуально без особенностей. Через переднюю брюшную стенку почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускания свободные, безболезненные. Цвет мочи – коричневый. Диурез снижен (со слов пациента).

В качестве дообследования пациенту необходимо провести

1,0

0,5

1,5

0,3

Результаты обследования

Исключение структурных изменений почек может быть проведено посредством

1,0

0,5

1,5

0,3

Результаты обследования

Проведение нефробиопсии пациенту не показано в связи с отсутствием

артериальной гипертензии

мочевого синдрома

нефротического синдрома

высокого титра АСЛ-О

Вероятной причиной заболевания у данного пациента является

хантавирус (возбудитель ГЛПС)

пневмококк

кишечная палочка

стрептококк группы А

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента может быть сформулирован как

хантавирус (возбудитель ГЛПС)

пневмококк

кишечная палочка

стрептококк группы А

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

поликлиники - амбулаторно (на дому)

стационара (специализированного отделения - нефрологического)

дневного стационара

стационара (отделение интенсивной терапии)

Пациенту необходимо соблюдать + _____ + режим в течение

свободный (общий)

строгий постельный; 3-4 недель

палатный (полупостельный); 1-2 недель

постельный; 3-4 недель

Пациенту в данной клинической ситуации рекомендуется диета с ограничением потребления

продуктов, содержащих большое количество калия, фосфора в острый период болезни

соли (до 1-2 г/сут) и жидкости в острый период болезни

жиров, углеводов и жидкости в острый период болезни

соли (до 1-2 г/сут) и неограниченное потребление жидкости в острый период болезни

Показанием к назначению антибактериальной терапии данному пациенту является (-ются)

необходимость профилактики стрептококковой инфекции

наличие изменений в анализах мочи (протеинурия, эритроцитурия)

наличие подтвержденной стрептококковой инфекции

УЗ-признаки отека паренхимы почек

Для коррекции артериального давления пациенту показано назначение

блокаторов медленных кальциевых каналов

агонистов имидазолиновых рецепторов

прямых ингибиторов ренина

калийсберегающих диуретиков

При высокоактивном течении заболевания необходимо назначение

глюкокортикостероидов

антибактериальных препаратов

нестероидных противовоспалительных препаратов

цитостатиков

Показанием к проведению нефробиопсии может являться

глюкокортикостероидов

антибактериальных препаратов

нестероидных противовоспалительных препаратов

цитостатиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась к врачу терапевту.

Жалобы

На момент осмотра не предъявляет.

Анамнез заболевания

Три года назад при плановом посещении врача поликлиники выявлено повышение уровня ОХС до 10 ммоль/л. Было рекомендовано соблюдение гиполипидемической диеты, на фоне которой ОХС 9,34 ммоль/л. Анализ липидного спектра не проводился.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * отец здоров, мать умерла в возрасте 43 лет от ИМ, бабушка по материнской линии умерла в возрасте 50 лет от ИМ; * у ребенка 7 лет уровень ОХС 7 ммоль/л.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 56 кг. ИМТ=19,4 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Ксантелазмы обоих век. Ксантома ахиллова сухожилия справа. Липоидная дуга роговицы. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный; печень, селезенка, не пальпируются, перкуторно – их границы

в пределах нормы. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива.

Про подозрении на наличие у пациентки семейной гиперхолестеринемии лабораторная диагностика должна включать определение

глюкокортикостероидов

антибактериальных препаратов

нестероидных противовоспалительных препаратов

цитостатиков

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

глюкокортикостероидов

антибактериальных препаратов

нестероидных противовоспалительных препаратов

цитостатиков

Результаты инструментальных обследований

По результатам проведенного лабораторно-инструментального обследования у пациентки можно заподозрить наличие

чистой гипертриглицеридемии

смешанной гиперлипидемии

гиперлипидемии неуточненной

семейной гиперхолестеринемии

На основании имеющихся данных у пациентки можно предположить
+ _____ + тип наследования заболевания

неуточненный

гомозиготный

вторичный

гетерозиготный

Для установления диагноза гетерозиготной СГХС данной пациентке следует использовать диагностические критерии

Dutch Lipid Clinic Network

Simon Broome Registry

CHA2DS2-VASc

HAS-BLED

В соответствии с диагностическими критериями Dutch Lipid Clinic Network у пациентки может быть диагностирована + _____ + СГХС

Dutch Lipid Clinic Network

Simon Broome Registry

CHA2DS2-VASc

HAS-BLED

Диагноз

Пациентка должна быть отнесена к категории + _____ + риска

высокого

очень высокого

низкого

умеренного

Пациентке должна быть рекомендована диета с/со

снижением потребления растительной клетчатки

увеличением потребления моно и дисахаридов

увеличением потребления насыщенных жиров и транс-жиров

ограничением потребления насыщенных жиров и транс-жиров

Целевой уровень ХС-ЛПНП ммоль/л для данной пациентки должен быть < + _____ + ммоль/л

3,0

2,5

1,5

2,6

Пациентке показана терапия аторвастатином + _____ + мг/сут

80

40

20

10

Определенная СГХС диагностируется при сумме баллов по Dutch Lipid Clinic Network

>4

>10

>6

>8

Рекомендовать повторное исследование брахиоцефальных артерий (УЗДГ БЦА) пациентке показано через + _____ + (в месяцах)

>4

>10

>6

>8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет обратилась на прием к врачу терапевту.

Жалобы

На приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие вне связи с провоцирующими факторами, продолжительностью до 30-40 минут, с частотой до 2 раз в неделю, сопровождающиеся общей слабостью, чувством

нехватки воздуха и купирующиеся приемом анаприлина 20 мг сублингвально или корвалолом. Последний приступ длится в течение 4 дней.

Анамнез заболевания

Гипертонический анамнез в течение 10 лет с максимальным повышением АД до 170/100 мм рт. ст., обычное АД на фоне гипотензивной терапии – 130/80 мм рт. ст. Считает себя больной около 2 лет, когда впервые стала отмечать эпизоды учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие, в основном, при физической нагрузке, продолжительностью не более 10 минут и купирующиеся в покое. По данным ХМ ЭКГ, проведенного 2 года тому назад: основной ритм: синусовый, с мин. ЧСС 45, сред. ЧСС – 72, макс. ЧСС – 157 уд/мин.

Регистрировались пароксизмы фибрилляции предсердий с максимальной продолжительностью до 15 минут и максимальной ЧСС 157 уд/мин. В течение последующих 2 лет наблюдалась у кардиолога по месту жительства, имела опыт приема следующих антиаритмических препаратов: аллапинин, пропафенон без удовлетворительного клинического эффекта (дозу препаратов не помнит)

Ухудшение состояния в течение последних 2-х месяцев в виде увеличения пароксизмов ФП по продолжительности до 30-40 минут и купирующиеся приемом анаприлина или корвалола. Последний пароксизм возник 4 дня назад, не купирующийся амбулаторно. Постоянно принимает беталок зок 50 мг утром, эналаприл 10 мг в сутки. Со слов пациентки, антикоагулянтную терапию – эликвис 5 мг в сутки принимала непостоянно, в виде пропусков в приеме, последний прием был 5 дней назад.

Анамнез жизни

Работает заведующей учебной части в начальной школе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций к медикаментам не отмечает. Из перенесенных заболеваний: аппендэктомия 10 лет назад. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курение отрицает, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ожирение I степени (рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,3 кг/см²).

Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива. В легких дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

Аускультативно тоны сердца приглушены, аритмичные (фибрилляция предсердий), шумы не выслушиваются. ЧСС – 110 уд. в мин., частота пульса – 92 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, аритмичный, симметричный на обеих руках. Дефицит пульса – 12 в минуту. АД – 140/95 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Перед началом терапии, направленной на профилактику тромбоэмболических осложнений пациентке необходимо дообследование, включающее

>4

>10

>6

>8

Результаты лабораторных обследований

В план обследования пациентки необходимо включить проведение

>4

>10

>6

>8

Результаты обследования

На основании проведённого обследования пациентки основной диагноз может быть сформулирован как

>4

>10

>6

>8

Диагноз

Фоновым заболеванием, имеющимся у пациентки, является гипертоническая болезнь + _____ + стадии + _____ + степени, риск ССО (сердечно-сосудистых осложнений)

II стадии; II степени; риск ССО 3

II стадии; II степени; риск ССО 4

III стадии; III степени; риск ССО 3

II стадии; I степени; риск ССО 3

Риск тромбоэмболических осложнений для данной пациентки следует оценивать по шкале

EHRA

CHADS~2~

CHA2DS2VASc

HAS-BLED

Риск тромбозмболических осложнений у пациентки составляет + ____ + балла/баллов

4

2

6

3

Принимая во внимание риск тромбозмболических осложнений (3 балла), в отношении антикоагулянтной терапии, пациентке показано

заменить апиксабан на ривароксабан в дозе 2,5 мг 2 р/сут

увеличить дозу апиксабана до 10 мг/сут

продолжить проводимую терапию апиксабаном в дозе 5 мг/сут

добавить к проводимой терапии аспирин в дозе 75 мг/сут

Принимая во внимание отсутствие противопоказаний для выбора тактики контроля ритма, по результатам проведенного обследования принято решение о плановом восстановлении синусового ритма. В связи с этим, пациентке показано

определение уровня Д-димера

проведение чреспищеводной ЭХОКГ

безотлагательное проведение электрической кардиоверсии

назначение амиодарона в дозе 600 мг/сут

Учитывая гемодинамическую стабильность ФП и её хорошую переносимость, медикаментозную кардиоверсию пациентке показано проводить посредством

прокаиамида

ниферидила

пропафенона

амиодарона

В качестве дальнейшей медикаментозной профилактики рецидивов ФП пациентке показано назначение

небентана

соталола

вернакаланта

ниферидила

Показанием для уменьшения дозы апиксабана в 2 раза от стандартной лечебной является наличие у пациента сочетания таких факторов как

возраст ≥ 80 лет {plus} масса тела ≥ 120 кг

возраст ≥ 80 лет {plus} ОНМК в анамнезе

креатинин > 100 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

креатинин ≥ 133 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

Сверхчастая электрокардиостимуляция предсердий является предпочтительным методом восстановления синусового ритма при

возраст ≥ 80 лет {plus} масса тела ≥ 120 кг

возраст ≥ 80 лет {plus} ОНМК в анамнезе

креатинин > 100 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

креатинин ≥ 133 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 49 лет поступила в терапевтическое отделение стационара.

Жалобы

* на приступообразный кашель, малопродуктивный, чаще вечером и ночью, со слизисто-гнойной мокротой в небольшом количестве * на боль в передне-верхних отделах грудной клетки справа, усиливающуюся при кашле * на

повышение температуры до $38-39^{\circ}\text{C}$ * на слабость, недомогание, утомляемость, головную боль

Анамнез заболевания

Больна в течение 10 дней. Причиной болезни считает значительное переохлаждение ног в холодную погоду на улице. Общее состояние больной было неудовлетворительным, чувствовала слабость, недомогание, утомляемость. Появилась головная боль. Через 2 дня повысилась температура тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, которая не снижалась до физиологических значений даже при приёме жаропонижающих средств. На 3-й день появился приступообразный малопродуктивный кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты, вместе с тем появились боли умеренной интенсивности в области нижнего угла лопатки справа, боль имела колющий характер и усиливалась при кашле. Обычно кашель усиливался к вечеру. Лекарственные препараты от кашля не принимала. Вызвала скорую помощь, после чего больная была доставлена и госпитализирована в стационар по месту жительства.

Анамнез жизни

* иные хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. При осмотре кожные покровы теплые, обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 81 кг, рост 162, ИМТ $30,86 \text{ кг/м}^2$. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки справа, над остальными отделами - лёгочный звук. При аускультации дыхание жесткое, мелкопузырчатые хрипы в нижнем отделе грудной клетки справа. ЧДД 20 в минуту. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 78 уд/мин. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 125/80 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации безболезненный. Размеры печени по Курлову — $9 \times 8 \times 7$ см. Пальпация печени безболезненна. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей.

Лабораторная диагностика при обследовании пациентки должна включать

возраст ≥ 80 лет {plus} масса тела ≥ 120 кг

возраст ≥ 80 лет {plus} ОНМК в анамнезе

креатинин >100 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

креатинин ≥ 133 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать

возраст ≥ 80 лет {plus} масса тела ≥ 120 кг

возраст ≥ 80 лет {plus} ОНМК в анамнезе

креатинин >100 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

креатинин ≥ 133 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

Результаты инструментальных обследований

На основании проведенного обследования диагноз пациентки может быть сформулирован как

возраст ≥ 80 лет {plus} масса тела ≥ 120 кг

возраст ≥ 80 лет {plus} ОНМК в анамнезе

креатинин >100 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

креатинин ≥ 133 мкмоль/л {plus} масса тела ≤ 60 кг

Диагноз

Риск летального исхода по шкале CRB-65 для данной пациентки составляет + _____ + баллов

1

0

3

2

В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке следует рекомендовать

метронидазол

цефтриаксон

амоксициллин

доксикалин

Оценку эффективности назначенной пациентке антимикробной химиотерапии следует проводить через + _____ + суток

2-3

5-7

3-5

1-2

К окончанию 3-х суток терапии амоксициллином температура тела пациентки составляет 38,5°C, SpO₂ - 95%, что следует расценивать как

стабилизацию состояния на фоне терапии

неэффективность терапии

эффективно подобранное лечение

отсутствие прогрессирования заболевания

На этом этапе врач должен принять решение о

продолжении проводимой антимикробной химиотерапии

дополнительном назначении противовирусных препаратов

добавлении к терапии отхаркивающих препаратов

смене антимикробной химиотерапии

Учитывая неэффективность терапии первой линии и подозрении на наличие «атипичных» возбудителей внебольничной пневмонии пациентке показано назначение антимикробного препарата из группы

респираторных фторхинолонов

карбапенемов

цефалоспоринов

аминогликозидов

На вторые сутки после смены антимикробного препарата состояние пациентки улучшилось: температура тела снизилась до $37,2^{\circ}\text{C}$, уменьшилась слабость. Однако, при проведении в это время КТ лёгких отмечалось сохранение консолидации в нижних отделах правого лёгкого. В связи с этим дальнейшая тактика ведения пациентки должна состоять в

добавлении второго антибиотика, не использовавшегося до этого

продолжении проводимой антимикробной химиотерапии

повторной замене антимикробного препарата

отмене антибиотика и назначении ингибитора нейтроамидазы

В случае дальнейшего благоприятного течения заболевания и клинических признаках эффективности проводимой антибактериальной терапии повторное рентгенологическое обследование пациентке следует провести через + _____ + (в неделях)

3-4

6-8

8-12

1,5-2

Показанием для начала проведения оксигенотерапии больным внебольничной пневмонией является снижение $\text{SpO}_2 < + \text{_____} + \%$

3-4

6-8

8-12

1,5-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

На периодический кашель (больше в ночное время) с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, иногда переходящий в приступ удушья (около 3-4 раз в неделю), купирующийся при ингаляции сальбутамолом, небольшую слабость, чувство заложенности в грудной клетке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с детства пациентка отмечает наличие аллергических реакций в виде крапивницы на цитрусовые, шоколад. Также, отмечала появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). Ситуационно принимала антигистаминные препараты с положительным эффектом. Считает себя больной около 3 лет, когда стала отмечать возникновение приступов кашля, часто по ночам, эпизоды дыхательного дискомфорта при физической нагрузке, ограничивающие активность. По этому поводу обращалась в частный медицинский центр, где был назначен сальбутамол в ингаляциях с рекомендацией применять во время приступов, что пациентка и делала. При контакте с кошками и собаками – приступы удушья, в связи с чем избегает всевозможных контактов с животными. В течение последнего месяца обратила внимание на нарастание одышки, кашля, свистящих хрипов и заложенности в грудной клетке. Ввиду появления ночных приступов кашля, иногда переходящего в приступ удушья, пациентка чаще прибегает к препаратам скорой помощи (сальбутамол) для купирования данных эпизодов.

Анамнез жизни

Работает менеджером. Семейный анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Наличие вредных привычек отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Отеков нет. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива. Форма грудной клетки правильная. При перкуссии звук ясный легочный с обеих сторон. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью легких, удлинение фазы выдоха. SpO₂ ~ 95%. ЧД 19 в минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 уд. в мин., пульс 70 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, симметричный на обеих руках. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Обязательное лабораторное обследование пациентки, необходимое для постановки диагноза включает

3-4

6-8

8-12

1,5-2

Результаты обследования

Набор инструментальных методов обследования, которые необходимо провести пациентке, включает

3-4

6-8

8-12

1,5-2

Результаты инструментальных методов обследования

По результатам проведённого обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

3-4

6-8

8-12

1,5-2

Диагноз

Тяжесть впервые выявленной (без постоянной поддерживающей терапии) БА у пациентки соответствует + _____ + степени тяжести

лёгкой интермиттирующей

тяжёлой персистирующей

лёгкой персистирующей

средней персистирующей

Ухудшение респираторной симптоматики пациентка отмечает на протяжении последнего месяца, что свидетельствует об обострении БА. Степень тяжести настоящего обострения может быть расценена как

тяжелая

легкая

астма, близкая к фатальной

жизнеугрожающая астма

Стартовая терапия, показанная данной пациентке, должна включать

низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов (ИГКС) {plus} длительно действующих β 2-агонистов (ДДБА), короткодействующих β 2-агонистов (КДБА) по потребности

высокие дозы ИГКС {plus} фенспирид, ДДБА по потребности

низкие дозы ИГКС {plus} антилейкотриеновый препарат, теофиллин по потребности

анти-ИЛ-5 {plus} теофиллин, пероральные ГКС по потребности

Оценка контроля симптомов БА включает

наличие эозинофилии мокроты

возникшая на фоне терапии БА крапивница на антибиотик пенициллинового ряда

непереносимость овощей и фруктов жёлтого цвета

ночные пробуждения из-за БА

При достижении контроля над симптомами БА говорить о переходе на более низкую ступень терапии можно через

6 месяцев

3 месяца

1 месяц

2 недели

Повышение фракции NO в выдыхаемом воздухе наблюдается у пациентов с обострением аллергической БА, а также у лиц, страдающих

аллергическим ринитом

туберкулёзом лёгких

хронической обструктивной болезнью лёгких

хроническим необструктивным бронхитом

Показанием для проведения аллерген-специфической иммунотерапии является

невозможность избегать контакта с клинически значимым аллергеном

наличие ANCA-ассоциированного васкулита и синдрома Чардж-Стросс

частые обострения бронхиальной астмы (>4 раз в год)

желание пациента избежать постоянной терапии ингаляционными ГКС

Бронходилатационный тест считается положительным при увеличении ОФВ₁ $\geq$ + ____ + % и абсолютном приросте ОФВ₁ $\geq$ + ____ + мл

15; 100

20; 200

12; 200

30; 300

Показанием для проведения бронхоконстрикторных тестов у больных с подозрением на наличие БА является сочетание + _____ + показателей спирометрии и + _____ + бронходилатационного теста

15; 100

20; 200

12; 200

30; 300

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 23 лет поступила в стационар.

Жалобы

* Одышка * Боль в грудной клетке при дыхании * Повышение температуры тела до 39°C * Кашель со слизисто-гнойной мокротой * Общая слабость

Анамнез заболевания

Около недели назад повысилась температура до 37,5°C после переохлаждения, появилась незначительная одышка. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с помощью Арбидола и Терафлю, без значительного эффекта. Через пару дней появился кашель, лихорадка и одышка нарастали. В связи с ухудшением состояния обратилась за медицинской помощью к участковому терапевту, была направлена на госпитализацию в стационар.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту и полу. Гинекологический

анамнез: неотягощен. Перенесенные заболевания: хронический гастрит вне обострения. Хирургические вмешательства: аппендэктомия в возрасте 21 года. Аллергоанамнез: без особенностей. Семейный анамнез: неотягощен. Условия быта: удовлетворительные. Прием пищи: регулярный, пища полноценная. Профессия: не работает, студентка медицинского института. Курение: не курит. Алкоголь: отрицает. Прочие вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние: средней степени тяжести. Телосложение: нормостеническое. Рост: 164 см. Вес: 62 кг. ИМТ: 23 кг/м². Температура тела: 39,2°C. Кожные покровы: бледные, чистые, влажные. Подкожная жировая клетчатка: развита умеренно. Периферических отеков нет. Пальпация грудной клетки: безболезненная. ЧДД 31 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Аускультация легких: дыхание равномерно ослаблено, выслушивается крепитация, больше в нижних отделах слева. Границы относительной тупости сердца не расширены. Аускультация сердца: Тоны сердца: ясные, ритмичные, соотношение тонов сердца не изменено. ЧСС: 78 в минуту. Артериальное давление справа и слева: 90/60 мм рт. ст. Осмотр живота: обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Размеры печени по Курлову: 9 см, 8 см, 7 см. Область почек не изменена, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей.

Лабораторное обследование пациентки должно включать

15; 100

20; 200

12; 200

30; 300

Результаты обследования

В план инструментального обследования пациентки необходимо включить

15; 100

20; 200

12; 200

30; 300

Результаты обследования

На основании проведенного обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

15; 100

20; 200

12; 200

30; 300

Диагноз

Осложнением основного заболевания в данном случае является дыхательная недостаточность + ____ + степени

II

0

I

III

Согласно шкале CRB-65, данной пациентке показано + _____ + лечение

амбулаторное

стационарное

санаторно-курортное

паллиативное

Препаратом выбора в данном случае является

цефтриаксон

ванкомицин

ципрофлоксацин

тетрациклин

Для данной пациентки наиболее предпочтительным путем введения антибактериальных препаратов является

пероральный

пероральный с последующим переходом на парентеральное введение

парентеральный

внутриплевральный

Эффективность назначенной эмпирической антибактериальной терапии следует оценить через + _____ + суток

1-2

4-5

2-3

6-7

Критерием эффективности антимикробной химиотерапии через 48-72 часа от момента начала лечения у пациентки будет

снижение температуры

прекращение кашля

увеличение количества отделяемой мокроты

исчезновение рентгенологических изменений

При неэффективности стартовой терапии и подозрении на наличие «атипичных» возбудителей внебольничной пневмонии пациентке показано назначение

ингавирина

кларитромицина

тетрациклина

имипенема

Для вторичной профилактики развития внебольничной пневмонии рекомендуется применение

пневмококковой вакцины

закаливания

БЦЖ

противодифтерийной сыворотки

Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ всем госпитализированным пациентам с внебольничной пневмонией рекомендуется использовать шкалу

пневмококковой вакцины

закаливания

БЦЖ

противодифтерийной сыворотки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На острую боль в левом коленном суставе, усиливающуюся при движениях, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Заболел остро 2 дня назад, когда после травмы (упал на лестнице, ушиб левый коленный сустав) в ночное время появились и стали нарастать указанные выше жалобы. Ранее подобных эпизодов не возникало, однако, со слов пациента, в течение последних 2-х лет периодически беспокоили болезненность при движениях, припухание и покраснение в области I плюснефалангового сустава слева, чаще в зимнее время, 2-3 раза в год. К врачам не обращался. В течение 4-х лет – мочекаменная болезнь, камень правой почки (выявлен случайно при ультразвуковом обследовании), в течение последнего года эпизодически отмечает повышения артериального давления до max 160/90 мм рт. ст., регулярной терапии не получает.

Анамнез жизни

* рос и развивался соответственно возрасту; * работает начальником отдела в банке; * перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год; * алкоголь употребляет 5-6 раз в месяц. Стаж курения 10 лет по половине пачки в день, не курит последние 5 лет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергических реакций не было; * мать умерла в возрасте 70 лет от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$. Телосложение гиперстеническое. Рост 176 см, вес 98 кг. ИМТ $31,64\text{ кг/м}^2$. Окружность талии 104 см. Гиперемия лица. Левый коленный сустав деформирован, кожные покровы над ним ярко гиперемированы, горячие на ощупь. Имеется несколько линейных ссадин в области надколенника, прикрытых струпом. Объем активных движений в суставе значительно ограничен из-за боли («с большим трудом добрался до поликлиники»), пассивные движения ограничены, резко болезненны. Правый коленный сустав

без видимой патологии. По другим суставам без особенностей. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный над всеми легочными полями. Тоны сердца приглушены во всех точках аускультации, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД 140/90 мм рт. ст., ЧСС 86 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

При подозрении на впервые возникший приступ острого подагрического артрита пациенту показано провести

пневмококковой вакцины

закаливания

БЦЖ

противодифтерийной сыворотки

Результаты обследования

Диагностика остро развившегося артрита, подозрительного на дебют подагры, включает

пневмококковой вакцины

закаливания

БЦЖ

противодифтерийной сыворотки

Результаты обследования

В случае невозможности проведения исследования синовиальной жидкости, для верификации дебюта подагрического артрита левого коленного сустава у данного больного можно было бы провести + _____ + левого коленного сустава

пневмококковой вакцины

закаливания

БЦЖ

противодифтерийной сыворотки

Результаты обследования

На основании проведённого пациенту обследования диагноз может быть сформулирован как

пневмококковой вакцины

закаливания

БЦЖ

противодифтерийной сыворотки

Диагноз

По результатам проведённого обследования пациенту может быть диагностирована + _____ + стадия подагры

вторая

первая

четвертая

третья

Для купирования острого подагрического артрита пациенту показано назначение

гидрохлортиазида

аллопуринола

фебуксостата

колхицина

Лечение колхицином пациенту следует начинать с дозы + _____ + мг/сут

0,5

4,0

1,5

2,5

Модификация диеты пациента, учитывая диагностированную у него подагру, должна состоять в ограничении

поваренной соли

углеводов

продуктов, содержащих пурины

растительных жиров

Дальнейшая тактика ведения пациента должна состоять в

назначении постоянной противовоспалительной терапии

назначении постоянной уратснижающей терапии

назначении модификации факторов риска и образа жизни

купировании приступов при их возникновении

Уратснижающим препаратом «первой линии» для данного пациента является

фебуксостат

канакинумаб

аллопуринол

ритуксимаб

Целью уратснижающей терапии у данного пациента будет достижение уровня порогового значения урикемии менее + _____ + мкмоль/л

400

300

180

360

Абсолютным показанием для безотлагательного назначения уратснижающей терапии является

400

300

180

360

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 18 лет обратился за медицинской помощью к участковому врачу-терапевту районной поликлиники.

Жалобы

На слабость, утомляемость, заложенность носа, сухой кашель и чувство нехватки воздуха, беспокоящие пациента практически ежедневно.

Анамнез заболевания

В детстве поставлен диагноз: бронхиальная астма. Наблюдался по этому поводу у врача-педиатра поликлиники по месту жительства. Постоянно использует ДАИ «Пульмикорт» 400 мкг/сут. Со слов пациента, на протяжении года чувствует себя удовлетворительно, однако, в весеннее время года в период цветения деревьев, заболевание ежегодно обостряется, что проявляется в виде заложенности носа и нехватки воздуха. В это период использует ДАИ «Беродуал» по потребности, обычно не более 4-6 доз в сутки. Настоящее ухудшение длительнее и сильнее обычных, проявляется ухудшением общего самочувствия на протяжении последнего месяца, появлением слабости, утомляемость, заложенность носа, сухим кашлем, ощущением «заложенности» в грудной клетке и чувством нехватки воздуха, которые беспокоят пациента и в дневное и в ночное время суток, практически ежедневно на протяжении этого месяца. В последние 2 дня пациент чувствует себя особенно плохо, симптомы заболевания полностью купировать не удаётся.

Анамнез жизни

* иные хронические заболевания отрицает * питание регулярное, полноценное * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергическая реакция на пыльцу, цветение деревьев в виде аллергического ринита

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Температура тела — 36,6°C. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Масса тела 70 кг, рост 180 см. ИМТ 21,6 кг/м². Мышечный тонус сохранен. Костная система не изменена. Суставы не изменены. При аускультации в легких дыхание жесткое, проводится по всем отделам, выслушиваются сухие свистящие хрипы над всей поверхностью грудной клетки. ЧДД 20 в минуту. При аускультации сердца – тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 в минуту. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление на обеих руках – 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Сознание ясное, доступен продуктивному контакту, ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 200×10^9 /л,

лейкоциты $10,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 80%, эозинофилы 12%, лимфоциты 16%, моноциты 2%, СОЭ 25 мм/час. Учитывая жалобы, анамнез, результаты общего анализа крови, принято решение о наблюдении и лечении пациента в условиях дневного стационара

Пациент поступил в стационар с предварительным диагнозом: обострение бронхиальной астмы. На момент поступления степень тяжести обострения следует классифицировать как

лёгкое/среднетяжёлое

жизнеугрожающее

среднетяжёлое/тяжёлое

астма, близкая к фатальной

Учитывая, что больной регулярно принимает будесонид 400 мкг/сут, на фоне которого заболевание обостряется, как правило, один раз в год – в «период цветения», степень тяжести БА следует классифицировать как

тяжёлую

очень тяжёлую

лёгкую

среднетяжёлую

Обследование пациента, поступившего с обострением БА должно включать

тяжёлую

очень тяжёлую

лёгкую

среднетяжёлую

Результаты обследования

Для купирования обострения на догоспитальном этапе пациенту можно использовать комбинацию

короткодействующего β_2 –агониста и ипратропия бромиды с подбором дозы в соответствии с эффектом терапии

короткодействующего β_2 –агониста и короткодействующего антихолинергика в максимально высоких дозах

длительнодействующего β_2 -агониста и ипратропия бромида с подбором дозы в соответствии с эффектом терапии

длительнодействующего β_2 -агониста и длительнодействующего антихолинергика в среднетерапевтической дозе

Обострения средней степени тяжести требуют назначения короткодействующего β_2 -агониста + _____ + доз(-ы) каждые + _____ + часа

6-10; 1-2

2-4; 3-4

6-10; 3-4

2-4; 1-2

После 6-ти доз ДАИ «Сальбутамол» 100 мкг наступило некоторое улучшение, однако уже через 2 часа пациент вновь отметил усиление одышки и нарастание чувства «заложенности» в грудной клетке. В связи с этим тактика ведения пациента должна заключаться в

увеличении дозы пульмикорта до 800 мкг/сут

в переходе на длительнодействующие β_2 -агонисты

назначении системных глюкокортикостероидов

добавлении к терапии антагониста лейкотриеновых рецепторов

Предпочтительным способом доставки системных глюкокортикостероидов в данном случае будет являться

пероральный

внутривенный

внутриартериальный

внутримышечный

Продолжительность курса системных глюкокортикостероидов должна составлять + _____ + дней

5-7

3-5

10-14

1-3

В качестве базисной терапии пациенту, при отсутствии у него факторов риска для неблагоприятного исхода, в дальнейшем показано применение

низких доз ИГКС+КДБА по потребности

низких доз ИГКС+ДДБА

высоких доз ИГКС+ДДБА

средних доз ИГКС+ДДБА

Пациента следует предупредить: если не полоскать рот и горло каждый раз после применения ИГКС, то у него может развиваться кандидоз ротовой полости, а также

ангина Симановского — Венсана

осиплость голоса

герпетический стоматит

волосистая лейкоплакия

Аллергенспецифическая терапия пациенту может быть назначена

аллергологом-иммунологом

инфекционистом

врачом общей практики

терапевтом

Повышение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) свидетельствует о/об

аллергологом-иммунологом

инфекционистом

врачом общей практики

терапевтом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная М., 47 лет, по профессии учитель, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На слабость, недомогание и быструю утомляемость, в последнее время; некоторую неустойчивость, сердцебиение и одышку, возникающие при быстрой ходьбе, ощущение онемения и «ползания мурашек» в конечностях, а также жжение в языке, снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, чаще возникающее после приема пищи.

Анамнез заболевания

На протяжении всей жизни пациентка считала себя достаточно здоровым человеком, однако, примерно в течение последних 4-х месяцев стала отмечать постепенное появление и прогрессирование указанных выше симптомов, появление которых она не может связать ни с какой из известных ей причин. В связи с этим обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Работает учителем в средней школе *

Перенесенные заболевания и операции: аутоиммунный тиреоидит с 25-летнего возраста, наблюдается у эндокринолога, получает заместительную терапию L-тироксином, последний визит месяц тому назад (ТТГ в пределах нормальных значений, со слов больной) * Наследственность не отягощена *

Аллергологический анамнез не отягощен * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 165 см. * Кожные покровы чистые, бледные с легкой желтушностью, нормальной влажности. Склеры иктеричны. Бледность конъюнктив. Периферические л/у не увеличены. * Со стороны дыхательной системы без особенностей, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. * Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 105/70 мм рт. ст. * Язык ярко-красный блестящий гладкий (из-за сглаженности сосочков), обложен белым налетом у корня. * Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Дизурии нет. Отеков нет.

В план обследования пациентки, обратившейся с вышеуказанными жалобами необходимо включить

аллергологом-иммунологом

инфекционистом

врачом общей практики

терапевтом

Результаты обследования

Инструментальная диагностика, необходимая пациентке, должна включать

аллергологом-иммунологом

инфекционистом

врачом общей практики

терапевтом

Результаты обследования

Учитывая наличие выявленной у больной гиперхромной анемии, пациентке показано исследование

аллергологом-иммунологом

инфекционистом

врачом общей практики

терапевтом

Результаты обследования

Дифференциальную диагностику В₁₂-дефицитной анемии следует проводить с

фолиеводефицитной анемией

парциальной красноклеточной аплазией

сидеробластной анемией

талассемией

Клиническими проявлениями дефицита витамина В₁₂ у пациентки являются изменения со стороны

крови, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечного аппарата

крови, желудочно-кишечного тракта, нервной системы

крови, нервной системы, костно-мышечного аппарата

желудочно-кишечного тракта, нервной системы и гепатоспленомегалия

По результатам проведенного обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

крови, желудочно-кишечного тракта, костно-мышечного аппарата

крови, желудочно-кишечного тракта, нервной системы

крови, нервной системы, костно-мышечного аппарата

желудочно-кишечного тракта, нервной системы и гепатоспленомегалия

Диагноз

Учитывая сформулированный диагноз, пациентке показано назначение

никотиновой кислоты

пиридоксина гидрохлорида

цианкобаламина

тиамина гидрохлорида

Адекватность назначенной пациентке терапии цианкобаламином через 5-7 дней можно будет оценивать по

наличию ретикулоцитарного криза

развитию гиперферритинемии потребления

появлению в периферической крови стоматоцитов

появлению сегментоядерных нейтрофилов в периферической крови

Повышение уровня гемоглобина у пациентки на фоне проводимого лечения следует ожидать через + _____ + дней

30-35

3-5

21-28

7-10

После нормализации гематологических показателей продолжительность терапии цианкобаламином для данной пациентки должна составлять еще + _____ + дней

3-5

40-60

30-40

10-14

Причиной развития истинной первичной пернициозной анемии является

появление антител к париетальным клеткам желудка

появление антител к кубулину

появление антител к витамину В₁₂

появление антител к внутреннему фактору Кастла

Всасывание витамина В₁₂ преимущественно происходит в

появление антител к париетальным клеткам желудка

появление антител к кубулину

появление антител к витамину В₁₂

появление антител к внутреннему фактору Кастла

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет, обратился к врачу общей практики для диспансерного осмотра с целью получения одобрения для занятий в тренажерном зале с подъемом тяжестей.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Обращался к врачу только по поводу ОРВИ в осенне-зимний период. Диспансеризацию последний раз проходил год назад (по месту работы), без патологических изменений. Никакие лекарства не принимает.

Анамнез жизни

Банковский служащий, работа связана с пребыванием в теплом сухом помещении. Курит. Индекс курения 28 пачка/лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа розовая, отеков нет. Рост 175 см, масса тела 89 кг. Окружность талии 105 см. Дыхание везикулярное, число дыханий. 16 в 1 мин., Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 140/80 мм рт. ст.

Частота сердечных сокращений 74 в 1 мин. Носоглотка чистая розовая, живот безболезненный, печень по краю реберной дуги.

В рамках диспансерного осмотра для мужчин данного возраста показано проведение анализов крови

появление антител к париетальным клеткам желудка

появление антител к кубулину

появление антител к витамину В~12~

появление антител к внутреннему фактору Кастла

Результаты обследования

В рамках диспансерного обследования пациенту показаны

появление антител к париетальным клеткам желудка

появление антител к кубулину

появление антител к витамину В~12~

появление антител к внутреннему фактору Кастла

Результаты обследования

По данным обследования пациента, предполагаемым диагнозом является

появление антител к париетальным клеткам желудка

появление антител к кубулину

появление антител к витамину В~12~

появление антител к внутреннему фактору Кастла

Диагноз

Дополнительная информация

Абсолютный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE у данного пациента равен

5

3

2

Для обеспечения темпа снижения массы тела 0,5-1,0 кг/нед данному пациенту необходимо уменьшить калорийность рациона на + _____ + ккал/сут

800-1000

500-600

250-300

350-400

Анкетирование при проведении диспансеризации включает в себя сбор жалоб, характерных для выявления

заболеваний щитовидной железы

неинфекционных заболеваний

инфекционных заболеваний

заболеваний суставов

Минимальная продолжительность аэробной физической активности умеренной интенсивности для обеспечения значимой пользы у данного пациента должна составлять + _____ + минут в неделю

60

150

100

300

Для того чтобы можно было рекомендовать занятия в тренажерном зале, данному пациенту требуется провести

самотестирование ЧСС на фоне интенсивной нагрузки

тест с психологической нагрузкой

дополнительное медицинское обследование

тест толерантности к углекислому газу

Данному пациенту для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний необходимо достижение целевого уровня ЛПНП менее + _____ + ммоль/л

2,6

1,0

2,5

1,4

Рациональное питание у данного пациента предусматривает обеспечение калорийности рациона за счет насыщенных жиров не более + _____ + %

20

25

5

10

Препаратами первого выбора для лечения пациентов с дислипидемией, являются

фибраты

статины

ингибиторы PCSK9

эзетимиб

Для вторичной профилактики у пациентов очень высокого риска, не достигающих целевых значений ХС ЛНП на максимально переносимой дозе статинов и эзетимиба следует назначить

фибраты

статины

ингибиторы PCSK9

эзетимиб

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М., 58 лет находится на амбулаторном лечении более 6 месяцев с открытым листком нетрудоспособности. Направлен на МСЭ с целью освидетельствования.

Жалобы

На одышку и боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера при незначительной физической нагрузке, проходящих только в покое, отеки нижних конечностей, общую слабость, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

6 месяцев назад перенес острый Q-инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. До заболевания испытывал жалобы на боль в грудной клетке при физической нагрузке, к врачам не обращался. От коронароангиографии отказался. Проводимое лечение с незначительным положительным эффектом. Решено направить пациента на МСЭ.

Анамнез жизни

Инженер, стаж работы 38 лет. Профессиональной вредности не имеет. Бывший курильщик, бросил курить 6 месяцев назад (после перенесенного ИМ). Алкоголь до заболевания употреблял по праздникам. Травмы, операции и хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Родственники по линии отца страдают артериальной гипертензией.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Рост 172 см, масса тела 75 кг. (ИМТ 25,4 кг/м²). Кожные покровы бледные, цианоз губ. В легких: дыхание везикулярное, влажные хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 19 в 1 мин. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11 см - 10 см - 9 см. Отеки стоп и голеней, симметричные. Физиологические отправления в норме. Данному пациенту перед направлением на медико-социальную экспертизу необходимо выполнить

фибраты

статины

ингибиторы PCSK9

эзетимиб

Результаты обследования

Согласно данным анамнеза, жалобам, результатам инструментального обследования пациент будет направлен на МСЭ с диагнозом: + ИБС: стенокардия напряжения + _____ + ФК. Постинфарктный кардиосклероз

(острый Q-инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка 2017 г.)
ХСН + _____ + , + _____ + ФК NYHA

II; IIa, 4

III; I, 2

II; III, 3

III; IIб, 3

Данный пациент имеет стойкие нарушения + _____ + системы

сердечно-сосудистой

мочевыделительной

нервной

пищеварительной

Данному пациенту необходимо проходить переосвидетельствование, для подтверждения II группы инвалидности один раз в + _____ + год (-а)/лет

1

3

5

2

Пациенту с тяжелой декомпенсацией ХСН в условиях стационара показана диуретическая терапия, которую следует инициировать с внутривенного введения

тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон)

ингибиторов карбоангидразы (диакарб)

петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)

тиазидных диуретиков (гидрохлортиазид)

Помимо лекарственной терапии, в условиях стационара больному с декомпенсацией ХСН и признаками гипоксии рекомендуется

консультация психолога

ингаляция бронхолитиков

консультация пульмонолога

респираторная поддержка

Для уменьшения давления в малом круге кровообращения у пациента с симптомами сердечной астмы наряду с диуретиками целесообразно внутривенное введение

антагонистов кальция

сердечных гликозидов

нитратов

тромболитиков

Радикальным способом лечения больного с тяжелой ХСН, рефрактерной к консервативной терапии, является

протезирование митрального клапана

экстракорпоральная мембранная оксигенация

трансплантация сердца

трансаортальная имплантация аортального клапана

Основное направление реабилитации инвалида для данного пациента включает в себя

соблюдение диеты, богатой углеводами

санаторно-курортное лечение

анаэробные нагрузки

аэробные нагрузки

Диспансерное наблюдение данного пациента должно осуществляться

кардиологом

реабилитологом

мультидисциплинарной командой специалистов

врачом общей практики

Системой мер, обеспечивающей социальные гарантии данному инвалиду, устанавливаемой законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения, является + _____ + инвалида

социальная поддержка

социальная адаптация

социальная защита

социализация

Данный пациент имеет + _____ + степень выраженности ограничений способности к трудовой деятельности

социальная поддержка

социальная адаптация

социальная защита

социализация

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.

Жалобы

На лихорадку до 38,5 – 39,0^oC с ознобами по вечерам, одышку при минимальной физической нагрузке, усиливающуюся в горизонтальном положении, на учащенное сердцебиение, боли в суставах, общую слабость, снижение аппетита в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

В возрасте 14 лет перенесла тяжёлый тонзиллит, после чего появилась одышка при интенсивных физических нагрузках, за медицинской помощью не обращалась. В 21 год при обследовании по поводу первой беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Беременность и естественные роды – без осложнений. У кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Три года назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Два года назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим

протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6). Месяц назад травмировала палец на приусадебном участке. Лихорадку с подъемами температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$ стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до $38,5^{\circ}\text{C}$, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

* иные хронические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергическая реакция в виде крапивницы на аскорбиновую кислоту, отек мягких тканей лица на витамины группы В (В6, В12).

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — $38,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м^2 . При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обеих легких. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO_2 — 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без

особенностей. Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

Для постановки диагноза из инструментальных обследований необходимо выполнить

социальная поддержка

социальная адаптация

социальная защита

социализация

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

социальная поддержка

социальная адаптация

социальная защита

социализация

Результаты лабораторных методов обследования

Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является

первичным

ранним протезным

вторичным

поздним левосторонним протезным

По течению инфекционный эндокардит у данной пациентки является

персистирующим

подострым

хроническим

острым

При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

Филатова-Коплика

Лукина-Лимбмана

Рота

Джейнуэя

При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

Рота

Джейнуэя

Лукина-Лимбмана

Филатова-Коплика

Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

дважды при подъеме и снижении температуры тела

на пике лихорадки

без ожидания подъемов температуры

при снижении температуры

На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает + _____ + , римфацин и генатимицин

ванкомицин

ципрофлоксацин

цефтриаксон

оксациллин

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит не менее + _____ + недель

6

4

3

2

У пациентки возникла аллергическая реакция на антибактериальный препарат первой линии в виде отека мягких тканей лица. В качестве альтернативной терапии рекомендуется назначение

амоксциллин

даптомицин

канамицин

цефтазидим

Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через +__+ дней

15

10

30

7

Пациентка относится к +____+ группе состояния здоровья

15

10

30

7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 48 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

на боли в коленных суставах, появляющиеся при спуске по лестнице,

«стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 10 минут, ограничение объема движений, утомляемость, слабость, одышку при ходьбе, головные боли.

Анамнез заболевания

Вышеперечисленные жалобы появились около 5 лет назад, за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением, принимала настои трав, периодически (1-2 раза в год) – массаж суставов и туловища. Заболевание развивалось постепенно: сначала боли в коленных суставах возникали после значительной физической нагрузки, затем в вечерние часы и в первую половину ночи, стала отмечать утреннюю скованность в течение 5-10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах

Анамнез жизни

С детства наблюдалось превышение веса, что пациентка связывает с хорошим питанием и малоподвижным образом жизни. Работает бухгалтером, последние 6 лет – заместителем главного бухгалтера предприятия. Наследственный анамнез: мать страдает сахарным диабетом, дедушка умер в 53-летнем возрасте от инфаркта миокарда, отец имеет какое-то заболевание суставов. Не курит, алкоголем не злоупотребляет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, правильного телосложения, повышенного питания. Рост – 178 см, вес – 109 кг, (ИМТ - $34,4 \text{ кг/м}^2$), окружность талии – 115 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система: тонус мышц нормальный. Суставы обычной формы, движения не ограничены, крепитация в коленных суставах при движении. Дыхательная система: частота дыханий – 18 в 1 минуту. Перкуторно – легочный звук, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок не пальпируется. Перкуторно: правая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца у верхушки умеренно приглушены, акцент II тона над аортой, ЧСС – 82 удара в минуту, ритм правильный. АД - 164/96 мм рт. ст. Пищеварительная система: язык и слизистая полости рта розового цвета, чистые. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий. Пальпация органов брюшной полости затруднена за счет избыточной подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени по Курлову – $9 \times 8 \times 7$ см. Размеры селезенки – 8×5 см.

Необходимыми для проведения лабораторной диагностики методами обследования в данном случае являются

15

10

30

Результаты лабораторных методов обследования

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

акральные остеолиты

небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты

единичные субхондральные кисты

единичные краевые эрозии

На рентгенограмме коленных суставов подтвердились ожидаемые изменения. Данные рентгенографии коленных суставов пациента соответствуют + _____ + рентгенологической стадии

I

IV

III

II

Предварительным диагнозом является

I

IV

III

II

Диагноз

Сопутствующим состоянием у пациентки является

сахарный диабет 2 типа

бронхиальная астма

гипотиреоз

артериальная гипертензия

Для того, чтобы подтвердить наличие стойкой артериальной гипертензии и определить уровень АД, данной пациентке следовало бы измерить АД

дважды с интервалом 1-2 мин и еще одно при разнице более 10 мм рт. ст. конечное АД – среднее двух последних измерений. Эту процедуру следует провести на двух разных визитах в медучреждение

на обеих руках в положении сидя после 5 мин отдыха; при различии полученных значений более 20 мм рт. ст., за конечное (регистрируемое) АД принимается среднее арифметическое значение, при различии меньше 20 мм рт. ст. – за регистрируемое АД принимается наибольшее значение из полученных

после 10-мин отдыха на доминантной руке однократно в положении сидя, затем, после 10- мин перерыва в положении лежа на той же руке. За конечное (регистрируемое) АД принимается среднее арифметическое значение

после 10 мин отдыха в положении лежа на доминантной руке. За конечное (регистрируемое) принимается среднее арифметическое из полученных значений

Индекс массы тела пациентки равен $34,4 \text{ кг/м}^2$, что соответствует

ожирению 1 степени

избыточному весу

норме

ожирению 2 степени

Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать

снизить массу тела

не принимать горизонтальное положение после приема пищи

использовать плазмаферез

ограничить употребление острой пищи

Пациентке следует рекомендовать

провести эндопротезирование суставов

ограничить физическую нагрузку и полный покой

выполнять интенсивные тренировки в тренажерном зале

регулярно выполнять лечебную физкультуру

С учетом степени ССС риска, данной пациентке для уменьшения болей в суставах можно назначить

трамадол

неселективные НПВП + ИПП

парацетамол

неселективные НПВП

На фоне лечения препаратами из группы нестероидных противовоспалительных препаратов необходим мониторинг + _____ + крови

мочевой кислоты

трансаминаз (АЛТ, АСТ), креатинина

глюкозы

калия и натрия

Пациентка относится к + _____ + группе состояния здоровья

мочевой кислоты

трансаминаз (АЛТ, АСТ), креатинина

глюкозы

калия и натрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет, пенсионер, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в тазобедренных, коленных, дистальных межфаланговых суставах кистей, возникающие при физической нагрузке и движениях, усиливающиеся к вечеру, уменьшающиеся в покое; утреннюю скованность в течение 5 минут, боли в области эпигастрия, появляющиеся после приема пищи.

Анамнез заболевания

Страдает от болей в суставах в течение многих лет. В течение последних 5-7 лет отмечает, что боли в суставах усилились, затрудняют ежедневную деятельность. Появилась хромота, обусловленная преимущественно выраженной болью в левом коленном суставе. К врачам не обращался, для уменьшения боли принимает ибупрофен по 400 мг 4-5 раз в день по совету жены.

Анамнез жизни

В течение последних 10 лет работает в школе дворником, работа сопровождается частыми интенсивными физическими нагрузками. У родственников заболевания суставов не отмечает. Аллергический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: редкие ОРВИ (1-2 раз в год, нетяжелые). Хронические заболевания: язвенная болезнь желудка (последнее обострение 5 лет назад), гипертоническая болезнь (наблюдается у кардиолога). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит по 10 сигарет в день в течение 30 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, вес - 89 кг. ИМТ 31 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в мин. АД - 128/68 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Костно-мышечная система: коленные суставы равномерно увеличены в размерах, гиперемия, гипертермия отсутствуют, подвижность ограничена за счет выраженной болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. В левом коленном суставе объем движений резко ограничен. Дистальные межфаланговые суставы болезненны при пальпации, движения в них ограничены. Остальные суставы не изменены, объем движений в тазобедренных суставах сохранен.

Лабораторные исследования, необходимые для постановки диагноза пациенту, включают в себя

мочевой кислоты

трансаминаз (АЛТ, АСТ), креатинина

глюкозы

калия и натрия

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные методы обследования, которые необходимо провести пациенту для постановки диагноза, включают в себя

мочевой кислоты

трансаминаз (АЛТ, АСТ), креатинина

глюкозы

калия и натрия

Результаты инструментальных методов обследования

Перед назначением лечения целесообразно выполнить

эхокардиографию

колоноскопию

фиброгастродуоденоскопию

УЗИ органов брюшной полости

Предварительный диагноз следует сформулировать как

эхокардиографию

колоноскопию

фиброгастродуоденоскопию

УЗИ органов брюшной полости

Диагноз

Клиническая картина и выявленные рентгенологические изменения в коленных суставах (грубые остеофиты, суставная щель не прослеживается) соответствуют + ____ + стадии гонартроза (по классификации Н.С. Косинской)

III

II

I

IV

Наиболее рациональным препаратом для купирования боли является

трамадол

парацетамол

целекоксиб

диклофенак

В качестве базисной терапии пациенту рекомендуется

фебуксостат

колхицин

глюкозамин сульфат

метотрексат

Одновременно с приемом нестероидных противовоспалительных средств пациенту следует назначить

глюкокортикостероид

ингибитор протонной помпы

антигистаминный препарат

прокинетики

На фоне терапии (целекоксиб {plus} препараты глюкозамин сульфата) сохраняется боль в коленных суставах, резко ограничены движения в нем. Дальнейшей тактикой врача является

решение вопроса о возможности эндопротезирования сустава

добавление к лечению ингибитора интерлейкина 1 (диалерин)

направление на санаторно-курортное лечение

рекомендация по ограничению движений и нагрузки на суставы

После эндопротезирования полная физическая нагрузка больным разрешена через

1-3 месяца

8-9 месяцев

2-3 недели

4-6 месяцев

Показанием к госпитализации в данном случае является

возраст старше 65 лет

рецидивирующий синовит сустава

язвенная болезнь в ремиссии

множественное поражение суставов

Пациент относится к +___+ группе здоровья

возраст старше 65 лет

рецидивирующий синовит сустава

язвенная болезнь в ремиссии

множественное поражение суставов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

На боли в коленных суставах, больше справа, высокой интенсивности, пронизывающие, появляющиеся при ходьбе, проходящие в покое; ограничение движений в правом коленном суставе из-за боли.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 16 лет, с тех пор как упала на колени с высоты собственного роста. После травмы появилась боль и отечность правого коленного сустава. Лечилась амбулаторно у травматолога поликлиники, принимала ибупрофен, кеторолак, глюкозамин с временным эффектом. В течение последнего года боли в коленных суставах усилились, из-за выраженного болевого синдрома стало невозможно опереться на правую ногу. Последний месяц использует трость.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: холецистэктомия в возрасте 43 лет и редкие острые вирусные инфекции (1-2 раза в год). Артериальная гипертензия с 20 лет, отмечает периодические подъемы артериального давления, гипотензивные препараты не принимает. Гепатит, туберкулез, сахарный диабет отрицает. Переливаний крови не было. Аллергических реакций не было. Семейный анамнез: у матери - гипертоническая болезнь. В настоящее время на пенсии, ранее работала продавцом. Беременностей-7, роды-2, выкидыши-1, аборты-4. Менопауза с 48 лет. Вредные привычки - отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести из-за болевого синдрома. Телосложение гиперстеническое, повышенного питания. Рост-165 см, вес-85 кг, ИМТ- 31,22

кг/м². Окружность талии - 86 см. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, чистые, тургор кожи снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система: коленные суставы незначительно увеличены в объеме, больше справа, движения в них несколько ограничены, при пальпации безболезненны. При пассивных и активных движениях определяется крепитация в коленных суставах. В легких перкуторно звук легочной, аускультативно дыхание жестковатое, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка гиперстенической формы. Границы относительной тупости сердца расширены на 1,5 см влево от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД = 154/80 мм рт. ст., ЧСС 92 уд/мин. Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Стул и диурез не нарушены. Отеки до нижней трети голени, симметричные с обеих сторон. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Необходимым инструментальным методом обследования для проведения диагностики в данном случае является

возраст старше 65 лет

рецидивирующий синовит сустава

язвенная болезнь в ремиссии

множественное поражение суставов

Результаты инструментального метода обследования

Лабораторными методами обследования, необходимыми для проведения диагностики, в данном случае являются

возраст старше 65 лет

рецидивирующий синовит сустава

язвенная болезнь в ремиссии

множественное поражение суставов

Результаты лабораторных методов обследования

Среди критериев метаболического синдрома у пациентки имеются

сахарный диабет

гиперурикемия

подагра

снижение скорости клубочковой фильтрации

артериальная гипертензия

абдоминальное ожирение

Для выявления нарушений углеводного обмена применяется определение глюкозы в крови натощак и через +___+ часа после перорального приема +___+ г глюкозы

2; 75

4; 75

2; 125

4; 125

Диагнозом пациентки является

2; 75

4; 75

2; 125

4; 125

Диагноз

Индекс массы тела пациентки равен $33,02 \text{ кг/м}^2$, что соответствует

ожирению 2 степени

нормальному весу

ожирению 1 степени

избыточному весу

Для уменьшения болей в суставах используют

генно-инженерные биологические препараты

нестероидные противовоспалительные препараты

цитостатики

спазмолитики

Обязательным компонентом комбинации антигипертензивных препаратов, назначенных пациентке являются

недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов

бета-блокаторы

вазодилататоры

ингибиторы РААС

Структурно-модифицирующее действие хондропротекторов проявляется при длительности приема не менее

2 лет

12 недель

6 мес

1 года

При отсутствии эффекта вышеуказанной терапии данной пациентке рекомендуется

введение генно-инженерных биологических препаратов

хирургическое лечение

пульс-терапия глюкокортикостероидами

длительная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами

Основными факторами риска развития гонартроза у пациентки были

неправильная ось сустава

ожирение и травма

избыточная физическая нагрузка

гипермобильность сустава

Пациентка относится к +___+ группе состояния здоровья

неправильная ось сустава

ожирение и травма

избыточная физическая нагрузка

гипермобильность сустава

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет на прием у врача общей практики.

Жалобы

Боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, снижение роста на 5 см.

Анамнез заболевания

В возрасте 53 лет после наступления менопаузы заметила ломкость ногтей, волос, сухость кожных покровов, связала эти проявления с физиологическими гормональными изменениями организма, к врачам не обращалась. В течение последних пяти лет появились боли в спине, постепенно нарастающие, сутулость, изменение осанки, родные отметили уменьшение роста. Полгода назад после падения с высоты роста сломала левую бедренную кость. Во время хирургического лечения врач-травматолог обратил внимание пациентки на патологические явления на рентгенограмме и рекомендовал обратиться к врачу-терапевту.

Анамнез жизни

На пенсии с 60-ти лет, работала инженером-технологом на крупном предприятии. Семейный анамнез: у матери и бабушки были переломы костей в возрасте 63 и 70 лет соответственно. Аллергических реакций не отмечает. Из перенесенных заболеваний: аппендэктомия в возрасте 15-ти лет и частые острые респираторные вирусные инфекции (3-4 раза в год). Беременностей 6, роды 2, прерываний беременности 4. Менопауза с 51 года, отмечала дисфункциональные метроррагии. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Рост 155 см, вес 59 кг (ИМТ 24,56). Кожные покровы нормальной окраски, сухие, ногти истончены, отеков нет. Тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные, артериальное давление 128/76 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 68 ударов в минуту. Пульс 68 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Костно-мышечная система: грудной кифоз, расстояние между затылком и стеной 6 см, болезненность при пальпации позвоночника. Передвигается с тростью после перелома. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

неправильная ось сустава

ожирение и травма

избыточная физическая нагрузка

гипермобильность сустава

Результаты лабораторных методов обследования

Одним из инструментальных методов исследования, необходимым для постановки диагноза пациентке, является рентгенография

неправильная ось сустава

ожирение и травма

избыточная физическая нагрузка

гипермобильность сустава

Результаты инструментальных методов обследования

Основным инструментальным методом обследования для постановки/подтверждения диагноза согласно рекомендациям ВОЗ 1994г. является

неправильная ось сустава

ожирение и травма

избыточная физическая нагрузка

гипермобильность сустава

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является

неправильная ось сустава

ожирение и травма

избыточная физическая нагрузка

гипермобильность сустава

Диагноз

У пациентки можно расценить форму заболевания как

среднюю

тяжелую

умеренную

легкую

Тактикой врача в данном случае является

госпитализация пациентки экстренно

амбулаторное лечение пациентки врачом общей практики

амбулаторное лечение пациентки совместно с травматологом

госпитализация пациентки в плановом порядке

Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия для оценки эффективности проводимого лечения остеопороза данной пациентке должна проводиться через + _____ + после начала лечения

3 месяца

1 месяц

6 месяцев

12 месяцев

Немедикаментозная терапия остеопороза у данной пациентки будет включать

достаточное потребление кальция с продуктами питания

повышенное потребление белка для ускорения заживления перелома

употребление ограниченного количества соли до 3 грамм в сутки

ношение обуви с ортопедическими стельками для продольного плоскостопия

Одним из препаратов выбора при лекарственной терапии постменопаузального остеопороза у данной пациентки является

азатиоприн

фолиевая кислота

терипаратид

метотрексат

Для поддержания уровня витамина D (25(OH)D) более 30 нг/мл пациентке рекомендован прием колекальциферола + _____ + МЕ ежедневно внутрь

2500-3000

1000-2000

4000-5000

450-800

Норма потребления кальция для пациентки должна составлять + _____ + мг

700-800

1000-1200

300-500

1300-1400

Пациентка относится к + _____ + группе здоровья

700-800

1000-1200

300-500

1300-1400

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На постоянные ноющие боли и припухлость в коленных, голеностопных, лучезапястных, проксимальных межфаланговых суставах 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев справа, 2-го, 3-го, 4-го пальцев слева (по визуальной аналоговой шкале - 5 баллов), боль усиливается в покое, ночью, после сна, уменьшается в течение дня, утреннюю скованность в течение полутора-двух часов, общую слабость.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы появились около четырех месяцев назад, сначала боль и припухлость в мелких суставах кистей, через несколько дней присоединились боли и отечность в коленных суставах, а через две недели – в локтевых и лучезапястных суставах. Боль постепенно нарастала. За медицинской помощью с данными симптомами обращается впервые.

Анамнез жизни

Работает поваром в ресторане. Семейный анамнез: неотягощен. Аллергических реакций не отмечает. Из перенесенных операций: редкие острые респираторные вирусные инфекции (не чаще 2-х раз в год, легкой степени тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит с 28 лет по 1-2 сигареты в день, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 175, вес 71 кг (индекс массы тела составляет $23,18 \text{ кг/м}^2$). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Костно-мышечная система: локтевые, лучезапястные, коленные суставы, проксимальные межфаланговые суставы 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев справа, 2-го, 3-го, 4-го пальцев слева деформированы за счет отека, болезненны при пальпации, симптом поперечного сжатия кистей положительный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 16 движений в минуту. При аускультации тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные. Частота сердечных сокращений - 66 ударов в минуту. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено. Стул не изменен.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

700-800

1000-1200

300-500

1300-1400

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза является необходимым определение

700-800

1000-1200

300-500

1300-1400

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

700-800

1000-1200

300-500

1300-1400

Результаты инструментального метода обследования

У пациентки на рентгенограмме кистей отмечаются незначительное сужение суставных щелей, небольшой околоуставной остеопороз, единичные кистовидные просветления костной ткани. Данные изменения соответствуют +___+ рентгенологической стадии

1

2

3

4

У пациентки сохранено самообслуживание, но из-за поражения коленных суставов больная ограничена в возможности передвигаться по городу на большие расстояния, что соответствует +_____+ функциональному классу

1

3

4

2

Основным диагнозом у данной пациентки является

1

3

4

2

Диагноз

Пациентке следует диагностировать +_____+ клиническую стадию ревматоидного артрита

очень раннюю

развернутую

раннюю

позднюю

В качестве базисной терапии пациентке был назначен метотрексат, целью терапии которым является

снижение активности заболевания

достижение стойкой клинической ремиссии

купирование болевого синдрома

торможение структурного прогрессирования

На фоне проведения базисной терапии пациентке показано мониторировать

общий анализ мочи, общий анализ крови, микробиологическое исследование мочи, микробиологическое исследование крови, исследование кала на скрытую кровь

биохимическое исследование крови на тропонины I и T в динамике, креатинфосфокиназу, коагулограмма, липидный профиль, натрий-уретический пептид

биохимическое исследование крови (мочевая кислота, амилаза, щелочная фосфатаза), коагулограмма, С-реактивный белок, креатинфосфокиназа

общий анализ крови, биохимический анализ крови (АЛТ и АСТ, креатинин, глюкоза), маркеры вирусов гепатитов В, С, ВИЧ, тест на беременность

В качестве препарата первой линии базисной противовоспалительной терапии пациентке следует назначить

метотрексат

глюкозамин

циклофосфамид

азатиоприн

На фоне лечения метотрексатом для профилактики нежелательных реакций пациентке следует назначить

фолиевую кислоту

цианкобаламин

тиамин

аскорбиновую кислоту

Осложнением ревматоидного артрита является

фолиевую кислоту

цианкобаламин

тиамин

аскорбиновую кислоту

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет на приеме у врача общей практики.

Жалобы

На постоянные боли в лучезапястных, локтевых, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, коленных суставах, средней интенсивности (боль по ВАШ 40 баллов), усиливающиеся в покое, уменьшающиеся после физической нагрузки, сопровождающиеся ограничением движений, метеозависимость. Утренняя скованность в суставах около 40 минут.

Анамнез заболевания

Впервые боли появились около 2 года назад в проксимальных межфаланговых суставах кистей, усиливающиеся в покое, через 3 месяца присоединились боли в лучезапястных суставах, появилась утренняя скованность в суставах продолжительностью до 1 часа. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно - диклофенак-гель местно, ибупрофен 200 мг внутрь на ночь ежедневно. Отмечал небольшой положительный эффект. Год назад появились боли в локтевых суставах, ограничение движений в них, в области правого локтевого сустава появилось небольшое образование мягкой консистенции, безболезненное. Полгода назад появилась деформация пальцев стоп, ограничение движений в левом лучезапястном суставе, ограничение движений в кистях (невозможность согнуть кисти в кулак, не может держать удочку в руках). Обратился к врачу из-за усиления болевого синдрома

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: аппендэктомия в возрасте 20 лет, сотрясение

головного мозга в 35 лет, перелом правой голени в 25 лет, желчекаменная болезнь с 2010 года. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Аллергия на диклофенак в виде крапивницы. Наследственность: у отца болели суставы. Работает на заводе сборщиком. Курит по 1,5 пачки в день в течение 22 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 174 см, вес 82 кг, ИМТ 27,08 кг/м². Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренной влажности на ощупь. Видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система: 2,3,4 проксимальные межфаланговые суставы слева, 2,3 проксимальные межфаланговые суставы справа, 1-5 пястно-фаланговых суставы на обеих кистях, лучезапястные суставы припухшие, болезненны при пальпации. Движения в мелких суставах кистей, локтевых и левом лучезапястном суставе ограничены. Ревматоидный узелок в области правого локтевого сустава. Деформация пальцев стоп. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчив. В легких везикулярное дыхание, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧД=17 в минуту. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичные. АД 124/78 мм рт. ст. Пульс 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены, перкуторные размеры в норме. Периферических отеков нет. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Необходимыми методами обследования для проведения диагностики в данном случае являются

фолиевую кислоту

цианкобаламин

тиамин

аскорбиновую кислоту

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

фолиевую кислоту

цианкобаламин

тиамин

аскорбиновую кислоту

Диагноз

У пациента + ____ + рентгенологическая стадия артрита кистей

1

4

2

3

Пациенту следует выставить + _____ + клиническую стадию ревматоидного артрита

развернутую

очень раннюю

раннюю

позднюю

Пациенту можно выставить + ____ + функциональный класс

I

II

III

IV

К внесуставному проявлению данного заболевания относится

ревматоидный узелок

вторичный амилоидоз

генерализованный остеопороз

атеросклеротическое поражение сосудов

Основным базисным противовоспалительным препаратом для лечения ревматоидного артрита является

гидроксихлорохин

циклофосфан

метотрексат

КОЛХИЦИН

На фоне лечения метотрексатом для профилактики нежелательных реакций пациенту следует назначить

аскорбиновую кислоту

цианкобаламин

тиамин

фолиевую кислоту

Начальная доза метотрексата при лечении ревматоидного артрита составляет + ____ + мг в неделю

5-7,5

1-5

10-15

20-25

Показанием для госпитализации больных ревматоидным артритом в ревматологический стационар является

ревматоидный артрит с типичной клинической картиной

решение вопроса о назначении генно-инженерных биологических препаратов

решение вопроса о назначении глюкокортикостероидов

ревматоидный артрит с рентген-стадией 4

Инфликсимаб по механизму действия является

ингибитором интерлейкина-1

ингибитором интерлейкина-6

ингибитором интерлейкина-17

ингибитором фактора некроза опухоли-альфа

К методам реабилитации больных с ревматоидным артритом относится

ингибитором интерлейкина-1

ингибитором интерлейкина-6

ингибитором интерлейкина-17

ингибитором фактора некроза опухоли-альфа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 33 года обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На покраснение кожи в области скул и щёк в виде «бабочки», которое становится заметнее после инсоляции; на слабость, быструю утомляемость; рецидивирующие эрозии на слизистой щёк; боль и тугоподвижность в мелких суставах кистей, истончение и выпадение волос; отечность лица.

Анамнез заболевания

Больной себя считает около двух лет, когда стали появляться "синячки" по всему телу при минимальном физическом воздействии, язвы в полости рта, беспричинные носовые кровотечения. Обследовалась в поликлинике по месту жительства, была выявлена тромбоцитопения ($70 \cdot 10^9/\text{мл}$). Заболевание связали с приемом лекарственных препаратов (в течение 1 месяца до этого принимала Найз 3-4 раза в неделю для купирования болей в правом боку). На основании данных анамнеза и общего анализа крови был выставлен диагноз – медикаментозная тромбоцитопения. Найз был отменен, постоянная терапия не назначена. Язвы в ротовой полости, синячки по всему телу сохранялись. Через полгода присоединились периодические боли и припухлость в мелких суставах кистей, преимущественно утром, сопровождающиеся скованностью в них в течение 15- 20 минут. Год назад во время медосмотра были обнаружены изменения в общем анализе мочи (лейкоциты 10-12 в п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр, белок 0,099 г/л), обратилась к терапевту, выставлен диагноз: пиелонефрит, назначен канефрон. Через месяц после этого боли в суставах и общая слабость усилились, тогда же появилась гиперемия на лице в области щёк и скул в виде «бабочки». Последнее время отмечает нарастание общей слабости, интенсивное выпадение волос, отечность лица по утрам, яркую гиперемию щёк, усиление суставного синдрома.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания – пиелонефрит в 27 лет (во время беременности). Гепатит, туберкулез, сахарный диабет отрицает. Операции отрицает. Гемотрансфузия однократно в 25 лет (во время родов). Аллергию отрицает. Наследственность неотягощена. Работает учителем, профессиональной вредности нет. Беременности-3, роды -1, аборт-1, выкидыш-1. Вредных привычек нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост-167 см, вес- 62 кг, ИМТ- 22,23 $\text{кг}/\text{м}^2$. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые

бледные, в ротовой полости на слизистой щек и неба видны безболезненные эрозии. Энантемы нет. На лице фиксированная эритема в виде «бабочки». Отечность век. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система: лучезапястные суставы припухлые и болезненные при пальпации. В легких перкуторный звук легочной, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Сердечно-сосудистая система: границы относительной тупости в норме, тоны ясные, ритмичны. АД – 108/64 мм рт. ст., ЧСС 72 в мин, пульс 72 в мин. Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет.

Необходимыми методами обследования для проведения диагностики в данном случае являются

ингибитором интерлейкина-1

ингибитором интерлейкина-6

ингибитором интерлейкина-17

ингибитором фактора некроза опухоли-альфа

Результаты обследования

В пользу предполагаемого диагноза будет свидетельствовать выявление

антител к тиреопероксидазе

антител к двуспиральной ДНК

антинейтрофильных цитоплазматических антител

антител к протеиназе-3

антител к миелопероксидазе

антител к антигенам Смитта (Sm)

Наиболее вероятным диагнозом является

антител к тиреопероксидазе

антител к двуспиральной ДНК

антинейтрофильных цитоплазматических антител

антител к протеиназе-3

антител к миелопероксидазе

антител к антигенам Смитта (Sm)

Диагноз

Для данного заболевания наиболее характерна + _____ + анемия

гемолитическая

железодефицитная

апластическая

B12-дефицитная

Для данного заболевания характерно поражение

вестибулярного аппарата

печени

почек

кишечника

В качестве терапии пациентке следует назначить

метотрексат и фолиевую кислоту

гидроксихлорохин и преднизолон

сульфасалазин и диклофенак

циклофосфан и мофетила микофенолат

При выявлении активного волчаночного нефрита терапия начинается с глюкокортикостероидов и

цитостатиков

нестероидных противовоспалительных препаратов

колхицина

генно-инженерных биологических препаратов

Пациентке следует назначить гидроксихлорохин + _____ + мг в сутки

1000-1200

500-700

200-400

100-300

Пациентка на повторном приеме, принимает гидроксихлорохин, планирует беременность. Гидроксихлорохин следует

отменить в III триместре

принимать только в I триместре

продолжать принимать во всех триместрах

отменить до наступления беременности

При наличии суточной протеинурии $> 0,5$ г, помимо терапии глюкокортикоидами и цитостатиками, назначаются

блокаторы ангиотензиновых рецепторов

дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов

диуретики

недигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов

При хронической болезни почек в качестве ренопротекции и контроля АД рекомендована диета с ограничением

поваренной соли

растительной клетчатки

сложных углеводов

жиров

Пациентка относится к + ____ + группе состояния здоровья

поваренной соли

растительной клетчатки

сложных углеводов

жиров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме у врача ОВП мать с девочкой 7 лет. Ребенок посещает детский сад.

Жалобы

На подъем температуры до 38,2°C, частый сухой кашель, необильные прозрачные выделения из носа, першение в горле.

Анамнез заболевания

Больна третий день, заболевание началось с подъема температуры до 38,0°C, появления выделений из носа водянистого характера, покашливания. Мать давала парацетамол, отвар ромашки, спрей Ксимелин-Эко. На второй день заболевания кашель усилился, стал навязчивым, мучительным. Ребенок беспокойно спал, и это стало поводом обращения к врачу.

Анамнез жизни

Родилась доношенным ребенком, росла и развивалась соответственно возрасту, группа здоровья 1. Все прививки выполнены в соответствии с национальным календарем. Болеет редко, из перенесенных заболеваний ринофарингит 5 раз, катаральный отит в 1,5 года. Аллергоанамнез не отягощен. Последнее заболевание - острый фарингит 3 месяца назад, антибиотики тогда не принимала. С 2-х лет посещает дошкольное образовательное учреждение, карантина в группе нет. Родители здоровы. Девочка имеет сестру 2-х лет.

Объективный статус

Состояние расценено как удовлетворительное. Девочка активна. Телосложение правильное, весо-ростовой индекс нормальный. Кожа розовая, чистая, гиперемия щек. Температура тела 37,4°C. Пальпируются единичные подчелюстные, передне- и заднешейные лимфоузлы мелкие, не связанные с окружающей клетчаткой, безболезненные. Миндалины ярко гиперемированы, гипертрофированы до II ст. Из носа скудные прозрачные выделения, мацерация кожи над верхней губой. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Перкуторно над полями легких определяется легочный звук. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильные, ЧСС 112 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул, со слов матери, оформленный, диурез достаточный.

Инструментальная диагностика в данной клинической ситуации

поваренной соли

растительной клетчатки

сложных углеводов

жиров

Результаты инструментального метода обследования

Тактика ведения пациентки в отношении лабораторной диагностики предполагает

- поваренной соли
- растительной клетчатки
- сложных углеводов
- жиров

Результаты лабораторного метода обследования

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

- поваренной соли
- растительной клетчатки
- сложных углеводов
- жиров

Диагноз

Тактика ведения пациентки в отношении антибактериальной терапии предполагает

- назначение ингавирина
- назначение тиамфеникола через небулайзер
- проведение 5-дневного курса амоксициллина _per os_
- воздержание от назначения этой группы препаратов

Ребенку показано интраназальное введение

- гомеопатических препаратов
- глюкокортикостероидов
- физиологического раствора
- интерферона-альфа

В случае повторного повышения температуры тела и появления необходимости назначения жаропонижающих препаратов ребёнку может быть рекомендован прием

метамизола

парацетамола

аспирина

нимесулида

Показанием для назначения девочке жаропонижающих препаратов будет повышение температуры у нее выше + ____ +°C

38,5

39,0

38,0

37,5

В связи с наличием жалоб на сухой кашель, девочке показано назначение

противокашлевых препаратов

пастилок с антисептиками

муколитиков

паровых ингаляций (например, над картошкой)

Добавление в терапии аскорбиновой кислоты

необходимо в качестве препарата «первой линии»

не показано

показано при лихорадке выше 38°C

целесообразно только при проведении антибиотикотерапии

Показанием для проведения рентгенографии придаточных пазух носа детям с ОРВИ является продолжительность назофарингита более

2-3 месяцев

3-4 недель

10-12 дней

3-5 дней

Показанием для назначения антибактериальной терапии ребёнку, страдающему ОРВИ может быть наличие у него

осиплости голоса

3-х и более эпизодов ОРВИ в течение года

муковисцидоза

бронхиальной астмы

Первостепенное значение в качестве мероприятий неспецифической профилактики по предотвращению распространения вирусной инфекции имеет

осиплости голоса

3-х и более эпизодов ОРВИ в течение года

муковисцидоза

бронхиальной астмы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мать с ребенком пришла на прием к врачу ОВП. Мальчик 4 года, посещающий детское дошкольное учреждение.

Жалобы

На повышение температуры до 37,7°C, заложенность носа, умеренные желтоватые выделения из носа, сухой кашель, боли в горле при глотании.

Анамнез заболевания

Болен второй день; вчера, во второй половине дня поднялась температура тела до 37,9°C, появилась заложенность носа. Ночью спал беспокойно: температура колебалась от 37,0°C до 38,0°C, с утра появился редкий сухой кашель, желтоватые выделения из носа. Утром также стали беспокоить боли в горле при глотании, особенно при «пустом глотке»; воду и кашу глотал без затруднений. Боли в горле и выделения из носа стали поводом для обращения к врачу общей практики

Анамнез жизни

Родился доношенным ребенком, рос и развивался по возрасту. Привит согласно национальному календарю прививок. Перенес: ветряную оспу в 3 года,

ротавирусную инфекцию в 1 г 4 мес. С 3,5 лет часто болеет ОРВИ: за последние полгода – 3 раза. Месяц назад перенес острый бронхит: получал амоксициллин, парацетамол, ингаляции с лазолваном, аскорбиновую кислоту. С 3,5 лет посещает дошкольное образовательное учреждение, карантина в группе нет. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние расценено как удовлетворительное. Телосложение правильное, умеренной упитанности. Температура тела на приеме 37,2°C. Кожа розовая, чистая, горячая на ощупь. Пальпируются передне- и заднешейные, подчелюстные и подязычные лимфоузлы мелкие (<5 мм в диаметре), безболезненные, не спаянные с окружающей клетчаткой. Носовое дыхание затруднено Миндалины гипертрофированы до II ст., отмечается их яркая гиперемия. При аускультации: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. ЧСС 116 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, стул, со слов матери, оформленный, диурез достаточный.

Тактика ведения пациента с наблюдаемыми симптомами при отсутствии подозрения на наличие бактериальной инфекции в отношении лабораторной диагностики

осиплости голоса

3-х и более эпизодов ОРВИ в течение года

муковисцидоза

бронхиальной астмы

Результаты лабораторного метода обследования

Инструментальная диагностика в данном случае должна включать

осиплости голоса

3-х и более эпизодов ОРВИ в течение года

муковисцидоза

бронхиальной астмы

Результаты инструментального метода обследования

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

осиплости голоса

3-х и более эпизодов ОРВИ в течение года

муковисцидоза

бронхиальной астмы

Диагноз

Последующая врачебная тактика в отношении этого пациента предполагает

амбулаторное лечение в условиях ОВП

неотложную помощь на догоспитальном этапе, последующую госпитализацию в стационар с круглосуточным пребыванием

неотложную помощь в условиях ОВП, последующую консультацию оториноларинголога

ведение в условиях дневного стационара в ОВП

Этому пациенту необходимо назначить + _____ + терапию

противовирусную

отхаркивающую

жаропонижающую

элиминационную терапию

В данной ситуации тактика в отношении антибактериальной терапии предполагает

назначение препаратов на основании бактериологического анализа мокроты, включая исследование на чувствительность к антибиотикам

воздержание от их назначения

эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра

предпочтительное назначение респираторных фторхинолонов

В отношении противовирусной терапии для данного пациента и его окружения наиболее целесообразно

отказаться от ее использования

назначить кагоцел ребенку в лечебной дозировке, а членам семьи - в профилактической

назначить препараты интерферона в виде капель в нос только больному ребенку

назначить препараты интерферона в виде капель в нос членам семьи для профилактики заражения

Основанием для назначения жаропонижающих препаратов будет

подъем температуры выше $37,5^{\circ}\text{C}$, сохраняющийся более 8 часов

подъем температуры выше $38,5^{\circ}\text{C}$ у ребенка из группы длительно и часто болеющих

подъем температуры выше $38,0^{\circ}\text{C}$, ассоциированный с бронхообструктивным синдромом

связанный с подъемом температуры дискомфорт у ребенка

При появлении у ребёнка показаний к назначению жаропонижающих препаратов предпочтение следует отдать

аспирину

ибупрофену

нимесулиду

метамизолу

В качестве немедикаментозного лечения пациенту показано назначение

строгого постельного режима

горячих ножных ванн

растительных грудных сборов в виде настоев

полупостельного режима на время лихорадки

К современным противовирусным препаратам, эффективным при гриппе А относится

кагоцел

осельтамивир

ингавирин

галовит

Использование метамизола у детей ассоциировано с высоким риском

кагоцел

осельтамивир

ингавирин

галовит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Н., 35 лет, обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

на * общую слабость, повышенную утомляемость, * эпизоды головных болей в затылочной области давящего характера, сопровождающиеся повышением цифр АД максимально до 150-160/80-90 мм рт. ст., * отёчность лица по утрам (преимущественно под глазами), * слабоинтенсивные ноющие боли в поясничной области в течение последних 3-4 недель, * уменьшение выделения мочи и окрашивание её в тёмно-красный цвет.

Анамнез заболевания

2 месяца назад пациентка совершила зимнюю туристическую экспедицию в горы. По возвращению домой отметила у себя появление таких симптомов, как общая слабость, кратковременное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, осиплость голоса, першение в горле, болезненность при глотании и увеличение шейных лимфатических узлов. К врачу не обращалась, своё состояние расценила как ангину, самостоятельно принимала антибактериальные препараты. Через неделю отметила улучшение в виде нормализации температуры тела, исчезновения катаральных явлений, лечение прекратила. Настоящее ухудшение самочувствия в течение последних 3-4 недель, когда появились головные боли, сопровождающиеся дестабилизацией АД, боли в поясничной области, изменился цвет мочи.

Анамнез жизни

* Домохозяйка. * Бытовые условия у пациентки удовлетворительные, приём пищи регулярный. * Вредные привычки отрицает. * Аллергические реакции к медикаментам отрицает. * Профессиональных вредностей не было. * В детстве и подростковом возрасте часто болела ангиной. * Со слов пациентки у её мамы и бабушки также имело место появление мочи тёмно-красного цвета.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, стабильное. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной температуры и влажности. Отмечается пастозность лица, стоп и нижней трети голени с обеих сторон. В лёгких дыхание везикулярное,

проводится на всеми лёгочными полями, патологические дыхательные шумы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, соотношение тонов не изменено, патологические сердечные шумы не выслушиваются. ЧСС 65 уд/мин. АД 155/90 мм рт. ст. на обеих верхних конечностях. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон. Диурез – 600 мл в сутки. Стул регулярный, оформленный, без примесей крови и слизи. Учитывая выраженную клиническую картину, предположительно, семейный характер гематурии, пациентке была рекомендована госпитализация в стационар для дальнейшего обследования и определения тактики лечения.

Для постановки диагноза из лабораторных исследований необходимо выполнить

кагоцел

осельтамивир

ингавирин

галовит

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза из инструментальных методов исследования необходимо выполнить

кагоцел

осельтамивир

ингавирин

галовит

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

кагоцел

осельтамивир

ингавирин

галовит

Диагноз

Гломерулонефрит характеризуется воспалением

- почечных лоханок
- интерстиция
- почечных клубочков
- канальцев

Наиболее эффективным препаратом при ОГН с выраженными отёками и значительным снижением диуреза является/являются

- петлевые диуретики
- ингибиторы АПФ
- недигидропиридиновые блокаторы медленных кальциевых каналов
- бензилпенициллин

Из диуретиков препаратом выбора является

- гипотиазид
- триамтерен
- фуросемид
- спиронолактон

Больному ОГН требуется ограничивать в своём рационе потребление соли, натрия, воды и

- магния
- углеводов
- белка
- железа

При лечении пациентки необходимо ориентироваться на сроки нормализации анализов мочи, в том числе исчезновение гематурии, которая, как правило, исчезает через + _____ + от начала лечения

- 3 – 4 недели

2 – 3 месяца

1-2 недели

3 – 6 месяцев

При лечении пациентки необходимо ориентироваться на нормализацию показателей, в том числе уровня креатинина, который возвращается к исходному значению, как правило, через + _____ + от начала лечения

1-2 недели

4 – 5 месяцев

2 – 3 месяца

3 – 4 недели

Показанием к биопсии почки является

сохранение сниженного СКФ более 5 суток от начала заболевания

выраженная клиническая картина в первые сутки от начала заболевания

мочевой синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне комплемента С3

сохранение высокого уровня креатинина более 5 суток от начала заболевания

После перенесенного ОГН больной должен быть под диспансерным наблюдением в течение +__+ лет

3

8

5

2

Санаторно-курортное лечение может проводиться не ранее чем через +__+ мес. (пороговое значение) после исчезновения клинических признаков болезни

3

8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

На боль в лучезапястных суставах, отек и уплотнение кожи кистей, «зябкость», онемение, изменение цвета кончиков пальцев кистей, кожный зуд, одышку при физической нагрузке, затруднение при глотании твердой пищи, изжогу, сухость во рту, общую слабость, сонливость.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что заболела около 10 лет назад: сначала отметила онемение и припухлость пальцев кистей. Кожа на руках стала «натянутой и блестящей». Периодически отмечала посинение кожи на пальцах кистей и стоп, появление длительно незаживающих язвочек на кончиках пальцев кистей, особенно в зимний период года. Со временем стало трудно открывать рот, появились изжога, сухость во рту. Семь лет назад перенесла двухстороннюю пневмонию, с этого же времени стали беспокоить сухой кашель и одышка при физической нагрузке. Проводилось обследование для исключения туберкулеза: флюорография, диаскин тест – результаты отрицательные.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту * Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, двухсторонняя внебольничная пневмония 7 лет назад. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * Профессиональных вредностей не имела * Аллергических реакций не было * Отец умер от онкологии, у матери длительно гипертоническая болезнь, перенесла мозговой инсульт

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, сухие; отмечается уплотнение кожи пальцев рук. Выраженный синдром Рейно. Красная кайма губ истончена, ротовая апертура уменьшена. На лице и ладонях единичные телеангиэктазии. Болезненность при пальпации лучезапястных и пястно-фаланговых суставов. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Границы сердца расширены влево на 3 см от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. АД 135/90 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул нерегулярный, склонность к запорам. + У пациентки на руках данные общего анализа крови: гемоглобин 134 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 51%, эозинофилы 3%, лимфоциты 43%, моноциты 2%, тромбоциты $245 \times 10^9/л$, СОЭ 20 мм/час.

Для постановки предварительного диагноза необходимо выполнить

3

8

5

2

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза дополнительными методами обследования являются

3

8

5

2

Результаты обследования

Предположительным основным диагнозом является

3

8

5

2

Диагноз

У пациентки

стадия развернутых клинических проявлений

доклиническая стадия

поздняя стадия

начальная стадия

Проявлениям CREST-синдрома является

гипертрофия миокарда левого желудочка

легочная артериальная гипертензия

синдром Рейно

интерстициальная пневмония

Для постановки диагноза системной склеродермии используют

индекс активности по шкале SLEDAI 2K

индекс BASDAI

индекс повреждения (SLICC/ACR Damage index)

классификационные критерии ACR/EULAR

Препаратами первого ряда для лечения феномена Рейно являются

короткодействующие нитраты

блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда

простагландины

бета-адреноблокаторы

При необходимости продолжительного лечения феномена Рейно в качестве препаратов первой линии показаны

длительно действующие антагонисты кальция

простагландины

блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда

бета-адреноблокаторы

Для лечения легочной артериальной гипертензии пациентке показано назначение

антагонистов рецепторов эндотелина-1

бета-адреноблокаторов

антагонистов рецепторов ангиотензина II

ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента

Для лечения диспептических явлений пациентка принимала омепразол в дозировке 20 мг/сут и метоклопромид 30 мг/сут, в течение 2 х недель, однако, вышеуказанные жалобы сохраняются. Рекомендуется проведение

мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки

24-часовой рН-метрии

эзофагогастродуоденоскопии

рентгенографии пищевода с контрастным веществом

Начинать лечение системной склеродермии с глюкокортикостероидов в дозе более 15 мг/кг не показано, поскольку

высока вероятность усугубления течения легочной артериальной гипертензии

имеется высокий риск развития склеродермического почечного криза

высок риск инфекционных осложнений

высок риск развития воспалительной миопатии

Пятилетняя выживаемость при лимитированной форме системной склеродермии составляет + _____ + %

высока вероятность усугубления течения легочной артериальной гипертензии

имеется высокий риск развития склеродермического почечного криза

высок риск инфекционных осложнений

высок риск развития воспалительной миопатии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Х., 66 лет, обратился на прием к врачу-терапевту.

Жалобы

На одышку при физической нагрузке, кашель со слизисто-гнойной мокротой, сонливость днём, бессонницу ночью. В последние 5 дней также отмечает повышенную потливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры тела до 37,4°C.

Анамнез заболевания

Кашель беспокоит примерно с 50 лет. До 60-летнего возраста был

неинтенсивным с небольшим количеством слизистой мокроты. Не лечился, связывал заболевание с курением. Однако за последние годы самочувствие ухудшилось: усилился кашель, характер мокроты стал слизисто-гнойным, присоединилась одышка, интенсивность которой со временем нарастала. Обратился к врачу в связи с повышением температуры тела, увеличением количества выделяемой мокроты, ограничением физической нагрузки из-за одышки (не может подняться выше 3 этажа без остановки).

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курил с 16 до 50 лет по пачке в день, после появления кашля старался ограничивать количество сигарет, на данный момент курит около 10 сигарет в день * профессиональные вредности отрицает, работал инженером, сейчас на пенсии * аллергические реакции: поллиноз, антибиотики пенициллинового ряда - сыпь (крапивница) * отец умер в 70 лет, со слов больного имел какие-то проблемы с легкими

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 178, вес 88 кг. ЧДД - 21 в минуту, одышка преимущественно экспираторного характера. Грудная клетка бочкообразная. Экскурсия нижнего края ограничена до 3-4 см и опущена на 2 см. Бронхофония и голосовое дрожание одинаковые с обеих сторон. По всем легочным полям выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, верхняя на уровне 3 ребра; левая совпадает с верхушечным толчком в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, соотношение тонов не изменено, ритм сердца правильный. Пульс - 76 ударов в минуту. АД - 124/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Температура тела субфебрильная, 37,5°C

Для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей целесообразно выполнить

высока вероятность усугубления течения легочной артериальной гипертензии

имеется высокий риск развития склеродермического почечного криза

высок риск инфекционных осложнений

высок риск развития воспалительной миопатии

Результаты обследования

Оценка тяжести пациентов при ХОБЛ должна определяться

на основании спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ

исключительно на основании данных шкалы mMRC

на основании классификации ХОБЛ согласно _GOLD_

исключительно на основании данных САТ-теста

Предположительным диагнозом у пациента является

на основании спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ

исключительно на основании данных шкалы mMRC

на основании классификации ХОБЛ согласно _GOLD_

исключительно на основании данных САТ-теста

Предположительный диагноз

Как в проксимальных, так и в дистальных отделах дыхательных путей для ХОБЛ характерно повышение

в-лимфоцитов

нейтрофилов

базофилов

моноцитов

Пациенту проведено рентгенологическое исследование легких, которое выявило наличие эмфиземы преимущественно в базальных отделах. Измерение концентрации α 1-антитрипсина данному пациенту

показано, так как это исследование проводится всем пациентам с ХОБЛ

не показано по возрасту

показано в связи с наличием эмфиземы преимущественно в базальных отделах легких

не показано, так как у пациента не выявлена бронхиальная астма

По результатам осмотра по шкале mMRC – 3 балла, САТ-тест – 12 баллов. Пациент отмечает, что состояние ухудшается 1 раз в год. В соответствии с классификацией GOLD (2023г.) пациент относится к категории

Е

В

С

А

В связи с нарастанием интоксикации, а также на основании дополнительно проведенных лабораторных исследований (появление признаков гнойного обострения), было принято включить в лечение антибактериальный препарат. Из антибактериальных препаратов пациенту следует рекомендовать

макролиды

пенициллины

цефалоспорины II поколения

респираторные фторхинолоны

Преимуществом бета-2-агонистов по сравнению с антихолинергическими препаратами при лечении обострения ХОБЛ является

более быстрое развитие эффекта

более высокая эффективность

хорошая переносимость

высокая безопасность

После установления диагноза пациенту следует назначить комбинацию длительно действующего антихолинергического препарата и

короткодействующего антихолинергического препарата

короткодействующего бета-2-агониста

длительно действующего бета-2-агониста

ингаляционного глюкокортикостероида

Данному пациенту показана вакцинация от гриппа и

пневмококка

гемофильной палочки

дифтерии

кори

Одним из показаний для хирургического лечения ХОБЛ – проведения трансплантации легких является

ОФВ1 < 15% должных

легочная гипертензия с СДЛА = 30 мм рт. ст

не менее 2-х обострений в предшествующий год

легочная гипертензия с СДЛА = 25 мм рт. ст

В качестве реабилитационного лечения пациенту следует рекомендовать

ОФВ1 < 15% должных

легочная гипертензия с СДЛА = 30 мм рт. ст

не менее 2-х обострений в предшествующий год

легочная гипертензия с СДЛА = 25 мм рт. ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М. 24 года, обратилась к участковому врачу.

Жалобы

При поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Две недели назад заболело горло, температура поднялась до $38,0^{\circ}\text{C}$. Терапевтом был назначен антибиотик (Амоксиклав) на 10 дней по 500 мг х 3 раза в день, лабораторные исследования не проводились. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось, в связи с чем, через два дня от начала улучшения пациентка самостоятельно отменила прием антибиотика (курс антибактериальной терапии составил 5 дней). Три дня назад отметила появление отеков лица по утрам, моча приобрела красный оттенок, температура поднялась до субфебрильных цифр.

Анамнез жизни

* В анамнезе обращают на себя внимание неоднократные эпизоды тонзиллофарингита (до 3-4 в год) * Вредные привычки отрицает * Студентка театрального вуза * Аллергические реакции отрицает * Мать (54 года) страдает гипертонической болезнью с 40 лет

Объективный статус

Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы подчелюстной области,

болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, налета нет. Тоны сердца чистые, звучные, соотношение тонов не изменено. ЧСС –80 уд./мин., АД –170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Для постановки диагноза из лабораторных методов обследования целесообразно выполнить

ОФВ1 < 15% должных

легочная гипертензия с СДЛА = 30 мм рт. ст

не менее 2-х обострений в предшествующий год

легочная гипертензия с СДЛА = 25 мм рт. ст

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза из инструментальных методов исследования необходимо выполнить

ОФВ1 < 15% должных

легочная гипертензия с СДЛА = 30 мм рт. ст

не менее 2-х обострений в предшествующий год

легочная гипертензия с СДЛА = 25 мм рт. ст

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным основным диагнозом является

ОФВ1 < 15% должных

легочная гипертензия с СДЛА = 30 мм рт. ст

не менее 2-х обострений в предшествующий год

легочная гипертензия с СДЛА = 25 мм рт. ст

Диагноз

Для мембранопролиферативного гломерулонефрита в отличие от постстрептококкового характерно/характерна

более длительная гипокомплементемия

быстрое снижение уровня креатинина в крови

преобладание в клинической картине нефротического синдрома

стойкое снижение функции почек, длительностью до полугода

Показанием к госпитализации при постстрептококковом гломерулонефрите является

незначительная протеинурия в моче, цилиндрурия, сохранная функция почек

нарушение функции почек, сохраняющаяся АГ, признаки сердечной недостаточности, нефротический синдром

повышение титра АСЛ-О в сыворотке крови, макрогематурия, отеки, лейкоцитурия

макрогематурия, отеки по утрам, указание на повышение АД

В течение заболевания титр АСЛ-О

нарастает в течение двух недель от начала заболевания, пик отмечается через 2 месяца, затем снижается в течение полугода

начинает нарастать через месяц от начала заболевания, пик через 2 месяца, снижается через 2-3 месяца после окончания лечения

повышается в первые три дня после начала инфекции, пик через две недели, возвращение к исходному уровню через две недели от начала лечения

повышается через одну неделю после начала инфекции, пик через один месяц, возвращение к исходному уровню в течение нескольких месяцев

Препаратами первой линии при симптоматической терапии являются

антибиотики

петлевые диуретики

ингибиторы АПФ

антагонисты минералкортикоидных рецепторов

Назначение антибиотиков пациентке показано

на основании повышенного уровня АСЛО, без дополнительного бактериологического исследования

только после бактериологического исследования

только в случае нарастания титра АСЛО через 1-2 недели

только в случае появления лихорадка и появлении боли в горле

Немедикаментозными принципами лечения гломерулонефрита являются/является

на основании повышенного уровня АСЛО, без дополнительного бактериологического исследования

только после бактериологического исследования

только в случае нарастания титра АСЛО через 1-2 недели

только в случае появления лихорадка и появлении боли в горле

Дополнительная информация

Через 3 дня от начала лечения пациентка была госпитализирована в стационар в связи с сохранением нефротического синдрома. Проводилось лечение, но нефротический синдром сохраняется более 2-х недель, уровень креатинина 115 мкмоль/л – без динамики последние 2 недели.

Тактикой врача является

назначение амоксиклава в двойной терапевтической дозе

заместительная почечная терапия

проведение биопсии почки

увеличение дозы петлевых диуретиков и дозы иАПФ

Показанием к биопсии почки является

выраженная клиническая картина в первые сутки от начала заболевания

мочевой синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне комплемента С3

сохранение сниженного СКФ более 5 суток от начала заболевания

сохранение высокого уровня креатинина более 5 суток от начала заболевания

Одним из факторов неблагоприятного прогноза течения заболевания является

выраженная клиническая картина в первые сутки от начала заболевания

мочевой синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне комплемента С3

сохранение сниженного СКФ более 5 суток от начала заболевания

сохранение высокого уровня креатинина более 5 суток от начала заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М. 56 лет обратился на прием к участковому врачу.

Жалобы

Боли в эпигастральной области с иррадиацией в левую половину грудной клетки и левую лопатку, возникающие сразу после приема пищи, отрыжка кислым, тошнота, запоры, рвота кислым желудочным содержимым, приносящая облегчение.

Анамнез заболевания

Боли беспокоят пациента с 53 лет. Со слов пациента перенес сложный перелом лодыжки. Принимал диклофенак 75 мг 4-5 раз в неделю в течение 1 месяца при возникновении боли в лодыжке. В данный момент также принимает препарат. Боль в желудке связывает с употреблением острой пищи. В последние дни заметил некоторое уменьшение болей, но рвота приобрела красноватый оттенок.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает * Профессиональные вредности отрицает.
* Курит с 20 лет по 4 сигареты в день. * Отец страдал язвенной болезнью желудка.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 176см. вес 81 кг ЧДД 16 в минуту. Язык обложен белым налётом. ЧСС 81 уд/мин. Температура 36,5°C. При пальпации живот чувствителен в эпигастральной области. АД 100/90 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, дыхательных шумов нет. Пациент выполнил общий анализ крови в сторонней клинике сутки назад: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 140 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ 8 мм/ч, лейкоциты $6,9 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула без отклонений.

Для постановки диагноза пациенту необходимо выполнить

выраженная клиническая картина в первые сутки от начала заболевания

мочевой синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне комплемента С3

сохранение сниженного СКФ более 5 суток от начала заболевания

сохранение высокого уровня креатинина более 5 суток от начала заболевания

Результаты инструментальных методов обследования

В связи с тем, что пациенту проводится ЭГДС, методом первичной диагностики *Helicobacter pylori* будет являться

- ^13^C-дыхательный уреазный тест
- определение антигена *H. pylori* в кале
- быстрый уреазный тест
- микробиологический метод

У пациента не выявлена инфекция *H. pylori*. Наиболее вероятный диагноз следует сформулировать как

- ^13^C-дыхательный уреазный тест
- определение антигена *H. pylori* в кале
- быстрый уреазный тест
- микробиологический метод

Диагноз

Основной причиной поражения желудка у пациента является

- наследственная предрасположенность
- гиперпаратиреоз
- синдром Золлингера-Эллисона
- длительный прием НПВП

Наиболее вероятным осложнением, которое может возникнуть у пациента, является

- кровотечение
- малигнизация
- пенетрация
- перфорация

Признаком гастродуоденальных язв и эрозий, обусловленных приемом НПВП, являются/является

большие размеры и локализация язвенного дефекта на большой кривизне желудка, частое осложнение в виде перфорации

единичные язвы больших размеров, расположены преимущественно в 12-перстной кишке, редко в желудке, тяжелое течение, упорная диарея

множественный характер, малосимптомное течение, манифестация внезапными желудочно-кишечными кровотечениями

локализация не только в желудке и двенадцатиперстной кишке, но и в тощей кишке, а иногда и пищеводе; выраженные болевые ощущения

Препаратами выбора для данного пациента является (-ются)

препараты аминокaproновой кислоты

блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов

ребамипид

ингибиторы протонного насоса

Длительность лечения пациента ингибиторами протонного насоса должна составлять в среднем

1-2 недели

4-6 недель

2-3 недели

3-4 месяца

Пациенту следует исключить из питания

яйца

черствый белый хлеб

морскую рыбу

крепкие мясные бульоны

Одним из признаков малигнизации язвы желудка может явиться

усиление болезненности при пальпации в эпигастральной области

утрата периодичности, сезонности обострений

появление тромбоцитопении

появление частой диареи

Симптомами начала перфорации язвы являются/является

внезапная «кинжальная» боль, вынужденное положение на спине или на боку с приведенными к животу ногами

кровавая рвота в виде кофейной гущи, дегтеобразный стул (мелена)

постоянная боль в эпигастрии, усиливающаяся в ночное время, иррадиирующая в спину, вынужденное сидячее положение

постепенно нарастающая боль в эпигастрии, теряющая суточный ритм и связь с приемом пищи

Пациентам с лабораторно и эндоскопически подтвержденным язвенным кровотечением с целью его остановки в рамках других мероприятий по достижению гемостаза рекомендуется

внезапная «кинжальная» боль, вынужденное положение на спине или на боку с приведенными к животу ногами

кровавая рвота в виде кофейной гущи, дегтеобразный стул (мелена)

постоянная боль в эпигастрии, усиливающаяся в ночное время, иррадиирующая в спину, вынужденное сидячее положение

постепенно нарастающая боль в эпигастрии, теряющая суточный ритм и связь с приемом пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 64 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На припухание, боль и ограничение движений в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над этими суставами.

Анамнез заболевания

8 лет тому назад на фоне относительного благополучия пациент впервые в жизни отметил появление покраснения, отёчности и интенсивных болей в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал, позже стали возникать подобные приступы с вовлечением мелких суставов правой стопы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно пациент замечал

безболезненное отхождение с мочой конкрементов желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает бухгалтером. * Перенесенные заболевания и операции: отрицает. * Наследственность: неотягощена. * Аллергологический анамнез: неотягощен. * Вредные привычки: курит, употребление алкоголя - по 0,3-0,5 мл пива 4-5 раз в неделю, 1-2 раза в неделю употребление крепких алкогольных напитков в количестве, не превышающем 200 мл.

Объективный статус

Телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,2 - 0,3 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато-багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

Лабораторная диагностика пациента должна включать исследование в сыворотке крови уровня

внезапная «кинжальная» боль, вынужденное положение на спине или на боку с приведенными к животу ногами

кровавая рвота в виде кофейной гущи, дегтеобразный стул (мелена)

постоянная боль в эпигастрии, усиливающаяся в ночное время, иррадиирующая в спину, вынужденное сидячее положение

постепенно нарастающая боль в эпигастрии, теряющая суточный ритм и связь с приемом пищи

Результаты лабораторного метода обследования

При отсутствии возможности проведения пациенту УЗИ сустава, исследование можно заменить

внезапная «кинжальная» боль, вынужденное положение на спине или на боку с приведенными к животу ногами

кровавая рвота в виде кофейной гущи, дегтеобразный стул (мелена)

постоянная боль в эпигастрии, усиливающаяся в ночное время, иррадиирующая в спину, вынужденное сидячее положение

постепенно нарастающая боль в эпигастрии, теряющая суточный ритм и связь с приемом пищи

Результаты обследования

На основании полученных результатов пациенту может быть сформулирован диагноз

внезапная «кинжальная» боль, вынужденное положение на спине или на боку с приведенными к животу ногами

кровавая рвота в виде кофейной гущи, дегтеобразный стул (мелена)

постоянная боль в эпигастрии, усиливающаяся в ночное время, иррадиирующая в спину, вынужденное сидячее положение

постепенно нарастающая боль в эпигастрии, теряющая суточный ритм и связь с приемом пищи

Диагноз

Стадия болезни у пациента соответствует

острому подагрическому артриту

бессимптомной гиперурикемии с депонированием моноурата натрия

бессимптомной гиперурикемии

хронической тофусной подагре вне обострения

При появлении подозрений на наличие атипичной локализации тофусов в позвоночнике пациента предпочтительным будет проведение

ультразвукового исследования

магнитно-резонансной томографии

компьютерной томографии

позитронной эмиссионной томографии

Для оценки функции почек пациенту необходимо провести определение + _____ + сыворотки

креатинина

альбумина

мочевой кислоты

мочевины

С целью купирования острого приступа подагры пациенту показано назначение

но-шпы

гидроксихлорохина

аллопуринола

колхицина

В случае неэффективности стартовой терапии колхицином в средних дозах пациенту будет целесообразно

увеличить объём выделяемой жидкости за счет обильного питья

добавить к терапии петлевой диуретик

назначить НПВС

увеличить дозу колхицина до максимальной

После регресса симптоматики острого подагрического артрита (в случае исключения у пациента нарушения функции почек) ему показано проведение базисной уратснижающей терапии

коррекцией диеты

колхицином

аллопуринолом

канакинумабом

Целевые значения урикемии на фоне поддерживающей уратснижающей терапии у данного пациента должны быть ниже + _____ + мкмоль/л

180

400

200

300

Одним из возможных клинических проявлений подагры является

геморрагический васкулит

ревматоидный артрит

остеоартроз

мочекаменная болезнь

Группой препаратов, не рекомендованных к применению у пациентов с артериальной гипертензией, является

геморрагический васкулит

ревматоидный артрит

остеоартроз

мочекаменная болезнь

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ш., 64 года, пенсионерка, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На снижение аппетита; чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приема любой пищи; отрыжку воздухом и вздутие живота; чувство онемения и покалывания в нижних конечностях; периодическая диарея; чувство жжения и онемения на кончике языка; постоянную слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 8-ми месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии после еды, вздутие живота и отрыжку воздухом. В течение последних 6-ти месяцев отмечает разжижение стула. + При расспросе выяснено, что 4 года назад пациентке была произведена правосторонняя гемиколонэктомия по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки. Пациентка наблюдается у врача гастроэнтеролога и колопроктолога, данных о рецидиве заболевания нет. + С вышеуказанными жалобами никуда не обращалась, лечение не проходила. За последний год похудела на 5 кг. Ухудшение состояния за последний месяц – усиление всех симптомов, появление чувства жжения и онемения кончика языка, онемения и покалывания в нижних конечностях.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, ветряная оспа в 5 лет.

Холецистэктомия – в 53 года. + Эпиданамнез: Тбс, гепатит, венерические заболевания отрицает. За границу не выезжала. Укусов клещей не было. С

инфекционными больными в контакте не была. Сырую воду не пьет. В водоемах не купалась. + Гемотрансфузии: не проводились. + Наследственность: неотягощена. + Аллергологический анамнез: пищевая, лекарственная, химическая аллергия отсутствует. + Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 3, аборты – 0. Менопауза с 51 года. + Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет «редко в малых дозах». + Проф. анамнез: работала продавщицей хозяйственных товаров, профессиональных вредностей не было. + Бытовые условия хорошие, питание регулярное, разнообразное, вегетарианской диеты не соблюдает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. + Рост – 165 см, вес – 56 кг, ИМТ – 20,6 кг/м², температура тела – 37,1°C. + Телосложение – нормостеническое. + Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, сухие, эластичность снижена. + Видимые слизистые бледные, чистые. Склеры иктеричны. + Язык красный, гладкий и блестящий («лакированный»). + Периферические л/узлы не увеличены. + Костно-мышечная система: атрофия и слабость мышц верхних и нижних конечностей. + Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД=130/80 мм рт. ст., Ps=84 уд/мин. + Легкие – перкуторно легочной звук, дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД – 16 в 1 мин. + Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Передненижний край печени – на уровне реберной дуги, закругленный, поверхность эластичная. + Отмечается пастозность стоп и голеней.

В план обследования пациентки необходимо включить

геморрагический васкулит

ревматоидный артрит

остеоартроз

мочекаменная болезнь

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

геморрагический васкулит

ревматоидный артрит

остеоартроз

мочекаменная болезнь

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

геморрагический васкулит

ревматоидный артрит

остеоартроз

мочекаменная болезнь

Диагноз

Клиническим(- и) проявлением (-ями) фуникулярного миелоза у данной пациентки является/являются

чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после еды

жжение и онемение кончика языка

периодическая диарея

ощущение онемения и покалывания в ногах

Клиническим проявлением поражения системы пищеварения у данной пациентки является

наличие общей слабости

гладкий «лакированный» язык

бледность кожных покровов с желтушным оттенком

пастозность стоп и голеней

Наиболее вероятной причиной развития у пациентки В12-дефицитной анемии является

холецистэктомия в анамнезе

резекция толстого кишечника в анамнезе

атрофический гастрит

пожилой возраст

Пациентке показан + _____ + путь введения цианкобаламина

внутримышечный

ингаляционный

пероральный

сублингвальный

Ранний контроль эффективности терапии В12-дефицитной анемии по возникновению ретикулоцитарного криза проводится на +___+ сутки от начала лечения

1-3

5-7

14-21

10-14

После начала терапии цианкобаламином повышение уровня гемоглобина ожидается на +_____+ сутки

14-21

30-35

1-3

7-10

Ежедневная потребность организма человека в витамине В12 составляет +_____+ мкг

10-20

2-4

50-60

5-10

Показанием для переливания эритроцитарной массы больным В12-дефицитной анемией является

оценка индивидуальных показаний

степень снижения В12 в сыворотке крови

уровень гемоглобина

наличие или отсутствие ретикулоцитарного криза

Характерным диагностическим признаком В12-дефицитной анемии при исследовании мазка костного мозга является обнаружение

оценка индивидуальных показаний

степень снижения В12 в сыворотке крови

уровень гемоглобина

наличие или отсутствие ретикулоцитарного криза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 27 лет обратилась к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

* Частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приёма пищи; * чувство быстрого насыщения; * отрыжка кислым; * общая слабость; * неустойчивость стула.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5-ти лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад. Самостоятельно принимала антациды с кратковременным положительным эффектом.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает учителем в школе, профессиональные вредности отрицает. * Перенесенные заболевания и операции: отрицает. * Наследственность неотягощена. * Аллергологический анамнез неотягощен. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Пациентка нормостенического телосложения, рост=167 см, вес=62 кг. Состояние удовлетворительное: кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Отёков нет, периферические л/у не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=72 в минуту, АД=110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Учитывая наличие у пациентки симптоматики желудочной диспепсии лабораторное обследование должно включать

оценка индивидуальных показаний

степень снижения В12 в сыворотке крови

уровень гемоглобина

наличие или отсутствие ретикулоцитарного криза

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

- оценка индивидуальных показаний
- степень снижения В12 в сыворотке крови
- уровень гемоглобина
- наличие или отсутствие ретикулоцитарного криза

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительный диагноз пациентки может быть сформулирован как

- оценка индивидуальных показаний
- степень снижения В12 в сыворотке крови
- уровень гемоглобина
- наличие или отсутствие ретикулоцитарного криза

Диагноз

Клинический вариант функциональной диспепсии у данной пациентки может быть определен как

- латентное течение диспепсии
- синдром болей в эпигастрии
- безболевой тип
- постпрандиальный дистресс синдром

Проведение эрадикационной терапии у пациентки

- не показано, поскольку примерно 85% населения Земли инфицированы *H. pylori* и эта инфекция не является самостоятельной нозологической формой
- не показано при отсутствии морфологических доказательств наличия острого или хронического гастрита
- показано, потому что позволит исключить наличие функциональной диспепсии, ассоциированной с *H. pylori*

показано, потому что инфекция *H. pylori* повышает риск развития язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

В качестве эрадикационной терапии, кроме ингибитора протонной помпы, пациентке показано назначение

тетрациклина и препарата висмута

азитромицина и метранидазола

амоксциллина и кларитромицина

амоксиклава и гентамицина

Оценку эффективности проведённой эрадикационной терапии следует проводить не ранее чем через +__+ недели (недель)

6

2

8

4

Продолжительность эрадикационной терапии в данном клиническом случае должна составлять +___+ (в днях)

7

28

21

14

Для оценки эффективности проведённой эрадикационной терапии у пациентки нельзя будет использовать

определение антигена *H. pylori* в кале

определение антител к *H. pylori*

быстрого уреазного теста

дыхательный тест с мочевиной

При исчезновении симптоматики диспепсии после проведения эрадикационной терапии говорить о функциональном её характере у данной больной и об отсутствии ассоциации с инфекцией *H. pylori* можно только по прошествии + ____ + (в месяцах)

3-4

6-12

1-2

12-24

В случае сохранения у пациентки симптоматики диспепсии по окончании эффективной эрадикационной терапии по отрицательному результату дыхательного уреазного теста показано назначение

прокинетиков

спазмолитиков

антигистаминных препаратов

препаратов висмута

Под постпрандиальным дистресс-синдромом понимают

прокинетиков

спазмолитиков

антигистаминных препаратов

препаратов висмута

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась к участковому терапевту.

Жалобы

На интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, левую половину шеи, межлопаточное пространство, без эффекта от приема нитроглицерина.

Анамнез заболевания

В анамнезе с 50 лет артериальная гипертензия с максимальным подъемом цифр АД до 210/100 мм рт. ст., сопровождающаяся головной болью в затылочной области, общей слабостью. Антигипертензивную терапию принимала

нерегулярно. За медицинской помощью по этому поводу не обращалась. Около 2-х лет отмечает давящую боль за грудиной при умеренных физических нагрузках с эффектом от нитроглицерина, с постепенным снижением толерантности к физическим нагрузкам. Сегодня утром по дороге на работу отметила ангинозный приступ без эффекта от нитроглицерина. С момента приема препарата прошло более 9 часов. Обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни

* иные хронические заболевания отрицает; * курит на протяжении 20 лет по 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение активное. Рост 165 см. Вес 82 кг. ИМТ 30,12 кг/м². Температура тела — 38,5°C. Кожные покровы теплые, повышенной влажности, обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 24 в минуту, сатурация SpO₂ — 90% без респираторной поддержки. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, патологические шумы не выслушиваются, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление — 180/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9х8х7 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Вызвана бригада СМП.

В данной ситуации из инструментальных исследований целесообразно выполнить

прокинетиков

спазмолитиков

антигистаминных препаратов

препаратов висмута

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

прокинетиков

спазмолитиков

антигистаминных препаратов

препаратов висмута

Результаты лабораторных методов обследования

Стратификацию риска неблагоприятного исхода инфаркта у пациентки

в стационаре определять не рекомендуется

следует определить с использованием шкалы TIMI

следует определить с использованием шкалы GRACE

следует определить с использованием шкалы PAMI

Для диагностики распространения инфаркта на правый желудочек и базальные отделы левого желудочка необходимо

использовать дополнительные отведения ЭКГ V₇-V₉ и V_{3R} и V_{4R}

провести спирометрию

провести суточное мониторирование АД

повернуть пациента на живот с целью купирования ангинозного приступа

Для купирования болевого приступа рекомендовано использовать

морфин

ибупрофен

нимесулид

диклофенак

У пациентки выраженное беспокойство и возбуждение. Показан

галоперидол

аминазин

диазепам

димедрол

По данным коронарной ангиографии у пациентки внутрикоронарный тромбоз – субокклюзия в бассейне левой коронарной артерии в правой межжелудочковой ветви. Методом реперфузионной терапии, который необходимо провести пациентке, является

антиагрегантная терапия

аортокоронарное шунтирование

тромболитическая терапия

чрескожное коронарное вмешательство

Пациентке перед проведением эндоваскулярной реваскуляризации показана терапия комбинацией

клопидогреля и нефракционированного гепарина

клопидогреля и фуросемида

ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля

ацетилсалициловой кислоты и варфарина

Перед планирующимся проведением чрескожного коронарного вмешательства нагрузочная доза клопидогреля должна составить + ____ + (пороговое значение в мг)

150

300

225

600

Рекомендовано продолжать двойную антитромбоцитарную терапию в течение + _____ + (в месяцах)

12

2

3

24

В качестве инструмента стратификации риска ранней выписки может быть рекомендована шкала

Zwolle

{nbsp}CHADS~2~VASc

{nbsp}SCORE

{nbsp}HASBLED

Для снижения риска смерти и улучшения функционального состояния пациентку следует включить в программы кардиореабилитации продолжительностью

Zwolle

{nbsp}CHADS₂-VASc

{nbsp}SCORE

{nbsp}HASBLED

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,9°C, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание в ночное время, рези при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро, состояние ухудшилось в последние 2 дня. Месяц назад перенесла обострение хронического цистита, после переохлаждения на катке. Лечилась народными методами.

Анамнез жизни

Работает кассиром. Имеет 1 ребенка. Естественные роды. Семейный анамнез не отягощен. Аллергоанамнез: аллергия на магнезию по типу крапивницы. Перенесенные заболевания: Хронический цистит с 28 лет. В детстве перенесла ветряную оспу, ОРВИ. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступна контакту. Положение активное. Масса 60 кг, рост 160 см. ИМТ 23,43 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 39,0 С. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 77 уд/мин. + Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

Из лабораторных исследований целесообразно выполнить

Zwolle

{nbsp}CHADS~2~VASc

{nbsp}SCORE

{nbsp}HASBLED

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных исследований целесообразно выполнить

Zwolle

{nbsp}CHADS~2~VASc

{nbsp}SCORE

{nbsp}HASBLED

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

Zwolle

{nbsp}CHADS~2~VASc

{nbsp}SCORE

{nbsp}HASBLED

Диагноз

Возбудителем острого пиелонефрита наиболее часто является

_ {nbsp}Klebsiella pneumoniae _

_ {nbsp}Escherichia coli _

_ {nbsp}Proteus mirabilis _

_ {nbsp}Staphylococcus saprophyticus _

Объём выпиваемой жидкости во время лечения должен составлять

+ _____ + мл/сутки

1000–2000

2500–3000

100–150

2000–2500

До получения результатов бактериологического посева мочи всем пациентам с острым пиелонефритом рекомендуется

применение уросептиков

назначение антикоагулянтов

проведение эмпирической антибактериальной терапии

применение витаминных препаратов

Всем пациентам для лечения острого неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения в качестве терапии первой линии показаны

аминогликозиды перорально

фторхинолоны перорально

макролиды перорально

пенициллины внутривенно

Средняя продолжительность применения антибактериальных препаратов первой линии при неосложненном пиелонефрите нетяжелого течения должна составлять + ____ + дней

3-5

10-14

7-10

14-17

Выполнение нефрэктомии рекомендуется при

одностороннем нефросклерозе с умеренным снижением функции

наличии гнойного разрушения менее 1/3 почечной паренхимы

наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы

пузырно-мочеточниковом рефлюксе в пораженной почке

После купирования атаки острого пиелонефрита и нормализации анализов мочи показана/показано

соблюдение диеты с ограничением соли, белка, продуктов, обогащенных калием, физиотерапия, ограничение физических нагрузок

длительная терапия отварами мочегонных и антисептических трав или официальными растительными препаратами

прием низких доз антибиотиков от 3 до 6 месяцев, ограничение физических нагрузок

соблюдение диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки, физиотерапия курсами 1 раз в месяц в течение 6-ти месяцев

Пациентам с вторичным (обструктивным) острым пиелонефритом антибактериальная терапия должна начинаться

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

незамедлительно после постановки диагноза перорально в минимальной дозе, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

через 5 дней после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки перорально в минимальных дозах

незамедлительно после постановки диагноза внутривенно в максимально больших дозах, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

При наличии у пациента хронической болезни почек 3б -5 ст. (скорость клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин), более предпочтительна терапия

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

незамедлительно после постановки диагноза перорально в минимальной дозе, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

через 5 дней после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки перорально в минимальных дозах

незамедлительно после постановки диагноза внутривенно в максимально больших дозах, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к терапевту.

Жалобы

На головную боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами, эпизоды головокружения и общей слабости.

Анамнез заболевания

С 50 лет отмечает повышение давления с максимальным подъемом цифр АД до 200/100 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области. Антигипертензивную терапию не принимала. За медицинской помощью не обращалась. Сегодня утром отметила головную боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами. Обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни

* Иные хронические заболевания отрицает; * курение, алкоголь отрицает; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Температура тела — 36,6°C. Кожные покровы теплые, обычной влажности и окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 16 в минуту, сатурация SpO_2 — 99% без респираторной поддержки. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, патологические шумы не выслушиваются, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 85 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита нет. Артериальное давление — 210/110 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9x8x7 см. Пальпация печени безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение. + ИМТ 28 кг/м².

В данной ситуации из инструментальных исследований целесообразно выполнить

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

незамедлительно после постановки диагноза перорально в минимальной дозе, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

через 5 дней после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки перорально в минимальных дозах

незамедлительно после постановки диагноза внутривенно в максимально больших дозах, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

Результаты инструментальных методов обследования

Из лабораторных исследований пациентке целесообразно выполнить

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

незамедлительно после постановки диагноза перорально в минимальной дозе, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

через 5 дней после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки перорально в минимальных дозах

незамедлительно после постановки диагноза внутривенно в максимально больших дозах, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

Результаты лабораторных методов обследования

На основании полученных результатов проведённого обследования пациентке может быть поставлен диагноз

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

незамедлительно после постановки диагноза перорально в минимальной дозе, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

через 5 дней после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки перорально в минимальных дозах

незамедлительно после постановки диагноза внутривенно в максимально больших дозах, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

Диагноз

У пациентки артериальная гипертензия +__+ степени

3

1

2

4

Для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у данной пациентки необходимо использовать шкалу

{nbsp}HASBLED

{nbsp}CHADS2VASc

{nbsp}SCORE

{nbsp}GRACE

По результатам проведенного обследования пациентке может быть диагностирована +__+ стадия гипертонической болезни

2

4

3

1

Сердечно-сосудистый риск пациентки может быть оценен как

высокий/очень высокий

низкий

умеренный

умеренный/высокий риск

Терапию пациентки следует начать с

монотерапии блокатором ренин-ангиотензиновой системы

немедикаментозного лечения в течение 1-го месяца, включая диету с целью снижения массы тела

комбинации блокатора ренин-ангиотензиновой системы и дигидропиридинового антагониста кальция

комбинации блокатора ренин-ангиотензиновой системы и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента

Пациентке рекомендуется снижать САД до целевых значений + ____ + мм рт.ст

135 - 140

139 - 149

120 – 130

130 –139

В питании пациентке следует рекомендовать уменьшить употребление

грубой клетчатки

морской рыбы

мяса

молочных продуктов

У пациентки с артериальной гипертензией следует уменьшить потребление соли до + __ + г/сутки

8

10

5

2

В рамках диспансерного наблюдения пациентке следует рекомендовать проведение оценки факторов риска и ПОМ не реже 1 раза в + ____ + месяцев (-а)

8

10

5

2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 57 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту.

Жалобы

Повышение температуры тела до 38,9°C, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание ночью, рези при мочеиспускании.

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро, состояние ухудшилось за последние несколько дней. Симптомы появились после сильного переохлаждения - рубил лес в морозную погоду.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Работает трактористом. Семейный анамнез - у отца мочекаменная болезнь. Аллергоанамнез: отрицает. Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь раз в неделю. Перенесенные заболевания: В анамнезе мочекаменная болезнь с 50 лет. Простатит, выявлен в течение года. Подагра. В детстве перенес ветряную оспу, ОРВИ. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает. Постоянный прием: Аллопуринол 100 мг/сут.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступен контакту. Положение активное. Масса 70 кг, рост 165 см. ИМТ 25,73 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 38,9°C. В легких дыхание жесткое. Хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 70 уд/мин. + Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

Из лабораторных исследований целесообразно выполнить

8

10

5

2

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных исследований целесообразно выполнить

8

10

5

2

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемым основным диагнозом является:

+ _____ + пиелонефрит. + _____ + стадия. С
+ _____ + функцией почек

8

10

5

2

Диагноз

Возбудителем острого пиелонефрита наиболее часто является

{nbsp}Escherichia coli

{nbsp}Enterococcus

{nbsp}Pseudomonas aeruginosa

{nbsp}Proteus mirabilis

Дальнейшая тактика участкового врача-терапевта в данном случае должна заключаться в

ведении пациента в амбулаторных условиях с назначением
антибактериальной терапии

госпитализации в терапевтическое отделение в плановом порядке

оформлении направления на санаторно-курортное лечение

экстренной госпитализации пациента в урологический стационар

При вторичном (обструктивном) остром пиелонефрите антибактериальная терапия должна начинаться

незамедлительно после постановки диагноза, антибиотики вводятся внутривенно в максимальных дозах, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

через 7 дней после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки перорально в минимальных дозах

незамедлительно после постановки диагноза перорально в минимальной дозе, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

Данному пациенту показана

реконструктивно-пластическая операция на почках

нефрэктомия

установка внутреннего стента

передняя тазовая экзентерация

Всем пациентам для лечения острого осложненного пиелонефрита в качестве терапии первой линии показано

внутривенное введение цефалоспоринов 3-4 поколения

внутривенное назначение фторхинолонов

пероральное назначение аминогликозидов

пероральное назначение фторхинолонов

После восстановления оттока мочи объём выпиваемой жидкости во время лечения должен составлять + _____ + мл/сут

2000–2500

1000–2000

200–500

2600–2800

Нефрэктомия показана при

наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы
одностороннем нефросклерозе с умеренным снижением функции
выраженном пузырно-мочеточниковом рефлюксе в пораженной почке
наличии гнойного разрушения менее 2/3 почечной паренхимы

Тактика ведения пациента после купирования обострения пиелонефрита должна заключаться в рекомендациях

длительного приема мочегонных и уросептиков, коррекции артериального давления
по соблюдению диеты с ограничением продуктов, богатым калием, физиотерапии
по соблюдению диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки
длительного приема низких доз диклофенака с постепенной отменой

В случае наличия у пациента почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин), показано лечение

длительного приема мочегонных и уросептиков, коррекции артериального давления
по соблюдению диеты с ограничением продуктов, богатым калием, физиотерапии
по соблюдению диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки
длительного приема низких доз диклофенака с постепенной отменой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к участковому терапевту.

Жалобы

На одышку при обычной физической активности, сердцебиение, утомляемость, отеки голеней и стоп.

Анамнез заболевания

С 50 лет артериальная гипертензия с максимальным подъемом цифр АД до 180/100 мм рт. ст., сопровождающееся головной болью в затылочной области, общей слабостью. Постоянная антигипертензивная терапия лозартаном 100 мг/сут с достижением целевого уровня АД. В 60 лет перенесла инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка. Проводилась консервативная

терапия. Последние 2 месяца стала отмечать одышку при обычной физической активности, сердцебиение и утомляемость, появились отеки ног. Обратилась к участковому терапевту.

Анамнез жизни

* Иные хронические заболевания отрицает; * курение, алкоголь отрицает; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Положение активное. Рост 165 см. Вес 82 кг. ИМТ 30,12 кг/м². Температура тела — 38,5°C. Кожные покровы теплые, повышенной влажности, обычной окраски. Отеки голеней и стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка обычной формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный над всеми полями. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах легких. Частота дыхательных движений — 20 в минуту, сатурация SpO₂ — 98% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок локализуется в V межреберье по срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя — нижний край II ребра, левая — на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца приглушены, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений — 85 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита нет. Артериальное давление — 150/90 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Пальпация печени безболезненна. Селезенка: не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация в точках Кювье безболезненна. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. По тяжести состояния пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение.

В данной ситуации из инструментальных исследований целесообразно выполнить

длительного приема мочегонных и уросептиков, коррекции артериального давления

по соблюдению диеты с ограничением продуктов, богатым калием, физиотерапии

по соблюдению диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки

длительного приема низких доз диклофенака с постепенной отменой

Результаты инструментальных методов обследования

В данной ситуации из лабораторных исследований целесообразно выполнить

- длительного приема мочегонных и уросептиков, коррекции артериального давления
- по соблюдению диеты с ограничением продуктов, богатым калием, физиотерапии
- по соблюдению диеты с ограничением белка до 0,6 г/кг/массы тела в сутки
- длительного приема низких доз диклофенака с постепенной отменой

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее специфичными клиническими признаками, характерными для хронической сердечной недостаточности, являются

- влажные хрипы в легких, тахипноэ
- гепатоюгулярный рефлюкс, третий тон (ритм галопа)
- шумы в сердце, тахикардия
- периферические отеки, асцит

Учитывая результаты эхокардиографии, у пациентки хроническая сердечная недостаточность с (со) + _____ + фракцией выброса

- промежуточной
- низкой
- высокой
- сохранной

У пациентки + _____ + функциональный класс хронической сердечной недостаточности

- I
- II
- IV
- III

При лечении хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса препаратами первой очереди являются ингибиторы ангиотензинсин-превращающего фермента, бета-адреноблокаторы, а также

альдостерона антагонисты

нитраты

сердечные гликозиды

ивабрадин

У пациентки имеются признаки задержки жидкости. В данном случае ей следует рекомендовать терапию диуретиками, начиная

с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса не составит 0,5-1,0 кг ежедневно

с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса не составит 1,5-2,0 кг ежедневно

с высоких доз в течение 1 недели, затем титровать дозу, пока потеря веса не составит 1,0 кг ежедневно

с высоких доз в течение 1 недели, затем постепенно снижать дозу на протяжении двух недель, пока не исчезнут периферические отеки

Начальная доза спиронолактона должна составлять

25 мг однократно

75 мг однократно

25 мг двукратно

50 мг однократно

Для снижения риска госпитализаций и смерти у пациентов с хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса следует применять ингибиторы АПФ в сочетании с

антиагрегантами

бета-адреноблокаторами

прямыми антикоагулянтами

статинами

Антиаритмики I класса НЕ рекомендуются больным ХСН, так как

способствуют развитию дыхательной недостаточности

провоцируют задержку натрия и жидкости

способствуют развитию неврологической симптоматики

повышают риск внезапной смерти у пациентов

На основании полученных данных проведенных исследований, пациентке показано дополнительное обследование с целью выявления

миокардита

сахарного диабета

туберкулеза легких

гипотиреоза

Из гипогликемических препаратов усугубить течение сердечной недостаточности могут

миокардита

сахарного диабета

туберкулеза легких

гипотиреоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 39 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту.

Жалобы

Повышение температуры тела до 38,9°C, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание, головную боль, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания

Впервые боли в поясничной области, лихорадка, озноб, дизурические явления появились 5 лет назад в послеродовом периоде. Амбулаторно в течение недели принимала антибиотики, после чего все симптомы исчезли. В последующие годы периодически беспокоили боли в поясничной области, что сопровождалось повышением температуры до 37,5-38°C. По поводу данных жалоб в поликлинику не обращалась. Последнее ухудшение наступило после

переохлаждения: ныряла в прорубь. + В последние месяцы отметила повышение АД до 140-150/90-99 мм рт. ст.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работает юристом. Имеет 3 ребенка. Естественные роды. Семейный анамнез не отягощен. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: В детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ и ОРВИ. Аппендэктомия в 28 лет. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступна контакту. Положение активное. Масса 65 кг, рост 160 см. ИМТ 25,39 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 38,9°C. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 150/90 мм рт. ст. ЧСС 77 уд/мин. + Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

Из лабораторных исследований целесообразно выполнить

миокардита

сахарного диабета

туберкулеза легких

гипотиреоза

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных исследований целесообразно выполнить

миокардита

сахарного диабета

туберкулеза легких

гипотиреоза

Результаты инструментального метода обследования

Основным предполагаемым диагнозом является: + _____ +
хронический правосторонний рецидивирующий пиелонефрит. Фаза
активного воспаления. + _____ + форма. С сохранной
функцией почек

миокардита

сахарного диабета

туберкулеза легких

гипотиреоза

Диагноз

Объём выпиваемой жидкости во время лечения должен составлять
+_____+ мл/сутки

2000–2500

2500–3000

800–1500

1200–2000

Пациентке в фазе обострения вторичного (обструктивного) хронического пиелонефрита, антибактериальная терапия должна начинаться

незамедлительно после постановки диагноза внутривенно в максимально больших дозах, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

через 3 дня после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки перорально в минимальных дозах

незамедлительно после постановки диагноза перорально в минимальной дозе, вне зависимости устранена обструкция оттока мочи из почки или нет

При гипертонической форме хронического пиелонефрита предпочтение следует отдавать

ингибиторам АПФ

блокаторам кальциевых каналов

тиазидным диуретикам

бета-блокаторам

Всем пациентам для лечения хронического неосложненного пиелонефрита в фазе активного воспаления, нетяжелого течения в качестве терапии первой линии показано + _____ + назначение

пероральное; аминогликозидов

внутривенное; аминогликозидов

пероральное; фторхинолонов

внутривенное; фторхинолонов

Средняя продолжительность применения антибактериальных препаратов первой линии при обострении неосложненного хронического пиелонефрита нетяжелого течения должна составлять + _____ + дней

14–17

10–14

3–5

7–10

Выполнение нефрэктомии рекомендуется при

одностороннем нефросклерозе с умеренным снижением функции

наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы

наличии гнойного разрушения менее 1/3 почечной паренхимы

пузырно-мочеточниковом рефлюксе в пораженной почке

После купирования обострения пиелонефрита пациентке следует рекомендовать

соблюдение диеты с ограничением соли, белка, пожизненный прием уроантисептиков, рефлексотерапию

длительную терапию отварами мочегонных и антисептических трав или официальными растительными препаратами

длительный прием низких доз антибиотиков с целью профилактики

длительный прием низких доз гормонов с целью профилактики

При наличии почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин), рекомендуется назначение

цефтриаксона

защищенных пенициллинов

кларитромицина

имипенема

Больным хроническим пиелонефритом, осложненным артериальной гипертензией при отсутствии полиурии и потери электролитов, показано ограничение потребления жидкости до + _____ + мл/сут

цефтриаксона

защищенных пенициллинов

кларитромицина

имипенема

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,5°C, общую слабость, кашель со слизистой мокротой, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Заболел остро 3 дня назад, когда отметил повышение температуры до 38,5°C, озноб, появился кашель со слизистым отделяемым. Самостоятельно принимал парацетамол со снижением температуры тела до 37,5°C. В последующем отметил выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, присоединилась одышка при умеренной физической нагрузке, в связи с этим обратился к врачу.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курение по 1 пачке в день в течение 20 лет, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственный анамнез без особенностей

Объективный статус

Объективно: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, адекватен. Температура тела 38,0°C. Телосложение нормостеническое. Рост 170 см, вес 70 кг. Кожные покровы бледные, теплые. Отеков нет. Область сердца визуальнo не

изменена. Границы сердца: верхняя – III межреберье, левая – по левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритм правильный. АД 110/60 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин. Пульсация на периферических артериях нижних конечностей сохранена. Границы легких не изменены. В легких жесткое дыхание, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа. Перкуссия: притупление в нижних отделах справа. ЧД – 19 в мин. Живот обычной формы и размера, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Пациент был госпитализирован в терапевтический стационар.

При проведении лабораторных исследований необходимо включить

цефтриаксона

защищенных пенициллинов

klaritromicina

имипенема

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальное обследование пациента должно включать

цефтриаксона

защищенных пенициллинов

klaritromicina

имипенема

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных проведенного обследования у пациента по классификации МКБ-10

цефтриаксона

защищенных пенициллинов

klaritromicina

имипенема

Диагноз

Для оценки прогноза пневмонии в стационаре следует использовать шкалу

_ {nbsp}PORT _

_ {nbsp}NYHA _

_ {nbsp}Killip _

_ {nbsp}HAS-BLED _

Известно, что последний раз пациент получал антибактериальные препараты более 2-х лет назад в связи с простудным заболеванием. В качестве этиотропной эмпирической терапии препаратом выбора для пациента будет являться

ципрофлоксацин

цефтриаксон

левофлоксацин

ампициллин

Эффективность проводимой пациенту антибактериальной терапии следует оценивать через + ____ + часов

12-24

12-36

48-72

6-12

При неэффективности стартовой антибиотикотерапии пациенту показано назначение

эртапенема

левофлоксацина

цефтаролина

линезолида

При эффективности антибактериальной терапии продолжительность лечения пациента должна

составлять 10 суток

быть не более 7 дней

составлять 14 дней

определяться индивидуально

Показанием для отмены антибиотикотерапии у пациента будет являться стойкое снижение температуры тела $< + \_\_\_ + ^\circ\text{C}$ в течение не менее 48 часов

37,2

38,0

37,5

36,6

При улучшении состояния пациента противопоказанием для отмены антибактериальной терапии будет наличие

участка консолидации при КТ

кашля

хрипов при аускультации

лейкоцитоза $12 \times 10^9/\text{л}$

Показанием к проведению стандартной (низкопоточной) оксигенотерапии является снижение SpO_2 от $+ \_\_\_ + \%$ (пороговое значение)

92

90

88

94

При тяжелом течении внебольничной пневмонии и развитии септического шока в случае назначения глюкокортикостероидов предпочтение следует отдавать

92

90

88

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 39 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

На боли в эпигастральной области, возникающие натощак и в ночное время суток, а также периодически появляющиеся тошноту, рвоту и изжогу.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что вышеописанные жалобы беспокоят на протяжении 3 месяцев, ухудшение состояния в течение последней недели, когда отметил усиление тошноты вплоть до рвоты, учащение болей в эпигастральной области. Не обследовался, лечился самостоятельно (ситуационно омепразол с положительным эффектом).

Анамнез жизни

Наличие хронических заболеваний отрицает. + Вредные привычки: курение по 1 пачке в день в течение 20 лет, алкоголь принимает периодически. + Профессиональная деятельность: системный администратор. + Характер питания: нерегулярное. + Аллергологический анамнез: аллергических реакций не было. + Наследственный анамнез: без особенностей.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен, адекватен. Телосложение нормостеническое: рост 178 см, вес 72 кг. Кожные покровы бледные, теплые. Отеков нет. Границы легких не изменены. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя – III межреберье, левая – по левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 72 уд/мин. Пульсация на периферических артериях нижних конечностей сохранена. Живот обычной формы и размера, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

В лабораторное обследование пациента необходимо включить

92

90

88

94

Результаты лабораторных методов обследования

В рамках инструментальной диагностики пациенту показано проведение

92

90

88

94

Результаты инструментального метода обследования

По результатам проведённого обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

92

90

88

94

Диагноз

Язвенный дефект 12-перстной кишки, выявленный у пациента следует классифицировать как язва + _____ + размера

среднего

гигантского

малого

большого

В качестве терапии первой линии для данного пациента следует выбрать

среднего

гигантского

малого

большого

Дополнительная информация

После начала стандартной тройной терапии к окончанию первых суток у пациента развилась выраженная аллергическая реакция в виде крапивницы в зоне декольте, верхнего плечевого пояса и верхних конечностей,

сопровождаясь выраженным зудом, несмотря на назначение антигистаминных препаратов.

В связи с этим пациенту показано рекомендовать

квадритерапию с висмута трикалия дицитратом

терапию, основанную на определении чувствительности *_H. pylori_*

продолжить стандартную тройную терапию в сочетании в преднизолоном 5 мг/сут

тройную терапию с левофлоксацином

Одномоментное болюсное назначение пациенту 80 мг эзомепразола с последующей непрерывной внутривенной инфузией препарата в течение 72 часов в данной клинической ситуации

является одним из способов повышения эффективности проводимой терапии

желательно, поскольку снижает риск прогрессирования у пациента уже имеющейся деформации луковицы 12-перстной кишки

не показано в связи с отсутствием лабораторных и эндоскопических признаков кровотечения

показано, поскольку является эффективным способом снижения риска развития желудочного кровотечения

Квадритерапия, назначенная пациенту, должна проводиться на протяжении +___+ дней

21

14

10

7

По окончании эрадикационной терапии (через 10 дней) для выбора дальнейшей тактики ведения пациента оценить эффективность проведённого лечения нужно

только клинически

при контрольном эндоскопическом исследовании

посредством проведения дыхательного уреазного теста

неинвазивным способом - рентгенографией желудка

По окончании курса лечения пациента перестали беспокоить боли в эпигастрии, тошнота, рвота и изжога. Дальнейшая тактика ведения пациента должна состоять в назначении

висмута трикалия дицитрата общей продолжительностью до 4-6 недель

фамотидина на срок еще 4 недели

омепразола и висмута трикалия дицитрата общей продолжительностью до 4-6 недель

омепразола общей продолжительностью до 4-6 недель

Оценить эффективность проведённой эрадикации посредством дыхательного уреазного теста пациенту можно будет через + _____ + после окончания приема антибактериальных препаратов, препаратов висмута или ингибиторов протонной помпы

4 недели

10 дней

2-3 суток

2 недели

При лечении язвенной болезни при выборе ИПП предпочтение следует отдавать

4 недели

10 дней

2-3 суток

2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная М. 50 лет обратилась к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи, , рвоту, приносящую облегчение, однократно черный стул.

Анамнез заболевания

На протяжении нескольких лет отмечает «хруст» в коленных суставах, больше слева. В течение последнего года в левом суставе почти постоянно беспокоят боли, усиливающиеся при движении, по поводу которых последние 3 недели принимает нимесулид по 3 таблетки в день с целью лечения болевого суставного синдрома (остеоартрит левого коленного сустава). Около недели тому назад пациентку стали беспокоить тошнота иногда вплоть до рвоты, боли в эпигастрии, возникающие по ночам и усиливающиеся «на голодный желудок», которые уменьшаются после приема пищи или молока. Три дня тому назад пациентка отмечала однократное появление «черного стула».

Анамнез жизни

Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась. + Вредные привычки, аллергические реакции не отмечает.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=88 в минуту, АД=110/70 мм рт. ст. Живот напряженный, резко болезненный локально в зоне Шоффара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Периферические л/у не увеличены. Отёков нет.

В план обследования пациентки необходимо включить

4 недели

10 дней

2-3 суток

2 недели

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

4 недели

10 дней

2-3 суток

2 недели

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенного обследования пациентке может быть диагностирована

4 недели

10 дней

2-3 суток

2 недели

Диагноз

Клиническая картина позволяет предположить наличие у пациентки осложненного + _____ + течения язвенной болезни 12-перстной кишки

кровотечением

пенетрацией

перфорацией

стенозом

Язвенные дефекты, обнаруженные у пациентки при проведении гастроскопии следует классифицировать как

средние

большие

гигантские

малые

Тактика ведения пациентки в отношении НПВС должна заключаться в

добавлении к НПВС малых доз глюкокортикоидов

уменьшении дозы этой группы препаратов

замене препарата внутри этой группы

отмене этой группы препаратов

Принимая во внимание состоявшееся 3 суток тому назад желудочное кровотечение, пациентке внутривенное введение эзомепразола

не показано

не безопасно

позволит безопасно продолжить терапию НПВС

показано в экстренном порядке

В качестве эрадикационной терапии пациентке показано назначение

тройной терапии, включающей левофлоксацин

стандартной тройной терапии

терапии, основанной на определении антибиотикорезистентности

монотерапии рабепразолом в максимальной дозе

Принимая во внимание осложненное течение и множественный характер язвенных дефектов, а также значимый их размер, повышение эффективности эрадикационной терапии у данной пациентки может быть достигнуто за счет увеличения продолжительности лечения до +___+ суток

7

14

21

10

Контроль эрадикации после проведенного лечения показано проводить не ранее чем через +___+ недели (недель)

8-12

4-6

6-8

1-2

Рекомендации пациентам с язвенной болезнью, добавлять в пищу отварную рыбу, мясо, яйца и молочные продукты, основаны на их

выраженных буферных свойствах

способности повышать секрецию соляной кислоты париетальными клетками

способности увеличивать секрецию гастрина

способности повышать секрецию слюнных желёз

При рефрактерном течении язвенной болезни показано проведение исследования уровня + _____ + сыворотки

выраженных буферных свойствах

способности повышать секрецию соляной кислоты париетальными клетками

способности увеличивать секрецию гастрина

способности повышать секрецию слюнных желёз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Б., 58 лет, обратился к врачу поликлиники.

Жалобы

Жалобы на сильные боли в верхней половине живота на протяжении 2 недель, возникающие преимущественно в ночное время суток, уменьшающиеся после приема пищи; тошноту.

Анамнез заболевания

Из истории болезни известно, что впервые вышеописанные боли в эпигастрии появились 16 лет тому назад и в дальнейшем появлялись практически ежегодно. Восемь лет тому назад во время очередного приступа обратился в поликлинику по месту жительства, где при ЭГДС была выявлена язва желудка, назначена противоязвенная терапия, однако, из-за сохранения болей и отсутствия положительной динамики по данным контрольной ЭГДС через 2 недели был госпитализирован в стационар, где лечился еще 1,5 месяца и позже был выписан на амбулаторное долечивание с язвенным дефектом небольших размеров. В дальнейшем при обострении неоднократно госпитализировался, течение болезни отличалось торпидностью.

Анамнез жизни

Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: детские инфекции.

Объективный статус

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. положение активное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы смуглые, чистые, эластичные. Тургор кожи удовлетворительный. Периферические л/у не увеличены, отёков нет. Телосложение правильное. ИМТ – 23,7 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные 72 уд/мин АД=120/70 мм рт. ст. Язык розовый чистый, умеренно влажный, сосочковый слой языка выражен. Живот овальной формы, симметричный, принимает активное участие в акте дыхания. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной и околопупочной областях. Симптом Шеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождения прямых мышц живота в области белой линии живота нет. При глубокой скользящей методической пальпации пальпируются

сигмовидная, слепая, поперечно- ободочная, восходящий, нисходящий отделы толстого кишечника в виде цилиндра диаметром до 2 см эластичной консистенции, безболезненны.

В план лабораторного обследования пациента нужно включить проведение

выраженных буферных свойствах

способности повышать секрецию соляной кислоты париетальными клетками

способности увеличивать секрецию гастрина

способности повышать секрецию слюнных желёз

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациента с подозрением на неосложненное обострение язвенной болезни должно включать выполнение

выраженных буферных свойствах

способности повышать секрецию соляной кислоты париетальными клетками

способности увеличивать секрецию гастрина

способности повышать секрецию слюнных желёз

Результаты инструментального обследования

Принимая во внимание результаты проведенного обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

выраженных буферных свойствах

способности повышать секрецию соляной кислоты париетальными клетками

способности увеличивать секрецию гастрина

способности повышать секрецию слюнных желёз

Диагноз

В случае появления клинического подозрения на развитие у пациента перфорации ему показано проведение

УЗИ органов брюшной полости

лапароскопической ревизии

аортографического исследования

КТ органов брюшной полости

Пациенту следует рекомендовать употребление в пищу

лимонов с сахаром

сладких газированных напитков

отварного мяса

наваристого рыбного бульона

Во время проводимого лечения больному противопоказано употребление

чёрствого хлеба

пищевых приправ

рыбы, приготовленной на пару

молока

Пациенту была назначена стандартная трёхкомпонентная схема эрадикационной терапии, которая состоит из

ИПП {plus} тетрациклин {plus} метронидазол

ИПП {plus} амоксициллин {plus} кларитромицин

ИПП {plus} амоксициллин {plus} тетрациклин

ИПП {plus} амикацин {plus} кларитромицин

Продолжительность трёхкомпонентной эрадикационной терапии у данного пациента должна составлять + _____ + день (дней)

10

21

7

14

Учитывая сохранение болевого синдрома на 7-е сутки терапии, рефрактерное течение язвенной болезни в анамнезе, частые обострения и существенный размер язвенного дефекта (1,5-2 см), через неделю от начала лечения целесообразно рассмотреть вопрос о

добавлении Н₂-блокаторов

переходе на четырёхкомпонентную схему эрадикации

добавлении ребамипида

замене амоксициллина на левофлоксацин

В дальнейшем в качестве вторичной профилактики обострения язвенной болезни пациенту следует рекомендовать избегать приема препаратов из группы

холекинетиков

НПВП

петлевых диуретиков

седативных средств

Базисная терапия первой линии идиопатической язвенной болезни основана на назначении препарата из группы

антибактериальных препаратов

гастропротекторов

Н₂-блокаторов

ингибиторов протонной помпы

При рефрактерном течении язвенной болезни и возникновении подозрения на наличие у пациента синдрома Золлингера-Эллисона, ему показано проведение исследования + _____ + в сыворотке крови

антибактериальных препаратов

гастропротекторов

Н₂-блокаторов

ингибиторов протонной помпы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Л. 65 лет госпитализирован в стационар.

Жалобы

- боли в горле при глотании, осиплость голоса; - сильный кашель, сопровождающийся болями в груди; - ночную потливость, общую слабость, повышение температуры тела до $37,9^{\circ}\text{C}$; - головную боль, наиболее выраженную в теменной области; - периодически возникающие боли в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3-х недель, когда после работы почувствовал сильную слабость, температура тела составила $38,7^{\circ}\text{C}$. Продолжал работать. Через два дня появился кашель со скудной вязкой мокротой слизистого характера. В течение нескольких дней кашель приобрел упорный, мучительный характер, в связи с чем обратился в поликлинику по месту жительства, был выставлен диагноз ОРЗ и назначено лечение: ингавирин 1 капсула (90 мг) 1 раз в сутки, полоскание горла раствором фурацилина, ингаляции лазолвана 3 раза в день. Лечение соблюдал в полном объеме, однако, в связи с отсутствием улучшения состояния в течение недели, обратился за консультацией к врачу-терапевту в частной клинике, где была проведена рентгенография органов грудной клетки и назначена терапия амоксиклавом 875/125 мг 2 раза в день. На фоне терапии отмечалось постепенное ухудшение самочувствия в течение недели в виде появления одышки при физической нагрузке, нарастания общей слабости, потливости, болей в мышцах и суставах, упорного кашля с выделением вязкой мокроты слизистого характера. Госпитализирован для лечения в стационар по месту жительства.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, правосторонняя нижнедолевая пневмония в возрасте 29 лет. * Стаж курения 22 года по пачке сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает. * Работает сторожем на складе пищевых продуктов. * Аллергические реакции отрицает. * Семейный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. $\text{SpO}_2=94\%$. В сознании, контактен, адекватен. Телосложение нормостеническое. Рост 179 см. Вес 80 кг. ИМТ $24,97 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы обычной окраски. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. Слева в области нижнего угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД: 20 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя – III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы не выслушиваются. ЧСС 89 уд/мин. АД 120/70 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях нижних сохранена, симметрична. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Лабораторное обследование пациента должно включать проведение

антибактериальных препаратов

гастропротекторов

H₂-блокаторов

ингибиторов протонной помпы

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные методы обследования пациента должны включать проведение

антибактериальных препаратов

гастропротекторов

H₂-блокаторов

ингибиторов протонной помпы

Результаты инструментальных методов обследования

Принимая во внимание клиническую картину заболевания, подозрительную на наличие пневмонии и отсутствие очевидной очаговой инфильтрации при рентгенографическом исследовании органов грудной клетки, в план обследования пациента необходимо включить проведение

антибактериальных препаратов

гастропротекторов

H₂-блокаторов

ингибиторов протонной помпы

Результаты обследования

На основании проведенного обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

антибактериальных препаратов

гастропротекторов

H₂-блокаторов

ингибиторов протонной помпы

Диагноз

Течение основного заболевания у данного пациента осложнилось развитием

эмпиемы плевры

дыхательной недостаточности

плеврального выпота

острого респираторного дистресс синдрома взрослых

Тяжесть респираторных нарушений, развившихся у пациента, соответствует +___+ степени дыхательной недостаточности

I

IV

III

II

Оценку риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения целесообразно провести по шкале

{nbsp}HAS-BLED

{nbsp}PESI

{nbsp}CRB-65

{nbsp}SCORE

В соответствии со шкалой CRB-65 тяжесть состояния пациента может быть оценена в +___+ балл (балла)

4

1

2

3

Учитывая неэффективность предварительной антибактериальной терапии амоксиклавом, и возможностью наличия атипичного возбудителя внебольничной пневмонии на основании клинической картины и данных

компьютерной томографии, пациенту до получения результата микробиологического исследования предпочтение следует отдать

азитромицину

левофлоксацину

ципрофлоксацину

цефураксиму

Оценить эффективность проводимой пациенту антибактериальной терапии следует через +_____+ (в часах)

12-24

48-72

24-36

72-96

Одним из основных критериев эффективности проводимой пациенту антибактериальной терапии, на который следует ориентироваться через 48-72 часа от начала применения антибактериального препарата, является

изменению цвета мокроты

исчезновению лейкоцитоза в периферической крови

положительной рентгенологической динамике

снижению температуры тела

Одним из критериев, на который следует ориентироваться при решении вопроса отмены антибактериального препарата пациенту, является

изменению цвета мокроты

исчезновению лейкоцитоза в периферической крови

положительной рентгенологической динамике

снижению температуры тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Л. 33 года госпитализирована в стационар.

Жалобы

На кашель с мокротой желто-белого цвета, усиливающийся к вечеру и в ночные часы, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, ночную потливость, боли в груди, возникающие при кашле.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 10 дней, когда после переохлаждения появилась заложенность в груди, эпизодический кашель, повысилась температура тела до $38,0^{\circ}\text{C}$. На второй день болезни обратилась в поликлинику по месту жительства, где была выполнена рентгенография органов грудной клетки, по результатам которой патологии не обнаружено. В анализе крови: гемоглобин 131 г/л; эритроциты $4,88 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты $12,2 \times 10^9/\text{л}$; лимфоциты 25%; моноциты 9,1%; тромбоциты $180 \times 10^9/\text{л}$. Была назначена терапия: амоксиклав 1000 мг х 2 р/д, имудон таблетки для рассасывания, капсулы бифидобактерии лонгум {plus} энтерококкус фэциум, лоратадин таблетки, ацетилцистеин таблетки. Рекомендовано проведение компьютерной томографии органов грудной клетки. Терапию принимала в течение недели, однако на фоне лечения сохранялось повышение температуры тела в вечернее время до $38,5^{\circ}\text{C}$, кашель с мокротой желтоватого цвета, усиливающийся в ночное время, появились боли в грудной клетке при кашле. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб вызвала бригаду скорой медицинской помощи, была госпитализирована в стационар по месту жительства.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту * Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, гепатит А в возрасте 10 лет * Стаж курения 18 лет по 11 сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает * Профессиональных вредностей не имеет * Аллергических реакций не было * Семейный анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние при поступлении средней степени тяжести. $\text{SpO}_2 = 93\%$. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. В сознании, контактна, адекватна. Телосложение нормостеническое. Рост 165 см. Вес 54 кг. ИМТ $19,54 \text{ кг}/\text{м}^2$. Кожные покровы обычной окраски. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. В прикорневых и нижних отделах слева выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые влажные хрипы. Справа хрипы не выслушиваются. ЧДД 24 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя – III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы не выслушиваются. ЧСС 85 уд/мин. АД 100/70 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях нижних сохранена, симметрична. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Для постановки диагноза из лабораторных исследований необходимо выполнить

- изменению цвета мокроты
- исчезновению лейкоцитоза в периферической крови
- положительной рентгенологической динамике
- снижению температуры тела

Результаты лабораторных исследований

Из инструментальных исследований в данном случае показаны

- изменению цвета мокроты
- исчезновению лейкоцитоза в периферической крови
- положительной рентгенологической динамике
- снижению температуры тела

Результаты инструментальных исследований

Предположительным диагнозом является

- изменению цвета мокроты
- исчезновению лейкоцитоза в периферической крови
- положительной рентгенологической динамике
- снижению температуры тела

Диагноз

Для оценки прогноза пневмонии в стационаре следует использовать шкалы

- DAPT, PRECISE-DAPT
- ABCD, ESRS
- PORT, CURB/CRB-65
- EHRA, TIMI

У пациентки нетяжелая внебольничная пневмония. Целесообразно начать антибиотикотерапию с + _____ + введения

парентерального

ингаляционного

внутриплеврального

перорального

Учитывая анамнез заболевания, пациентке в качестве антибактериальной терапии целесообразно назначить

цефтриаксон

полимиксин Е

ампициллин

амоксциллин

При принятии решения о переводе на пероральный прием антибактериальных препаратов целесообразно использовать критерии, одним из которых является

$SpO_2 \geq 80\%$ (пороговое значение)

систолическое АД ≥ 80 мм рт. ст. (пороговое значение)

частота дыхания < 24 /мин (пороговое значение)

желание пациента

При решении вопроса об отмене антибактериальной терапии рекомендуется руководствоваться критериями достаточности антибактериальной терапии, одним из которых является стойкое снижение температуры тела $< 37,2^\circ\text{C}$ в течение не менее + ____ + часов

48

12

24

72

При проведении респираторной поддержки рекомендуется поддерживать целевые значения SpO₂ на уровне не менее +____+% (пороговое значение)

98

96

92

90

Кортикостероиды системного действия пациентке

не показаны, поскольку пневмония не тяжелая и не осложнена септическим шоком

показаны, поскольку имеется повышение С-реактивного белка

не показаны, поскольку область поражения легких невелика

показаны, поскольку имеется длительное сохранение температуры

Назначение парентеральных антикоагулянтов с целью снижения риска системных тромбозов пациентке

показано, поскольку имеется повышение С-реактивного белка

показано, поскольку имеется длительное сохранение температуры, неэффективность от проводимой терапии

не показано, поскольку область поражения легких невелика, повышение С-реактивного белка менее 50 мг/л

не показано, поскольку пневмония не тяжелая и отсутствуют риски тромбозов в анамнезе

С целью противоэпидемических мероприятий медицинская организация, выявившая больного внебольничной пневмонией обязана

показано, поскольку имеется повышение С-реактивного белка

показано, поскольку имеется длительное сохранение температуры, неэффективность от проводимой терапии

не показано, поскольку область поражения легких невелика, повышение С-реактивного белка менее 50 мг/л

не показано, поскольку пневмония не тяжелая и отсутствуют риски тромбоэмболий в анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В терапевтическое отделение поступила больная Г. 65 лет.

Жалобы

- на эпизоды учащенного аритмичного сердцебиения - на подъемы АД до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Длительный анамнез гипертонической болезни с подъемами АД до 160/100-110 мм рт. ст., адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст. Инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения в анамнезе отрицает. Со слов, пациентка длительно отмечает короткие приступы аритмичного сердцебиения при физической нагрузке, сопровождающихся пульсирующей головной болью, чувством жара, потливостью, одышкой, чувством «кома в горле», купирующиеся самостоятельно. С того же времени принимает бета-блокаторы. Год назад госпитализирована с персистирующей формой фибрилляции предсердий, ритм восстановлен при проведении электрической кардиоверсии. Через неделю возобновление пароксизмов, кардиологом была назначена терапия аллапинином в дозе 75 мг/сут в течение месяца. На фоне антиаритмической терапии сохранение приступов фибрилляции предсердий, в связи с чем препарат был отменен. На многочисленных ЭКГ во время пароксизмов регистрируется неправильный ритм, f-волны, ЭОС горизонтальная с ЧСС 75-100 уд/мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Последний пароксизм возник вчера после физической нагрузки (работа в саду), сопровождался одышкой, потливостью, головной болью, купировался самостоятельно. В связи с сохранением жалоб на аритмичное сердцебиение пациентка госпитализирована в терапевтическое отделение.

Анамнез жизни

* иные хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести, что обусловлено вышеуказанными жалобами. Сознание: ясное. Рост 168 см. Масса тела 68 кг. ИМТ 24 кг/м². Температура тела 36,7°C. Кожные покровы: обычной окраски, влажности. Периферические отеки: нет. Лимфоузлы не увеличены. Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, аритмичные, соотношение тонов не изменено с ЧСС 105 в минуту. Шумы сердца: не выслушиваются. Пульс: 95 в минуту. Артериальное давление справа: 145/75, артериальное давление слева: 150/70 мм рт. ст. Осмотр живота: незначительно увеличен в размерах за счет подкожно-

жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание: не нарушено.

Из лабораторных исследований пациентке целесообразно выполнить

показано, поскольку имеется повышение С-реактивного белка

показано, поскольку имеется длительное сохранение температуры, неэффективность от проводимой терапии

не показано, поскольку область поражения легких невелика, повышение С-реактивного белка менее 50 мг/л

не показано, поскольку пневмония не тяжелая и отсутствуют риски тромбоэмболий в анамнезе

Результаты лабораторных исследований

Из инструментальных исследований пациентке целесообразно выполнить

показано, поскольку имеется повышение С-реактивного белка

показано, поскольку имеется длительное сохранение температуры, неэффективность от проводимой терапии

не показано, поскольку область поражения легких невелика, повышение С-реактивного белка менее 50 мг/л

не показано, поскольку пневмония не тяжелая и отсутствуют риски тромбоэмболий в анамнезе

Результаты инструментальных исследований

Предварительным клиническим диагнозом является

показано, поскольку имеется повышение С-реактивного белка

показано, поскольку имеется длительное сохранение температуры, неэффективность от проводимой терапии

не показано, поскольку область поражения легких невелика, повышение С-реактивного белка менее 50 мг/л

не показано, поскольку пневмония не тяжелая и отсутствуют риски тромбоэмболий в анамнезе

Диагноз

У пациентки + _____ + фибрилляция предсердий

впервые выявленная

персистирующая

пароксизмальная

постоянная

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий рекомендовано использовать шкалу

SCORE

HAS-BLED

CHA2DS2-VASc

GRACE

С целью профилактики инсульта и системных тромбоэмболий данной пациентке предпочтительно назначение

антикоагулянтов

антиагрегантов

витамина К

протамина сульфата

Пороговое значение в баллах для назначения антикоагулянтной терапии у женщин является риск по шкале CHA2DS2VASC

≥ 3

≥ 1

≥ 2

0

С целью исключения наличия тромба в левом предсердии и его ушке перед назначением кардиоверсии пациентке показано проведение

вентрикулографии

электрофизиологического исследования

чреспищеводной эхокардиографии

трансторакальной эхокардиографии

С целью профилактики рецидивов фибрилляции предсердий пациентке показано назначение

лидокаина

верапамила

амиодарона

пропафенона

В случае неэффективности антиаритмической терапии у данной пациентки возможно проведение

окклюзии ушка левого предсердия

аблации атриовентрикулярного узла

имплантации электрокардиостимулятора

катетерной аблации устьев легочных вен

Целевые значения МНО для больных с неклапанной фибрилляцией предсердий, получающих монотерапию варфарином, - это

1,5-2,0

2,5-3,5

3,5-4,0

2,0-3,0

Терапию пероральными антикоагулянтами у больных фибрилляцией предсердий рекомендовано продолжать после кардиоверсии

1,5-2,0

2,5-3,5

3,5-4,0

2,0-3,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В терапевтическое отделение поступил больной Г. 60 лет.

Жалобы

На боли за грудиной давящего характера с иррадиацией в левую руку, возникающие при ходьбе на дистанцию менее 20 метров и в покое в ночное время, кратковременные, купирующиеся самостоятельно в покое или после приёма нитроглицерина в течение 2 минут.

Анамнез заболевания

На протяжении многих лет отмечает повышение АД максимально до 210/120 мм рт. ст. без субъективных ощущений, адаптирован к 130/90 мм рт. ст., АД не контролировал, регулярно медикаментозной терапии не получал. + Пять лет назад без предшествующего коронарного анамнеза перенес инфаркт миокарда передней локализации без образования зубца Q. В стационаре по месту жительства проведена эндоваскулярная реваскуляризация, выписан на двойной антиагрегантной терапии. На фоне антиангинальной, антигипертензивной терапии состояние пациента оставалось стабильным. + Настоящее ухудшение в течение 1 месяца в виде возобновления болей за грудиной давящего характера, возникающие при ходьбе на дистанцию менее 20 метров и в покое в ночное время, кратковременные, купирующиеся самостоятельно в покое или после приёма нитроглицерина в течение 2 минут.

Анамнез жизни

* иные хронические заболевания отрицает * длительный стаж курения, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергические реакции отрицает

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Рост: 165 см. Вес: 86 кг. ИМТ: 31 кг/м². Температура тела: 36,5 градусов. Кожные покровы и видимые слизистые: чистые, нормальной окраски и влажности. Периферические отеки: нет. + Аускультация легких: Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. Хрипы не выслушиваются. ЧДД: 16. + Аускультация сердца: Тоны сердца: ритмичные. ЧСС: 68 в минуту. I тон: ослаблен над верхушкой. II тон: акцент II тона над аортой. Дополнительные тоны: нет. Шумы сердца: нет. Шум трения перикарда: нет. Пульс: 68 в минуту. Пульс на лучевых артериях наполнение: удовлетворительное. Артериальное давление: 130/90 мм рт. ст. + Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный. + Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено.

Из лабораторных исследований пациенту целесообразно выполнить

1,5-2,0

2,5-3,5

3,5-4,0

2,0-3,0

Результаты лабораторных исследований

Из инструментальных исследований пациенту целесообразно выполнить

1,5-2,0

2,5-3,5

3,5-4,0

2,0-3,0

Результаты инструментальных исследований

Основным клиническим диагнозом в данном случае является

1,5-2,0

2,5-3,5

3,5-4,0

2,0-3,0

Диагноз

Для стратификации риска неблагоприятного исхода у больных с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST рекомендовано использовать шкалу

GRACE

CHA2DS2VASc

HAS BLED

CURB-65

Для ангинозных болей при ишемии миокарда характерны:

+ _____+, наличие связи с физической нагрузкой и, как правило, купирование приемом нитроглицерина

купирование приемом кетопрофена

колющие боли в области сердца

чувство сжатия, давления или тяжести за грудиной

иррадиация в правую руку, под правую лопатку

Для облегчения симптомов, связанных с ишемией миокарда, рекомендовано применение

антиагрегантов

нитратов

симпатомиметиков

ингибиторов АПФ

Препаратом выбора для купирования болевого синдрома, связанного с ишемией миокарда, сохраняющегося на фоне применения короткодействующих органических нитратов и бета-адреноблокаторов, является

метамизол натрия

кетопрофен

нифлумовая кислота

морфин

У пациентов с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST при ФВ ЛЖ <40% рекомендовано начать и продолжать неопределенно долго прием

ингибиторов АПФ

антагонистов обратного захвата серотонина

агонистов имидазолиновых рецепторов

антагонистов H₂-гистаминовых рецепторов

Пациенту с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST при планируемом ЧКВ рекомендуется прием клопидогрела в нагрузочной дозе + _____ + мг

75

150

300

600

У больных с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ с низким риском кровотечений рекомендовано продолжать двойную анти тромботическую терапию

постоянно

в течение 12 месяцев

в течение 1 месяца

в течение 6 месяцев

У всех больных с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST на ЭКГ, вне зависимости от исходного уровня холестерина, рекомендовано назначение

никотиновой кислоты

фибратов

статинов

эзетимиба

В программу кардиореабилитации для данного пациента обязательно следует включить врача-

никотиновой кислоты

фибратов

статинов

эзетимиба

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 31 год на приеме у терапевта.

Жалобы

Периодические головные боли в затылочной области, купирующиеся самостоятельно.

Анамнез заболевания

У пациентки вторая беременность, 22 неделя. Во время первой беременности была гестационная артериальная гипертония (максимальное АД 165/100 мм рт. ст.). АД нормализовалось через 20 дней после родов. + В женской консультации наблюдается не систематически, артериальное давление во время настоящей

беременности не измеряла. Уточнить время начала появления головных болей не смогла. Давление до беременности не измеряла. + Три дня назад в женской консультации выполнены обследования: + *ОАК*: эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}/л$, Hb 118 г/л, ЦП 0,82, тромбоциты $220 \cdot 10^9/л$, ретикулоциты 6%, лейкоциты $7,2 \cdot 10^9/л$, нейтрофилы палочкоядерные 6%, нейтрофилы сегментоядерные 60%, эозинофилы 2%, базофилы 0%, лимфоциты 30%, моноциты 2%, СОЭ 8 мм/ч. + *ОАМ*: цвет желтый, относительная плотность 1010 г/л, реакция мочи 5,6, белок отсутствует, эритроциты 0, лейкоциты 2 в поле зрения; кетоновые тела, билирубин, глюкоза, бактерии, грибы, кристаллы, слизь, оксалаты отсутствуют. + Показатели *биохимического анализа крови*: белок общий 68 г/л, билирубин общий 14,2 мкмоль/л, АСТ 18 Ед/л, АЛТ 26 Ед/л, мочевины 5,0 ммоль/л, мочевая кислота 0,32 ммоль/л, креатинин 52 мкмоль/л, глюкоза плазмы натощак 4,6 ммоль/л, холестерин общий 3,5 ммоль/л, СКФ 112 мл/мин.

Анамнез жизни

Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания. Хронические заболевания отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые, нормальной влажности. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные АД 160/95 мм рт. ст. ЧСС 82 в минуту. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено, стул регулярный. ИМТ до беременности = $26,5 \text{ кг/м}^2$

В перечень необходимых в данном случае инструментальных методов исследований входят

никотиновой кислоты

фибратов

статинов

эзетимиба

Результаты инструментальных методов обследования

Пациентке показана консультация

никотиновой кислоты

фибратов

статинов

эзетимиба

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

никотиновой кислоты

фибратов

статинов

эзетимиба

Диагноз

По данным офисного измерения АД максимальные значения составили 150/90 мм рт. ст., по СМАД 159/95 мм рт. ст., у пациентки имеется артериальная гипертензия + _____ + степени

легкой

очень тяжелой

умеренной

тяжелой

С целью своевременного предупреждения преэклампсии «золотым» стандартом для диагностики протеинурии является количественное определение белка в суточной порции мочи. Клинически значимой протеинурией во время беременности считают наличие белка + _____ + г/л в суточной пробе (24 ч)

0,3

0,08

0,05

0,2

В качестве немедикаментозных методов лечения пациентке следует рекомендовать

диету, обогащенную белком

12-ти часовой ночной сон

сбалансированную диету без ограничения жидкости

снижение массы тела

Назначение антигипертензивной терапии пациентке показано при уровне АД $\geq$ + _____ + мм рт. ст. в отсутствии поражения органов-мишеней (пороговое значение)

139/89

160/100

140/90

150/95

Одним из препаратов первой линии для лечения артериальной гипертензии во время беременности является

метилдопа

верошпирон

верапамил

бисопролол

Лечение гестационной артериальной гипертензии на данном этапе пациентке следует проводить

в терапевтическом отделении многопрофильного стационара

в акушерском стационаре

амбулаторно кардиологом

амбулаторно терапевтом

Спустя 12 недель после родов в качестве немедикаментозных методов лечения артериальной гипертензии и дальнейшей профилактики сердечно-сосудистых заболеваний пациентке в первую очередь следует рекомендовать

снижение массы тела

диету, обогащенную растительными волокнами

диету, обогащенную белком

12-часовой ночной сон

Рекомендованным препаратом выбора для плановой терапии среди β -АБ у беременных с артериальной гипертензией является

бетаксолол

целипролол

метопролола сукцинат

бисопролол

В послеродовом периоде у женщин с артериальной гипертензией наблюдают тенденцию к повышению АД, которое достигает максимальных величин на + _____ + день после родов

бетаксолол

целипролол

метопролола сукцинат

бисопролол

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М. 45 лет, обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

- на кашель с выделением скудной слизистой мокроты - на периодические боли в правой половине грудной клетки ноющего характера - на одышку, возникающую при быстром темпе ходьбы, купирующуюся в покое в течение 2 минут.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы пациентку периодически беспокоят на протяжении двух месяцев, к врачу не обращалась. При устройстве на работу в результате проведения флюорографии были выявлены патологические изменения в области корней легких. В связи чем обратилась к врачу-терапевту участковому по месту жительства.

Анамнез жизни

- Домохозяйка - Профессиональных вредностей не было. - В детстве развивалась нормально, болела корью - Бытовые условия у пациентки удовлетворительные, приём пищи регулярный - Вредные привычки отрицает. - Аллергические реакции к медикаментам отрицает. - Наследственность и семейный анамнез не отягощены. - Предыдущее флюорографическое обследование было 2 года назад — без патологии.

Объективный статус

При осмотре общее состояние удовлетворительное, стабильное. Пациентка ориентирована в месте, времени, собственной личности. Температура тела 36,6 градусов С. ИМТ 30 кг/м². На коже обеих голени визуализируется узловатая эритема. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная. Перкуторно ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, патологические дыхательные шумы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Пульс 72 уд. в мин, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. ЧСС 75 уд/мин. АД 125/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный, 1 раз в день, оформленный, без примесей крови и слизи.

В перечень лабораторных методов исследования входят

бетаксолол

целипролол

метопролола сукцинат

бисопролол

Результаты лабораторных методов обследования

В перечень инструментальных методов исследований входят

бетаксолол

целипролол

метопролола сукцинат

бисопролол

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз следует сформулировать как

бетаксолол

целипролол

метопролола сукцинат

бисопролол

Диагноз

У пациентки наблюдается рентгенологическая картина саркоидоза +__+ стадии

I

III

II

IV

Саркоидоз лимфатических узлов следует дифференцировать с

бронхиальной астмой

центральный раком лёгкого

эмфиземой легких

хронической обструктивной болезнью лёгких

Бессимптомным больным с I стадией саркоидоза рекомендовано/рекомендована

наблюдение без лечения

трансбронхиальное удаление лимфатических узлов

госпитализация и лечение преднизолоном с изониазидом

альтернативная терапия цитостатиками

Лечение преднизолоном (или эквивалентной дозой другого ГКС) назначают в начальной дозе 0,5 мг/кг/сутки на 4 недели, затем дозу снижают до поддерживающей для контроля над симптомами и прогрессированием болезни в течение

3 лет

2-3 недель

6-24 месяцев

3-4 месяцев

При динамическом наблюдении больных с внутригрудным саркоидозом наиболее информативным методом исследования параметров функционального состояния легких является спирометрия, а также

- определение сатурации крови (SaO₂)
- оценка степени поглощения окиси углерода (DLco)
- определение газового состава крови
- определение уровня NO в выдыхаемом воздухе

Спирометрию следует проводить не реже + _____ + в активную фазу процесса и ежегодно при последующем наблюдении

- 1 раза в 3 месяца
- 2 раз в месяц
- 1 раза в 6 месяцев
- 1 раза в месяц

При назначении пациенту преднизолона следует контролировать артериальное давление, массу тела, плотность костей, а также

- гормоны щитовидной железы
- липидный спектр крови
- глюкозу крови
- креатинин

Благоприятным прогностическим фактором при саркоидозе является ремиссии более + _____ + (пороговое значение)

- 2 лет
- 3 лет
- 12 месяцев
- 6 месяцев

Со впервые выявленным активным саркоидозом: при положительной динамике, инволюции процесса, положительном ответе на проводимую терапию, состоянии без динамических изменений и при наличии

недостаточности органов и систем не более 1 степени, пациент должен в первый(-ые) + _____ + год(-а) посещать врача каждый(-ые) + _____ + месяца(-ев), + + _____ + 1 раз в

2 лет

3 лет

12 месяцев

6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приёмное отделение стационара самотёком обратился пациент 39 лет.

Жалобы

При поступлении предъявляет жалобы на перебои в работе сердца и приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие без четкой связи с физической нагрузкой, длящиеся от нескольких минут до 1,5-2 часов и купирующиеся самостоятельно.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 30 летнего возраста, когда впервые стали беспокоить единичные перебои в работе сердца. В возрасте 36 лет впервые в жизни без видимой причины возник приступ неритмичного учащенного сердцебиения, который самостоятельно купировался через 10-15 минут. Вызванная бригада скорой медицинской помощи приехала уже после окончания приступа и на снятой ЭКГ зарегистрировала норму (со слов пациента). В дальнейшем подобные приступы возникали примерно один раз в полгода, длились не более 10-15 минут и купировались самостоятельно до приезда бригады «03». При обращении в поликлинику по месту жительства неоднократно проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, но зарегистрировать аритмию так и не удалось. Сегодня по дороге на работу пациент проходил мимо больницы, когда у него развился очередной приступ аритмии, в связи с чем обратился в приёмное отделение стационара.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: хронический тонзиллит в детстве, аппендэктомия в 20 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает. * Профессиональный анамнез: офисный работник в банковской сфере * Аллергологический анамнез: аллергия на ампициллин в форме крапивницы * Наследственный анамнез: отец 65 лет, ГБ, инфаркт миокарда в 58 лет, мать 60 лет, остеоартроз коленных суставов * Вредные привычки: отрицает - не курит, алкоголь употребляет только по праздникам

Объективный статус

На момент осмотра в приёмном отделении состояние удовлетворительное. Сознание ясное, правильно ориентирован в личности, месте и пространстве.

Температура тела 36,5°C. Телосложение нормостеническое: рост 179 см, вес 79 кг, ИМТ 24,7 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система без видимой патологии. Грудная клетка конической формы, равномерно участвует в акте дыхания; аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Область сердца визуальна не изменена; границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии, верхняя – третье межреберье. Аускультативно тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД - слева и справа 125/70 мм рт. ст., ЧСС=100-120 ударов в минуту, Ps= 80-100 ударов в минуту. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Изображение 1

На снятой в приёмном отделении электрокардиограмме (ЭКГ) (изображение 1) удалось зарегистрировать

- трепетание предсердий
- фибрилляцию предсердий
- частую суправентрикулярную экстрасистолию
- суправентрикулярную тахикардию

У пациента имеет место + _____ + форма фибрилляции предсердий

- персистирующая
- длительно персистирующая
- пароксизмальная
- постоянная

Данному пациенту с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий антикоагулянтная терапия

- персистирующая
- длительно персистирующая
- пароксизмальная
- постоянная

Дополнительная информация

Через 20 минут от начала пароксизма тахикардии синусовый ритм самостоятельно восстановился. Пациент был госпитализирован в терапевтическое отделение для обследования и лечения.

Для выбора дальнейшей тактики ведения пациента необходимо провести дообследование, включающее

- персистирующая
- длительно персистирующая
- пароксизмальная
- постоянная

Результаты обследования

Целью антиаритмической терапии в лечении данного пациента является

- улучшение продолжительности жизни
- удержание синусового ритма
- уменьшение симптомов фибрилляции предсердий (ФП)
- профилактика сердечной недостаточности

Стратегия восстановления синусового ритма «таблетка в кармане» для этого пациента

- противопоказана
- может быть рекомендована
- может быть рекомендована только в случае неэффективности РЧА
- может быть рекомендована только при неэффективности антиаритмических препаратов IC класса

Пациентам страдающим фибрилляцией предсердий (ФП) при наличии ХСН в качестве постоянной антиаритмической терапии показано назначение

- этацизина
- аллапинина
- амиодарона

пропафенона

Риск развития геморрагических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и высоким риском тромбоэмболических осложнений следует оценивать по шкале

{nbsp}SCORE

{nbsp}HAS-BLED

{nbsp}RIFLE

{nbsp}CAT

Антитромботическая терапия варфарином у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП) требует периодического контроля

перфузионного индекса (ПИ)

международного нормализованного отношения (МНО)

{nbsp}D-димера

активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)

С целью купирования пароксизма фибрилляции предсердий у пациента без структурных изменений сердца противопоказано использование

электрокардиоверсии

сверхчастой электрокардиостимуляции

медикаментозной кардиоверсии амиодароном

медикаментозной кардиоверсии пропафеноном

Показанием для проведения экстренной кардиоверсии при пароксизме фибрилляции предсердий (ФП) является

паническая атака, развившаяся вследствие пароксизма ФП

митральный стеноз

ЧСС=120-150 уд/мин

АД=70/30 мм рт. ст

Пациентам с фибрилляцией предсердий (ФП) и тиреотоксикозом для контроля ЧСС показано назначение

паническая атака, развившаяся вследствие пароксизма ФП

митральный стеноз

ЧСС=120-150 уд/мин

АД=70/30 мм рт. ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

* на приступы затрудненного дыхания, удушья до 2-3 раза в сутки, в том числе по ночам, сопровождающиеся сухими, свистящими хрипами, выраженную одышку при физической нагрузке (ходьба на 100 м); * на периодический кашель со скудной мокротой, вязкой консистенции; * на сухость во рту, жажду; * на общую слабость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Страдает бронхиальной астмой длительное время (около 30 лет). Впервые приступ возник на фоне ОРВИ, когда появились удушье, чувство заложенности в груди. Был установлен диагноз «Бронхиальная астма». Получает базисную терапию - ингаляции комбинированного препарата будесонид 80 мкг + формотерол 4,5 мкг по 1 ингаляции 2 раза в сутки. Несмотря на постоянное лечение, лёгкие приступы удушья возникают 1-2 раза в месяц, пациентка быстро купирует их самостоятельно ингаляциями сальбутамола или беродуала. Обострение заболевания до 2-х раз в год при смене метеорологических условий, цветении трав. Ухудшение состояния отмечает в последние две недели. Усилилась одышка, возросла потребность в бронходилататорах короткого действия. В последние 3-4 месяца отмечает появление сухости во рту, жажды, немотивированной слабости.

Анамнез жизни

* Работает учительницей математики в школе. * Перенесенные заболевания: нет. * Оперативных вмешательств не было. Гемотрансфузионный анамнез не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, контакт с инфекционными заболеваниями отрицает, выезд за пределы региона за последние 6 месяцев, употребление сырой воды, укусы клещей отрицает. * Гинекологический анамнез: беременностей - 3, родов - 3, абортов - 0, выкидышей - 0. Менопауза с 50 лет. * Аллергологический анамнез: выявлена сенсibilизация к пыльце трав- сезонное усиление респираторных симптомов * Наследственность – мать страдала бронхиальной астмой. * Вредные привычки отрицает. * Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Рост - 165 см, вес – 85 кг. ИМТ – $31,2 \text{ кг/м}^2$, SpO_2 - 90%, t тела – $36,6^\circ\text{C}$.
Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы физиологической окраски. Влажность нормальная. Тургор не снижен. Высыпаний нет. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Костно-мышечная система не изменена. Грудная клетка бочкообразная. Легкие: аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям. Перкуторно звук коробочный. ЧДД - 22 в минуту. Сердце: аускультативно тоны ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 92 в минуту. Ps – 92 в минуту. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не напряжен, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена, при пальпации безболезненна, перкуторно размеры 4x6 см. Почки не пальпируются. Периферические отеки не определяются. Стул: самостоятельный, оформленный, регулярный, патологических примесей нет. Диурез адекватный.
Пациентке показано лабораторное обследование включающее

паническая атака, развившаяся вследствие пароксизма ФП

митральный стеноз

ЧСС=120-150 уд/мин

АД=70/30 мм рт. ст

Результаты обследования

Инструментальное обследование, необходимое пациентке должно включать

паническая атака, развившаяся вследствие пароксизма ФП

митральный стеноз

ЧСС=120-150 уд/мин

АД=70/30 мм рт. ст

Результаты обследования

На основании проведённого пациентке обследования основной диагноз может быть диагностирована

паническая атака, развившаяся вследствие пароксизма ФП

митральный стеноз

ЧСС=120-150 уд/мин

АД=70/30 мм рт. ст

Диагноз

Тяжесть течения бронхиальной астмы у пациентки соответствует
+ _____ + степени

тяжёлой

средней

лёгкой

крайне тяжёлой

Фаза течения бронхиальной астмы у пациентки на момент обращения за медицинской помощью соответствует

астме, близкой к фатальной

жизнеугрожающей астме

тяжёлому обострению

лёгкому обострению

Сопутствующим заболеванием, диагностированным в ходе обследования у пациентки, является

сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина
 $HbA1c < 7,0\%$. Ожирение 1 степени

сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина
 $HbA1c < 7,5\%$. Ожирение 2 степени

сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина
 $HbA1c < 6,5\%$. Ожирение 1 степени

сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина
 $HbA1c < 6,0\%$. Ожирение 2 степени

Оптимальной терапией лёгкого обострения бронхиальной астмы у пациентки будет назначение

короткодействующих бета2-агонистов и системных глюкокортикостероидов

короткодействующих бета2-агонистов и ингаляционных
глюкокортикостероидов

длительнодействующих антихолинергических средств и ингаляционных
глюкокортикостероидов

длительнодействующих бета2-агонистов и ингаляционных
глюкокортикостероидов

**При лечении настоящего обострения у пациентки предпочтение следует
отдать + _____ + способу доставки лекарственных средств**

внутривенному

ингаляционному (через небулайзер)

ингаляционному (дозированный аэрозольный ингалятор)

пероральному

**В качестве медикаментозного лечения сахарного диабета II типа пациентке
следует назначить**

дапаглифлозин

метформин

инсулин короткого действия

гликлазид МВ

**Мониторировать эффективность сахароснижающей терапии по уровню
HbA1c пациентке следует с интервалом + _____ + месяц (-а;-ев)**

3

8

1

6

**Противопоказанием для проведения перорального глюкозотолерантного
теста является**

приём ивабрадина

наличие хронической болезни почек

острое заболевание

дефицит массы тела

Показанием для проведения теста на выявление бронхиальной гиперреактивности является

приём ивабрадина

наличие хронической болезни почек

острое заболевание

дефицит массы тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 лет обратилась к терапевту.

Жалобы

На боли в обоих коленных суставах, больше справа, интенсивные, стреляющие, возникающие при ходьбе, в покое боль не беспокоит; ограничение движений в правом коленном суставе из-за боли.

Анамнез заболевания

Примерно с 50 лет отмечает эпизодическое повышение АД до 160/100 мм рт. ст., при «рабочих цифрах» 120/80 мм рт. ст. в связи с чем эпизодически принимает капотен с эффектом. С 60 лет когда получила травму коленных суставов (падение с высоты собственного роста). После травмы появилась боль и отечность правого коленного сустава. За медицинской помощью не обращалась. Амбулаторно принимала ибупрофен, кеторолак, глюкозамин с временным эффектом. Существенное ухудшение состояния на протяжении двух последних лет, которое выражается в усилении болей в коленных суставах, невозможности опереться на правую ногу из-за выраженного болевого синдрома. Последний месяц ходит с тростью.

Анамнез жизни

Из перенесенных заболеваний отмечает холецистэктомию в возрасте 43 лет и редкие острые вирусные инфекции (1-2 раза в год). Гепатит, туберкулез, сахарный диабет отрицает. Переливаний крови не было. Аллергических реакций не было. Семейный анамнез: мать страдала ГБ, СД II типа, умерла в возрасте 68 лет от ОНМК; о состоянии здоровья отца данных нет. В настоящее время на пенсии, ранее работала продавцом. Беременностей - 7, роды - 2, выкидыши - 1, аборт - 4. Менопауза с 48 лет. Вредные привычки - отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения,

повышенного питания. Рост - 160 см, вес - 80 кг, ИМТ - $31,25 \text{ см/м}^2$ (ожирение I ст.). Объем талии = 86 см. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, чистые, тургор кожи снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система – отечность коленных суставов, больше справа, ограничение движений в коленных суставах, болезненности при пальпации коленных суставов нет. Крепитация в коленных суставах при пассивных и активных движениях. В легких перкуторно легочной звук, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка гиперстенической формы. Границы относительной тупости сердца расширены на 1,5 см влево от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД = 154/90 мм рт. ст., ЧСС 92 уд/мин. Пульсация периферических сосудов сохранена. Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Стул и диурез не нарушены.

Для верификации диагноза пациентке показано проведение рентгенографии

приём ивабрадина

наличие хронической болезни почек

острое заболевание

дефицит массы тела

Результаты обследования

Лабораторный блок обследования пациентки должен включать

приём ивабрадина

наличие хронической болезни почек

острое заболевание

дефицит массы тела

Результаты обследования

На основании результатов проведённого обследования пациентке следует диагностировать

приём ивабрадина

наличие хронической болезни почек

острое заболевание

дефицит массы тела

Диагноз

По результатам проведённой рентгенографии коленных суставов пациентке следует диагностировать + _____ + рентгенологическую стадию болезни

IV

II

I

III

Для уточнения выраженности синовита и исключения разрыва кисты Бейкера пациентке показано проведение

сцинтиграфии

ультразвукового исследования коленных суставов

компьютерной томографии

позитронно-эмиссионной томографии

Проведение артроскопии наиболее поражённого правого коленного сустава

показано с целью биохимического исследования внутрисуставной жидкости

пациентке не показано

показано с целью микроскопического исследования внутрисуставной жидкости

необходимо для выбора наиболее подходящего метода лечения

Тактика ведения пациентки должна включать

малоинвазивное хирургическое лечение

хирургическое лечение

консервативное лечение

консервативное и хирургическое лечение

В качестве немедикаментозного лечения пациентке показано

увеличение осевой нагрузки на коленный сустав

исключение физической активности

использование трости под правую руку

снижение массы тела

Следует воздержаться от назначения пациентке

радоновых ванн

акупунктуры

криотерапии

лазеротерапии

Показанием для проведения магнитно-резонансной томографии коленного сустава у пациентов с подозрением на наличие остеоартроза является

отсутствие рентгенологических изменений при наличии клинических симптомов

наличие гиперурикемии

возраст моложе 40 лет

болевого синдром, появляющийся при нагрузке на сустав

К характерным клиническим симптомам остеоартроза коленных суставов относят

острый дебют болевого синдрома

преимущественное усиление болей в ночное время суток

утреннюю скованность менее 30 минут

отсутствие боли при спуске вниз по лестнице

Положительный симптом баллотирования надколенника свидетельствует о наличии

острый дебют болевого синдрома

преимущественное усиление болей в ночное время суток

утреннюю скованность менее 30 минут

отсутствие боли при спуске вниз по лестнице

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

Боли в спине - преимущественно в грудном и поясничном отделах позвоночника, уменьшение роста на 5 см.

Анамнез заболевания

В возрасте 51 года после наступления менопаузы заметила появление повышенной ломкости ногтей и волос, сухость кожных покровов, что связывала с физиологическими гормональными изменениями организма, поэтому к врачам не обращалась. В течение последних пяти лет начала замечать нарастающие боли в спине, сутулость, искривления осанки, окружающие отметили уменьшение роста. Полгода назад – перелом левой бедренной кости при падении с высоты собственного роста (поскользнулась на мокром полу). Во время хирургического лечения врач-травматолог обратил внимание пациентки на патологические изменения на рентгенограмме и рекомендовал обратиться к врачу-терапевту.

Анамнез жизни

В настоящее время на пенсии, до 60-ти лет работала инженером технологической службы. Семейный анамнез: переломы костей у матери и бабушки в 63 и 70 лет, соответственно. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний: аппендэктомия в возрасте 15-ти лет и частые острые респираторные вирусные инфекции (3-4 раза в год). Беременностей 6, родов 2, прерываний беременности (медицинские аборты) 4. Менопауза с 51 года, отмечала дисфункциональные метроррагии. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки отрицает. Стул и диурез не нарушены. Передвижение с тростью после перелома.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Рост 155 см, вес 59 кг (ИМТ 24,56 кг/м²). Кожные покровы физиологической окраски, сухие, ногти истончены, отеков нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 66 ударов в минуту. Пульс 66 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=15 в минуту. Костно-мышечная система: грудной кифоз, расстояние между затылком и стеной 6 см, болезненность при пальпации позвоночника. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Первичная лабораторная диагностика пациентки с подозрением на наличие у неё остеопороза должна включать исследование

острый дебют болевого синдрома

преимущественное усиление болей в ночное время суток

утреннюю скованность менее 30 минут

отсутствие боли при спуске вниз по лестнице

Результаты обследования

Инструментальное обследование, необходимое данной пациентке должно включать проведение рентгенографии

острый дебют болевого синдрома

преимущественное усиление болей в ночное время суток

утреннюю скованность менее 30 минут

отсутствие боли при спуске вниз по лестнице

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациентке следует установить диагноз

острый дебют болевого синдрома

преимущественное усиление болей в ночное время суток

утреннюю скованность менее 30 минут

отсутствие боли при спуске вниз по лестнице

Диагноз

Диагностированный у пациентки остеопороз должен быть расценён как

тяжёлый

начальный

легкий

средней тяжести

Лечение остеопороза у данной пациентки следует проводить

курсами под контролем денситометрии

в течение одного года

непрерывно длительно

до достижения стойкой нормокальциемии

Лечение остеопороза следует признать неэффективным при

потере МПК на 2% в позвонках

потере МПК на 2% в бедренной кости

улучшении маркеров костного обмена на 50%

потере МПК на 4% в бедренной кости

К основной терапии остеопороза следует добавлять препараты

фосфора

кальция

магния

калия

К основной терапии остеопороза следует добавлять жирорастворимые витамины группы

D

A

E

K

Учитывая выявленную у пациентки гипокальциемию и тяжёлый остеопороз, предпочтение при её лечении следует отдавать

стронция ренелату

алендроновой кислоте

терипаратиду

деносумабу

Для выявления лиц с высокой вероятностью переломов используют

шкалу _CHADS~2~_

индекс _DAS-28_

алгоритм _FRAX_

индекс _PESI_

Диагноз «Остеопороз» следует устанавливать вне зависимости от результатов рентгеноденситометрии или алгоритма FRAX всем лицам старше 50 лет при наличии перелома

бедренной кости

ключицы

костей основания черепа

костей мизинца ноги

Лечение остеопороза вне зависимости от результатов рентгеноденситометрии следует начинать всем пациентам старше 60 лет если у них

бедренной кости

ключицы

костей основания черепа

костей мизинца ноги

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д., 23-х лет обратилась в поликлинику к врачу общей практики.

Жалобы

На боли и припухание в области проксимальных межфаланговых суставов II и V пальцев правой руки и IV пальца левой руки, а также лучезапястных и пястно-фаланговых суставов обеих рук; утреннюю скованность в суставах кистей, сохраняющуюся до 11-00 часов дня.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 4-х месяцев, когда появились боли и припухание в описанных выше суставах, небольшая утренняя скованность в суставах кистей обеих рук. По совету родственников эпизодически пользовалась вольтареном в виде геля и в таблетках, что приносило некоторое облегчение на короткий промежуток времени. Несмотря на проводимое лечение боли, отёчность и припухание в суставах на протяжении 4-х месяцев постепенно нарастали, позже

присоединилось ощущение скованности в мелких суставах кистей рук, которое беспокоит пациентку по утрам после пробуждения. В начале заболевания ощущение «утренней скованности» длилось кратковременно – не более 20 минут, но в последнее время оно сохраняется на протяжении 3-4 часов.

Анамнез жизни

Учится в технологическом университете. Росла и развивалась нормально. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (не чаще 1 раз в год); аппендэктомия в 16-летнем возрасте. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Гинекологический анамнез: здорова.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Пациентка нормостенического телосложения, рост = 167 см, вес = 58 кг. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, патологические шумы не выслушиваются, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Локальный статус: При осмотре определяется небольшая отечность, припухание и умеренная болезненность в области пястно-фаланговых суставов V пальцев обеих рук, проксимальных межфаланговых суставов II и V пальцев правой руки и IV пальца левой руки. Хват кистей правой 78%, левой – 76%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 50 мм.

Лабораторные методы обследования, проведение которых необходимо для установления диагноза и выбора тактики дальнейшего лечения данной пациентке должны включать

- бедренной кости
- ключицы
- костей основания черепа
- костей мизинца ноги

Результаты обследования

Инструментальные диагностические методы, в проведении которых нуждается пациентка с целью установления диагноза должны включать

- бедренной кости
- ключицы
- костей основания черепа

костей мизинца ноги

Результаты обследования

На основании проведённого обследования пациентке следует диагностировать

болезнь Рейтера

ревматоидный артрит

подагрический артрит

недифференцированный артрит

Клиническая стадия ревматоидного артрита у данной пациентки должна быть расценена как

ранняя

развёрнутая

поздняя

очень ранняя

Выявленные рентгенологические изменения у пациентки соответствуют + _____ + рентгенологической стадии заболевания

2

1

3

4

Ограничения подвижности в поражённых суставах у пациентки соответствуют + _____ + функциональному классу

II

III

IV

I

Для оценки активности ревматоидного артрита следует использовать индекс

CRB-65

CHADS~2~

DAS-28

CURB-65

Диагноз пациентки должен быть сформулирован как

CRB-65

CHADS~2~

DAS-28

CURB-65

Диагноз

В качестве базисной терапии РА пациентке показано назначение

преднизолона

мелоксикама

метотрексата

гидроксихлорохина

С целью снижения риска развития нежелательных лекарственных реакций на фоне терапии метотрексатом пациентке следует назначить

+ _____ + кислоту

фолиевую

ацетилсалициловую

клавулановую

аминосалициловую

На фоне проводимой терапии метотрексатом с целью контроля её безопасности пациентке следует контролировать в крови уровень

креатинина и азота мочевины

АСТ и АЛТ

КФК и ЛДГ

ГГТ и ЩФ

Клиническая ремиссия РА считается стойкой в том случае, если она продолжается + _____ + и более месяцев

креатинина и азота мочевины

АСТ и АЛТ

КФК и ЛДГ

ГГТ и ЩФ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Н, 59 лет, поступил в терапевтическое отделение городской больницы с поликлинического приёма.

Жалобы

* на одышку, возникающую при ходьбе в пределах квартиры; * на симметричные отеки голеней и стоп; * на невозможность спать, лежа на спине с низким головным концом из-за возникающей одышки, уменьшающейся и проходящей в положении сидя; * на повышение АД до 170/100 мм рт. ст., сопровождаемое головной болью и головокружением.

Анамнез заболевания

Примерно с 40-летнего возраста пациент страдает АГ. В 48 лет был диагностирован сахарный диабет II типа. В 52 года в связи с впервые возникшим приступом загрудинных болей бригадой скорой медицинской помощи был госпитализирован в больницу, где диагностирован инфаркт миокарда. В дальнейшем регулярно наблюдался у кардиолога по месту жительства, после последнего визита к которому 5 месяцев тому, назад регулярно принимает метформин 1000 мг/сут, эналаприл 15 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут и аспирин 100 мг/сут. 2 месяца тому назад пациент «простыл» в электричке по дороге домой с дачи, после чего появились симптомы простуды в виде заложенности носа, общей слабости, першения в горле, которые прошли самостоятельно через 10 дней. Однако во время болезни пациент начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке, которая после выздоровления от ОРВИ не только не исчезла, но и продолжала постепенно прогрессировать. 3 недели тому назад больной отметил появление отёков на ногах и периодически возникающие эпизоды головной боли и лёгкого головокружения во время которых регистрировалось повышенное АД, максимально до 170/100 мм рт. ст., несмотря на регулярный

приём прописанных лекарственных препаратов. В связи с ухудшением состояния пациент пришел на прием к участковому терапевту, откуда, учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно-диагностическое отделение стационара.

Анамнез жизни

Профессиональная деятельность в течение жизни: слесарь-монтажник. На протяжении последнего года пациент не работает в связи с получением 2 группы инвалидности (бессрочно) по общему заболеванию. Перенесенные заболевания – пневмония (11 лет назад), ОРВИ 1-2 раза в год. Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь. Семейный анамнез – мать 83 года, страдает гипертонической болезнью. Вредные привычки – не курит, алкоголь употребляет умеренно (некрепкие напитки). Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, вес 76 кг. ИМТ $27,9 \text{ кг/м}^2$. Температура тела $36,9^\circ\text{C}$. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Отеки на лице в области глаз, увеличивающиеся по утрам, со слов больного. Симметричные периферические отеки на обеих ногах до уровня средней трети голеней. При сравнительной перкуссии грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах выслушиваются рассеянные влажные хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по левому краю грудины, левая – в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 60 уд. в мин., пульс – 60 уд. в мин., дефицита пульса нет. АД – 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный.

В план обследования пациента следует включить

креатинина и азота мочевины

АСТ и АЛТ

КФК и ЛДГ

ГГТ и ЩФ

Результаты обследования

В план инструментальной диагностики пациента следует включить

креатинина и азота мочевины

АСТ и АЛТ

КФК и ЛДГ

ГГТ и ЩФ

Результаты обследования

На основании результатов проведённого обследования основной диагноз пациенту следует сформулировать как

креатинина и азота мочевины

АСТ и АЛТ

КФК и ЛДГ

ГГТ и ЩФ

Диагноз

Диагностированную у пациента ХСН следует классифицировать как ХСН с + _____ + ФВ

повышенной

сохраненной

низкой

промежуточной

Выявленная у пациента ХСН соответствует + _____ + функциональному классу (ФК)

повышенной

сохраненной

низкой

промежуточной

Дополнительная информация

Учитывая, что креатинин сыворотки при поступлении составил 128 мкмоль/л, рСКФ (ЕРІ)=52 мл/мин/1,73 м². Из анамнеза удалось уточнить, что 5 месяцев тому назад, когда пациент был на последнем визите у кардиолога, уровень креатинина составил 87 мкмоль/л, что соответствовало рСКФ (ЕРІ) = 84 мл/мин/1,73 м².

Выявленное снижение рСКФ следует трактовать как

острое повреждение почек

острая почечная недостаточность

хроническая почечная недостаточность

хроническая болезнь почек

Наиболее вероятной причиной развития острой болезни почек у пациента является

хроническая болезнь почек

сердечная недостаточность

артериальная гипертензия

сахарный диабет

Немедикаментозное лечение должно включать ограничение потребления натрия не более + _____ + г в сутки

7

1

3

5

Пациенту показано мониторирование в крови уровня

йода

кальция

калия

магния

Показанием для начала заместительной почечной терапии пациенту может стать калий крови > + _____ + ммоль/л

5,0

5,5

6,0

6,5

3 стадия острого повреждения почек диагностируется при уровне креатинина $\geq$ + _____ + мкмоль/л

453,6

153,6

253,6

353,6

При развитии гиперкалиемии в больных с острым повреждением почек для стабилизации мембран кардиомиоцитов используется

453,6

153,6

253,6

353,6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д. 59 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в нижней части спины.

Анамнез заболевания

Впервые боли в нижней части спины появились без видимой причины около года тому назад и периодически возникают при длительном нахождении в вертикальном положении тела. Из анамнеза известно, что зимой 3 года тому назад пациентка поскользнулась и упала, сломав при этом левую лучезапястную кость. Перелом зажил без осложнений, функция руки полностью восстановлена.

Анамнез жизни

* не курит, алкоголь не употребляет; * менопауза с 48 лет; * пьет 10 чашек кофе в день; * мама пациентки умерла в 79 лет после перелома шейки бедра; * живет на дачном участке, любит садоводство.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве. Телосложение астеническое, кифотическая грудная клетка. Рост 165 см, вес – 59 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. ЧСС – 82 уд в 1 мин. Пульс, ритмичный одинакового наполнения и

напряжения с обеих сторон, 82 уд. в 1 мин. АД – 150/80 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. При пальпации остистых отростков позвоночника определяется болезненность в грудном отделе, расстояние между реберной дугой и гребнем подвздошной кости составляет ширину 3-х пальцев, расстояние от затылка до стены - 4 см. Предварительный диагноз: Постменопаузальный остеопороз. Компрессионный перелом грудного отдела позвоночника.

Оценку вероятности патологического перелома у пациентки следует оценить с использованием шкалы

DAS-28

CURB-65

FRAX

SCORE

План инструментального обследования пациентки должен включать проведение

DAS-28

CURB-65

FRAX

SCORE

Результаты обследования

Лабораторное обследование пациентки должно включать определение уровня

DAS-28

CURB-65

FRAX

SCORE

Результаты обследования

FRAX-индекс пациентки, определённый на основании имеющихся данных составил 24%, что ассоциировано с высокой вероятностью переломов в

течение последующих 10 лет. Состояние пациентки на настоящий момент следует расценивать как

- остеопороз
- остеоартрит
- остеоартроз
- остеопения

В качестве немедикаментозного лечения пациентке показаны

- интенсивные осевые нагрузки
- покой и исключение физических нагрузок
- бессолевая диета и ограничение потребляемой жидкости
- умеренные силовые нагрузки

Пациентке с диагностированным остеопорозом показано назначение
+ _____ + кислоты

- алендроновой
- гиалуроновой
- метилмалоновой
- тиоктовой

Дополнительно пациентке показано назначение препаратов

- магния
- марганца
- кальция
- калия

Пациентке показано назначение витамина

- A
- C
- D

В6

Применение ренелата стронция в рутинной практике ограничено

риском развития сердечно-сосудистых осложнений

плохой переносимостью

риском развития аллергических реакций

риском развития онкологических заболеваний

Риск развития вторичного остеопороза повышается при

сахарном диабете

внутрибольничной пневмонии

язвенной болезни 12-перстной кишки

артериальной гипертензии

До развития патологического перелома остеопороз

протекает бессимптомно

можно диагностировать при рентгенографии органов грудной клетки

проявляется «статическими» болями в позвоночнике

дебютирует «хрустом» в позвоночнике

Диагностировать и начать лечить остеопороз независимо от результатов рентгеноденситометрии и/или индекса _FRAX_ следует

протекает бессимптомно

можно диагностировать при рентгенографии органов грудной клетки

проявляется «статическими» болями в позвоночнике

дебютирует «хрустом» в позвоночнике

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу общей практики обратился мужчина 25 лет.

Жалобы

На затруднение носового дыхания, насморк, стреляющие боли в правом ухе, снижение слуха в больном ухе, вялость, слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до $37,7-38,1^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Неделю назад после переохлаждения появились жалобы на насморк, затруднение носового дыхания, кашель. Через 2 дня пациент отметил повышение температуры тела до $37,4^{\circ}\text{C}$, лечился самостоятельно каплями в нос без существенной динамики. Вчера появились боли в правом ухе, которые усилились к вечеру. Вчера вечером впервые за все время температура повысилась до $38,1^{\circ}\text{C}$. Принял таблетку ибупрофена с временным эффектом.

Анамнез жизни

* аллергические реакции отрицает * хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголь употребляет умеренно * профессиональных вредностей нет * проживает один

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферических отеков нет. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в 1 мин. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, ЧСС 68 ударов в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень при пальпации по краю реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дыхание через нос затруднено, при передней риноскопии в преддверии носа видна слизь, носовая перегородка искривлена вправо, слизистая оболочка носа умеренно гиперемирована, отечна, слизистое отделяемое в общих, средних носовых ходах. Рот открывается свободно, слизистые оболочки полости рта чистые, влажные. Язык влажный, умеренно обложенный налетом, вкусовые сосочки его выражены хорошо. В зеве и глотке умеренная гиперемия. При пальпации подчелюстные лимфатические узлы пальпируются как одиночные, диаметром 1,5x1,5 см округлой формы, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные образования. Уши: Левое ухо: Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход широкий, свободный. Правое ухо: Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка умеренно болезненна. Наружный слуховой проход широкий, свободный.

К лабораторным исследованиям, проведение которых показано пациенту, относят

протекает бессимптомно

можно диагностировать при рентгенографии органов грудной клетки

проявляется «статическими» болями в позвоночнике

дебютирует «хрустом» в позвоночнике

Результаты обследования

Для верификации диагноза пациенту необходимо провести

протекает бессимптомно

можно диагностировать при рентгенографии органов грудной клетки

проявляется «статическими» болями в позвоночнике

дебютирует «хрустом» в позвоночнике

Результаты обследования

При проведении пробы Вебера камертоном С~128~ звук латерализуется в правое ухо, что свидетельствует о

левостороннем поражении звукопроводящего аппарата

правостороннем поражении звукопроводящего аппарата

правостороннем поражении звуковоспринимающего аппарата

левостороннем поражении звуковоспринимающего аппарата

При проведении пробы Ринне камертоном С~128~ выявлено, что проба Ринне отрицательная справа (R-), положительная (R+) слева, что является признаком

кондуктивной тугоухости слева

нейросенсорной тугоухости справа

кондуктивной тугоухости справа

нормального слуха

На основании проведенного обследования пациенту следует диагностировать

кондуктивной тугоухости слева

нейросенсорной тугоухости справа

кондуктивной тугоухости справа

нормального слуха

Диагноз

Течение заболевания у пациента соответствует

- доперфоративной стадии гнойного воспаления
- стадии острого евстахеита
- стадии острого катарального воспаления
- постперфоративной стадии гнойного воспаления

В качестве разгрузочной терапии пациенту показано назначение назальных форм

- М-холиноблокаторов
- β -адреномиметиков
- М-холиномиметиков
- α -адреномиметиков

В качестве деконгестанта пациенту был назначен ксилометазолин, рекомендованная длительность терапии которым должна составлять не более

- 5-7 дней
- 1-2 месяцев
- 3-4 месяцев
- 14-21 дня

Тактика ведения пациента в отношении антибактериальной терапии должна быть сформулирована следующим образом: пациенту показана

- антибактериальная терапия в случае неэффективности разгрузочной терапии, проводимой в течение 72 часов
- только транстимпанальная антибактериальная терапия рифампицином или фторхинолоном
- системная антибактериальная терапия, в связи с тем, что клинические признаки заболевания сохраняются более 72 часов

системная антибактериальная терапия только при развитии
постперфоративной стадии гнойного воспаления среднего уха

В качестве антибактериального препарата пациенту следует назначить

тетрациклин

кларитромицин

амоксциллин

эртапенем

**Контроль проводимой антибактериальной терапии для оценки её
эффективности и решения вопроса о возможной необходимости смены
антибактериального препарата следует проводить через +_____+
часа/часов**

36

96

72

24

**Основным механизмом проникновения в среднее ухо инфекции является
+_____+ путь**

36

96

72

24

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет на приеме у терапевта.

Жалобы

На боли в эпигастрии, возникающие после приема пищи, тошноту.

Анамнез заболевания

На протяжении 6 месяцев отмечал периодические боли в эпигастрии,
купирующиеся приемом антацидов. Ухудшение состояния отмечается на

протяжении последних 7 дней, что выражается в том, что боли приобрели постоянный характер, алмагель перестал помогать в этой ситуации.

Анамнез жизни

В детстве рос и развивался соответственно возрасту. Образование высшее, работает бухгалтером. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит - одну пачку сигарет в день, алкоголь употребляет по выходным и праздникам. Аллергологический анамнез неотягощён. Семейный анамнез: отец 70 лет, страдает ГБ с 60-летнего возраста, мать – 68 лет, здорова, имеет дочь 20 лет и сына 17 лет - здоровы. Для «разжижения крови» по совету жены на протяжении последнего года постоянно принимает аспирин.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, кожа и слизистые бледно-розового цвета, теплые на ощупь. Рост 175, вес 76 кг, ИМТ 24,81 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, ЧСС 70 в 1 минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, однако отмечается локальная болезненность в эпигастрии, выявлен положительный симптом Менделя. Печень и селезенка не увеличены. При обследовании per rectum – на перчатке следы кала обычного цвета.

Лабораторные исследования, проведение которых показано пациенту должны включать

36

96

72

24

Результаты обследования

В блок первичного инструментального обследования пациента следует включить проведение

36

96

72

24

Результаты обследования

По результатам проведенного обследования пациенту следует диагностировать

36

96

72

24

Диагноз

Язвенный дефект, выявленный у пациента следует классифицировать как язва + _____ + размера

малого

среднего

гигантского

большого

Немедикаментозное лечение пациента должно включать

укрепление мышц живота

снижение массы тела

занятия лёгкой атлетикой

отказ от курения

Пациенту следует рекомендовать употреблять в пищу

мясо и рыбу

газированные сладкие и несладкие напитки

крепкие мясные и рыбные бульоны

жаренные и консервированные овощи

В качестве антибактериальной терапии «первой линии» вместе с ингибитором протонной помпы пациенту показано назначение комбинации амоксициллина и

висмута трикалия дицитрата

кларитромицина

доксциклина

метронидазола

Длительность антибактериальной терапии должна составлять
+ _____ + день/дней

21

10

7

14

Терапию ингибитором протонного насоса следует продолжать пациенту на
протяжении + _____ + недель

8-10

6-8

4-6

2-4

После окончания приёма ингибитора протонного насоса контроль за
качеством проведённой эрадикационной терапии пациенту следует
назначать

в любое удобное для пациента время

через 2 недели

в первые 48-72 часа

на следующий день

При подозрении на наличие у пациентов с язвой синдрома Золлингера-
Эллисона в план обследования следует включить исследование крови на

гистамин

гастрин

серотонин

соматостатин

Для диагностики язвенной болезни проведение рентгенографии желудка и 12-перстной кишки показано

гистамин

гастрин

серотонин

соматостатин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 38 лет обратился в поликлинику к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На протяжении 6 суток пациент отмечает повышение температуры тела максимально до 39,6°C, сухой кашель, одышку при физической нагрузке, общую слабость, упорную головную боль.

Анамнез заболевания

Настоящее состояние пациент связывает с переохлаждением 8 дней назад, когда в течение всего рабочего дня на него дул поток холодного воздуха от кондиционера в офисном помещении. К вечеру больной отметил появление лёгкого недомогания, а спустя еще 2 суток повысилась температура тела до 39,2°C. С третьего дня болезни пациента стали беспокоить кашель без отделения мокроты, головная боль и одышка при физической нагрузке. По советам родственников принимал амоксициллин 500 мг 2 раза в день, без положительного эффекта. В связи с отсутствием улучшения на 4-й день самолечения обратился в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни

Вредные привычки: курение (½ пачки в день). Аллергологический анамнез: не отягощен. Профессиональный анамнез: офисный работник. Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ.

Объективный статус

Состояние тяжелое, пациент несколько заторможен. Кожные покровы горячие, влажные. Видимые слизистые физиологической окраски. Температура тела 39,7°C, ЧДД 24 в минуту, ЧСС 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. SpO₂ = 93%. Влажные звонкие хрипы в нижних и средних отделах правого легкого. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В план инструментального обследования пациента необходимо включить

гистамин

гастрин

серотонин

соматостатин

Результаты обследования

В план лабораторного обследования пациента необходимо включить

гистамин

гастрин

серотонин

соматостатин

Результаты обследования

На основании результатов проведённого обследования пациенту должен быть сформулирован диагноз

гистамин

гастрин

серотонин

соматостатин

Диагноз

Для выбора места дальнейшего лечения пациента следует использовать шкалу

гистамин

гастрин

серотонин

соматостатин

Дополнительная информация

Несмотря на то, что счет по шкале CURB-65 у пациента составил 1 балл, из-за плохого субъективного самочувствия и неэффективности проводимой пациентом терапии было принято решение о госпитализации.

При поступлении в стационар $SpO_2 = 93\%$, в связи с чем пациенту

не показана респираторная поддержка

показана низкопоточная оксигенотерапия

показана неинвазивная вентиляция лёгких

показана высокопоточная оксигенотерапия

К факторам риска наличия полирезистентных возбудителей внебольничной пневмонии у пациента является

$SpO_2 < 95\%$

охлаждение под кондиционером

возраст

прием амоксициллина

Для снижения симптомов болезни и улучшения качества жизни показанием к назначению парацетамола будет повышение температуры тела более + _____ + °C

37,5

37,0

38,0

38,5

При назначении антибактериального препарата из группы цефалоспоринов предпочтение следует отдать

цефепиму

цефтриаксону

цефоперазону

цефтазидиму

Оценить эффективность проводимой антибактериальной терапии следует через + _____ + часа/часов

24-48

72-96

6-12

К окончанию третьих суток состояние пациента существенно улучшилось и продолжало улучшаться на протяжении всех 7 дней антибактериальной терапии. При решении вопроса о прекращении лечения следует принимать во внимание

- нормализацию температуры тела на протяжении 2 и более суток
- полный регресс очаговых инфильтративных изменений на рентгенограмме
- пол и возраст пациента
- нормализацию СОЭ

Наиболее эффективными средствами вторичной профилактики ВП в настоящее время являются

- пневмококковая вакцина и интерферон γ
- гриппозная вакцина и лизоцим (мурамидаза)
- пневмококковая и гриппозная вакцины
- витамины группы С и иммуномодуляторы

Основным путем инфицирования респираторных отделов лёгких при внебольничной пневмонии является

- пневмококковая вакцина и интерферон γ
- гриппозная вакцина и лизоцим (мурамидаза)
- пневмококковая и гриппозная вакцины
- витамины группы С и иммуномодуляторы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 40 лет, обратилась к врачу терапевту.

Жалобы

На повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, общую слабость, озноб и кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты.

Анамнез заболевания

Накануне вечером почувствовала общую слабость и озноб, в связи с чем пациентка измерила температуру тела, которая оказалась равной $38,8^{\circ}\text{C}$.

Анамнез жизни

Вредные привычки: отрицает. Аллергологический анамнез: не отягощен
Наследственный анамнез: не отягощен Профессиональный анамнез: учитель в
средних классах. Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы горячие.
Температура тела 38,0°C. В легких дыхание везикулярное, при аускультации в
нижних отделах левого легкого на ограниченном участке выслушиваются
звонкие влажные хрипы. ЧДД 21 уд в мин. SpO₂=96%. Тоны сердца ясные,
ритмичные, шумы не выслушиваются, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС= пульс 75 уд в
мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.
Периферические отеки отсутствуют. Стул, диурез без изменений.

**Лабораторное обследование пациентки на амбулаторном приеме должно
включать**

- пневмококковая вакцина и интерферон γ
- гриппозная вакцина и лизоцим (мурамидаза)
- пневмококковая и гриппозная вакцины
- витамины группы С и иммуномодуляторы

Результаты обследования

**Инструментальная диагностика, необходимая пациентке на амбулаторном
этапе должна включать**

- пневмококковая вакцина и интерферон γ
- гриппозная вакцина и лизоцим (мурамидаза)
- пневмококковая и гриппозная вакцины
- витамины группы С и иммуномодуляторы

Результаты обследования

**По результатам проведенного обследования пациенту следует
сформулировать диагноз**

- пневмококковая вакцина и интерферон γ
- гриппозная вакцина и лизоцим (мурамидаза)
- пневмококковая и гриппозная вакцины
- витамины группы С и иммуномодуляторы

Диагноз

Для оценки прогноза и выбора места для дальнейшего лечения пациентки следует использовать шкалу

ВАШ

CRB-65

DAS-28

CAT

По шкале CRB-65 счет составил 0 баллов, в связи с чем принято решение лечить больную амбулаторно. В качестве антибактериальной терапии пациентке показано назначение препаратов с + _____ + способом доставки лекарственного средства

ингаляционным

внутривенным

внутримышечным

пероральным

В качестве антибактериального препарата первой линии для лечения пациентки следует выбрать

амоксциллин+ клавулановую кислоту

амикацин

азитромицин

амоксциллин

На вторые сутки лечения амоксициллином пациентка отметила появление ярко-красных сильно зудящих высыпаний в области «декольте».

Состояние было расценено как аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы в связи с чем его следует заменить на

амоксциллин+ клавулановую кислоту

амикацин

азитромицин

амоксициллин

Дополнительная информация

Через 7 дней терапии кларитромицином отмечалось улучшение состояния пациентки, что проявлялось в нормализации температуры тела, уменьшении кашля и общей слабости. Врачом было принято решение о прекращении антибиотикотерапии. Через два дня после отмены кларитромицина в связи с тем, что у пациентки сохранялся «остаточный кашель», она сделала в коммерческом медицинском центре КТ органов грудной клетки, на котором были выявлены очаговые изменения в нижней доле левого лёгкого.

В связи с вышесказанным пациентке показано

- провести биопсию левого лёгкого
- назначить другой антибактериальный препарат
- продолжить прерванную антибактериальную терапию
- ничего не предпринимать

О медленно разрешающейся внебольничной пневмонии говорят в случае, если признаки рентгенологического разрешения в лёгких отсутствуют в течение + _____ + недели/недель

- 4
- 2
- 1
- 3

Самым частым возбудителем внебольничной пневмонии является

- _ {nbsp} M. pneumoniae _
- _ {nbsp} S. aureus _
- _ {nbsp} L. pneumophila _
- _ {nbsp} S. pneumoniae _

При подозрении на возможное инфицирование пациента с внебольничной пневмонией _ P. aeruginosa _ цефалоспорином выбора будет являться

- цефотаксим
- цефтриаксон

цефепим

цефалоридин

О развитии острой дыхательной недостаточности, как осложнении внебольничной пневмонии, следует говорить при снижении $SpO_2 < + \underline{\hspace{2cm}} + \%$

цефотаксим

цефтриаксон

цефепим

цефалоридин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился к врачу терапевту.

Жалобы

На кашель с трудноотделяемой мокротой жёлто-зелёного цвета, повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, общую слабость и сонливость.

Анамнез заболевания

Всегда считал себя абсолютно здоровым человеком, во взрослом возрасте за медицинской помощью никогда не обращался. Ухудшение состояния отметил 7 дней назад, когда появилась слабость, сонливость, повышение температуры тела до $37,4^{\circ}\text{C}$. Принимал парацетамол с кратковременным эффектом. На следующий день присоединился кашель с отделением слизистой мокроты, в связи с чем начал принимать «грудной сбор». На протяжении всех последующих дней состояние продолжало прогрессивно ухудшаться – нарастали слабость и сонливость, максимальная температура стала достигать $39,2^{\circ}\text{C}$ и сопровождаться выраженным ознобом, мокрота приобрела гнойный характер. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни

Фермер. Проживает в частном доме. Перенесенные заболевания: отрицает, за медицинской помощью не обращался. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, контакты с инфекционными больными отрицает. Аллергологический анамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела $= 38,7^{\circ}\text{C}$. Телосложение гиперстеническое. Вес $= 114$ кг, рост $= 178$ см, ИМТ $= 35,9$ кг/м². Кожные покровы чистые, физиологической окраски, горячие, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Отеков нет. Грудная клетка не деформирована. Аускультативно дыхание везикулярное, ослаблено в нижних

отделах левого легкого, где выслушиваются влажные звонкие хрипы. Шума трения плевры нет. Перкуторно границы сердца не увеличены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. АД 130/100 мм рт. ст. ЧСС 88 уд. в мин. Живот мягкий безболезненный. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Стул и диурез без особенностей.

В план лабораторного обследования пациента следует включить

цефотаксим

цефтриаксон

цефепим

цефалоридин

Результаты обследования

В план инструментального обследования пациента следует включить

цефотаксим

цефтриаксон

цефепим

цефалоридин

Результаты обследования

На основании результатов проведённого обследования пациенту следует диагностировать

цефотаксим

цефтриаксон

цефепим

цефалоридин

Диагноз

Диагностированную у пациента пневмонию следует классифицировать как

внебольничную

иммунодефицитную

атипичную

нозокомиальную

По течению выявленная у пациента пневмония должна быть расценена как

медленно разрешающаяся

осложнённая

тяжёлая

нетяжёлая

Для выбора дальнейшего места лечения и для оценки прогноза пациента следует использовать шкалу

ECOG

CRB-65

DAS-28

CIRS

Счёт по шкале CRB-65 оказался равным нулю, однако, в связи с плохим самочувствием и длительностью течения заболевания принято решение о госпитализации больного в стационар терапевтического профиля. В качестве антибактериальной терапии пациенту показано назначить

амикацин

эритромицин

ампициллин

доксциклин

Оценить эффективность назначенной антибактериальной терапии у пациента следует через + _____ + от момента начала терапии

2-3 суток

4-5 суток

6-7 суток

1 сутки

В качестве лабораторного маркера оценки эффективности проводимой терапии показано использовать

2-3 суток

4-5 суток

6-7 суток

1 сутки

Дополнительная информация

К окончанию вторых суток лечения у пациента нормализовалась температура тела, значительно улучшилось самочувствие, уменьшился кашель и количество отделяемой мокроты, в связи с чем проводимая антибактериальная терапия была расценена как адекватная.

Ориентировочная длительность лечения ампициллином будет составлять + _____ + суток

7

10

14

5

Начать проведение низкпоточной оксигенотерапии больным внебольничной пневмонией показано при $SpO_2 < +$ _____ + %

75

90

88

95

К факторам риска инфицирования *P. aeruginosa* у больного внебольничной пневмонией относится наличие

75

90

88

95

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами.

Жалобы

На сухой кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C сопровождающееся ознобом.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3х дней после того, как длительное время находилась на открытом воздухе (каталась на горных лыжах), заболела остро, появился озноб, общая слабость, температура повысилась до 38,5°C. На 3 день после начала болезни появилась трудноотделяемая мокрота. В связи с отсутствием улучшения пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
* профессиональных вредностей не имела; * аллергическая реакция на ампициллин в анамнезе в виде эритематозной сыпи на коже рук и груди *
наследственность: неотягощена

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 158 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Периферические узлы не увеличены, отеков нет. Дыхание поверхностное, ЧДД 17 в 1 мин. Определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в левой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в левой подключичной области, в I межреберье слева. При аускультации над местом притупления выслушивается крепитация. SpO₂=97%. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет. Пульс 93 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не нарушены. Для оценки прогноза заболевания и выбора места дальнейшего лечения пациентки следует использовать шкалу

MELD

PESI

CRB-65

DAS-28

Счёт по шкале CRB-65 для пациентки составил 0 баллов, в связи с чем врачом было принято решение о дальнейшем ведении пациентки в амбулаторных условиях. Лабораторное обследование, показанное больной должно включать проведение

MELD

PESI

CRB-65

DAS-28

Результаты обследования

В список инструментальных диагностических исследований, проведение которых показано пациентке следует включить

MELD

PESI

CRB-65

DAS-28

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациентке следует сформулировать диагноз

MELD

PESI

CRB-65

DAS-28

Диагноз

Диагностированную у пациентки пневмонию следует расценивать как

иммунодефицитную

аспирационную

внутрибольничную

внебольничную

По клиническому течению диагностированную у пациентки пневмонию следует вести как

крайне тяжёлую

тяжёлую

нетяжёлую

лёгкую

Показанием для назначения парацетамола в качестве жаропонижающего препарата является температура $> + \text{_____}^{\circ}\text{C}$

38,5

37,5

39,5

40,5

Для антибактериальной терапии пациентке показано назначение $+ \text{_____}$ + лекарственных форм

внутривенных

ингаляционных

внутримышечных

пероральных

В качестве стартовой антимикробной терапии пациентке следует назначить

цефтриаксон

амоксциллин

klaritromitsin

эртапенем

Контроль эффективности проводимой терапии должен быть проведен через $+ \text{_____}$ + (в часах)

24-36

12-24

48-72

Течение внебольничной пневмонии может осложняться развитием

острой дыхательной недостаточности

хронической дыхательной недостаточности

хронической обструктивной болезни лёгких

неаллергической бронхиальной астмы

Показанием для начала низкопоточной оксигенотерапии должно быть появление у пациента с внебольничной пневмонией $SpO_2 <$

$+ \underline{\hspace{2cm}} + \%$

острой дыхательной недостаточности

хронической дыхательной недостаточности

хронической обструктивной болезни лёгких

неаллергической бронхиальной астмы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Л. 49 лет обратилась в поликлинику к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость, снижение массы тела.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 4 месяцев, когда появились боли в суставах кистей рук и ощущение «скованности» в этих суставах в утреннее время. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца пациентка отметала существенное ухудшение состояния: появилось припухание в области проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов II и III пальцев обеих кистей, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность стала более продолжительной и сохраняется почти до 17-18 часов, стала повышаться температура тела до 37,4°C. Похудела за период болезни на 6 кг.

Анамнез жизни

Работает преподавателем в школе. Росла и развивалась нормально. Семейный

анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает аппендэктомию в возрасте 20 лет и редкие ОРВИ (1 раз в год, умеренной тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост=164 см, вес=58кг. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный. Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы обеих кистей рук болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Лабораторная диагностика, проведение которой показано пациентке должна включать

- острой дыхательной недостаточности
- хронической дыхательной недостаточности
- хронической обструктивной болезни лёгких
- неаллергической бронхиальной астмы

Результаты обследования

В план инструментального обследования пациентки следует включить

- острой дыхательной недостаточности
- хронической дыхательной недостаточности
- хронической обструктивной болезни лёгких
- неаллергической бронхиальной астмы

Результаты обследования

По результатам проведённого пациентке обследования может быть сформулирован диагноз

- острой дыхательной недостаточности
- хронической дыхательной недостаточности

хронической обструктивной болезни лёгких

неаллергической бронхиальной астмы

Диагноз

Выявленный у пациентки ревматоидный артрит следует классифицировать как

олигоиммунный

недифференцированный

серонегативный

серопозитивный

Для определения активности ревматоидного артрита, выявленного у пациентки следует использовать индекс

CURB-65

DAS-28

CHADS~2~

CRB-65

**Пациентке следует диагностировать + _____ +
клиническую стадию болезни**

очень раннюю

позднюю

развернутую

раннюю

Правильная организация медицинской помощи данной пациентке на этом этапе обследования для врача общей практики, к которому обратилась больная должна состоять в

назначении базисной терапии самостоятельно

направлении её к терапевту

консультации пациентки с травматологом-ортопедом

направлении ее к ревматологу

Для уменьшения болевого синдрома пациентке целесообразно назначить препарат из группы

нестероидных противовоспалительных средств

стероидных противовоспалительных средств

ненаркотических анальгетиков

наркотических анальгетиков

Препаратом «первой линии» при лечении ревматоидного артрита является

метотрексат

лефлуномид

барицитиниб

этанерцепт

К «таргетным» базисным противовоспалительным препаратам для лечения ревматоидного артрита относят

метотрексат

гидроксихлорохин

сульфасалазин

тофацитиниб

Под стойкой ремиссией понимают клиническую ремиссию длительностью более + _____ + (в месяцах)

1

6

4

2

К осложнениям ревматоидного артрита относят

1

6

4

2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной О. 58 лет обратился в поликлинику к врачу общей практики.

Жалобы

На припухание и боли в пястно-фаланговых суставах II и III пальцев и проксимального межфалангового сустава IV пальца правой руки, а также в проксимальных межфаланговых суставах III и IV пальцев левой руки; боли в лучезапястных суставах обеих рук; ощущение слабости и утреннюю скованность (до 12 часов дня) в пальцах рук; общую слабость, снижение веса.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 1,5 лет, когда впервые появилось болезненное припухание пястно-фалангового сустава правой руки, в связи с чем самостоятельно лечился нестероидными противовоспалительными мазями, эпизодически принимал «Найз» в таблетках, с некоторым улучшением. Через 4 месяца пациент отметил подобные изменения в проксимальном межфаланговом суставе IV пальца левой руки, однако за медицинской помощью обращаться не стал и продолжил самолечение. Существенное ухудшение состояния полгода тому назад, когда больного стало беспокоить ощущение утренней скованности в кистях рук, а в течение последнего месяца присоединились все остальные симптомы заболевания. Похудел в общей сложности за последние 1-1,5 года на 5 кг.

Анамнез жизни

Работает мастером на заводе. Рос и развивался нормально. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию в возрасте 30 лет и редкие ОРВИ (1 раз в год). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются, ЧСС – 68 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Локальный статус: При осмотре выявлена небольшая ульнарная девиация кистей, покраснение, припухание и умеренная болезненность при пальпации в области изменённых суставов пальцев рук, припухание и болезненность при движении в лучезапястных и в правом локтевом суставах. В области правого локтевого сустава на разгибательной поверхности имеется округлое

безболезненное плотноэластичное образование диаметром около 1,0 см. Хват кистей правой 68%, левой – 56%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 70 мм.

В план лабораторного обследования пациента следует включить

1

6

4

2

Результаты обследования

На основании имеющихся данных пациенту может быть сформулирован диагноз

1

6

4

2

Диагноз

Диагностированный у пациента Ревматоидный артрит следует классифицировать как

серонегативный

неопределённый

неуточнённый

серопозитивный

Клиническую стадию Ревматоидного артрита следует охарактеризовать как

позднюю

развёрнутую

очень раннюю

раннюю

Для определения активности Ревматоидного артрита используется индекс

CRB-65

CHADS~2~

CURB-65

DAS-28

Перед назначением лечения пациенту следует провести обследование на наличие инфицирования вирусом

гепатита С

гепатита А

Эпштейна-Барра

SARS-CoV-2

Лечение Ревматоидного артрита у данного пациента должно быть направлено на достижение

улучшения качества жизни

ремиссии

купирования обострения

излечения

В качестве препарата для стартового лечения у данного пациента предпочтение следует отдать

метотрексату

гидроксихлорохину

преднизолону

сульфасалазину

Контроль терапии метотрексатом данному пациенту следует провести не позже, чем через + _____ + месяц/месяца/месяцев

6

3

2

1

К особым клиническим формам ревматоидного артрита относят синдром

Нунана

Лайелла

Гудпасчера

Фелти

Внесуставным (системным) проявлением ревматоидного артрита может быть синдром

Шегрена

Ниманна-Пика

Кушинга

Рейтера

К осложнениям ревматоидного артрита относят

Шегрена

Ниманна-Пика

Кушинга

Рейтера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет вызвала врача общей практики на дом.

Жалобы

На сухой кашель, накануне повышение температуры тела до 39,0°C, головную боль, слабость, сильное потоотделение по ночью.

Анамнез заболевания

Заболела внезапно, отмечались повышение температуры до 39,0°C, боли в мышцах, слабость, сухой кашель. За несколько дней до начала болезни отмечала появление слабости, познабливания и головной боли. Принимала

жаропонижающие препараты с положительным эффектом. Вызвала врача на дом на второй день заболевания.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Хронических заболеваний нет. Полгода назад лечение пульпита, по поводу которого принимала ципрофлоксацин. Работает учительницей младших классов в школе. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь. Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Эпидемиологический анамнез: в последний месяц никуда не выезжала, туберкулез и гепатит отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°C.

Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Умеренная гиперемия зева. Носовое дыхание не затруднено.

Периферических отеков нет. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии легких — притупление перкуторного звука слева в нижних отделах. При аускультации - дыхание везикулярное, умеренное количество звонких влажных мелкопузырчатых хрипов в подлопаточной области слева. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений 93 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Согласно шкале CRB-65 дальнейшее лечение пациентки может проводиться в

режиме дневного стационара

отделении интенсивной терапии и реанимации

амбулаторных условиях

терапевтическом отделении

В план обследования пациентки следует включить

режиме дневного стационара

отделении интенсивной терапии и реанимации

амбулаторных условиях

терапевтическом отделении

Результаты обследования

Инструментальное диагностическое обследование пациентки должно включать

режиме дневного стационара

отделении интенсивной терапии и реанимации

амбулаторных условиях

терапевтическом отделении

Результаты обследования

У больной диагностирована

режиме дневного стационара

отделении интенсивной терапии и реанимации

амбулаторных условиях

терапевтическом отделении

Диагноз

Установление возбудителя внебольничной пневмонии у данной пациентки

должно ограничиться двукратным посевом мокроты

не требуется, поскольку не влияет на выбор стартовой терапии

требует определения в моче антигенов *Streptococcus oralis*, *Streptococcus salivaris*, *Streptococcus pneumoniae*

требует исследования мочи на антигены *S. Pneumoniae* и *L. pneumophila*

В данном клиническом случае при выборе эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторных условиях следует учитывать

степень гипертермии и её ответ на использование жаропонижающих препаратов

наличие хронических сопутствующих заболеваний

возраст пациента

длительность течения настоящего заболевания

При выборе антибактериального препарата для лечения внебольничной пневмонии у пациентки в амбулаторных условиях следует учитывать наличие его + _____ + лекарственной формы

пероральной

внутримышечной

внутривенной

ингаляционной

Стартовую терапию пациентки следует начать с назначения

доксциклина

моксифлоксацина

азитромицина

амоксциллина

Контроль эффективности проводимой антибактериальной терапии следует провести через + _____ + часа/часов от момента её начала

48-72

72-96

12-24

24-48

Выделение из мокроты больного внебольничной пневмонией + _____ + свидетельствует о её контаминации этим микроорганизмом

S. epidermidis

H. influenzae

S. aureus

S. pneumoniae

Пациентам с внебольничной пневмонией начинать проведение низкопоточной оксигенотерапии следует при $SpO_2 \sim < +$ _____ +%

92

94

90

88

При лечении тяжёлой внебольничной пневмонии у пациентов без сопутствующих хронических заболеваний лёгких значения SpO_2 следует «держаться» в интервале + _____ +%

92

94

90

88

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 22-х лет обратилась к участковому терапевту в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На возникающие до 6-7 раз в неделю умеренные боли и чувство жжения в подложечной области, возникающие после приема пищи или натошак, ощущение распираания и переполнения желудка после еды при приеме пищи в обычном объеме.

Анамнез заболевания

Вышеперечисленные жалобы появились год назад, после сдачи выпускных экзаменов в институте. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала омепразол при появлении болей и панкреатин при ощущении переполнения желудка после еды с некоторым эффектом. В течение 4 последних месяцев (после трудоустройства на вторую работу) пациентка отмечает ухудшение состояния, которое проявляется в учащении указанных выше жалоб и в снижении эффективности самостоятельно принимаемых препаратов. 3 недели назад перенесла ОРВИ в виде острого ринита и острого фарингита без повышения температуры тела, проявления которой сохранялись 5 дней и самостоятельно купировались. Последний прием омепразола в дозе 20 мг не принесший никакого облегчения был вечером накануне обращения к врачу.

Анамнез жизни

Питание нерегулярное, в сухомятку Работает учителем, часто испытывает стрессовые ситуации Курит 5 лет по 7-10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет Аллергических реакций не было На диспансерном учете по поводу хронических заболеваний, в том числе желудочно-кишечного тракта, не состоит Гинекологический анамнез: гинекологические заболевания отрицает, беременностей не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела — $36,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре кожные покровы теплые, обычного цвета. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 65 кг, индекс массы тела 21 кг/м^2 . Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной

перкуссии легких звук ясный легочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 17 в минуту, SpO_2 — 98%. Частота сердечных сокращений — 72 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, достаточного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление — 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, без налета. Живот при поверхностной пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области. Живот при глубокой пальпации болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Нижняя граница абсолютной тупости печени по передней подмышечной - верхний край X ребра, срединно-ключичной - нижний край реберной дуги, окологрудной линии справа - на 2 см ниже реберной дуги. При глубокой топографической скользящей пальпации по методу В.П. Образцова край печени мягкий, слегка закругленный по форме, ровный и безболезненный. Верхняя граница селезеночной тупости соответствует нижнему краю 9 ребра, нижняя — верхнему краю 11 ребра. Передняя граница находится на 1 см левее передней подмышечной линии. Поперечник и длинник селезенки составляют 5 см и 8 см соответственно. Пузырные симптомы отрицательные. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул регулярный кал оформленный.

Показанные пациентке лабораторные методы обследования должны включать

92

94

90

88

Результаты обследования

Инструментальная диагностика, проведение которой показано пациентке, должна включать

92

94

90

88

Результаты обследования

По результатам проведенного обследования диагноз пациентки должен быть сформулирован как

92

94

90

88

Диагноз

Немедикаментозное лечение пациентки должно предусматривать

дробное питание малыми порциями

ограничение грубой растительной клетчатки в пищевом рационе

употребление большого количества жидкости (более 2,0-2,5 литров в сутки)

исключение жиров животного происхождения

Показанием для назначения ингибитора протонной помпы данной пациентке является

постпрандиальный дистресс-синдром

болевым синдромом в эпигастрии

отрицательный результат теста на *_H. pylori_*

молодой возраст пациентки

В связи с + _____ + пациентке показано назначение прокинетиков

болями в эпигастрии натощак

наличием постпрандиального дистресс-синдрома

болевым синдромом в эпигастрии после приема пищи

длительностью заболевания более 6 месяцев

В дальнейшем функциональная диспепсия у данной пациентки может

повысить риск развития язвенной болезни

привести к развитию аутоиммунного гастрита

самостоятельно исчезнуть

повысить риск развития рака желудка

Для ощущения переполнения желудка при функциональной диспепсии характерным является

появление через 2-3 часа после еды

возникновение натощак

отсутствие связи с приёмами пищи

отсутствие связи с объемом съеденной пищи

При выявлении у больного функциональной диспепсией инфекции *H. pylori*

показано назначение монотерапии амоксилином

показана четырёхкомпонентная эрадикационная терапия

показана стандартная тройная эрадикационная терапия

эрадикационная терапия не показана

Под термином «вторичная диспепсия» понимают диспепсию

на фоне наличия органической патологии

резистентную к стандартной терапии функциональной диспепсии

возникающую у пациентов, страдающих синдромом раздражённого кишечника

ассоциированную с инфекцией *H. pylori*

Для диспепсии ассоциированной с *Helicobacter pylori* характерно

появление только при повышении антител к *H. pylori* класса *A*

присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к *H. pylori* класса *G*

постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

стойкое исчезновение после эрадикации

При дифференциальной диагностике функциональной диспепсии к симптомам тревоги относят

появление только при повышении антител к *H. pylori* класса *A*

присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к *H. pylori* класса *G*

постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

стойкое исчезновение после эрадикации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет, обратился к терапевту в поликлинику.

Жалобы

На общую слабость, быструю утомляемость, похудание на 4 кг за последние 3 месяца, вечернее повышение температуры до 37,8°C в течении 3 месяцев, повышенную потливость, припухлость в области шеи справа.

Анамнез заболевания

Начало заболевания связывает с перенесенной в прошлом году острой респираторной вирусной инфекцией, когда в клиническом анализе крови отмечался лейкоцитоз и лимфоцитоз, которые связали с течением инфекционного заболевания и углубленного обследования не проводилось. Больной отмечает, что в течение года стал чаще болеть простудными заболеваниями и тяжело их переносить. В течение полугода пациента беспокоить быстрая утомляемость и общая слабость, которые ранее никогда не длились так долго. На протяжении последних 3-х месяцев периодически стал отмечать повышение температуры до 37,8°C и повышенную потливость. 2 недели назад заметил припухлость на шее с правой стороны.

Анамнез жизни

Работает водителем автобуса. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки отрицает. Профессиональных вредностей не имел. Контакта с инфекционными больными не имел.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Пальпируются шейные и надключичные лимфатические узлы справа величиной 2,5-3 см, подмышечные до 3 см с обеих сторон, паховые лимфоузлы слева до 2,0 см, безболезненные, неспаянные с окружающими тканями и кожей, эластично — тестоватой консистенции. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет, ЧСС 78 в 1 мин, АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Перкуторно печень не увеличена. Селезенка увеличена на 5 см. Периферических отеков нет.

Лабораторное обследование пациента, направленное на диагностику заболевания должно включать

появление только при повышении антител к Н. pylori класса А

присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к Н. pylori класса G

постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

стойкое исчезновение после эрадикации

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациента должно включать

появление только при повышении антител к Н. pylori класса А

присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к Н. pylori класса G

постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

стойкое исчезновение после эрадикации

Результаты обследования

На основании проведённого обследования пациенту диагностирован

появление только при повышении антител к Н. pylori класса А

присутствие на протяжении всего времени определения в крови антител к Н. pylori класса G

постоянное присутствие даже после успешной эрадикации

стойкое исчезновение после эрадикации

Диагноз

Стадия хронического лимфоцитарного лейкоза, выявленного у пациента соответствует стадии + _____ + по Binet

D

C

A

B

В рамках дифференциальной диагностики у пациента следует исключить развитие

болезни Вальденстрема

AL-амилоидоза

множественной миеломы

лимфомы Ходжкина

Показанием для начала лечения у данного пациента служит/служат

симптомы интоксикации

мужской пол

длительность течения заболевания

возраст

При определении цели лечения пациента в первую очередь необходимо учитывать

иммунный статус и вовлечённость селезенки

возраст и сопутствующие заболевания

пол и наличие симптомов интоксикации

стадию болезни и состояние больного

Перед началом противоопухолевой терапии пациенту необходимо провести исследование на

вирус иммунодефицита человека

вирус Эпштейна-Барр

вирус папилломы человека

цитомегаловирус

Для оценки общего состояния больного хроническим лимфолейкозом следует использовать шкалу

ECOG

Ann Arbor

BVAS

CIRS

В качестве диагностического критерия лимфомы из малых лимфоцитов используют уровень лимфоцитов в периферической крови $\leq + \text{_____} + 10^9/\text{л}$

5,0

7,0

3,0

1,0

Международный прогностический индекс учитывает уровень

β 2-микроглобулина

α 1-антитрипсина

гефестина

церрулоплазмина

Для хронического лимфолейкоза характерно выявление в мазке крови

β 2-микроглобулина

α 1-антитрипсина

гефестина

церрулоплазмина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 37 лет обратилась в поликлинику к врачу общей практики.

Жалобы

На боли в верхней части живота умеренной интенсивности без иррадиации и тошноту возникающие вскоре после приёма пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 2х лет, на протяжении которых периодически беспокоят вышеописанные жалобы. Раннее к врачам не обращалась, поскольку боли не были выраженными и купировались самостоятельно. Два дня назад

была на корпоративе, после которого отметила ухудшение самочувствия: боли стали более выраженными и продолжительными, усилилась тошнота, в связи с чем пациентка обратилась к врачу.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональный анамнез: работает медицинской сестрой, периодически сутками, не всегда бывает возможность на работе полноценного приема пищи, длительные перерывы между приемами пищи, любит горячие напитки *
аллергических реакций не было * наследственность: у матери язвенная болезнь желудка

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела $36,0^{\circ}\text{C}$. Больная нормостенического телосложения, ИМТ=22,4 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластичная, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 120/80 мм рт. ст. Язык обложен тонким белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

Лабораторное обследование пациентки должно включать проведение

β2-микроглобулина

α1-антитрипсина

гефестина

церрулоплазмина

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

β2-микроглобулина

α1-антитрипсина

гефестина

церрулоплазмина

Результаты обследования

На основании проведённого обследования наиболее вероятным диагнозом является

β 2-микроглобулина

α 1-антитрипсина

гефестина

церрулоплазмина

Диагноз

С целью купирования болевого синдрома пациентке показано назначить

диоктаэдрический смектит

ингибитор протонной помпы

блокатор H_2 -гистаминовых рецепторов

антацид

В соответствии с установленным диагнозом в первую очередь пациентке показано проведение

эрадикационной терапии

элиминационной терапии

физиотерапии

психотропной терапии

В качестве эрадикационной терапией первой линии пациентке следует назначить

комбинацию доксициклина и тетрациклина

тройную терапию с левофлоксацином

стандартную тройную терапию

классическую четырёхкомпонентную терапию

С целью повышения эффективности стандартной тройной терапии пациентке следует

принимать пищу небольшими порциями по 5-6 раз в сутки

увеличить длительность терапии до 14 дней

принимать лекарственные препараты одновременно с кисломолочными продуктами

добавить к терапии домперидон

Контроль за проведением эрадикационной терапии следует проводить не ранее чем через + _____ + (в неделях) после окончания эрадикационной терапии

1

2

8

4

В качестве оптимального способа контроля после завершения эрадикации у пациентки следует выбрать

серологический метод определения _IgG_ к _H.pylori_

культуральное исследование биоптатов слизистой желудка

^{13}C -уреазный дыхательный тест

быстрый уреазный тест при повторной ЭГДС

Для синдрома болей в эпигастрии характерным является (-ются)

миграция в левую подвздошную область

«жгучий» характер

сопровождающиеся признаки дисфункции желчного пузыря

уменьшение после дефекации

Ограничением к более широкому и продолжительному применению прокинетики домперидона при функциональной диспепсии является его способность

удлинять интервал QT

снижать эффективность эрадикационной терапии

вызывать эрозивное повреждение пищевода

провоцировать возникновение тошноты и рвоты

Клиническая картина постпрандиального дистресс-синдрома включает

удлинять интервал QT

снижать эффективность эрадикационной терапии

вызывать эрозивное повреждение пищевода

провоцировать возникновение тошноты и рвоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32-х лет обратился в поликлинику к врачу общей практики.

Жалобы

На сухой кашель, усиливающийся в положении лежа, изжогу, возникающую при наклонах вперед и в горизонтальном положении, отрыжку кислым, которая появляется после еды и приема газированных напитков и осиплость голоса.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3-х лет, когда после обильного приема пищи или употребления газированных напитков отметил периодически возникающую отрыжку кислым. Примерно год назад больной обратил внимание на появление изжоги при наклонах туловища вперед и преимущественно в горизонтальном положении, в связи с чем по совету знакомых периодически принимал алмагель с эффектом. Ухудшение состояния отмечается на протяжении последнего года, что выражается в учащении возникновения вышеописанной симптоматики и присоединении сухого кашля, преимущественно по ночам и в положении лежа. Кроме того, пациент отмечает несвойственную ему ранее осиплость голоса.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит по 10 сигарет в день в течение 10 лет, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * наследственность: неотягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 23 кг/м². Кожа обычной окраски и

влажности. ЧДД 14 в минуту. Грудная клетка нормостеническая, симметрична, перкуторный звук ясный легочный. При аускультации над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительного наполнения, ЧСС=68 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Границы сердца соответствуют норме. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

В рамках подготовки к зондовым методам обследования, пациенту необходимо провести исследование крови на наличие антител к

удлинять интервал QT

снижать эффективность эрадикационной терапии

вызывать эрозивное повреждение пищевода

провоцировать возникновение тошноты и рвоты

Результаты обследования

В план инструментального обследования пациента необходимо включить проведение

удлинять интервал QT

снижать эффективность эрадикационной терапии

вызывать эрозивное повреждение пищевода

провоцировать возникновение тошноты и рвоты

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациенту следует диагностировать

удлинять интервал QT

снижать эффективность эрадикационной терапии

вызывать эрозивное повреждение пищевода

провоцировать возникновение тошноты и рвоты

Диагноз

В случае возникновения подозрений на наличие у больного пищевода Баррета в план обследования следует включить проведение

рН-метрии

рН-импедансометрии

биопсии пищевода

рентгенографии пищевода

Рекомендации по диетотерапии для данного пациента должны включать

назначение лечебной минеральной газированной воды

частое дробное питание по 5-6 раз в сутки

ограничение приема жидкой пищи

избегание переедания

Для купирования и пищеводных и внепищеводных проявлений ГЭРБ пациенту показано назначение

блокатора H_2 -рецепторов

ингибитора протонной помпы

биоадгезивного эзофагопротектора

производного альгиновой кислоты

Ингибитор протонной помпы данному пациенту следует назначить на срок не менее + _____ + недель

8

2

4

6

Через 8 недель терапии омепразолом в дозе 20 мг 2 раза в сутки отмечалось некоторое уменьшение симптоматики. При проведении повторной ЭГДС убедительной положительной динамики выявить не удалось. В данной ситуации следует сделать заключение о

рефрактерной ГЭРБ

нейроэндокринной опухоли

трансформации в MALT-лимфому

наличию гастриномы

В связи с рефрактерным течением ГЭРБ у пациента необходимо исключить наличие

ахалазии кардии

микоза пищевода

эозинофильного эзофагита

функциональной желудочной диспепсии

Исключить наличие у пациента эозинофильного эзофагита возможно при обнаружении $15 \geq$ эозинофилов в поле зрения при

цитологическом исследовании мазка крови

гистологическом исследовании слизистой пищевода

цитологическим исследованием жидкости бронхоальвеолярного лаважа

гистологическом исследовании подкожной жировой клетчатки брюшной полости

Пищевод Баррета следует диагностировать при выявлении

кишечной метаплазии в биоптате слизистой пищевода

расширения пищевода в нижней трети при рентгенографическом исследовании

эрозивного поражения верхней половины пищевода

одинофагии как единственного клинического проявления заболевания

Развитие пищевода Баррета увеличивает риск развития

кишечной метаплазии в биоптате слизистой пищевода

расширения пищевода в нижней трети при рентгенографическом исследовании

эрозивного поражения верхней половины пищевода

одинофагии как единственного клинического проявления заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А. 23 лет самостоятельно обратилась в приемное отделение городской больницы.

Жалобы

На общую слабость, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при физической нагрузке. Кроме всего вышеперечисленного пациентка отмечает чрезмерное выпадение волос на голове и повышенную потливость и подкашливание.

Анамнез заболевания

Клиника заболевания развилась 6 лет назад, когда после простуды появились сердцебиение, потливость, одышка при небольшой физической нагрузке. За 4 недели похудела на 15 кг. При обращении к врачу обнаружено увеличение щитовидной железы и повышение Т3св. и Т4св., был диагностирован тиреотоксикоз, назначен тиамазол в дозе 40 мг в сутки, на фоне которого самочувствие улучшилось через 4 месяца и еще через 2 месяца пациентка самостоятельно отменила лечение. Через некоторое время тиамазол был отменен. Несколько лет за медицинской помощью не обращалась, тиреоидные гормоны не контролировала, при этом самочувствие пациентку устраивало. Ухудшение самочувствия 2 месяца назад, когда вновь после простудного заболевания отметила ухудшение состояния: появилась одышка при физической нагрузке, учащенное сердцебиение и перебои в работе сердца, подкашливание,

Анамнез жизни

Росла в детском доме. Образование средне специальное, не работает, жилищная площадь нет, документы утеряны. Гинекологический анамнез: Menstruatio с 15 лет, нерегулярные. Перенесенные заболевания: детские инфекции. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез неотягощен. Вредные привычки: курит по 20 сигарет в день с 15 лет, алкоголь употребляет в среднем 1 раз в неделю.

Объективный статус

Выявленный у пациентки зоб соответствует + _____ + степени по классификации ВОЗ

2

0

3

1

Лабораторное обследование, необходимое пациентке должно включать

2

0

3

1

Результаты обследования

В план инструментального обследования пациентки необходимо включить

2

0

3

1

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациентке следует диагностировать

2

0

3

1

Диагноз

Изображение 1

При госпитализации пациентке было проведено электрокардиографическое исследование (изображение 1), по результатам которого следует сделать заключение о наличии у больной

синусовой тахикардии

трепетания предсердий

частой суправентрикулярной экстрасистолии

фибрилляции предсердий

Функциональное состояние щитовидной железы соответствует синдрому

манифестного гипотиреоза

осложнённого тиреотоксикоза

субклинического тиреотоксикоза

манифестного тиреотоксикоза

В связи с выявленной у пациентки фибрилляции предсердий ей показано

назначение бета-адреноблокаторов

назначение сердечных гликозидов

проведение электрической кардиоверсии

проведение медикаментозной кардиоверсии

В связи с большим объемом щитовидной железы и невысокой приверженностью больной к лечению принято решение об оперативном лечении болезни Грейвса. Перед оперативным лечением пациентке показано

провести курс терапии глюкокортикостероидами

нормализовать уровень тиреоидных гормонов

снизить уровень витамина D в сыворотке

назначить амиодарон

С целью нормализации уровня тиреоидных гормонов пациентке показано назначение

радиойодтерапии

левотироксина натрия

тиамазола

йодида калия

При невозможности назначения бета-адреноблокаторов больным с тиреотоксикозом и фибрилляцией предсердий с целью контроля частоты желудочкового ответа, показано назначение

амлодипина

ивабрадина

верапамила

дигоксина

Фибрилляция предсердий классифицируется как пароксизмальная, если её продолжительность не превышает + ____ + суток

7

14

30

2

Для оценки симптомов фибрилляции предсердий следует использовать шкалу

7

14

30

2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет обратился к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На резкие боли в левом подреберье, которые чаще возникают после употребления жирной жареной пищи. Эти боли усиливаются в положении больного лежа на спине и немного уменьшаются в положении сидя с небольшим наклоном вперед; боли иррадиируют в левую поясничную область. Кроме этого пациент предъявляет жалобы на частое вздутие живота и неоформленный стул до 3 раз в сутки.

Анамнез заболевания

Приступы болей в левом подреберье после погрешностей в диете стали

беспокоить пациента примерно 8 лет назад. Позже больной отметил, что эти боли стали появляться и после употребления алкоголя. За медицинской помощью не обращался. При очередном обострении заболевания пациент самостоятельно ограничивал количество употребляемой пищи, что приносило облегчение. В течение последних двух лет стали беспокоить ощущение вздутия живота и появление неоформленного стула, которые возникают все чаще и чаще. На протяжении последнего года болевые приступы стали носить затяжной характер и длиться от 1 до 3 месяцев. Накануне настоящего ухудшения состояния больной в очередной раз употреблял жирную пищу и алкоголь, после чего появились интенсивные боли в левом подреберье, которые не купируются на протяжении 10 дней, что и послужило поводом для обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

Курит около 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребляет алкоголь около 4-5 раз в месяц по 250-500 мл водки. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергические заболевания отрицает. Наследственность не отягощена заболеваниями ЖКТ.

Объективный статус

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура - 37,3°C. Правильное телосложение, слегка пониженного питания, ИМТ=17,8 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отёков нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс - 80 ударов в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=15 в минуту. Живот при пальпации болезненный в области проекции поджелудочной железы. Симптомы Мерфи и Кера, Щеткина-Блюмберга отрицательны. Печень +2 см из-под края реберной дуги, край безболезненный. Селезенка не пальпируется.

В план лабораторного обследования пациента необходимо включить определение

7

14

30

2

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациента должно включать проведение ему

7

14

30

2

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования в качестве основного заболевания пациенту следует диагностировать

7

14

30

2

Диагноз

Течение заболевания соответствует + ____ + клинической стадии

3

4

2

1

Для купирования болевого синдрома в качестве стартовой терапии пациенту показано назначение

парацетамола

бактистатина

метипреда

промедола

В качестве немедикаментозного лечения пациенту показано

снизить массу тела на 10 и более %

находиться в _prone_ -позиции не менее 5 часов в сутки

отказаться от курения

находиться в _supine_ -позиции не менее 5 часов в сутки

Модификация диеты должна предусматривать

- увеличение потребления жиров растительных
- ограничение употребления поваренной соли до 5 г в сутки
- 5-6 разовое питание небольшими порциями
- парентеральное питание

С целью уменьшения стеатореи пациенту следует

- добавить препараты жирорастворимых витаминов – А, D, Е, К
- ограничить прием растительных и животных жиров
- назначить заместительную ферментную терапию
- принимать пищу в протёртом виде

При назначении пациенту заместительной ферментной терапии доза липазы на основной приём пищи не должна быть меньше + _____ + тысяч МЕ липазы

- 15-20
- 5-10
- 50-60
- 25-40

Пациенты, длительно страдающие хроническим панкреатитом, имеют повышенный риск развития

- тромботической микроангиопатии
- AL-амилоидоза
- пароксизмальной ночной гемоглобинурии
- дефицита витаминов

При гиперамилаземии с целью исключения макроамилаземии следует исследовать уровень амилазы в

- артериальной крови
- кале

слюне

моче

Причиной внепанкреатической гиперамилаземии может быть

артериальной крови

кале

слюне

моче

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику к участковому терапевту.

Жалобы

На обильное мочеотделение преимущественно в ночное время.

Анамнез заболевания

Более 15 лет страдает подагрой с рецидивами артрита первого плюснефалангового сустава левой ноги до 2-3 раз в год. Для купирования обострений болезни принимает индометацин, с эффектом. Диету с низким содержанием пуринов не соблюдает, приверженности к терапии аллопуринолом нет - препарат начинает принимать при очередном обострении заболевания. На протяжении последних 5 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 160/100 мм рт. ст, принимает амлодипин и эналаприл с эффектом. Последние полгода пациент отмечает обильное мочеиспускание преимущественно по ночам. В представленном пациентом анализе крови, проведенном 11 месяцев назад уровень сывороточного креатинина составил 162 мкмоль/л.

Анамнез жизни

В детстве рос и развивался соответственно возрасту Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год, аппендэктомия в 19 лет Наследственность: отец страдал подагрой Семейный анамнез: сын 35 лет, дочь 39 лет, здоровы Вредные привычки- курение 1 пачка сигарет в день в течение 30 лет Аллергологический анамнез: неотягощён

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 80 кг. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, эластичность и тургор кожи в норме. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул в норме.

Лабораторное обследование пациента должно включать

артериальной крови

кале

слюне

моче

Результаты обследования

В рамках инструментального обследования пациенту следует провести

артериальной крови

кале

слюне

моче

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования состояние почек у больного длительно страдающего подагрой следует расценивать как

артериальной крови

кале

слюне

моче

Диагноз

Диагностированная у больного хроническая болезнь почек соответствует _____ стадии

C3a

C4

C2

C3b

В качестве основной причины формирования у пациента ХБП следует рассматривать

- хронический гломерулонефрит
- уратный нефролитиаз
- хронический тубулоинтерстициальный нефрит
- хронический пиелонефрит

К факторам, способствующим развитию и прогрессированию у данного пациента с подагрой хронического тубулоинтерстициального нефрита следует отнести прием

- аллопуринола
- эналаприла
- индометацина
- амлодипина

Немедикаментозное лечение должно включать ограничение употребления пациентом

- подслащённых напитков
- алкогольных напитков
- молочных продуктов
- мясных продуктов

Пациенту показано начать постоянный прием

- метипреда
- фебуксостата
- ибупрофена
- колхицина

Целевое значение уровня мочевой кислоты на фоне базисной терапии подагры должно быть $< + \text{_____} + \text{мкмоль/л}$

600

180

360

Для дифференциальной диагностики ретенционной и гиперпродукционной патогенетических форм гиперурикемии следует определить суточную экскрецию

мочевины

β_2 -микроглобулина

мочевой кислоты

натрия

Для коррекции АГ пациентам с подагрой следует избегать назначения

ингибиторов АПФ

диуретиков

дигидропиридиновых антагонистов Са

недигидропиридиновых антагонистов Са

Острая болезнь почек диагностируется в сроки + _____ + суток

ингибиторов АПФ

диуретиков

дигидропиридиновых антагонистов Са

недигидропиридиновых антагонистов Са

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к участковому терапевту.

Жалобы

* боли в эпигастральной области, возникающие примерно через час после приема пищи; * отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 6-7 лет, когда впервые возникли жгучие боли в

эпигастральной области. Обратился к участковому терапевту, был направлен на эзофагогастродуоденоскопию, по данным которой, со слов пациента, был выявлен хронический гастрит. Самостоятельно принимал омепразол, антациды, на фоне чего боли в эпигастральной области купировались. Однако, в дальнейшем боли рецидивировали 2-3 раза в год, преимущественно в осенне-весенний период. Не обследовался, самостоятельно принимал антациды с умеренным эффектом. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжка кислым, в связи с чем пациент обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни

Работает консультантом в строительном магазине. В браке, имеет 1 ребенка. Аллергологический анамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: гепатит А в детстве. Иные заболевания, в т.ч. хронические, а также ВИЧ, туберкулез отрицает. Курит 5-6 сигарет в день, стаж курения 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние ближе к удовлетворительному, обусловлено вышеописанными жалобами. Нормостенического телосложения (рост 183 см, вес 93 кг, ИМТ 27,8 кг/см²). Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание жесткое, проводится во всех отделах, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин. АД справа и слева – 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Из лабораторных исследований пациенту целесообразно выполнить

ингибиторов АПФ

диуретиков

дигидропиридиновых антагонистов Са

недигидропиридиновых антагонистов Са

Результаты обследования

Из инструментальных обследований пациенту целесообразно выполнить

ингибиторов АПФ

диуретиков

дигидропиридиновых антагонистов Са

недигидропиридиновых антагонистов Са

Результаты обследования

На основании результатов проведённого обследования пациенту поставлен диагноз

ингибиторов АПФ

диуретиков

дигидропиридиновых антагонистов Са

недигидропиридиновых антагонистов Са

Диагноз

При возникновении подозрения на развитие перфорации язвы в первую очередь пациенту показано проведение

компьютерной томографии органов брюшной полости

диагностической лапароскопии

рН-импедансометрии

определения уровня кальпротектина в кале

Из рациона питания больного следует исключить

крепкие мясные бульоны

стерилизованное молоко

отварную речную рыбу

гречневую и рисовую каши

Медикаментозная терапия пациента должна включать назначение

H₂-блокатора гистаминовых рецепторов

ингибитора холинэстеразы

ингибитора протонного насоса

антацидного препарата

Длительность проводимой антисекреторной терапии у пациента должна составлять

- 3-4 месяца
- 4-6 недель
- 1-2 недели
- 5-6 месяцев

Результат ^{13}C -дыхательного уреазного теста требует назначить пациенту

- цефтриаксон (1000мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)
- кларитромицин (500мг 2 раза в сутки) и метронидазол по (250 мг 4 раза в сутки)
- кларитромицин (500мг 2 раза в сутки) и левофлоксацин (500 мг в сутки)
- кларитромицин (500мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Мерой повышения эффективности эрадикационной терапии у данного пациента может быть

- использование удвоенной дозы кларитромицина в сочетании с удвоенной дозой ингибитора протонного насоса
- увеличение продолжительности тройной терапии с ингибиторами протонного насоса и кларитромицином до 1 месяца с увеличением дозы ингибитора протонного насоса
- увеличение продолжительности тройной терапии с ингибиторами протонного насоса и кларитромицином до 3 месяцев
- увеличение продолжительности тройной терапии с ингибиторами протонного насоса и кларитромицином до 14 дней

Основная схема терапии второй линии при язвенной болезни при неэффективности стандартной тройной схемы включает

- висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) + ингибиторы протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + цефтриаксон (1000 мг 2 раза в сутки) + метронидазол (500 мг 3 раза в сутки)

левофлоксацин (500 мг 2 раза в сутки) + ингибиторы протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) + ингибиторы протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) + ингибиторы протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + цефтриаксон (1000 мг 2 раза в сутки) + гавискон (20 мл 3 раза в сутки)

Терапия язвенной болезни третьей линии в первую очередь должна основываться на

использовании ингибиторов протонного насоса с 3 антибиотиками

дополнении стандартной тройной эрадикационной терапии антацидами

дополнении стандартной тройной эрадикационной терапии прокинетиками

определении индивидуальной чувствительности *H. Pylori* к антибиотикам

Для исключения/подтверждения синдрома Золлингера-Эллисона показано определение в крови уровня

использовании ингибиторов протонного насоса с 3 антибиотиками

дополнении стандартной тройной эрадикационной терапии антацидами

дополнении стандартной тройной эрадикационной терапии прокинетиками

определении индивидуальной чувствительности *H. Pylori* к антибиотикам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н., 22 лет, на приеме у врача-терапевта в поликлинике.

Жалобы

На общую слабость, периодическое вздутие живота, кратковременные боли в животе, чаще по утрам, которые сопровождаются позывами на дефекацию, кашицеобразный, разжиженный стул до 2-4 раз в сутки.

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят около 1,5 лет: впервые разжиженный стул до 2-4 раз в сутки появился после психоэмоциональных переживаний начал. Позже присоединились боли в животе, больше выраженные в дневное время (по ночам

боли не беспокоят), вздутие живота чаще возникающее после обильного ужина. Боли локализованы преимущественно в подвздошных областях, чаще слева. Самостоятельно принимал препараты, содержащие ферменты поджелудочной железы, со слабым положительным эффектом.

Анамнез жизни

* в настоящее время студент * аллергия на антибиотики сульфаниламидного ряда в виде отека Квинке * имеется непереносимость лактозы (в виде послабления стула, дискомфорта в подвздошной области после приема молочных продуктов), в связи с чем молочные продукты употребляет редко * наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледные, нормальной влажности. Температура тела при осмотре 36,7°C. Периферических отеков нет, варикозного расширения вен на ногах нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные ЧСС=72 уд в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в подвздошной области. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул неоформленный, без патологических примесей, до 2-4 раз в сутки. Мочеиспускание безболезненное, свободное, учащенное. Симптом поколачивания отрицательные с обеих сторон.

Пациенту показано проведение

- использовании ингибиторов протонного насоса с 3 антибиотиками
- дополнении стандартной тройной эрадикационной терапии антацидами
- дополнении стандартной тройной эрадикационной терапии прокинетики
- определении индивидуальной чувствительности H. Pylori к антибиотикам

Результаты обследования

В качестве обязательных инструментальных диагностических исследований пациенту следует назначить

- использовании ингибиторов протонного насоса с 3 антибиотиками
- дополнении стандартной тройной эрадикационной терапии антацидами
- дополнении стандартной тройной эрадикационной терапии прокинетики
- определении индивидуальной чувствительности H. Pylori к антибиотикам

Результаты обследования

Особенности клинической картины, длительность течения болезни и объективная оценка состояния пациента свидетельствуют в пользу
+ _____ + характера болезни

паранеопластического

инфекционного

иммуновоспалительного

функционального

Основываясь на полученных результатах исследований, пациенту можно поставить предварительный диагноз

паранеопластического

инфекционного

иммуновоспалительного

функционального

Диагноз

Синдром раздражённого кишечника, диагностированный у пациента следует классифицировать как синдром раздражённого кишечника

с запором

неклассифицируемый вариант

с диареей

смешанный вариант

Пациенту следует рекомендовать

диету с низким содержанием растительного белка

гипоаллергенную диету

диету с высоким содержанием растительной клетчатки

индивидуальную элиминационную диету

Для купирования болевого синдрома пациенту целесообразно назначить

гиосцина бутилбромид

лоперамида гидрохлорид

нимесулид

сульфасалазин

Учитывая, что у пациента диагностирован Синдром раздражённого кишечника с диареей, с целью нормализации акта дефекации ему показано назначение

лоперамида

лактолозы

бисакодила

макрогола

Для оценки формы кала при синдроме раздражённого кишечника следует использовать

Бирмингемскую шкалу

Шкалу Бофорта

Шкалу Карновского

Бристольскую шкалу

При лечении синдрома раздражённого кишечника с запорами назначение бисакодила

должно длиться не менее 8 недель

противопоказано

не должно превышать 10-14 дней

должно сопровождаться назначением ингибитора протонной помпы

К симптомам, нехарактерным для синдрома раздражённого кишечника и требующим исключения органической патологии кишечника относят

дебют болезни в молодом возрасте

повышение массы тела

стеаторею

сочетание боли в животе и изменений стула

Для пациентов с синдромом раздраженного кишечника

дебют болезни в молодом возрасте

повышение массы тела

стеаторею

сочетание боли в животе и изменений стула

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Р., 45 лет обратилась на прием к врачу-терапевту.

Жалобы

На повышенную утомляемость, сухость кожных покровов, появление необычных вкусовых пристрастий (желание есть мел, чайную заварку).

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят в течение последних 4-5 месяцев. К врачу не обращалась. Симптомы нарастали постепенно. Принимала различные комплексы поливитаминов, без значимого положительного клинического эффекта.

Анамнез жизни

* профессиональные вредности отрицает, работает учителем в школе * питание полноценное * аллергических реакций не отмечает * около года меноррагия (менструации обильные по 7-8 дней каждые 26 дней). Гинекологические заболевания отрицает. На приеме у гинеколога была более 1 года назад. * наследственность: мать, 72 года, – субмукозная миома матки (оперирована), отец, 76 лет, – рак желудка, несколько курсов химиотерапии, в настоящее время в ремиссии

Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. ИМТ – 23 кг/см^2 . Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет, ангулит справа. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=90 уд в минуту, АД=115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

В план лабораторного обследования пациентки необходимо включить

дебют болезни в молодом возрасте

повышение массы тела

стеаторею

сочетание боли в животе и изменений стула

Результаты обследования

Из инструментальных методов исследования пациентке показано проведение

дебют болезни в молодом возрасте

повышение массы тела

стеаторею

сочетание боли в животе и изменений стула

Результаты обследования

На основании данных проведенного клинического обследования больной может быть диагностирована

дебют болезни в молодом возрасте

повышение массы тела

стеаторею

сочетание боли в животе и изменений стула

Диагноз

Наиболее вероятной причиной развития железодефицитной анемии у пациентки является

недостаточное поступление железа с пищей

желудочно-кишечное кровотечение

меноррагия

нарушение всасывания железа

Пациентке показано назначение препаратов железа

сублингвально

внутривенно

внутримышечно

перорально

Суточная доза железа, показанная пациентке должна составлять

+ _____ + мг

240

120

60

30

Для оценки эффективности проводимой терапии через 10 дней от её начала следует мониторировать уровень

гемоглобина

сывороточного железа

эритроцитов

ретикулоцитов

На фоне проводимого лечения у пациентки появилась тошнота и запор, что было расценено как нежелательная побочная реакция проводимой ферротерапии. Для преодоления этой ситуации показано

назначение солевых препаратов железа

применение высокодозированных препаратов железа альтернирующими режимами (через 3 дня в течение месяца)

назначение пероральных препаратов железа совместно с поливитаминными комплексами

применение низкодозированных препаратов железа короткими курсами (2 недели в месяц)

Ретикулоцитарный криз на фоне терапии препаратами железа диагностируется при повышении количества ретикулоцитов более чем на
+ _____ + %

5-10

10-15

2-5

20-25

Показанием для стартового назначения внутривенных форм препаратов железа при железодефицитной анемии служит наличие у больного синдрома

сердечной недостаточности

желудочной диспепсии

бронхиальной обструкции

мальабсорбции

Внутривенное введение препаратов железа может осложниться развитием

гипергомоцистеинемии

перегрузки железом

гемолитической анемии

гипоферритинемии

Внутримышечные инъекции препаратов железа повышают риск развития

гипергомоцистеинемии

перегрузки железом

гемолитической анемии

гипоферритинемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В терапевтическое отделение поступила пациентка К., 62 лет.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке, быструю утомляемость, отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

С 45 летнего возраста отмечает повышение АД до 160/100 мм рт. ст., на фоне которого пациента не ощущала физического дискомфорта и поэтому не лечилась. В возрасте 57 лет был диагностирован рак молочной железы,

выполнена тотальная мастэктомия с последующими 3 курсами химиотерапии. Через 1,5 года в ходе планового обследования были выявлены метастазы в органы малого таза. Проведена экстирпация матки с придатками и 6 курсов полихимиотерапии. По результатам обследования достигнута ремиссия. Через 1 месяц после завершения курса химиотерапии пациентка отметила появление одышки при физической нагрузке и симметричных отеков нижних конечностей. На протяжении последующих 3 лет пациентка неоднократно обращалась к кардиологу по поводу вышеуказанных жалоб, принимала назначенные врачом препараты: фуросемид 40 мг через день, лозап 100 мг/сут и конкор 5 мг/сут с эффектом. В течение последнего месяца отмечается прогрессирование одышки, которая стала возникать при минимальных физических нагрузках и в покое, нарастание отеков нижних конечностей до уровня голеней. В связи с ухудшением состояния обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Проживает в деревне. Пенсионер, работала смотрителем железнодорожной станции. Со слов, в районе проживания ранее осуществлялось захоронение радиоактивных отходов. * Вредные привычки: стаж курения 40 лет по 10 сигарет в день. * Гинекологический анамнез: беременности 2, роды 2, экстирпация матки с придатками в 59 лет. * Семейный анамнез: мать и бабушка по материнской линии умерли от рака молочной железы. * Хронические заболевания: хронический бронхит * Хирургические операции: аппендэктомия, мастэктомия, экстирпация матки с придатками. * Аллергический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Состояние психики: не изменено. Телосложение: гиперстеническое. Рост: 170 см. Вес: 90 кг. ИМТ: 31 кг/м². Температура тела: 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеки нижних конечностей до уровня голеней. Аускультация легких: жесткое, влажные мелкопузырчатые хрипы на фоне ослабленного дыхания в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 19 в минуту. SpO₂ ~96%. Пульс на лучевых артериях: наполнение удовлетворительное. Пульсация на артериях нижних конечностей симметричная, сохранена. Артериальное давление на обеих руках: 135/90 мм рт. ст. Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные, I тон: ослаблен над верхушкой. II тон: акцент II тона над аортой, ЧСС 80 в минуту. Шумы сердца: систолический шум в точках выслушивания митрального и трикуспидального клапанов. Осмотр живота: увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень увеличена, выступает на 2 см ниже реберной дуги. Деятельность кишечника: регулярная, стул: 1 раз в сутки. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание: не нарушено.

В план лабораторного обследования пациентки следует включить

гипергомоцистеинемии

перегрузки железом

гемолитической анемии

гипоферритинемии

Результаты обследования

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

гипергомоцистеинемии

перегрузки железом

гемолитической анемии

гипоферритинемии

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациентке следует диагностировать

гипергомоцистеинемии

перегрузки железом

гемолитической анемии

гипоферритинемии

Диагноз

Диагностированную у пациентки хроническую сердечную недостаточность следует классифицировать как ХСН с + _____ + фракцией выброса (ФВ)

восстановленной

промежуточной

сохраненной

низкой

У пациентки имеет место хроническая сердечная недостаточность + _____ + стадии, + _____ + функционального класса

IIA; IV

IIБ; IV

IIA; II

IIB; II

Для блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы пациентке показано назначение комбинации валсартан и

лизиноприл

алискирен

сакубитрил

лозартан

Пациентка до поступления в стационар принимала 5 мг конкора в сутки. В связи с установленным диагнозом ХСН после компенсации состояния ей показано

заменить конкор на атенолол

отказаться от дальнейшей терапии конкором

увеличить дозу конкора до 10 мг в сутки

уменьшить дозу конкора до 2,5 мг в сутки

К проводимой терапии ХСН пациентке показано добавить

спиронолактон

гидрохлортиазид

триамтерен

амилорид

Для снижения риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализаций пациентке показано назначение гипогликемического препарата

лираглутида

вилдаглиптина

метформина

дапаглифлозина

Частым побочным действием при применении антагонистов альдостерона в комбинации с ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина II является

гиперкалиемия

гипергликемия

гипокалиемия

гипонатриемия

Пациентам страдающим ХСН следует избегать назначение

верапамила

амлодипина

ивабрадина

бисопролола

Пациентам с симптомной ХСН, синусовым ритмом, длительностью комплекса QRS ≥ 150 мс, блокадой ЛНПГ и ФВ ЛЖ $\leq 35\%$, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию с целью уменьшения симптомов, снижения заболеваемости и смертности рекомендована

верапамила

амлодипина

ивабрадина

бисопролола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

* боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после приема пищи; * отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 6-7 лет, когда впервые возникли жгучие боли в эпигастральной области. Обратился к участковому терапевту, был направлен на эзофагогастродуоденоскопию, по данным которой, со слов пациента, был выявлен хронический гастрит. Самостоятельно принимал омепразол, антациды,

на фоне чего боли в эпигастральной области купировались. Однако, в дальнейшем боли рецидивировали 2-3 раза в год, преимущественно в осенне-весенний период. Не обследовался, самостоятельно принимал антациды с умеренным эффектом. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, в связи с чем пациент обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни

Работает консультантом в строительном магазине. В браке, имеет 1 ребенка. Аллергологический анамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: гепатит А в детстве. Иные заболевания, в т.ч. хронические, а также ВИЧ, туберкулез отрицает. Курит 5-6 сигарет в день, стаж курения 20 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние ближе к удовлетворительному, обусловлено вышеописанными жалобами. Нормостенического телосложения (рост 183 см, вес 93 кг, ИМТ 27,8 кг/см²). Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание жесткое, проводится во всех отделах, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 уд. в мин. АД справа и слева – 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления не нарушены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Из лабораторных исследований пациенту целесообразно выполнить

верапамила

амлодипина

ивабрадина

бисопролола

Результаты обследования

Из инструментальных обследований пациенту целесообразно выполнить

верапамила

амлодипина

ивабрадина

бисопролола

Результаты обследования

На основании проведённого обследования пациенту диагностирована

верапамила

амлодипина

ивабрадина

бисопролола

Диагноз

Выявленный у пациента язвенный дефект следует классифицировать как язву + _____ + размеров

больших

малых

средних

гигантских

Из рациона питания пациента следует исключить

куриные яйца

крепкие мясные бульоны

молоко с низким содержанием жира

отварную речную рыбу

Схема эрадикационной терапии для пациента должна включать

Н2-блокатор (в стандартной дозе 3 раза в сутки)+кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки)+амоксциллин (по 1000 мг 1 раз в сутки)

ингибитор протонного насоса (в стандартной дозе 1 раз в сутки)+Н2-блокаторы (в стандартной дозе 2 раза в сутки)+кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки)

ингибитор протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки)+цефтриаксон (1000 мг 2 раза в сутки)+амоксциллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

ингибитор протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки)+кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки)+амоксциллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Меры, позволяющие повысить эффективность стандартной тройной эрадикационной терапии включают

использование удвоенной дозы кларитромицина в сочетании с удвоенной дозой ингибитора протонного насоса

увеличение продолжительности тройной терапии с ингибиторами протонного насоса и кларитромицином до 3 месяцев

увеличение продолжительности тройной терапии с ингибиторами протонного насоса и кларитромицином до 1 месяца с увеличением дозы ингибитора протонного насоса

увеличение продолжительности тройной терапии с ингибиторами протонного насоса и кларитромицином до 14 дней

На 3-и сутки проводимой терапии у пациента развилась выраженная крапивница и кожный зуд в связи с чем ему следует назначить схему эрадикационной терапии, включающую

висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) + ингибиторы протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + цефтриаксон (1000 мг 2 раза в сутки) + метронидазол (500 мг 3 раза в сутки)

левофлоксацин (500 мг 2 раза в сутки) + ингибиторы протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) + ингибиторы протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (500 мг 3 раза в сутки)

висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки) + ингибиторы протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + цефтриаксон (1000 мг 2 раза в сутки) + гавискон (20 мл 3 раза в сутки)

Общая продолжительность антисекреторной терапии ингибитором протонного насоса у данного пациента должна составлять

4-6 недель

1-2 недели

3-4 месяца

5-6 месяцев

Контроль эрадикации посредством ^{13}C -уреазного теста пациенту следует проводить через + _____ + после отмены ингибитора протонной помпы

2 недели

2 месяца

24 часа

2 суток

H. pylori-негативные язвы чаще всего бывают обусловлены

синдромом Золлингера-Элисона

приемом НПВП

психо-эмоциональным перенапряжением

аутоиммунным гастритом

Терапия H. pylori-ассоциированной язвенной болезни третьей линии в первую очередь должна основываться на

синдромом Золлингера-Элисона

приемом НПВП

психо-эмоциональным перенапряжением

аутоиммунным гастритом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н., 22 лет, обратился на прием к врачу общей практики.

Жалобы

На общую слабость, периодическое вздутие живота, кратковременные боли в животе, чаще по утрам, которые сопровождаются позывами на дефекацию, стул периодически кашицеобразный, разжиженный.

Анамнез заболевания

Выше описанные жалобы беспокоят пациента на протяжении последних 1,5 лет, впервые их возникновение было связано с психоэмоциональным перенапряжением, когда отмечалось появление жидкого стула в небольшом

количестве по 2-4 раза в сутки. Боль в животе выражена в дневное время, ночью не беспокоит, вздутие живота чаще возникает после обильного ужина. Боль локализована преимущественно в подвздошных областях, чаще слева. Самостоятельно принимал препараты, содержащие ферменты поджелудочной железы, со слабым положительным эффектом. На протяжении болезни симптоматики носила волнообразный характер: уменьшалась во время каникул и усиливалась при психо-эмоциональном перенапряжении. На протяжении последних 5-и месяцев выше указанные жалобы возникают по несколько раз в неделю, что послужило поводом для обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* в настоящее время студент * аллергия на антибиотики сульфаниламидного ряда в виде отека Квинке * имеется непереносимость лактозы (в виде послабления стула, дискомфорта в подвздошной области после приема молочных продуктов), в связи с чем молочные продукты употребляет редко * наследственность неотягощена

Объективный статус

Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Температура тела при осмотре 36,7°C. Периферических отеков и варикозно расширенных вен нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 17 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные ЧСС=72 уд в минуту, АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в подвздошной области. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул неоформленный, без патологических примесей, до 2-4 раз в сутки. Мочеиспускание безболезненное, свободное, учащенное. Симптом поколачивания отрицательные с обеих сторон.

По результатам опроса и осмотра пациента можно полагать, что клиническая картина заболевания характерна для

пищевой токсикоинфекции

функциональной патологии кишечника

хронических воспалительных заболеваний кишечника

онкологического заболевания желудочно-кишечного тракта

В рамках обследования, соответствующего предварительному диагнозу пациенту показано исследование

пищевой токсикоинфекции

функциональной патологии кишечника

хронических воспалительных заболеваний кишечника

онкологического заболевания желудочно-кишечного тракта

Результаты обследования

В качестве обязательных инструментальных диагностических исследований пациенту следует назначить

- пищевой токсикоинфекции
- функциональной патологии кишечника
- хронических воспалительных заболеваний кишечника
- онкологического заболевания желудочно-кишечного тракта

Результаты обследования

По результатам проведённого пациенту обследования окончательный диагноз следует сформулировать как

- пищевой токсикоинфекции
- функциональной патологии кишечника
- хронических воспалительных заболеваний кишечника
- онкологического заболевания желудочно-кишечного тракта

Диагноз

Пациенту следует обязательно рекомендовать

- исключение сорбитола из пищи
- элиминационную диету
- гипоаллергенную диету
- диету с низким содержанием лактозы

На фоне соблюдения пациентом элиминационной диеты отмечалось уменьшение количества актов дефекации до 2 раз в сутки, однако сохранялись жалобы на вздутие живота и абдоминальные боли. В связи с этим больному показано назначение

- альфа-галактозидазы
- альфа-амилазы
- альфа-эластазы

альфа-1-антитрипсина

Для купирования болевого синдрома пациенту целесообразно назначить

лоперамида гидрохлорид

прукалоприд

полиэтиленгликоль

гиосцина бутилбромид

При синдроме раздражённого кишечника для купирования диареи и вздутия живота может быть назначен антибактериальный препарат

фуразолидон

ванкомицин

рифаксимин

метронидазол

В основу классификации вариантов синдрома раздражённого кишечника положена форма стула по + _____ + шкале

Бристольской

Киотской

Маастрихтской

Римской

При синдроме раздражённого кишечника характерна связь болей в животе с

мальабсорбцией

дефекацией

полифекалией

одинофагией

Для диареи в рамках синдрома раздражённого кишечника характерно

появление в дневное время суток

наличие истинной полифекалии

выявление стеатореи

снижение массы тела

Для пациентов с синдромом раздраженного кишечника

появление в дневное время суток

наличие истинной полифекалии

выявление стеатореи

снижение массы тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В районной поликлинике к врачу общей практики обратилась пациентка К., 66 лет.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке и иногда в покое (лежа на спине), быструю утомляемость, отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

С 35 лет при диспансерном наблюдении отмечалось периодическое бессимптомное повышение АД, коррекция которого не проводилась. В возрасте 47 лет был диагностирован рак молочной железы, выполнена тотальная мастэктомия с последующими курсами лучевой и химиотерапии. Через 3 года в ходе планового обследования были обнаружены метастазы в органы малого таза. Проведена экстирпация матки с придатками и 6 курсов полихимиотерапии, на фоне которых была достигнута ремиссия заболевания. Через 1,5-2 месяца после завершения терапии пациентка стала замечать появление одышки при физических нагрузках и периодически возникающую отечность лодыжек к вечеру. На протяжении последующих 10 лет отмечалось постепенное снижение толерантности к физическим нагрузкам пациентка неоднократно обращалась к кардиологу по поводу вышеуказанных жалоб, периодически принимала назначенные эналаприл 5 мг/сут и лазикс 40 мг 1-2 раза в неделю, на фоне чего отмечалось исчезновение отеков. В течение последнего месяца больную беспокоит явное ухудшение самочувствия, которое выражается в снижении толерантности к физической нагрузке - отмечается прогрессирование одышки вплоть до одышки при минимальных физических нагрузках и в покое, нарастание отеков нижних конечностей до уровня голеней. Обратилась за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Образование среднее специальное * Профессиональная деятельность в

течение жизни – специалист ОТК. * Вредные привычки: курит с 25 лет по 5-6 сигарет в сутки. * Гинекологический анамнез: беременности 2, роды 2, искусственная менопауза с 47 лет. * Семейный анамнез: мать и бабушка по материнской линии умерли от рака молочной железы. * Хронические заболевания: хронический бронхит * Хирургические операции: аппендэктомия, мастэктомия, экстирпация матки с придатками. * Аллергический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Состояние психики: не изменено. Телосложение: гиперстеническое. Рост: 170 см. Вес: 90 кг. ИМТ: 31 кг/м^2 . Температура тела: $36,5^\circ\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски и влажности. Периферические отеки нижних конечностей до уровня голеней. Аускультация легких: влажные мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве в нижних отделах с обеих сторон, ЧДД 17 в минуту. $\text{SpO}_2 \sim 96\%$. Пульс на лучевых артериях наполнение: удовлетворительное. Пульсация на артериях нижних конечностей симметричная, сохранена. Артериальное давление на обеих руках: 160/105 мм рт. ст. Аускультация сердца: тоны сердца ритмичные, I тон: ослаблен над верхушкой. II тон: акцент II тона над аортой, ЧСС 80 в минуту. Шумы сердца: систолический шум в точках выслушивания митрального и трикуспидального клапанов. Осмотр живота: увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень на 2 см ниже реберной дуги. Стул: 1 раз в день. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание: не нарушено.

В связи с подозрением на развитие у пациентки хронической сердечной недостаточности (для её исключения/подтверждения) показано исследование в крови уровня

альдостерона

ренина

неприлизина

NT-proBNP

В связи с полученным анализом NT-proBNP=650 пг/мл (норма <125 пг/мл) в дальнейшее обследование пациентки необходимо включить проведение

альдостерона

ренина

неприлизина

NT-proBNP

Результаты обследования

В план инструментального обследования необходимо включить проведение

альдостерона

ренина

неприлизина

NT-proBNP

Результаты обследования

На основании проведённого обследования пациентке следует диагностировать

альдостерона

ренина

неприлизина

NT-proBNP

Диагноз

В зависимости от фракции выброса левого желудочка у пациентки хроническая сердечная недостаточность с + _____ + фракцией выброса

сохраненной

восстановленной

низкой

промежуточной

Хроническая сердечная недостаточность, выявленная у пациентки, соответствует + _____ + стадии

ПБ

ПА, II

ПА, IV

ПБ, II

Состояние пациентки соответствует + _____ + функциональному классу хронической сердечной недостаточности

IIA, II

IV

IIБ, II

IIA, IV

Пациентке показано назначение валсартана/сакубитрила в дозе 24/26 мг 2 раза в сутки. Препарат может быть назначен через + _____ + часа/часов после отмены эналаприла

6

12

36

24

В качестве бета-адреноблокатора пациентке показано назначение

ацебутолола

соталола

метопролола тартрата

метопролола сукцината

Пациентке был назначен эплеренон, целевая доза которого для неё должна составлять + _____ + мг в сутки

75

25

100

50

Сочетание в терапии пациентки валсартана и эплеренона требует контроля за уровнем + _____ + в крови

глюкозы

калия

натрия

кальция

Назначение ивабрадина при хронической сердечной недостаточности противопоказано при

глюкозы

калия

натрия

кальция

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 59 лет обратилась на прием к врачу-терапевту.

Жалобы

На изжогу, отрыжку воздухом после приема пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних двух лет, когда впервые обратила внимание на периодическое появление изжоги при избыточном употреблении пищи, усиливающейся при наклоне тела вперед или в горизонтальном положении. Ситуационно принимала Альмагель с положительным эффектом. В последние две недели отмечает учащение эпизодов изжоги, что связывает со стрессом на работе и погрешностями в диете.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Хронические заболевания, а также туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает.

Наследственность: неотягощена. Аллергологический анамнез: неотягощен.

Семейный анамнез: неотягощен. Условия быта: удовлетворительные. Прием пищи: регулярный. Профессия: администратор. Условия труда:

профессиональных вредностей нет. Акушерско-гинекологический анамнез: беременности – 2, роды – 1, аборт – 1, менопауза с 56 лет. Курение: курит в течение 20 лет по 3-5 сигарет в день. Алкоголь: употребляет редко. Наркотики: отрицает. Прочие вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост – 162 см, вес – 73 кг. ИМТ – 27,8 кг/см². Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в минуту. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см. кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца

ритмичные, ЧСС 56 в минуту. I тон: ясный. II тон: ясный, акцента нет. Дополнительные тоны нет. Шумы сердца не выслушиваются. Пульс: 66 в минуту. Артериальное давление справа: 130/80 мм рт. ст., артериальное давление слева: 130/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, увеличен в размере за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Язык: влажный, обложен белым налетом. Размеры печени по Курлову: 9 см, 8 см, 7 см. Деятельность кишечника регулярная. Стул: 1 раз в день. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Из инструментальных исследований пациентке следует выполнить

глюкозы

калия

натрия

кальция

Результаты обследования

По результатам проведенного обследования пациентке следует выставить диагноз

глюкозы

калия

натрия

кальция

Диагноз

Выявленные в ходе эндоскопического исследования у пациентки проявления терминального эзофагита соответствуют степени

А

С

В

Д

В данной клинической ситуации тактика врача должна заключаться в

плановой госпитализации пациентки в гастроэнтерологическое отделение

плановой госпитализации пациентки в хирургическое отделение

срочной госпитализации пациентки в многопрофильный стационар

амбулаторном наблюдении и лечении пациентки

В качестве терапии первой линии пациентке показано назначение

алгинатов

ингибиторов протонной помпы

блокаторов H₂-рецепторов

антацидов

Учитывая неосложнённое течение заболевания и степень эзофагита, пациентке следует назначить рабепразол в стандартной дозе

10 мг 1 раз в сутки

10 мг 2 раза в сутки

20 мг 1 раз в сутки

20 мг 2 раза в сутки

Длительность основной медикаментозной терапии у данной пациентки должна составлять

2 недели

4 месяца

4 недели

8 недель

В качестве немедикаментозного лечения пациентке следует рекомендовать

отказаться от курения

употреблять газированные напитки для подщелачивания среды в желудке

перейти на частое дробное питание

ограничить физическую активность

Пациентке показано избегать употребления в пищу

отказаться от курения

употреблять газированные напитки для подщелачивания среды в желудке

перейти на частое дробное питание

ограничить физическую активность

Дополнительная информация

Через 4 недели амбулаторного лечения пациентка пришла на повторный прием к врачу: изжога и отрыжка полностью исчезли, однако за время лечения больная стала измерять себе АД и отметила, что в утренние часы его значения часто оказывались 160/90 мм рт. ст.

В связи с выявленной артериальной гипертензией пациентке показано назначение антигипертензивной терапии, при этом целесообразно избегать назначения препаратов из группы

дигидропиридиновых антагонистов кальция

блокаторов ангиотензиновых рецепторов II типа

ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента

тиазидных диуретиков

В случае неэффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ингибиторами протонной помпы в течение 4 недель для дифференциальной диагностики с «функциональной изжогой» следует проводить

манометрию высокого разрешения

24-часовую рН-импедансометрию

узкоспектральную эндоскопию

биопсию пищевода

При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с целью повышения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и ускорения эвакуации содержимого желудка ингибиторы протонной помпы можно сочетать с

манометрию высокого разрешения

24-часовую рН-импедансометрию

узкоспектральную эндоскопию

биопсию пищевода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 59 лет обратилась на прием к врачу общей практики.

Жалобы

На изжогу и отрыжку воздухом, возникающие после приема пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних двух лет, когда впервые обратила внимание на периодическое появление изжоги при употреблении большого объема пищи, усиливающейся при наклоне тела вперед или в горизонтальном положении, в связи с чем по совету знакомых принимала Алмагель с положительным эффектом. В последние две недели отмечает учащение эпизодов изжоги, что связывает со стрессом на работе и погрешностями в диете.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Хронические заболевания, а также туберкулез, гепатиты, венерические заболевания – отрицает.

Наследственность: неотягощена. Аллергологический анамнез: неотягощен.

Семейный анамнез: неотягощен. Условия быта: удовлетворительные. Прием пищи: регулярный. Профессия: администратор. Условия труда:

профессиональной вредности нет. Акушерско-гинекологический анамнез:

беременности – 2, роды – 1, аборт – 1, менопауза с 56 лет. Курение: курит в течение 20 лет в среднем по 3-5 сигарет в день. Алкоголь: употребляет редко.

Наркотики: отрицает. Прочие вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост – 162 см, вес – 73 кг. ИМТ – 27,8 кг/см². Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 16 в минуту. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в минуту. I тон: ясный. II тон: ясный, акцента нет; дополнительных тонов нет. Шумы сердца не выслушиваются. Пульс: 66 в минуту. Артериальное давление справа: 130/80 мм рт. ст., артериальное давление слева: 130/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, увеличен в размере за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Язык: влажный, обложен налетом. Размеры печени по Курлову: 9 см, 8 см, 7 см. Деятельность кишечника регулярная. Стул: 1 раз в день. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В план инструментального обследования пациентки следует включить

манометрию высокого разрешения

24-часовую рН-импедансометрию

узкоспектральную эндоскопию

биопсию пищевода

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациентке следует диагностировать

манометрию высокого разрешения

24-часовую рН-импедансометрию

узкоспектральную эндоскопию

биопсию пищевода

Диагноз

В соответствии с эндоскопической (Лос-Анджелесской) классификацией выявленный у пациентки рефлюкс-эзофагит соответствует степени

В

С

Д

А

В данной ситуации тактика врача должна заключаться в

плановой госпитализации пациентки в хирургическое отделение

амбулаторном наблюдении и лечении

срочной госпитализации пациентки в многопрофильный стационар

плановой госпитализации пациентки в гастроэнтерологическое отделение

Пациентке показана модификация образа жизни, которая должна состоять в

частом дробном питании

использовании поясов «с рёбрами» и корсетов для стабилизации внутрибрюшного давления

проун-позиции во время сна

снижении массы тела

В качестве базисной терапии для эффективного контроля уровня рН в нижней трети пищевода пациентке показано назначение

симетикона

рабепразола

фамотидина

тримебутина

Длительность основной медикаментозной терапии у данной пациентки должна составлять + _____ + недели/недель

2

4

12

8

С целью повышения тонуса нижнего пищеводного сфинктера и ускорения эвакуации содержимого желудка ингибитор протонной помпы можно сочетать с

мебеверином

дюспаталином

итопридом

магалдратом

Лечении ГЭРБ у беременных требует назначения

антицидов

алгинатов

блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов

ингибиторов протонной помпы

Диагноз «функциональной изжоги» устанавливают при наличии изжоги и отсутствии

- эрозивного повреждения слизистой пищевода
- патологических рефлюксов при рН-импедансометрии
- положительного эффекта от приёма ингибитора протонной помпы
- других пищеводных проявлений ГЭРБ

Для дифференциальной диагностики неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с функциональной изжогой или гиперсенситивным пищеводом показано проведение

- рН-импедансометрии
- исследования NO в выдыхаемом воздухе
- рентгенографии пищевода
- водородного дыхательного теста

Рефрактерную ГЭРБ следует диагностировать при неполном заживлении слизистой оболочки пищевода и/или сохранении симптомов заболевания после проведения курса терапии ингибитором протонной помпы на протяжении + _____ + недель

- рН-импедансометрии
- исследования NO в выдыхаемом воздухе
- рентгенографии пищевода
- водородного дыхательного теста

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Р., 45 лет обратилась на прием к врачу общей практики.

Жалобы

На повышенную утомляемость, сухость кожных покровов, появление необычных вкусовых пристрастий (желание есть мел, сухие макароны).

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят в течение последних 4-5 месяцев. Симптомы нарастали постепенно. К врачу не обращалась. Принимала

различные комплексы поливитаминов, без значимого положительного клинического эффекта.

Анамнез жизни

* Профессиональные вредности отрицает, работает учителем в школе; * питание полноценное, регулярное; * аллергических реакций не отмечает; * около года меноррагия (менструации обильные по 7-8 дней каждые 26 дней). Гинекологические заболевания отрицает. На приеме у гинеколога была более 1 года назад; * наличие хронических неинфекционных заболеваний отрицает, на диспансерном учете у специалистов не состоит; * наследственность: мать, 72 года, – субмукозная миома матки (оперирована), отец, 76 лет, – рак желудка, несколько курсов химиотерапии, в настоящее время в ремиссии; * не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. ИМТ – 23 кг/см². Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет, ангулит справа. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС=80 уд в минуту, АД=115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.

Лабораторное обследование, необходимое пациентке должно включать

рН-импедансометрии

исследования NO в выдыхаемом воздухе

рентгенографии пищевода

водородного дыхательного теста

Результаты обследования

Для выяснения причины жалоб пациентки, учитывая анамнез, из инструментальных исследований в первую очередь необходимо выполнить

рН-импедансометрии

исследования NO в выдыхаемом воздухе

рентгенографии пищевода

водородного дыхательного теста

Результаты обследования

Жалобы пациентки обусловлены

рН-импедансометрии

исследования NO в выдыхаемом воздухе

рентгенографии пищевода

водородного дыхательного теста

Диагноз

Изменение вкусовых пристрастий (желание есть мел и сухие макароны), появившееся в последние месяцы у пациентки подозрительно на наличие у больной

сидеропенического синдрома

астенического синдрома

синдрома функциональной желудочной диспепсии

синдрома перегрузки железом

Предположительной причиной развития железодефицитной анемии у пациентки по имеющимся на настоящий момент данным, вероятнее всего, является

недостаточное поступление железа с пищей

атрофический гастрит

целиакия

меноррагия

Пациентка была консультирована гинекологом, проведены дополнительные исследования, назначены гормональные препараты с целью купирования меноррагии. С целью восполнения дефицита железа в организме пациентке показано назначить

препараты железа «per os»

комплекс поливитаминных препаратов

диету обогащенную железом

препараты железа внутривенно

Для лечения железодефицитной анемии данной пациентке необходимо назначить пероральные препараты железа в дозе + ____ + мг в сутки

100

120

160

60

Для снижения риска возникновения побочных эффектов (тошнота, запор) целесообразно назначить

высокодозированные препараты железа короткими курсами (2 недели в месяц)

ежедневный 2-3 кратный приём препаратов 2-х валентного железа

комбинацию пероральных и внутримышечных способов доставки препарата железа

низкодозированные препараты железа через день

Объективную оценку эффективности проводимой ферротерапии через 10 дней от начала лечения следует провести по наличию

роста уровня гемоглобина

ретикулоцитарного криза

улучшения самочувствия

повышения сывороточного железа

Терапия внутривенными препаратами железа показана при

синдроме раздражённого кишечника с диареей

болезни Крона

наличии дивертикулов кишечника

болезни Берже

Внутривенные инфузии препаратов железа

повышают риск развития анафилактического шока

повышают риск развития аспириновой триады

ассоциированы с риском развития миосаркомы

являются его самой безопасной лекарственной формой

При синдроме экзокринной недостаточности поджелудочной железы дефицит железа может развиваться вследствие

повышают риск развития анафилактического шока

повышают риск развития аспириновой триады

ассоциированы с риском развития миосаркомы

являются его самой безопасной лекарственной формой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет, доставлен скорой медицинской помощью в приемное отделение крупного городского центра в 12-00 с подозрением на инфаркт миокарда.

Жалобы

На выраженную слабость и ноющие боли в области сердца.

Анамнез заболевания

Анамнеза по ишемической болезни сердца нет. Несколько лет периодически отмечает повышение артериального давления до 160/90 мм рт. ст., ситуационно принимает гипотензивные препараты (нифедипин 10 мг или каптоприл 25мг сублингвально) с эффектом. Сегодня в 10-00 часов утра без видимой причины почувствовал появление сжимающих болей в грудной клетке, на которые пациент не обратил внимания. Через час боли приобрели более интенсивный характер, появилась тошнота, слабость и головокружение. Вызванной бригадой скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе было назначено: нитроминт 2 дозы сублингвально, аспирин (ацетилсалициловая кислота) 500мг разжевать и проглотить, зилт (клопидогрел) 300 мг перорально, нефракционированный гепарин 5000 ед в/в, морфин 0,1%-1 мл в/в. Доставлен с частично купированным болевым синдромом.

Анамнез жизни

Наличие хронических соматических заболеваний отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональная деятельность на протяжении жизни: военнослужащий; профессиональных вредностей не имеет. Аллергологический анамнез: аллергические реакции в анамнезе отрицает. Наследственность: не отягощена.

Объективный статус

По представленной ЭКГ можно сделать заключение о наличии у пациента

синдрома Фредерика

желудочковой тахикардии из выносящего тракта правого желудочка

синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта

острой распространённой передне-боковой ишемии миокарда левого
желудочка

Диагноз на момент поступления должен быть сформулирован как

синдрома Фредерика

желудочковой тахикардии из выносящего тракта правого желудочка

синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта

острой распространённой передне-боковой ишемии миокарда левого
желудочка

Диагноз

**Состояние пациента следует расценивать как острая сердечная
недостаточность _Killip_**

III

I

II

IV

Дальнейшая тактика ведения пациента должна состоять в

проведении дообследования пациента , состоящем в проведении
нагрузочного тестирования для уточнения размера зоны поражения

неотложном проведении ЧКВ с целью улучшения прогноза

консервативном ведении пациента в связи с развивающимся осложнением в
виде отёка лёгких

проведении планового тромболизиса, поскольку на ЭКГ еще не
сформированы патологические Q-зубцы

При поступлении пациенту показан комплекс анализов крови, включающий

проведении дообследования пациента , состоящем в проведении нагрузочного тестирования для уточнения размера зоны поражения

неотложном проведении ЧКВ с целью улучшения прогноза

консервативном ведении пациента в связи с развивающимся осложнением в виде отёка лёгких

проведении планового тромболизиса, поскольку на ЭКГ еще не сформированы патологические Q-зубцы

Результаты обследования

Дополнительная информация

Пациент переведён в палату интенсивного наблюдения, где ему следует провести

проведении дообследования пациента , состоящем в проведении нагрузочного тестирования для уточнения размера зоны поражения

неотложном проведении ЧКВ с целью улучшения прогноза

консервативном ведении пациента в связи с развивающимся осложнением в виде отёка лёгких

проведении планового тромболизиса, поскольку на ЭКГ еще не сформированы патологические Q-зубцы

Результаты обследования

При мониторингировании электрокардиограммы после ЧКВ состояние пациента стабильное, однако был зафиксирован (-на)

пароксизм желудочковой тахикардии

эпизод миграции водителя ритма по предсердиям

групповая желудочковая экстрасистолия

пароксизм фибрилляции предсердий

В связи с выявленными нарушениями ритма, длительность которых не превышала 15 секунд, пациенту показано/показана

имплантация кардиовертера-дефибриллятора

назначение амиодарона

динамическое наблюдение

установить временный кардиостимулятор

Постинфарктной называют стенокардию, возникающую в первые + _____ + недели/недель после инфаркта миокарда

8

4

12

2

Тромболитическая терапия противопоказана при наличии у пациента с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST

тромбоцитоза >700 тыс/мкл неустовленной этиологии

доказанной наследственной тромбофилии

сахарного диабета I типа длительностью ≥ 10 лет

геморрагического инсульта 4 месяца назад

До начала или во время проведения тромболизиса пациенту с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST показано назначение антитромбоцитарной терапии, включающее аспирин и

клопидогрел

прасугрел

интегриллин

тикагрелор

В качестве электрокардиографического критерия эффективности проведённой 90 минут назад тромболитической терапии используется

клопидогрел

прасугрел

интегриллин

тикагрелор

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 46-и лет обратился в поликлинику по месту жительства для дальнейшего наблюдения и коррекции терапии.

Жалобы

Жалоб на момент осмотра не предъявляет, однако отмечает, что при подъеме по лестнице появляется одышка и сердцебиение, которые пациент связывает с ограничительным режимом после выписки из больницы и детренированностью.

Анамнез заболевания

До недавнего времени считал себя здоровым человеком. 1,5 месяца назад, когда пациент находился дома в выходной день впервые в жизни возник приступ высокоинтенсивных давящих болей в грудной клетке, в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи. С подозрением на инфаркт миокарда пациента экстренно госпитализировали в многопрофильный стационар, где, по данным представленного выписного эпикриза, был диагностирован инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, проведены коронароангиография (выявлен 90% стеноз проксимального отдела передней нисходящей артерии) с последующим стентированием покрытым стентом нового поколения (зотаролимус). Пациенту рекомендовано длительно принимать Брилинту по 90 мг 2 р/сут, Кардиомагнил 75 мг после еды длительно, Рамиприл 5 мг утром и вечером под контролем АД, Метопролола сукцинат 100 мг утром под контролем ЧСС и АД, Аторис 20 мг длительно. После выписки из больницы пациент находился на санаторно-курортном лечении, практически исключит физические нагрузки кроме бытовых. Рекомендовано дальнейшее наблюдение по месту жительства.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту * Образование: высшее * Профессиональная деятельность: зам генерального директора коммерческого банка; наличие профессиональных вредностей отрицает * Наследственность: мать 70 лет, страдает гипертонической болезнью; отец умер в 60 лет от рака желудка * Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 12 лет, детские инфекции, в 2020 году – коронавирусная инфекция * Аллергологический анамнез: не отягощен * Вредные привычки: курит с 20 лет по 10-15 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, избыточная масса тела – ИМТ=29,2кг/м². Кожные покровы чистые, нормальной окраски и влажности. Пастозность стоп и голеней до нижней трети. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все

отделы, хрипов нет, ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД – 130/75 мм рт. ст., ЧСС – 72 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена.

Лабораторное обследование, необходимое пациенту должно включать

клопидогрел

прасугрел

интегриллин

тикагрелор

Результаты обследования

Инструментальное обследование, проведение которого показано пациенту должно включать

клопидогрел

прасугрел

интегриллин

тикагрелор

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациенту следует диагностировать развитие

клопидогрел

прасугрел

интегриллин

тикагрелор

Диагноз

Сформировавшуюся у пациента хроническую сердечную недостаточность следует классифицировать как ХСН с + _____ + фракцией выброса

сохранённой

низкой

неуточненной

промежуточной

В связи с обнаружением аневризмы левого желудочка с пристеночным тромбозом пациенту, принимающему брилинту 90 мг 2 р/сут и кардиомагнил 75 мг/сут показано

заменить проводимую терапию на комбинацию варфарина и брилинты

заменить проводимую терапию на комбинацию варфарина и клопидогрела

продолжить прием брилинты и кардиомагнила в прежних дозах

продолжить прием брилинты и кардиомагнила в нагрузочных дозах

В отношении проводимой пациенту липидоснижающей терапии можно заключить, что

к терапии следует добавить алирокумаб

к терапии следует добавить эзетимиб

доза аторвастатина (аториса) адекватная и коррекции не подлежит

доза аторвастатина (аториса) должна быть увеличена

К проводимой терапии пациенту показано добавить

индапамид

ацетазоламид

эплеренон

гидрохлортиазид

Пациент уже длительно принимает рамиприл в дозе 10 мг/сут, которую хорошо переносит и на фоне которой АД стабилизировано на целевых значениях в течение последнего месяца. В связи с результатами проведённого амбулаторного дообследования больному показано

назначить вместо рамиприла кандесартан

заменить рамиприл на сакубитрил/валсартан

увеличить дозу рамиприла до 20 мг/сут

приступить к деэскалации рамиприла

С целью улучшения прогноза пациенту показано добавление в проводимой терапии

дапаглифлозина

ситаглиптина

лираглутида

метформина

Для профилактики развития желудочно-кишечных осложнений на фоне двойной антитромботической терапии наиболее рациональным назначением следует считать

эзомепразол

лансопразол

омепразол

рабепразол

Показанием для назначения тирофибана (блокатора ГПР IIb/IIIa тромбоцитов) у пациентов с инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST является феномен

cll

wpw

minoca

no-reflow

Максимальная продолжительность антикоагулянтной терапии при инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST у пациента которому не проводилось ЧКВ (при отсутствии дополнительных показаний) составляет +_____+ (в сутках)

14

8

3

5