

Купить: <https://medkeys.ru/product/lechebnoe/>

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Е. 50 лет доставлена на фельдшерско-акушерский пункт с острым заболеванием

Жалобы

На головную боль, кашель с мокротой «ржавого цвета», резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, выраженную слабость, потливость

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Профессия: доярка.
- * Перенесенные заболевания и операции: детскими инфекциями не болела, хронические заболевания отрицает, родов двое.
- * Ежегодно прививается от гриппа.
- * Наследственность: неотягощена.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.
- * Аллергический анамнез: неотягощен.

Анамнез заболевания

- * Заболела остро 2 дня назад, когда на фоне потрясающего озноба повысилась температура до 38,2°C, появились одышка, кашель и боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно.
- * Заболевание связывает с сильным переохлаждением.
- * Самостоятельно принимала жаропонижающие, противовирусные препараты (Ингавирин).
- * На фоне самолечения одышка усилилась, кашель стал с мокротой «ржавого цвета», со вчерашнего дня стала ощущать боль в грудной клетке, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость.
- * При более детальном сборе анамнеза выяснено, что 1,5 месяца назад пациентка поставила имплантаты зубов, в связи с чем получала профилактическую антибактериальную терапию бета-лактамами антибактериальными препаратами - цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон) в течении 30 дней.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительно. Вес 60 кг, рост 165 см. Температура 38,6°C.

* При осмотре: отмечается гиперемия правой щеки, герпес на губах, цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка правильной формы. При форсированном дыхании правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

* Перкуторно: справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука.

* При аускультации: справа в подлопаточной области ослабленное везикулярное дыхание, крепитация. Над остальной поверхностью легких перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Число дыхательных движений 22 в минуту.

* Тоны сердца приглушены, ритмичные. Число сердечных сокращений 98 в минуту. Артериальное давление 115/60 мм рт. ст. Периферические отеки отсутствуют.

* Абдоминальной патологии не выявлено.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить лабораторные методы исследования

Результаты лабораторных методов исследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить

Результаты обследования

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

Диагноз

Пневмонию у данной пациентки после проведения рентгенологического обследования необходимо дифференцировать с

- туберкулезом, недифференцируемой аденокарциномой легкого
- тромбоэмболией легочной артерии
- острым бронхитом, абсцессом легкого, опухолью легкого, хронической обструктивной болезнью легких
- острым бронхитом, отеком легких

Пневмонию у данной пациентки с наибольшей вероятностью могут вызвать

- S. pneumoniae; M. pneumoniae; C. pneumoniae; H. influenzae
- M. pneumoniae; C. pneumoniae; H. influenzae
- S. pneumoniae; H. influenzae; C. pneumoniae; S. aureus
- C. pneumoniae; S. aureus; Enterobacterales ; респираторные вирусы

К факторам риска развития пневмонии, вызванной полирезистентными возбудителями, у данного пациента относят

- развитие пневмонии на фоне острой респираторной вирусной инфекции
- самостоятельное лечение в амбулаторных условиях, прием противовирусных препаратов
- терапию бета-лактамами антибактериальными препаратами
- носительство вируса герпеса

Больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить

- β -лактамы с антисинегнойной активностью \pm макролиды
- респираторные фторхинолоны + цефалоспорины 2 поколения
- цефалоспорины 1-2 поколения \pm макролиды или бета-лактамы с антисинегнойной активностью
- респираторные фторхинолоны

Возможными причинами неэффективности проведения антибактериальной терапии у данного пациента могли явиться

- β -лактамы с антисинегнойной активностью \pm макролиды
- респираторные фторхинолоны + цефалоспорины 2 поколения
- цефалоспорины 1-2 поколения \pm макролиды или бета-лактамы с антисинегнойной активностью
- респираторные фторхинолоны

Тактика врача заключается в

- 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
- смене антибиотика, проведении повторного рентгена органов грудной клетки, клинического анализа крови с последующим решением вопроса о необходимости госпитализации
- госпитализации в многопрофильный стационар в отделение терапевтического профиля

Длительность применения противовирусных препаратов обычно составляет + _____ + дней

- 5-10
- 10-12
- 5-7
- 7-14

Пациенту необходимо назначить

- анальгетики
- муколитики
- нестероидные противовоспалительные препараты
- антигистаминные препараты

Длительность курса антибактериальной терапии зависит от

- анальгетики
- муколитики
- нестероидные противовоспалительные препараты
- антигистаминные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру на амбулаторный прием обратился мужчина 58 лет

Жалобы

На давящие боли за грудиной, с иррадиацией в левую руку, одышку

Анамнез заболевания

Ишемическая болезнь сердца в течение последних 5 лет. Регулярно наблюдается с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия II функциональный класс, СН-I- ст.». Со слов больного все назначенное лечение выполняет. Ухудшение состояния отмечает последние два дня, дополнительно принимал нитроглицерин и валокордин, вначале помогало, а сегодня ночью присоединилась одышка.

Анамнез жизни

- * Другие хронические заболевания отрицает (по амбулаторной карте – хронический бронхит);
- * артериальное давление (по амбулаторной карте) изменяется в пределах 135-120/70-85 мм рт. ст.;
- * последние 5 лет курит очень редко (1 – 2 сигареты в неделю), ранее курил 10-12 сигарет в день около 20 лет;
- * алкоголь употребляет умеренно;
- * профессиональных вредностей нет;
- * аллергоанамнез спокойный;
- * у матери была гипертоническая болезнь, отец умер от рака желудка.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожа влажная, акроцианоз. Рост 176 см, масса тела 90 кг. Индекс массы тела 29. Температура тела 36,2⁰С. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, перкуторно легочной звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах застойные хрипы. Частота дыхательных движений 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 84 мин., артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Определяется пастозность голеней.

На догоспитальном этапе для постановки диагноза необходим анализ крови на

- анальгетики
- муколитики
- нестероидные противовоспалительные препараты
- антигистаминные препараты

Результаты анализа крови на

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования в амбулаторных условиях является

- анальгетики
- муколитики
- нестероидные противовоспалительные препараты
- антигистаминные препараты

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить диагноз

- анальгетики
- муколитики
- нестероидные противовоспалительные препараты
- антигистаминные препараты

Диагноз

При подозрении на задне-базальный инфаркт миокарда необходимо дополнительно к 12 стандартным позициям снять электрокардиографию в отведениях

- V_{3~R} и V_{4~R}
- V_{3~} – V_{6~} на ребро выше
- V_{7~} – V_{9~}
- II-ст - ритмограмму

Для оказания обезболивания острого коронарного синдрома рационально использовать

- кеторол 30 мг (1 мл) внутримышечно глубоко
- анальгин 50% - 2 мл внутримышечно
- дроперидол 5 мг (2 мл) внутримышечно
- морфин 2 – 4 мг внутривенно, в разведении, медленно

Для антиагрегантной терапии на амбулаторном этапе используется

- гепарин 5000 ЕД внутривенно
- варфарин 2,5 мг внутрь
- ривароксобан 10 мг внутрь
- аспирин 75 – 100 (250) мг внутрь

При использовании морфина возможно осложнение

- головная боль
- артериальная гипотензия
- выраженная тахикардия
- учащение дыхания

Транспортировка больных с острым коронарным синдромом из амбулаторно-поликлинического звена проводится

- любым транспортным средством в положении полусидя
- скорой медицинской помощью, оборудованной автономным дефибриллятором в положении лежа на носилках
- машиной линейной бригады скорой медицинской помощи в положении полусидя
- машиной линейной бригады скорой медицинской помощи, в положении лежа на носилках (каталке)

Оксигенотерапия при остром коронарном синдроме рекомендована при SpO₂ менее + _____ + %

- 92
- 96
- 90
- 94

Обследованием, которое проводится в стационаре для уточнения диагноза у больного с острым коронарным синдромом является

- чрезпищеводная электрокардиография
- электрокардиография с нагрузкой
- холтеровское мониторирование электрокардиографии
- эхокардиография

Немедикаментозная вторичная профилактика острого инфаркта миокарда представляет

- ограничение аэробных двигательных нагрузок
- занятия спортом, закаливание
- санаторную реабилитацию - лечение на бальнеологических курортах
- отказ от курения, нормализацию веса

Совместное назначение антиагрегантной и антитромботической терапии повышает риск развития

- ограничение аэробных двигательных нагрузок
- занятия спортом, закаливание
- санаторную реабилитацию - лечение на бальнеологических курортах
- отказ от курения, нормализацию веса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д. 35 лет обратилась на фельдшерско – акушерский пункт в связи с острым заболеванием

Жалобы

* На постоянные ноющие боли в животе, отсутствие аппетита, тошноту и однократную рвоту желудочным содержимым.

* Повышение температуры до 37.2°C

Анамнез заболевания

* Заболела остро около 14 часов назад, появились боли в животе.

* Вначале боли были колющими в надпупочной области, затем стали постоянными ноющими, в нижних отделах живота, больше справа.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально

* Профессия: продавец

* Перенесенные заболевания: детские инфекции, хронические заболевания отрицает

- * Операций не было
- * Наследственность: у матери – хронический холецистит.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет умеренно
- * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 175 см
- * Пациентка находится в положении на правом боку. Ноги подтянуты к животу.
- * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.
- * Температура тела 37,2°C.
- * Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены.
- * Грудная клетка – правильной формы.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Дыхательные движения ритмичные, Частота дыхания– 16 в минуту.
- * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет.
- * Тоны сердца ясные, ритм правильный, Частота сердечных сокращений 85 уд в мин, Артериальное давление 135/90 мм.рт.ст.
- * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации болезненный в нижних отделах больше справа.
- * Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, безболезненное.
- * Стула не было.

Необходимым для постановки диагноза физикальным методом исследования является

- ограничение аэробных двигательных нагрузок
- занятия спортом, закаливание
- санаторную реабилитацию - лечение на бальнеологических курортах
- отказ от курения, нормализацию веса

Результаты физикального метода исследования

Лабораторным методом обследования, необходимым для постановки диагноза является

- ограничение аэробных двигательных нагрузок
- занятия спортом, закаливание
- санаторную реабилитацию - лечение на бальнеологических курортах
- отказ от курения, нормализацию веса

Результаты лабораторного метода обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторных исследований больному можно поставить диагноз

- ограничение аэробных двигательных нагрузок
- занятия спортом, закаливание
- санаторную реабилитацию - лечение на бальнеологических курортах
- отказ от курения, нормализацию веса

Диагноз

Маршрутизация пациента заключается в направлении в

- гинекологический стационар
- реанимационное отделение
- хирургический стационар в плановом порядке
- хирургический стационар в неотложном порядке

Локализация боли при медиальном расположении червеобразного отростка

- в правом подреберье
- иррадиирует в правое бедро
- в подвздошной области справа
- близко к пупку

Подозрение на острый аппендицит рекомендуется рассматривать при

- любом появлении боли в правом нижнем квадранте живота
- болезненности передней стенки прямой кишки при ректальном пальцевом исследовании
- стремлении пациента принять положение на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями
- миграции боли в правую подвздошную область

Консервативное лечение острого аппендицита рекомендуют при

- аппендикулярном инфильтрате, выявленном до операции
- периаппендикулярном абсцессе, выявленном до операции
- катаральном аппендиците
- периаппендикулярном абсцессе, выявленном до операции без признаков прорыва в брюшную полость

К осложнениям острого аппендицита относится

- аппендикулярный инфильтрат
- гангренозный аппендицит
- флегмонозный аппендицит
- эмпиема червеобразного отростка

К профилактическим рекомендациям при остром аппендиците относится

- проведение предоперационной антибиотикопрофилактики всем пациентам вне зависимости от типа острого аппендицита для снижения риска возникновения гнойно-инфекционных осложнений
- выполнение консервативного лечения антибиотками при диагностировании аппендикулярного инфильтрата (без признаков абсцедирования) до операции
- выполнение плановой госпитализации после успешной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата (через 6 недель после рассасывания инфильтрата)

- выполнение колоноскопии всем пациентам после разрешения аппендикулярного инфильтрата с целью онкологической настороженности

К реабилитации после операции по поводу острого аппендицита относится ограничение физической активности в течение + _____ + после завершения хирургического лечения

- 6 недель
- 2 месяцев
- 3 месяцев
- 3 недель

Показанием для плановой госпитализации является

- отказ больного от экстренной госпитализации
- установленный диагноз острого аппендицита
- состояние после успешной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата
- обоснованное предположение о наличии острого аппендицита после проведения амбулаторного обследования

Предоперационной антибиотикопрофилактикой является введение

- отказ больного от экстренной госпитализации
- установленный диагноз острого аппендицита
- состояние после успешной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата
- обоснованное предположение о наличии острого аппендицита после проведения амбулаторного обследования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д. 45 лет обратилась на фельдшерско - акушерский пункт в связи с острым заболеванием

Жалобы

- * На выраженную боль в правом подреберье, иррадирует кверху в правое плечо и лопатку
- * Горечь во рту, тошноту
- * Неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах
- * Повышение температуры до 38,0°C, озноб.

Анамнез заболевания

- * Заболела остро около 10 часов назад, появились боли в животе.
- * Вначале появилось чувство тяжести в правом подреберье, затем появились постоянные, интенсивные боли в правом подреберье
- * Связывает появление с обильным приемом острой и жирной пищи

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально
- * Профессия: повар

- * Перенесенные заболевания: детские инфекции, хронические заболевания отрицает
- * Операций не было
- * Наследственность: у матери – хронический калькулезный холецистит
- * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет умеренно
- * Аллергоанамнез: неотягощен

Объективный статус

- * Состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 175 см. Температура тела 38,0°C.
- * Пациент находится в положении на правом боку.
- * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.
- * Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены.
- * Грудная клетка – правильной формы, симметричная.
- * Дыхание через нос свободное. Дыхательные движения ритмичные, Частота дыхания – 20 в минуту.
- * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Аускультация: Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 20 уд. в мин.
- * Тоны сердца ясные, ритм правильный, Частота сердечных сокращений 75 ударов в мин., артериальное давление 135/90 мм рт.ст.
- * Живот не вздут, при пальпации болезненный справа, напряжен в правом подреберье, там же положительные симптомы раздражения брюшины.
- * Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, безболезненное.
- * Стула не было в течении 36 часов.

Для постановки диагноза наибольшее значение имеют жалобы на

- выраженную боль в левом подреберье, иррадиирующую вверх в плечо, тошноту, однократную рвоту
- выраженную боль в правом подреберье, иррадиирующую вверх в правое плечо, горечь во рту, тошноту, неоднократную рвоту, наличие примеси желчи в рвотных массах, повышение температуры до 38,0°C
- горечь во рту и тошноту, неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах, повышение температуры до 39,0°C, озноб
- повышение температуры до 39,0°C, озноб, однократную рвоту, наличие примеси крови в рвотных массах, выраженную боль опоясывающего характера

Для постановки диагноза в анамнезе имеет значение

- отягощенная наследственность
- связь появления болей с обильным приемом жирной пищи
- возникновение чувства тяжести в правом подреберье
- давность заболевания - около 10 часов назад

При физикальном осмотре диагностическое значение имеют

- симптом Воскресенского, симптом Кера, симптом Мюсси - Георгиевского
- Псоас-синдром
- симптом Грекова – Ортнера, симптом Кера, симптом Мюсси - Георгиевского, симптом Образцова
- симптом Ровзинга, Псоас-синдром

Учитывая анамнез, данные осмотра больному можно поставить диагноз

- симптом Воскресенского, симптом Кера , симптом Мюсси - Георгиевского
- Псоас-синдром
- симптом Грекова – Ортнера, симптом Кера , симптом Мюсси - Георгиевского, симптом Образцова
- симптом Ровзинга, Псоас-синдром

Диагноз

Прободение желчного пузыря чаще всего происходит

- у больных пожилого и старческого возраста
- у больных с камнями в желчном пузыре
- через 48 - 72 ч от начала заболевания
- через 72 - 84 ч от начала заболевания

Анамнез заболевания более 72 часов, пальпируемый желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье, лейкоцитоз более $18 \times 10^9/\text{л}$ соответствует
+ _____ + течению

- легкому
- крайне тяжелому
- тяжелому
- среднетяжелому

Внутривенное введение спазмолитической смеси

- возможно при стабильных показателях гемодинамики
- производят в обязательном порядке
- возможно при длительном ожидании госпитализации
- на догоспитальном этапе не показано

При наличии признаков гиповолемии, выраженной интоксикации, положительных симптомов раздражения брюшины рекомендовано внутривенное введение

- физиологического раствора 0,9% - 1200 мл
- раствора глюкозы 5% - 750 мл
- раствора глюкозы 10% - 500 мл
- физиологического раствора 0,9% - 400 мл

Инфузионная терапия растворами кристаллоидов проводится в объеме + _____ + мл на 1 кг массы тела

- 40
- 30
- 10
- 20

При маршрутизации пациента необходимо выполнить

- наблюдение в динамике на дому ежедневным осмотром
- экстренную госпитализацию в стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «хирургия»
- направление пациента в плановом порядке для дообследования в стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «хирургия»
- наблюдение в динамике в условиях фельдшерско – акушерского пункта

При стабильных показателях гемодинамики возможно введение

- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- спазмолитической смеси: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата, 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2,0 мл – 1% раствора морфина гидрохлорида

Методом исследования, предпочтительным для уточнения диагноза является

- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- спазмолитической смеси: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата, 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2,0 мл – 1% раствора морфина гидрохлорида

Условие ситуационной задачи

Ситуация

06 ноября на амбулаторный прием в сопровождении мамы обратилась девочка 14 лет.

Жалобы

На навязчивый кашель, температуру до $38,0^{\circ}\text{C}$, вялость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Заболела неделю назад. Отмечался подъем температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, насморк, подкашливала. За медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно. Капли в нос, «таблетки от кашля». Отмечалось улучшение состояния. В течении последних двух суток вновь подъём температуры до фебрильных цифр, усилился кашель, малопродуктивный, аппетит снижен, вялая. Температура на фоне жаропонижающих снижается до субфебрильных цифр.

В школе подъём заболеваемости, в классе зафиксирован случай пневмонии.

Анамнез жизни

Девочка от второй, нормально протекавшей беременности. Роды вторые срочные. Росла и развивалась соответственно возрасту. Вакцинирована по календарю. Последняя вакцинация в октябре против гриппа. Против пневмококковой инфекции не вакцинирована. За последний год перенесла острые респираторные заболевания три раза.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, за счет симптомов интоксикации- снижение аппетита, кожные покровы бледные, сухие, слизистые бледно – розовые, саливация снижена. Температура 37,4⁰С Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Морфофункциональный статус гармоничный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистая зева с легкой гиперемией, задняя стека глотки зернистая. Кашель сухой, малопродуктивный, приступообразный, на вдохе легкая болезненность в левой половине грудной клетки. Перкуторно над легкими легочный звук. Слева в нижних отделах по аксиллярным линиям притупление. Над легкими дыхание жесткое. Слева в аксиллярной области ослаблено. Хрипов не слышно. Частота дыхания -30 в минуту. Тоны сердца звучные ритмичные. На верхушке легких систолический шум. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. Живот доступен пальпации, без болезненный. Печень + 1,0 см. из под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- спазмолитической смеси: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата, 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2,0 мл – 1% раствора морфина гидрохлорида

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- спазмолитической смеси: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата, 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2,0 мл – 1% раствора морфина гидрохлорида

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая клинику, результаты анализов крови, рентгенологическое исследование больной можно поставить диагноз

- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- спазмолитической смеси: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата, 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата, 1,0 мл – 2% раствора промедола
- смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2,0 мл – 1% раствора морфина гидрохлорида

Диагноз

Оценивая состояние ребенка с пневмонией, следует определить наличие и степень

- дыхательной недостаточности
- эксикоза
- токсикоза
- сердечной недостаточности

Для определения показаний к госпитализации необходимо провести

- спирографию
- пульсоксиметрию
- электрокардиографию
- фиброгастроскопию

Для определения этиологического фактора, амбулаторно возможно провести

- бактериологический анализ мазков из носо- и ротоглотки
- бактериологический анализ экссудата плевральной полости
- бактериологический анализ мокроты
- определение ДНК *Mycoplasma pneumoniae* в мокроте методом ПЦР

Больной в амбулаторных условиях предпочтительнее назначить

- цефалоспорины первого поколения
- бетта-лактамы
- фторхинолоны
- макролиды

К макролидам для лечения в амбулаторных условиях относится

- тетрациклин
- цефалексин

- азитромицин
- амоксиклав

Целевое значение SpO_2 для назначения оксигенотерапии составляет менее + _____ + %

- 92
- 95
- 96
- 98

Потребность в жидкости при гидратации у детей с пневмонией покрывается оральным приемом по желанию, обычно в объеме + _____ + % от расчетного суточного объема

- 10-40
- 80-90
- 20-30
- 50-70

Детей, перенесших осложненную внебольничную пневмонию, рекомендовано наблюдать + _____ + месяцев

- 1-3
- 4-6
- 7-12
- 12-18

Занятия спортом после перенесенной не осложненной пневмонии возобновляются через + _____ + недель

- 1-3
- 4-6
- 7-12
- 12-18

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием обратился подросток 16 лет, с родителями.

Жалобы

На приступообразные, иногда сверлящие боли в животе. Периодические головные боли. Стал раздражительным, обидчивым, быстро устает

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят в течении 1 месяца. Боли с длительностью до 1-2 часов, обычно на голодный желудок. Частые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Часто отрыжка, тошнота, аппетит не нарушен.

Анамнез жизни

Ребенок от второй беременности, протекавшей гладко, без осложнений, вторых срочных

самостоятельных родов. Масса при рождении 3200 г, рост 55 см. Развивался физиологично, гармонично. Привит в соответствии с календарём профилактических прививок. Учится в школе с интенсивным изучением иностранных языков, посещает секцию легкой атлетики. Респираторными заболеваниями болел 2-3 раза в год. В 4 года перенес кишечную инфекцию ротавирусной этиологии. Лечение в стационаре. Из семейного анамнеза выяснено, что у деда по материнской линии язвенная болезнь желудка, у матери эрозивный гастрит.

Объективный статус

Самочувствие удовлетворительное. Рост 165 см. Вес 45,9 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный живой, стойкий, разлитой дермаграфизм. Подкожно-жировой слой истончен. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. Частота дыхательных движений - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. Частота сердечных сокращений - 62-80 в 1 минуту. Артериальное давление 110/60 мм.рт.ст на обеих руках. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилорoduоденальной зоны. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул неустойчивый. Мочеиспускание не нарушено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1-3
- 4-6
- 7-12
- 12-18

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования в амбулаторных условиях относятся

- 1-3
- 4-6
- 7-12
- 12-18

Результаты инструментальных методов обследования

Основным неинвазивным тестом для диагностики язвенной болезни является

- десмоидная проба
- интрагастральная рН-метрия
- уреазный дыхательный тест
- иммуноаллергособентный тест

Учитывая клинические симптомы, лабораторные и инструментальные методы обследования больному можно поставить диагноз

- десмоидная проба

- интрагастральная рН-метрия
- уреазный дыхательный тест
- иммуноаллергособентный тест

Диагноз

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- кишечной инфекцией
- острым гастроуденитом
- заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- симптоматическими язвами

Консервативному лечению в амбулаторно-поликлинических условиях подлежат дети с

- болевым синдром
- наличием осложнений в анамнезе
- неосложнённым течением язвенной болезни
- сопутствующими заболеваниями

В начальном периоде лечения назначают диету №

- 5
- 1
- 1А
- 1Б

В трёхкомпонентную схему лечения язвенной болезни входят препараты

- омепразол; висмута субцитрат; джозамицин
- омепразол; висмута субцитрат; квамател
- эзомепразол; амоксициллин; кларитромицин
- омепразол; висмута субцитрат; амоксициллин

Контроль эффективности эрадикации после окончания лечения определяется через +____+ (в неделях)

- 4
- 6
- 1
- 8

Контролировать эффективность лечения при дуоденальной язве эндоскопическим методом рекомендовано через +____+ (в неделях)

- 8
- 2
- 4
- 6

Санаторно-курортное лечение после стихания обострения показано через + _____ + (в месяцах)

- 12
- 2-3
- 1
- 6

Длительность диспансерного наблюдения при полной ремиссии составляет

- 12
- 2-3
- 1
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 22 лет доставлена на ФАП.

Жалобы

На внезапно возникшую острую боль в нижней части живота больше справа с иррадиацией в промежность, слабость, головокружение.

Анамнез заболевания

Возникновение боли пациентка связывает с бурным половым актом.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. +

Социально-бытовые условия удовлетворительные. +

По профессии медицинская сестра. +

Вредные привычки: табакокурение. +

Менархе в 12 лет, менструации по 5-6 дней безболезненные, умеренные, через 28-29 дней. +

Последняя менструация две недели назад. +

Беременность одна, год назад, закончилась медицинским абортом на сроке 7-8 недель. +

Не замужем, половая жизнь не регулярная, предохранение методом прерванного полового акта. +

Перенесенные гинекологические заболевания: урогенитальный трихомоноз. +

Наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 165 см. Температура тела 36,7 °С. +

Кожные покровы бледные, пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения, АД 100/65 мм рт. ст. +

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. +

При пальпации живота выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность в нижних отделах живота больше справа. Перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Обследование пациентки следует начать с + _____ + исследования

- 12
- 2-3
- 1
- 6

Результаты обследования

Фельдшер проводит осмотр и пальпацию + _____ + желез пациентки

- 12
- 2-3
- 1
- 6

Результаты обследования

У пациентки можно предположить диагноз

- 12
- 2-3
- 1
- 6

Диагноз

Следует направить пациентку для дополнительного обследования и лечения в + _____ + отделение + ____ + машиной скорой помощи

- гинекологическое; ЦРБ
- хирургическое; ОКБ
- терапевтическое; ЦРБ
- гинекологическое; ОКБ

На догоспитальном этапе с целью уменьшения кровопотери и боли у пациентки можно использовать

- утеротоники
- седативные препараты
- пузырь со льдом
- анальгетики

На догоспитальном этапе при подозрении на внутрибрюшное кровотечение необходимо начать + _____ + терапию

- десенсибилизирующую
- антибактериальную
- инфузионную
- гормональную

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- десенсибилизирующую
- антибактериальную
- инфузионную
- гормональную

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки клинического (окончательного) диагноза проводят + _____ + исследование

- гистероскопическое
- лапароскопическое
- вагиноскопическое
- кольпоскопическое

Лечение анемической формы апоплексии осуществляется + _____ + методом

- физиотерапевтическим
- медикаментозным
- комбинированным
- хирургическим

Объемом оперативного вмешательства при апоплексии яичника у пациентки репродуктивного возраста является

- резекция яичника
- аднексэктомия
- сальпинготомия
- овариосальпингэктомия

При очередном посещении ФАПа фельдшер консультирует пациентку по методам

- личной гигиены
- самоизоляции
- контрацепции
- саморелаксации

Фельдшер может порекомендовать пациентке + _____ + метод контрацепции

- личной гигиены
- самоизоляции
- контрацепции
- саморелаксации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАП на прием обратилась девушка 18 лет.

Жалобы

В течение 30 минут после контакта с кошкой отмечались заложенность носа и затруднения при дыхании - тяжесть в грудной клетке, приступообразный сухой кашель.

Анамнез заболевания

Поллиноз с 10 лет на цветение сосны, наблюдается у аллерголога. Заболевание проявляется слезотечением, зудом и насморком только в сезон. Принимает лоратадин по 10 мг 1 раз в сутки во время цветения сосны (май, июнь). Эффект хороший. Затруднения при дыхании появились 3 дня назад, после контакта с кошкой. Ранее, затруднения при дыхании эпизодически возникали в течение нескольких месяцев.

Анамнез жизни

- * Неделю назад перенесла ОРВИ.
- * Других хронических заболеваний, кроме вышеописанных не отмечает
- * Не курит
- * Алкоголь не употребляет
- * Не замужем, учится в автодорожном колледже на 2 курсе.
- * Отец здоров, у матери аллергический ринит на домашнюю пыль.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски, нормальной влажности. Рост 168 см, масса тела 55 кг, ИМТ = 19,6. Температура тела 36,20С. +

Носовое дыхание затруднено. Грудная клетка правильной формы, перкуторно легочный звук. Дыхание везикулярное, единичные сухие свистящие хрипы во время форсированного выдоха. ЧДД 20 в минуту. +

Тоны сердца ясные, ритмичные с частотой 88 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. +

Живот мягкий, безболезненный. +

Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. +

Периферические отеки отсутствуют. +

Физиологические отправления в норме.

Необходимым лабораторным методом исследования для постановки диагноза данной пациентке в амбулаторных условиях является

- личной гигиены
- самоизоляции
- контрацепции
- саморелаксации

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми инструментальными методами исследований для постановки диагноза данной пациентке в амбулаторных условиях являются

- личной гигиены
- самоизоляции
- контрацепции
- саморелаксации

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая результаты субъективного и объективного, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить предварительный диагноз: Аллергическая бронхиальная астма

- личной гигиены
- самоизоляции
- контрацепции
- саморелаксации

Диагноз

Дифференциальный диагноз необходимо провести с

- гастроэзофагорефлюксной болезнью
- заболеваниями сердца
- хронической обструктивной болезнью легких
- легочным фиброзом

Для лечения легкого или среднетяжелого обострения бронхиальной астмы на амбулаторном этапе используется

- серетил + дексаметозон
- будесонид + формотерол
- аминофиллин
- ипратропия бромид

Повторное проведение спирометрии требуется не позже чем через +_____+ месяца от начала терапии

- 4
- 6
- 5
- 3

Первичная профилактика бронхиальной астмы может быть обеспечена

- приемом кетотифена
- элиминаций аллергенов
- пищевыми добавками
- применением сульфитов

Вторичная профилактика хорошо контролируемой бронхиальной астмы у данной пациентки предполагает отказ от

- прогулок при пониженной атмосферной влажности
- проживания в промышленных городах
- содержания животных
- физических нагрузок в холодную погоду

Для базисной терапии предпочтительно использовать

- антилейкотриеновые препараты
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- системные глюкокортикостероиды
- ксантины медленного высвобождения

Для оказания неотложной помощи и планового (поддерживающего) для лечения может быть использована фиксированная комбинация, содержащая

- аскорил экспекторант
- монтелукаст
- тиотропия бромид
- формотерол (торговое наименование - Формотерол-Алиум)

Важными составляющими эффективной терапии являются обучение пациента технике проведения ингаляции и контроль за

- частотой дыхания
- массой тела
- пульсом
- артериальным давлением

При проведении пикфлоуметрии регистрируется лучший показатель ПСВ после +___+ попыток выполнения форсированного маневра с паузой, не превышающей 2 сек после вдоха

- частотой дыхания
- массой тела
- пульсом
- артериальным давлением

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАП обратились на прием родители с 11 летней девочкой.

Жалобы

На затрудненное, свистящее дыхание, приступы сухого кашля, появившиеся сегодня после внесения в комнату букета из полевых трав и цветов.

Анамнез заболевания

До 3-х лет жизни у девочки отмечался атопический дерматит на шоколад, цитрусовые, землянику. С 5 лет девочка наблюдалась у аллерголога-иммунолога по поводу аллергического ринита и конъюнктивита на полевые травы, с мая по сентябрь получала десенсибилизирующее лечение. В течение последних 2 лет девочка болела бронхитом с синдромом бронхиальной обструкции 2 раза в год.

Анамнез жизни

* Девочка от 2 беременности, протекавшей с ЖДА и гестозом 2 половины, 1 срочных родов. 1-ая беременность закончилась выкидышем. Родилась с массой тела 2850 гр, ростом 50 см, с оценкой по шкале Апгар 7-9 баллов.

* На грудном вскармливании до 1,5 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту.

* Вакцинирована соответственно возрасту.

* Перенесенные заболевания: ветряная оспа, частые ОРВИ, острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции 2 раза в год в течение последних 2 лет, перенесла 2 месяца назад.

* Наследственность: бабушка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

* Отец ребенка курит.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 143 см, масса тела 38 кг. Температура тела $36,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, влажные, легкий пероральный цианоз. +

Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, коробочный оттенок перкуторного звука, дыхание везикулярное, выслушиваются рассеянные, сухие свистящие хрипы с обеих сторон, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные с частотой 94 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- частотой дыхания
- массой тела
- пульсом
- артериальным давлением

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- частотой дыхания
- массой тела
- пульсом
- артериальным давлением

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов исследования, больному можно поставить предварительный диагноз Бронхиальная астма

- частотой дыхания
- массой тела
- пульсом
- артериальным давлением

Диагноз

Лечение бронхиальной астмы может осуществляться в амбулаторных условиях при снижении пиковой скорости выдоха (ПСВ) не более чем на + ____ + % от нормы

- 60

- 80
- 70
- 50

В качестве препарата первой линии для терапии бронхиальной астмы у детей применяют

- сальбутамол
- эуфиллин
- аминофиллин
- атровент

При отсутствии эффекта от сальбутамола в лечение бронхиальной астмы у детей добавляют

- лоратадин
- аминофиллин
- цетеризин
- ипратропия бромид

Детям с аллергической персистирующей бронхиальной астмой, плохо контролируемой другими препаратами, рекомендовано применять

- теofilлин
- омализумаб
- будесонид
- монтелукаст

При неэффективности бронходилататоров у детей с 6 месячного возраста рекомендуется назначение

- ипратропия бромида
- монтелукаста
- будесонида
- омализумаба

Назначение кислорода показано детям при угрожающей жизни БА и SpO_2 ~ менее + _____ + %

- 98
- 88
- 94
- 90

Всем детям старше 2 лет с тяжелым течением бронхиальной астмы показано назначение

- ипратропия бромида
- преднизолона
- сальбутамола

- омализумаба

Для профилактики обострений бронхиальной астмы средней и тяжелой степени необходимо проводить вакцинацию против

- кори
- эпидемического паротита
- полиомиелита
- гриппа

Для профилактики раннего развития бронхиальной астмы у детей беременной женщине необходимо

- кори
- эпидемического паротита
- полиомиелита
- гриппа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На ФАП обратилась женщина, 56 лет.

Жалобы

На периодически возникающую головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, подобные жалобы появляются во время стресса, АД в момент появления указанных симптомов 165/105 мм рт. ст.

Анамнез заболевания

Эпизоды подъема артериального давления отмечает в течении последних двух лет.

Принимает каптоприл в дозе 12,5 мг с положительным эффектом. АД в основном держится на уровне 130/90 мм рт. ст. Настоящее ухудшение состояния связывает со стрессом- болезнь матери.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. +

Профессия: экономист. +

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, тонзиллоэктомия в возрасте 14 лет. +

Наследственность: у матери –гипертоническая болезнь, у отца- сахарный диабет. +

Гинекологический анамнез-менопауза с 50 лет. +

Вредные привычки: отрицает. +

Аллергоанамнез: неотягощен. +

Ведет малоподвижный образ жизни, любит соленья и копчености.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура 36,2°C. Рост 170 см, масса тела 92 кг. ИМТ 31,8 кг/м². Объем талии 105 см. Кожные покровы лица умеренно гиперемированы. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Верхушечный толчок пальпируется по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, площадь 2 см². Границы относительной сердечной тупости; правая – в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя – по левой срединно-ключичной линии на уровне 3 ребра, левая –

в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. I тон на верхушке умеренно ослаблен, акцент II тона во втором межреберье справа от грудины, ритм правильный, ЧСС 82 в 1 мин, АД 165/105 мм рт. ст. Пульс напряженный, ритмичный, 82 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- кори
- эпидемического паротита
- полиомиелита
- гриппа

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- кори
- эпидемического паротита
- полиомиелита
- гриппа

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- кори
- эпидемического паротита
- полиомиелита
- гриппа

Диагноз

Одним из факторов сердечно сосудистого риска у пациента с гипертонической болезнью является

- дислипидемия
- употребление алкоголя
- вирусная инфекция
- занятия физической культурой 150 мин в неделю

Для улучшения метаболических показателей пациентам с гипертонической болезнью рекомендуется уменьшить употребление

- свежих овощей
- мяса
- молочных продуктов
- рыбы

Целевое значение диастолического артериального давления при проведении антигипертензивной терапии составляет +_____+ мм рт. ст

- 90–99
- 80–89
- 70–79
- 60–69

Пациентам с гипертонической болезнью следует употреблять не более +____+ г соли в сутки

- 5
- 7
- 10
- 8

Целевой уровень окружности талии у женщин с гипертонической болезнью составляет +____+ см и меньше

- 88
- 70
- 85
- 80

В качестве стартовой терапии гипертонической болезни предпочтительнее комбинация

- бета-адреноблокатора и блокатора кальциевых каналов
- блокатора кальциевых каналов и нитрата
- ингибитора АПФ и диуретика
- бета-адреноблокатора и нитрата

При лечении гипертонической болезни из-за более высокого риска побочных эффектов опасно назначение комбинации препаратов

- атенолола и фуросемида
- эналаприла и гидрохлоротиазида
- лозартана и спиронолактона
- эналаприла и лозартана

Оценка факторов риска в рамках диспансерного наблюдения у пациента с гипертонической болезнью проводится не реже +____+ раз(-а) в год

- 4
- 3
- 1
- 2

Показанием для экстренной госпитализации пациента с гипертонической болезнью является

- 4
- 3
- 1
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На ФАП обратился мужчина, 37 лет.

Жалобы

На изжогу, отрыжку, особенно в горизонтальном положении после еды.

Анамнез заболевания

Изжога и отрыжка беспокоят около полугода. За медицинской помощью не обращался.

Настоящее ухудшение три дня назад, связывает со значительным перееданием, потреблением газированных напитков и алкоголя на дне рождения друга.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту +

Профессия: экономист +

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 15 лет. +

Наследственность: у матери –Ишемическая болезнь сердца, Отец умер в возрасте 58 лет от онкологической патологии пищевода. +

Вредные привычки: курит до 20 сигарет в день, алкоголь употребляет редко и в небольших количествах +

Аллергоанамнез: неотягощен +

Режим питания не соблюдает, любит газированные напитки.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура $36,5^{\circ}\text{C}$. Рост 185 см, масса тела 121 кг.

ИМТ $35,3 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена, Граница относительной сердечной тупости в пределах нормы, АД 130/85 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, 61 в минуту. Язык у корня умеренно обложен беловатым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной области. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- 4
- 3
- 1
- 2

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов исследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- 4
- 3
- 1
- 2

Диагноз

К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относят

- сухой кашель
- боли в околопупочной области
- запоры
- частое мочеиспускание

У большинства больных патологический рефлюкс при ГЭРБ возникает вследствие недостаточности

- нижнего пищеводного сфинктера
- перистальтики грудного отдела пищевода
- секреции слюны и муцина
- верхнего пищеводного сфинктера

У пациента с ГЭРБ изменение образа жизни в первую очередь включает

- снижение частоты приема пищи
- прием небольшого количества жидкости
- снижение физической нагрузки
- отказ от курения

Пациентам с ГЭРБ рекомендуют прекращать прием пищи за +____+ часа(ов) до сна

- 1,5
- 4
- 2
- 0,5

Основными препаратами в лечении ГЭРБ являются

- нестероидные противовоспалительные средства
- антигистаминные средства
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- ингибиторы протонной помпы

К прокинетикам, применяемым в лечении ГЭРБ, относится

- омепразол
- фамотидин
- лоратадин
- итоприд

Продолжительность основной терапии ингибиторами протонной помпы при обострении ГЭРБ составляет +___+ недель(и)

- 10-12
- 1-2
- 2-3
- 4-8

При ГЭРБ рекомендуют избегать употребления в пищу

- бананов
- томатов
- кабачков
- земляники

Одним из серьезных осложнений ГЭРБ является развитие

- ларингита
- кариеса
- пищевода Баррета
- фарингита

Диспансерное наблюдение пациентов с ГЭРБ без пищевода Баррета осуществляется в течение +___+ лет с момента последнего обострения

- ларингита
- кариеса
- пищевода Баррета
- фарингита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 40 лет обратилась к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На слабость, повышенную утомляемость, головные боли, одышку при быстрой ходьбе, ощущение сердцебиения, сонливость днем, раздражительность, снижение памяти, обильные со сгустками и длительные менструации (8 -10 дней).

Анамнез заболевания

Слабость и быстрая утомляемость отмечают около 5 лет, к врачу не обращалась. Беременность 5 лет назад завершилась кесаревым сечением по причине отсутствия эффекта от родовозбуждения, выявлена анемия легкой степени, препараты железа не получала. Ухудшение состояния около 4 недель, когда появилась одышка и сердцебиение.

Анамнез жизни

* акушерско-гинекологический анамнез: гиперполименорея с 13 лет, беременностей – 4, роды – 2, медицинских аборт – 2. На УЗИ органов малого таза – рубец на матке, диффузная форма эндометриоза

* перенесенные заболевания: простудные

- * туберкулез, венерические заболевания отрицает
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет, имеет пристрастие к запаху лака
- * профессиональных вредностей не имела
- * аллергических реакций не было
- * отец перенес инфаркт миокарда, мать здорова

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 60 кг. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, истончение и ломкость ногтей, волосы тусклые, редкие. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый, частичное разрушение зубов. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 100 в 1 мин. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум, АД 90/60. Живот, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Почки в положении лежа и вертикально не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

В данном случае артериальная гипотония, пристрастие к запаху лака, истончение и ломкость ногтей, тусклые и редкие волосы, сухая кожа, частичное разрушение зубов являются проявлением + _____ + синдрома

- геморрагического
- сидеропенического
- вторичного иммунодефицита
- анемического

В данном случае жалобы на слабость, повышенную утомляемость, головные боли, одышку при быстрой ходьбе, ощущение сердцебиения, сонливость днем, раздражительность, снижение памяти, объективно – бледность кожных покровов, систолический шум на верхушке сердца являются проявлением + _____ + синдрома

- сидеропенического
- геморрагического
- гипоксического
- вторичного иммунодефицита

Решающее значение в диагностике железодефицитной анемии имеют + _____ + методы исследования

- клинические
- антропометрические
- инструментальные
- лабораторные

Необходимым лабораторным методом исследования для постановки диагноза данной пациентке в амбулаторных условиях является

- клинические
- антропометрические
- инструментальные
- лабораторные

Результаты лабораторного метода исследования

К необходимым для постановки диагноза в данном случае инструментальным методам обследования относят

- электроэнцефалографию, ультразвуковую доплерографию сосудов, велоэргометрию, радионуклидное исследование, эхоэнцефалоскопию
- электронейромиографию, спирографию, внутривенную урографию, цистоскопию, магнитно-резонансную томографию
- рентгенография легких или КТ органов грудной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, УЗИ щитовидной железы, ЭКГ
- эхокардиографию, холтеровское мониторирование, маммографию, бронхографию, полисомнографию

По результатам общего анализа крови у пациентки + _____ + степень тяжести железодефицитной анемии

- средняя
- тяжелая
- угрожающая жизни
- легкая

Неодинаковая величина эритроцитов в лабораторном анализе крови называется

- микроцитозом
- пойкилоцитозом
- гипохромией
- анизоцитозом

Первостепенной задачей оказания медицинской помощи в данном случае является

- профилактическое применение препаратов железа
- возмещение дефицита железа диетотерапией
- устранение источника кровопотери и дефицита железа
- возмещение дефицита железа диетотерапией и водорастворимыми витаминами

Основным пищевым источником железа являются + _____ + продукты

- мясные
- молочные (сыр, кефир, йогурт, молоко)
- растительные (овощи, фрукты, зелень)
- крахмалсодержащие (рис, хлеб, макароны, картофель)

На первом этапе лечения пациентке с целью купирования симптомов анемии и восстановления нормального уровня гемоглобина назначен препарат Железа (III) гидроксид полимальтозат (Мальтофер). Кратность приема препарата при расчете суточной дозы 5 мг/кг, если доза одной таблетки составляет 100 мг + ____ + раз(-а) в сутки

- 1

- 2
- 4
- 3

Первичная профилактика железодефицитной анемии и латентного дефицита железа включает

- прием препаратов трехвалентного железа
- контроль за лабораторными показателями крови
- адекватное, сбалансированное питание человека в любом возрасте
- систематическое употребление витаминных комплексов, содержащих железо

Скрининговые исследования для выявления железодефицитной анемии или латентного железодефицита при проведении диспансеризации предусматривают определение

- прием препаратов трехвалентного железа
- контроль за лабораторными показателями крови
- адекватное, сбалансированное питание человека в любом возрасте
- систематическое употребление витаминных комплексов, содержащих железо

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАПа обратился мужчина 62 лет.

Жалобы

На многократную рвоту с примесью алой крови, боль в эпигастральной области, слабость, головокружение и черный стул.

Анамнез заболевания

Заболел остро, после погрешности в диете (обильная жирная пища с алкоголем), появилась тошнота и многократная рвота съеденной пищей затем с примесью алой крови. В течение последнего часа появилась боль в эпигастрии, черный стул.

Анамнез жизни

Из хронических заболеваний отмечает: язвенную болезнь желудка. Травмы, операции отрицает. Курит, алкоголь употребляет 2-3 раза в неделю. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций не было. Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, покрыты холодным липким потом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 100 уд в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом у корня. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание свободное, диурез снижен. Стул 1,5 часа назад дегтеобразного цвета, кашицеобразный.

Решающее значение в установлении источника кровотечения в стационарных условиях имеет выполнение экстренной (-ого)

- ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости

- эзофагогастродуоденоскопии
- лапароскопии брюшной полости
- обзорной рентгенографии брюшной полости

Проведение эзофагогастродуоденоскопии с целью установки источника кровотечения и выполнения эндоскопического гемостаза рекомендуется проводить в первые +___+ часа (-ов) после госпитализации

- 3
- 5
- 4
- 2

Предположительным диагнозом является

- 3
- 5
- 4
- 2

Диагноз

Основной задачей при желудочно-кишечном кровотечении является экстренная госпитализация больного в +_____+ отделение стационара

- травматологическое
- реанимационное
- терапевтическое
- хирургическое

Транспортировка пациента осуществляется в положении лежа на носилках

- с приподнятым головным концом
- на правом боку
- на левом боку
- с приподнятым ножным концом

С целью остановки кровотечения пациенту вводят раствор

- 5% эпислон – аминокaproновой кислоты
- 0,9% раствор натрия хлорида
- 40% глюкозы
- 20% раствор глюкозы

Раствор 5 % эпислон – аминокaproновой кислоты вводится внутривенно капельно в объеме +_____+ мл

- 100-200
- 300-350
- 200-300

- 350-400

Абсолютным показанием к переливанию крови при желудочно-кишечном кровотечении является показатель гемоглобина ниже +____+ г/л

- 100-105
- 120-130
- 150-160
- 70-80

Профилактика рецидива кровотечения включает применение

- антигистаминных и ферментных препаратов
- антисекреторных препаратов и цитопротекторов
- антибактериальных и холеретических препаратов
- антисекреторных и холекинетических препаратов

С целью профилактики рецидива кровотечения применяют сукральфат по +____+ г. 4 раза в сутки

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

Критерием отнесения к группе «тяжелое желудочно-кишечное кровотечение» является возраст старше +__+ лет

- 55
- 60
- 50
- 45

Тяжелым осложнением при желудочно-кишечном кровотечении является

- 55
- 60
- 50
- 45

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Осуществлен вызов фельдшера ФАП к ребенку - девочка 2 года.

Жалобы

Температура 38,9⁰С, сильный сухой кашель, насморк, осиплость голоса, вялая, отказывается от еды, мало пьет, раздражительная, капризная. Сегодня появилась сыпь на лице.

Анамнез заболевания

Семья – после отпуска. За время отдыха отмечался контакт с ребенком, с катаральными явлениями и сыпью. Девочка заболела через 10 дней после контакта. Поднялась температура до $38,0^{\circ}\text{C}$, появилась заложенность носа. Через 2 дня из носа – выраженные слизистые выделения, отмечалось слезотечение, покраснела слизистая глаз. По утрам из глаз – отделяемое. Сегодня 4 день заболевания, утром мама заметила сыпь температура вновь $38,9^{\circ}\text{C}$ – вызвали врача.

Анамнез жизни

Девочка от III беременности, на фоне анемии II степени. Роды третьи срочные. Оценка по шкале АРГАР 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Не привита по причине отказа родителей. Болеет редко. Детский коллектив не посещает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 14 кг. Длина тела – 80 см. Температура $38,5^{\circ}\text{C}$. + Из носа обильные выделения слизисто-гнойного характера. Выражена отечность век, яркие проявления склерита. Слизистая оболочка щек гиперемирована, разрыхлена, пятнистая. На слизистой оболочке щек против вторых моляров мелкие, 1-2 мм, серовато-белые папулы, окруженные узкой каймой гиперемии. Кашель сухой, грубый, лающий. Выражена осиплость голоса. На коже лица, за ушами, на шее, верхней части груди и плечах Сыпь насыщенного розового цвета, сливная, крупная, неправильной формы. Со слов мамы сыпь появилась сегодня, была только на лице мелкая розовая. + Грудная клетка правильной формы. Перкуторно звук легочный. Дыхание проводится над всеми точками аускультации жесткое. Частота дыхания 35 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС - 120 в мин. Живот доступен пальпации, безболезненный. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 55
- 60
- 50
- 45

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости
- электрокардиографию
- рентгенографию органов грудной клетки
- спирографию

Взятие крови для исследований (1 сыворотка) серологическим методом для выявления специфических антител осуществляется на

- 4 - 5 день с момента контакта с больным
- 4 - 5 день с момента появления сыпи
- 4 - 5 день с момента появления катаральных явлений
- 10 день с момента появления сыпи

Взятие крови для исследований (2 сыворотка) серологическим методом для выявления специфических антител осуществляется

- не ранее чем через 7 дней от даты взятия первой пробы
- на 3 день после первой пробы
- не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы
- не ранее чем через 10 - 14 дней с момента появления сыпи

Учитывая эпидемиологический анамнез, жалобы, данные объективного осмотра и лабораторные обследования ребенку можно поставить диагноз

- не ранее чем через 7 дней от даты взятия первой пробы
- на 3 день после первой пробы
- не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы
- не ранее чем через 10 - 14 дней с момента появления сыпи

Диагноз

Источником кори является только больной человек, выделяющий вирус во внешнюю среду

- с первого дня высыпаний и до периода пигментации
- с первого дня инкубационного периода
- в последние 2 дня инкубационного периода и до 4 дня после высыпаний
- только в катаральный период

В качестве жаропонижающего средства при гипертермии используется

- ацетилсалициловая кислота
- индометацин
- нимесулид
- парацетамол

Суточная доза парацетамола составляет +____+ мг/кг

- 60
- 50
- 30
- 40

За лицами, общавшимися с больными корью, устанавливается медицинское наблюдение в течение +____+ дня/дней с момента выявления последнего случая заболевания в очаге

- 14
- 21
- 7
- 10

Больной считается не заразен

- с 5 дня появления сыпи
- через 14 дней с начала заболевания
- после выписки из стационара
- после купирования катаральных явлений

Возраст наибольшей восприимчивости к кори составляет

- дети до 3-х месяцев
- дети с 8 до 10 лет
- дети от 6 месяцев до 1 года
- 1- 5 лет

Клинические проявления типичной кори характеризуются сменой + _____ + периодов

- дети до 3-х месяцев
- дети с 8 до 10 лет
- дети от 6 месяцев до 1 года
- 1- 5 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На ФАП обратилась женщина, 36 лет.

Жалобы

На ощущение сердцебиения и перебои в работе сердца, одышку при небольшой физической нагрузке, разлитые боли в левой половине грудной клетки, в области сердца, тупого, ноющего характера, не связанные с физической нагрузкой, не купируются приемом нитроглицерина, слабость, быстрая утомляемость, температура 37,3°C

Анамнез заболевания

Неделю назад беспокоили умеренные боли в горле, больше при глотании, температура 37,8°C, головная боль, слабость. Лечилась самостоятельно, полоскала горло фурацилином, принимала парацетамол. Боли в горле периодически беспокоят в течении последних 5 лет. Год назад из мазка с небных миндалин был высеян *Streptococcus A*. Два дня назад при подъеме по лестнице на третий этаж почувствовала неприятные ощущения в области сердца, появилась одышка, к вечеру поднялась температура до 37,7°C, приняла парацетамол и корвалол, с небольшим улучшением. На следующий день сохранялись тупые, ноющие боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, слабость, периодически стала ощущать перебои в работе сердца.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту +

Профессия: продавец +

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия +

Наследственность: у матери –гипертоническая болезнь, у отца- ишемическая болезнь сердца. +

Вредные привычки: курит до 10 сигарет в день, потребление алкоголя отрицает +

Аллергоанамнез: не отягощен +

Ведет малоподвижный образ жизни

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура 37,2°C. Рост 167 см, масса тела 67 кг. ИМТ 24 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Небные миндалины умеренно гипертрофированы, отечны, умеренно гиперемированы. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин. Верхушечный толчок пальпируется по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, площадь 2,5 см². Границы относительной сердечной тупости; правая – в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя – по левой срединно-ключичной линии на уровне 3 ребра, левая – в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. 1 тон на верхушке ослаблен, ритм нарушен единичными экстрасистолами, на верхушке и в т. Боткина вслушивается непостоянный мягкий систолический шум, ЧСС 102 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение уровня

- дети до 3-х месяцев
- дети с 8 до 10 лет
- дети от 6 месяцев до 1 года
- 1- 5 лет

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- дети до 3-х месяцев
- дети с 8 до 10 лет
- дети от 6 месяцев до 1 года
- 1- 5 лет

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- дети до 3-х месяцев
- дети с 8 до 10 лет
- дети от 6 месяцев до 1 года
- 1- 5 лет

Диагноз

Этиологическим фактором развития инфекционного миокардита у данной пациентки является

- ☐ Chlamydia
- ☐ Corynebacterium diphtheria
- ☐ Streptococcus A
- ☐ Mycobacterium tuberculosis

Назначение антиаритмической терапии у пациентов с острым миокардитом показано в случае

- синусовой тахикардии
- единичных суправентрикулярных экстрасистол
- небольшой зоны гипокинезии миокарда левого желудочка
- опасных для жизни желудочковых нарушений ритма сердца

Для лечения жизнеугрожающих нарушений ритма пациенту с миокардитом предпочтительнее назначение

- амиодарона
- амлодипина
- нифедипина
- прокаинамида

Ингаляторное введение кислорода при миокардите показано в случае SpO_2 менее + ____ + %

- 95
- 97
- 92
- 90

Для профилактики тромбоэмболических осложнений у пациента с миокардитом в современной клинической практике применяют

- апиксабан
- варфарин
- надропарина кальций
- гепарин

Показанием для госпитализации пациента с миокардитом в отделение реанимации является

- подозрение на миокардит у гемодинамически стабильного пациента
- подозрение на миокардит у пациента, имеющего признаки сердечной недостаточности на уровне II ФК
- тромбоэмболический синдром
- подозрение на миокардит у пациента, имеющего признаки сердечной недостаточности на уровне III ФК

Длительность диспансерного наблюдения после острого миокардита при полном выздоровлении составляет не менее

- 3 месяцев
- 1 года
- 6 месяцев
- 5 лет

В объём обследования в ходе диспансерного визита входит

- спиральная КТ органов дыхания
- пикфлоуметрия
- электрокардиография
- спирометрия

Пациент, перенесший миокардит, при отсутствии противопоказаний обязательно вакцинируется против пневмококковой инфекции и

- спиральная КТ органов дыхания
- пикфлоуметрия
- электрокардиография
- спирометрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 46 лет обратилась на прием к фельдшеру ФАПа.

Жалобы

На кровянистые выделения из половых путей в течение пяти дней, тянущие боли в нижних отделах живота.

Анамнез заболевания

На протяжении двух месяцев пациентку беспокоят периодические мажущие кровянистые выделения из половых путей не связанные с менструацией. В течение года наблюдалась в женской консультации с миомой матки 6-7 недель, получала медикаментозную терапию. Последние два года к врачу акушеру – гинекологу не обращалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. +

Социально-бытовые условия удовлетворительные. +

По профессии – библиотекарь. +

Менструации по 7-8 дней умеренные, болезненные первые 2-3 дня, периодичность 23-24 дня. +

Перенесенные гинекологические заболевания: миома матки, эрозия шейки матки +

Наследственность неотягощена. +

Беременность одна, закончилась физиологическими родами.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6 °С. +

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. +

Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотноэластической консистенции, безболезненные. +

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. +

Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. +

Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75

уд в мин, АД 110/75 мм. рт. ст. +

Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Обследование пациентки следует начать с

- спиральная КТ органов дыхания
- пикфлоуметрия
- электрокардиография
- спирометрия

Результаты обследования

Фельдшер проводит осмотр и пальпацию + _____ + желез пациентки

- спиральная КТ органов дыхания
- пикфлоуметрия
- электрокардиография
- спирометрия

Результаты обследования

У пациентки можно предположить диагноз

- спиральная КТ органов дыхания
- пикфлоуметрия
- электрокардиография
- спирометрия

Диагноз

Следует направить пациентку для дополнительного обследования и лечения в

- областной клинический онкологический диспансер машиной скорой помощи
- хирургическое отделение ЦРБ
- женскую консультацию
- гинекологическое отделение ЦРБ машиной скорой помощи

На догоспитальном этапе с целью уменьшения кровопотери у пациентки можно использовать

- пузырь со льдом
- седативные препараты
- утеротонические средства
- анальгетические препараты

В качестве основного метода скрининга и первичной диагностики миомы матки применяется

- ультразвуковое исследование (УЗИ)
- компьютерная томография (КТ)

- гистероскопия
- магнитно-резонансная томография (МРТ)

Необходимым лабораторным методом обследования для исключения злокачественного новообразования матки является исследование крови на

- с-реактивный белок
- онкомаркер СА 125
- гормоны щитовидной железы
- альфа-фетопротеин

Необходимым инструментальным методом обследования для исключения злокачественного новообразования матки является

- компьютерная томография органов брюшной полости
- пункция брюшной полости через задний свод влагалища
- позитронно-эмиссионная томография
- раздельное диагностическое выскабливание

Методом выбора лечения миомы матки при симптомном течении заболевания у пациенток в перименопаузе является

- хирургическое вмешательство
- сочетанная лучевая и химиотерапия
- медикаментозная терапия
- физиотерапия

Объемом хирургического вмешательства у пациентки в перименопаузальном периоде при наличии показаний к операции является

- гистерэктомия
- расширенная экстирпация
- миомэктомия
- дефундация матки

Перед проведением оперативного вмешательства пациентка письменно заполняет информированное согласие на

- послеоперационное динамическое наблюдение
- реабилитацию
- оперативное вмешательство
- дополнительное обследование

После выписки из стационара, пациентка проходит профилактические осмотры в условиях

- послеоперационное динамическое наблюдение
- реабилитацию
- оперативное вмешательство
- дополнительное обследование

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к фельдшеру ФАП после самостоятельно сданного анализа по обеспеченности организма витамином D.

Жалобы

На мышечную слабость, трудности при ходьбе, нарушение равновесия, склонность к падениям.

Анамнез заболевания

Трудности при ходьбе объясняет избыточной массой тела, падения отмечает 1 раз в два месяца, связывает со «слабостью в ногах» и потерей равновесия.

Анамнез жизни

* акушерско-гинекологический анамнез: родилась в срок, менструации с 12 лет, менопауза с 56 лет, беременностей – 2, роды – 1, медицинских аборт – 1. По поводу кандидозного вульвовагинита неоднократно проводилось лечение противогрибковыми средствами

* перенесенные заболевания: рахит, простудные – 2-3 раза в год

* туберкулез, венерические заболевания отрицает

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имела

* травмы, операции – холецистэктомия 8 лет назад

* аллергических реакций не было

* наследственность не отягощена

* препараты витамина D ранее не принимала

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 80 кг, ИМТ (индекс массы тела - 31). Сознание ясное. Килеобразная грудная клетка. Варусная деформация нижних конечностей. Тонус скелетных мышц ослаблен. Кожные покровы обычной окраски.

Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый, кариес зубов. Дыхание везикулярное, частота дыхательных движений 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 80 в 1 мин. АД – 130/80. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Дизурии, периферических отеков нет.

К данным анамнеза, по которым можно предположить о высоком риске тяжелого дефицита витамина D относятся: рахит, ожирение, неоднократный приём противогрибковых препаратов и

- онкологические заболевания
- простудные заболевания 2-3 раза в год
- наличие сердечно – сосудистых заболеваний
- падение в анамнезе у лиц старше 60 лет

Расчет индекса массы тела выполняется по формуле

- $ИМТ = \text{Вес (кг)} / \text{Рост (см)}$
- $ИМТ = \text{Рост (м)} \times \text{Рост (м)} / \text{Вес (кг)}$
- $ИМТ = \text{Вес (кг)} / \text{Рост (м)}$
- $ИМТ = \text{Вес(кг)} / \text{Рост (м)} \times \text{Рост (м)}$

У пациентки с ИМТ= 31 кг/м²

- I степень ожирения
- III степень ожирения
- II степень ожирения
- избыточная масса тела

Проявлениями клинического синдрома миопатии являются

- ощущение онемения, жжения, покалывания в конечностях
- слабость в проксимальных мышцах, трудности при ходьбе, поддержании равновесия, склонность к падениям
- плохо локализованные неприятные ощущения, возникающие через некоторое время после нанесения внешнего раздражителя, которые остаются даже после его прекращения
- потеря болевой и температурной чувствительности

Биомаркером обеспеченности витамином D в организме пациентки явился анализ на уровень

- ионизированного кальция
- 25- гидроксивитамин D. Обозначение: 25(OH)D
- паратиреоидного гормона (ПТГ)
- 1,25 - дигидроксивитамин D. Обозначение: 1,25(OH)₂D

Из перенесенных заболеваний и состояний пациентки к фактору риска дефицита витамина D относится + _____ + в анамнезе

- холецистэктомия
- ОРВИ
- беременности и медицинский аборт
- рахит

Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является

- токоферол ацетат (Витамин E)
- ретинол ацетат (Витамин A)
- викасол (Витамин K)
- колекальциферол (Витамин D₃)

Формами выпуска зарегистрированных в РФ препаратов колекальциферола являются

- диспергируемые таблетки, раствор, сироп, аэрозоль
- масляный раствор, водный раствор, таблетки, капсулы
- таблетки, драже, порошок, раствор
- раствор, трансдермальная терапевтическая система (ТТС), экстракт, суспензия

К побочному эффекту Колекальциферола относится + _____ + в сыворотке крови

- повышение уровня общего холестерина
- повышение уровня мочевой кислоты
- снижение уровня кальция
- повышение уровня кальция

Наибольшее содержание витамина D в пище отмечено в

- грибах
- говяжьей печени
- молоке
- рыбе

Взрослым лицам для профилактики дефицита витамина D рекомендуется поступление + _____ + МЕ витамина D в сутки

- 1500 - 2000
- 800 – 1000
- 2000 – 3000
- 3000 – 4000

Для восполнения суточной потребности в кальции, взрослому человеку необходимо потреблять не менее + _____ + порции (-ий) молочных продуктов в день

- 1500 - 2000
- 800 – 1000
- 2000 – 3000
- 3000 – 4000

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшера ФАП пригласили на дом к пациенту 45 лет.

Жалобы

На выраженную боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Анамнез заболевания

После приёма жирной и жареной пищи с употреблением алкогольных напитков у пациента возникла боль в эпигастрии, напряжение мышц в верхней половине живота и рвота. В последние 2-3 часа боль приобрела опоясывающий характер, рвота стала неукротимой, что и послужило поводом для обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

Из хронических заболеваний отмечает: хронический гастрит. Курит, алкоголь употребляет 2-3 раза в неделю. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций не было. +

Мать здорова, у отца два года назад диагностирован цирроз печени.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$. Кожа бледная, склеры желтушные. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Пульс 105 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, асимметричен за счет

вздутия эпигастральной и параумбиликальной областей. При пальпации болезненный в эпигастрии, где определяется мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Мочеиспускание свободное. Диурез снижен (менее 250 мл за последние 12 часов).

К необходимым лабораторным исследованиям относятся определение уровня
+ _____ + в крови

- амилазы и липазы
- креатинина
- билирубина
- мочевины

К необходимым инструментальным исследованиям для диагностики острого панкреатита относится

- лапароскопия брюшной полости
- рентгенография органов грудной клетки
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости
- обзорная рентгенография органов брюшной полости

У пациента можно предположить диагноз

- лапароскопия брюшной полости
- рентгенография органов грудной клетки
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости
- обзорная рентгенография органов брюшной полости

Диагноз

Боль при остром панкреатите

- выраженная, в правом подреберье с иррадиацией в спину
- выраженная, в эпигастрии с иррадиацией в спину или опоясывающего характера
- приступообразная, в правом подреберье
- постоянная, в левом подреберье с иррадиацией в ногу

С целью специализированного лечения рекомендуется применение

- ингибиторов АПФ
- антибактериальных препаратов
- ингибиторов секреции поджелудочной железы
- кортикостероидных препаратов

Оптимальный срок применения ингибиторов секреции поджелудочной железы составляет первые + __ + суток заболевания

- 3
- 4
- 6
- 5

Объем инфузионной терапии рассчитывается не менее + ____ + мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела

- 20
- 30
- 40
- 15

Лечебное питание включает назначение стола №

- 9
- 10
- 11
- 5

Одним из компонентов лечебного комплекса является

- дегидратация
- витаминотерапия
- инфузионная терапия
- антибиотикопрофилактика

С целью антибиотикопрофилактики используют цефалоспорины + ____ + поколений

- II-III
- III- IV
- I-II
- IV-V

Вторичная профилактика острого панкреатита включает

- уменьшение употребления жареных блюд, солений, газированной воды и кофе
- уменьшение употребления рыбы, овощных супов, кисломолочных продуктов, зелени и фруктов
- полный отказ от употребления алкогольных напитков, соблюдение диеты, отказ от курения и наркотических средств
- соблюдение назначений врача, отдых в санатории, физиопроцедуры

Больные с подозрением на острый панкреатит подлежат экстренной госпитализации в + _____ + отделение

- уменьшение употребления жареных блюд, солений, газированной воды и кофе
- уменьшение употребления рыбы, овощных супов, кисломолочных продуктов, зелени и фруктов
- полный отказ от употребления алкогольных напитков, соблюдение диеты, отказ от курения и наркотических средств
- соблюдение назначений врача, отдых в санатории, физиопроцедуры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАП на прием обратились родители с 4-х летним мальчиком в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На повышение температуры до 37,8°C, сухой кашель, небольшой насморк.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 5 дней назад, когда появилось чихание, повысилась температура до 37,5°C, отмечалось снижение аппетита. Вечером 2-го дня заболевания, присоединился сухой кашель, появились слизистые выделения из носовых ходов, ночью наблюдалась температура 38,8°C. Утром 3-го дня заболевания, температура нормализовалась, самочувствие улучшилось, сохранялся кашель, отделяемое из носа. Накануне приема, вечером, вновь подъём температуры до 38,5°C, кашель усилился, стал надсадным.

* Мальчик посещает ДДО, где были подобные случаи заболевания у детей.

* Родители самостоятельно давали ребенку жаропонижающее (нурофен), противовирусный препарат (кагоцел), спрей в горло (мирамистин).

Анамнез жизни

* Мальчик от 1 беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Родился с массой тела 3370 гр, ростом 52 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

* На грудном вскармливании до 18 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту.

* Вакцинирован соответственно возрасту.

* Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ, энтеровирусная инфекция.

* Наследственность: неотягощена. Аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые, шоколад.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 16 кг, рост 89 см. Температура 37,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев: гиперемия и отёчность задней стенки глотки. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Носовое дыхание затруднено, из носовых ходов слизистые выделения. Грудная клетка – правильной формы. Над поверхностью легких перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, выслушиваются с обеих сторон рассеянные сухие хрипы, ЧДД 30 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 106 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- уменьшение употребления жареных блюд, солений, газированной воды и кофе
- уменьшение употребления рыбы, овощных супов, кисломолочных продуктов, зелени и фруктов
- полный отказ от употребления алкогольных напитков, соблюдение диеты, отказ от курения и наркотических средств
- соблюдение назначений врача, отдых в санатории, физиопроцедуры

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимому для проведения дифференциального диагноза инструментальному методу обследования относят

- уменьшение употребления жареных блюд, солений, газированной воды и кофе

- уменьшение употребления рыбы, овощных супов, кисломолочных продуктов, зелени и фруктов
- полный отказ от употребления алкогольных напитков, соблюдение диеты, отказ от курения и наркотических средств
- соблюдение назначений врача, отдых в санатории, физиопроцедуры

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз: Острый

- уменьшение употребления жареных блюд, солений, газированной воды и кофе
- уменьшение употребления рыбы, овощных супов, кисломолочных продуктов, зелени и фруктов
- полный отказ от употребления алкогольных напитков, соблюдение диеты, отказ от курения и наркотических средств
- соблюдение назначений врача, отдых в санатории, физиопроцедуры

Диагноз

Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции следует дифференцировать с

- острым синуситом
- острым тонзиллитом
- бронхиальной астмой
- острым ринитом

При остром бронхите рекомендовано назначение противокашлевого средства центрального действия

- амброксола
- бутамирата
- ацетилцистеина
- лазолвана

При вязкой, трудно отделяемой мокроте, рекомендовано назначение муколитического и отхаркивающего препарата

- коделака нео
- синекода
- бутамирата
- амброксола

При остром бронхите, на фоне сохранения температуры тела выше $38,0^{\circ}\text{C}$ более 3 суток, рекомендовано назначение

- противовирусной терапии
- десенсибилизирующей терапии
- антибактериальной терапии

- антигистаминных препаратов

При остром бронхите, сопровождающемся признаками бактериальной инфекции, обусловленной типичной бактериальной флорой, рекомендовано назначение антибактериального препарата

- амоксициллин
- гентамицин
- левомецитин
- канамицин

При бронхите, вызванном микоплазмой или хламидиями, рекомендовано назначение антибактериального препарата

- цефазолин
- джозамицин
- амоксициллин
- пенициллин

При остром бронхите рекомендовано теплое питье из расчета до +___+ мл/кг в сутки

- 100
- 50
- 300
- 200

Одним из методов профилактики респираторных инфекций у детей является иммунизация против

- клещевого энцефалита
- полиомиелита
- столбняка
- пневмококковой инфекции

Дети с рецидивами острого бронхита должны быть направлены на консультацию к врачу

- клещевого энцефалита
- полиомиелита
- столбняка
- пневмококковой инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов фельдшера фельдшерско-акушерского пункта на дом к женщине 54 лет.

Жалобы

На сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в челюсть, шум в ушах. Боли продолжаются около 20 минут.

Анамнез заболевания

Последние 5 лет состоит на учете с артериальной гипертонией, наблюдается нерегулярно, назначенные препараты принимает от случая к случаю. +

Целевое АД 130/85 мм рт. ст. Ухудшение состояния связывает с конфликтной ситуацией в семье. При измерении АД зафиксировала 190/100 мм рт. ст., приняла 20 капель корвалола и таблетку каптоприла, без особого эффекта.

Анамнез жизни

Все родственники по женской линии страдали гипертонической болезнью. Отца не помнит и чем он болел не знает. Других хронических заболеваний не имеет. +

Не курит, алкоголь употребляет умеренно. +

Работает в конструкторском бюро инженером конструктором на государственном предприятии. +

Ежедневно ездит на работу на электричке в крупный город в 20 км от места жительства.

Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, масса тела - 80 кг, ИМТ=29,6. +

Лицо бледное, покрыто холодным потом, конечности холодные, Акроцианоз. Т 36,8⁰С, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС 84 в минуту, пульс 78 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный обложен у корня белым налетом, живот мягкий безболезненный, печень у края ребра. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются исследования уровня + _____ + экспресс-методом

- клещевого энцефалита
- полиомиелита
- столбняка
- пневмококковой инфекции

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования на догоспитальном этапе является

- клещевого энцефалита
- полиомиелита
- столбняка
- пневмококковой инфекции

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные субъективного и объективного обследования, можно поставить предварительный диагноз

- клещевого энцефалита
- полиомиелита
- столбняка
- пневмококковой инфекции

Диагноз

Модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений у данной пациентки является

- курение
- наследственность
- повышенный вес
- малоподвижный образ жизни

Для оказания обезболивания при ОКС рационально использовать

- морфин
- кеторол
- анальгин
- напроксен

Выраженная брадикардия в сочетании с артериальной гипотензией при введении морфина купируется

- метаклопромидом
- атропином
- налоксоном
- допамином

Для антиагрегантной терапии на амбулаторном этапе используется

- ривароксобан 10 мг внутрь
- мелагатран 3 мг подкожно
- варфарин 2,5 мг внутрь
- ацетилсалициловая кислота (аспирин) 250 мг внутрь

Транспортировка больных с ОКС из амбулаторно-поликлинического звена проводится

- машиной скорой неотложной помощи, в положении лежа
- попутным транспортом, в положении лежа
- санитарным автомобилем, полусидя
- на личном автотранспорте, полусидя

Для снижения риска осложнений и улучшения прогноза всем пациентам с ОИМ с подъемом сегмента ST при отсутствии противопоказаний рекомендован прием

- бэта-адреноблокаторов короткого действия
- непрямых антикоагулянтов
- нитратов короткого действия
- нифедипинов короткого действия

Оксигенотерапия при ОКС рекомендована при SpO₂~ менее +__+ %

- 90
- 92
- 94
- 96

Время от момента принятия решения до введения тромболитического средства не должно превышать + _____ + минут

- 60
- 70
- 120
- 10

Немедикаментозная вторичная профилактика острого инфаркта миокарда включает

- 60
- 70
- 120
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С., 50 лет, обратилась к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На слабость, умеренную головную боль, повышение температуры до 39,4°C, схваткообразные боли в низу живота. Стул за ночь около 15 раз, в испражнениях заметила слизь и кровь.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение суток. Появилось недомогание, озноб, схваткообразные боли внизу живота, кашицеобразный стул до 5 раз за вечер. К утру состояние ухудшилось: стул участился до 15 раз, в каловых массах появилась примесь слизи, крови; повысилась температура тела до 39,4°C. Настоящее состояние впервые. +

Из эпиданамнеза: Контакт с лихорадящими больными отрицает. Употребление сырой воды отрицает. За 2 дня до появления симптомов, на работе употребляла молоко и сметану без термической обработки, хранившуюся длительное время вне холода.

Работает продавцом в продуктовом магазине.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. ОРВИ - до 1 раза в год. Вакцинация в соответствии с календарем обязательных прививок. Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Пациентка вялая, температура тела 38,9°C, АД 115/70 мм рт. ст., пульс 96 уд./мин., ритмичный, частота дыхательных движений 20 в 1 мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области.

Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Осмотренные испражнения имеют вид "лужицы слизи" с прожилками крови.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются идентификация возбудителя с помощью питательных сред и биохимических тестов, полимеразная цепная реакция и

- посев мокроты, выделяющейся из дыхательного тракта
- исследование дуоденального содержимого
- микроскопический метод исследования нативного мазка кала
- серологические методы исследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются ректороманоскопия, электрокардиография и

- колонофиброскопия
- сцинтиграфия
- спирография
- флюорография

Для острых кишечных инфекций преимущественным механизмом передачи является

- фекально-оральный
- гемоконтактный
- артифициальный
- аэрозольный

Учитывая наличие синдрома интоксикации и колитического синдрома, можно поставить диагноз

- фекально-оральный
- гемоконтактный
- артифициальный
- аэрозольный

Диагноз

Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни, результатов лабораторного исследования и

- серологического метода
- анамнеза жизни
- эпидемиологического анамнеза
- инструментальных исследований

Госпитализации при дизентерии подлежат лица старше +___+ лет

- 35
- 40
- 45
- 50

Этиотропная терапия легкого течения дизентерии включает

- назначение постельного или полупостельного режима
- использование препаратов нитрофуранового ряда
- введение изотонических солевых растворов
- применение противовирусных лекарственных препаратов

Этиотропная терапия тяжелого течения дизентерии включает ципрофлоксацин по +___+ г. - 2 раза в сутки

- 0,5
- 0,8
- 0,6
- 0,7

К числу наиболее тяжелых осложнений дизентерии относится

- инфекционно-токсический шок
- кровотечение из верхних отделов пищевода
- урогенитальная инфекция и развитие пиелонефрита
- нарушение ритма сердечной деятельности

Переболевшие острыми формами ОКИ лица декретированной категории допускаются к работе после выписки из стационара или лечения на дому на основании

- справки о выздоровлении, выданной медицинской организацией
- справки о переводе на работу, не связанную с декретированной профессией
- выписки из истории болезни
- отсутствия клинических проявлений

Допуск к работе лиц, перенесших острую кишечную инфекцию, из числа декретированных категорий, осуществляется после клинического выздоровления и однократного лабораторного обследования с отрицательным результатом, проведенного через +_____+ календарного дня после окончания лечения в стационаре или на дому

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

Противоэпидемические мероприятия в очагах острых кишечных инфекций должны быть направлены на

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

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов фельдшера ФАП на дом к женщине 40 лет.

Жалобы

На постоянные боли разлитого характера, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения, задержку газов и стула.

Анамнез заболевания

Тошнота, рвота, периодические боли в животе появились после физической нагрузки сутки назад. Самостоятельно принимала спазмолитики (но-шпу до 10 таблеток за сутки) и анальгетики (кеторолак 5 таблеток за сутки). Состояние не улучшилось. Боли приобрели схваткообразный характер, участилась рвота, появилось вздутие живота. В течение последних 5 часов отмечает прекращение отхождения газов и стула, что и послужило поводом для обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни

Образование высшее, работает педагогом. Замужем, воспитывает сына. Из хронических заболеваний отмечает: хронический гастрит. 8 лет назад выполнена операция: аппендэктомия по поводу флегмонозного аппендицита. Не курит, алкоголь не употребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергических реакций не было. Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, температура тела $37,7^{\circ}\text{C}$. Кожа бледная, сухая, тургор снижен. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Пульс 100 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен желтым налетом. Живот вздут неравномерно, асимметричен в околопупочной области. В правой подвздошной области имеется послеоперационный рубец 6,0х0,3 см белесоватого цвета, безболезненный. При пальпации живот мягкий, болезненный в мезогастррии, где определяется симптом "шум плеска". При перкуссии определяется тимпанит в проекции раздутых петель кишечника. При аускультации живота выслушиваются единичные кишечные шумы. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки свободная, стенки гладкие, безболезненные, нависания нет. При гинекологическом исследовании патологии не выявлено. Мочеиспускание свободное. Диурез снижен. Газы не отходят.

Обследование пациентки следует начать с

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

Результаты обследования

При физикальном обследовании данному пациенту необходимо

- выявить органную дисфункцию
- определить частоту дыхательных движений
- провести термометрию
- провести осмотр кожных покровов

На основании жалоб, анамнеза заболевания и данных объективного обследования предположительным диагнозом является

- выявить органную дисфункцию
- определить частоту дыхательных движений
- провести термометрию
- провести осмотр кожных покровов

Диагноз

При обследовании пациентки необходимо выполнить перкуссию и пальпацию

- живота
- лимфатических узлов
- грудной клетки
- поясничной области

При странгуляционной форме острой кишечной непроходимости рекомендуется

- инфузионная терапия
- введение спазмолитических препаратов
- сифонная клизма
- экстренное оперативное лечение

Экстренное оперативное вмешательство наиболее целесообразно после предоперационной подготовки в течение + ____ + часов

- 4
- 2
- 5
- 3

В послеоперационном периоде самостоятельное передвижение рекомендуется с + _____ + суток

- пятых
- третьих
- вторых
- первых

Нарушение кровоснабжения кишки, встречающееся при спайках брюшной полости называется

- обтурацией
- странгуляцией
- ишемией
- некрозом

Экстренная операция выполняется в течение + ____ + часов после госпитализации

- 18
- 4
- 2
- 15

Боль при острой кишечной непроходимости

- опоясывающая
- постоянная
- приступообразная
- иррадиирующая

Антибиотикотерапия в послеоперационном периоде продолжается до +_____+ суток

- 5-6
- 7-9
- 10-11
- 8-9

Для профилактики аспирационных осложнений пациентам с КН рекомендуется возвышенное положение головного конца кровати под углом +_____+ градусов

- 5-6
- 7-9
- 10-11
- 8-9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов фельдшера ФАПа на дом к женщине 53 лет.

Жалобы

На головные боли, слабость в правой руке и ноге, нарушение речи – испытывает трудность в подборе слов.

Анамнез заболевания

Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. После неприятного разговора резко повысилось АД до 190/110 мм рт. ст. Приняла капотен под язык и валокордин, через пару часов появились вышеописанные симптомы.

Анамнез жизни

Состоит на учете с Артериальной гипертонией в течение 15 лет, целевое АД = 130/85 мм рт. ст. Принимает энап 5 мг 2 раза в сутки и седативные травы. Наблюдается нерегулярно. Замужем, один взрослый сын. Не курит, алкоголь употребляет умеренно. Аллергию отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, повышенного питания. Рост 176 см, вес 97 кг, ИМТ=32,3. Кожа на лице гиперемирована, влажная. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, ЧСС 70, пульс 70 ударов в мин., АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. +

Неврологический статус: сознание ясное, в контакт вступает ограниченно ввиду речевых нарушений, эмоциональная лабильность не выражена, в пространстве и времени ориентирована. Инструкции выполняет верно. Зрачки D=S, движения глазных яблок в полном объёме, диплопии, нистагма нет. Гиперестезия правой половины лица, Сглаженность носогубной складки справа. Слух сохранен. Звучность голоса нормальная, мягкое нёбо подвижно достаточно, глотание не затруднено, глоточный рефлекс несколько снижен. Гиперсаливация, слюнотечение через правый угол рта. Объём активных движений при поворотах головы, при поднимании плеч нормальный. Внешний вид языка нормальный, лёгкая девиация языка вправо. Мышечная сила снижена в правой руке и ноге. В позе Ромберга шаткость, координаторные пробы справа с дефектом из-за пареза. Уверенная ходьба с опорой на трость, возможно перемещение на 5-6 метров без опоры. Тазовые функции сохранены. Менингеальных знаков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования на амбулаторном этапе являются

- общий анализ мочи
- определение глюкозы крови
- определение общего белка
- определение билирубина

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- общий анализ мочи
- определение глюкозы крови
- определение общего белка
- определение билирубина

Результаты инструментальных методов обследования

На основании анализа жалоб, анамнеза и данных объективного обследования пациентки можно поставить предварительный диагноз

- общий анализ мочи
- определение глюкозы крови
- определение общего белка
- определение билирубина

Диагноз

Заболеванием, имитирующим ишемический инсульт, является

- синдром Рейно
- острый инфаркт миокарда
- гипертонический криз
- энцефалопатия Вернике

Базисная терапия инсульта прежде всего направлена на

- восстановление двигательной функции

- поддержание функций дыхания и кровообращения
- улучшение качества жизни пациента
- восстановление неврологического статуса

С целью улучшения противоишемической защиты мозга, улучшения восстановления нарушенных неврологических функций и снижения риска 30-дневной летальности в первые 5 суток всем пациентам рекомендуют прием

- винпоцетина по 30 мг 1 раз в день, внутривенно
- алтеплазы по 10 мг 1 раза в день, внутривенно
- глицина 1 – 2 г/сут, внутрь
- пирацетама по 800 мг 3 раза в день, внутрь

Пациентам перенесшим ишемический инсульт с признаками аффективных расстройств для диагностики постинсультной депрессии рекомендуется

- физиотерапия
- санаторное лечение
- применение иглорефлексотерапии
- консультация врача-психиатра

Общепризнанным стандартом реабилитации пациентов с постинсультными двигательными расстройствами является

- ЛФК
- гимнастика
- калланетика
- массаж

Рекомендуется, проводить мероприятия по медицинской реабилитации пациентов специалистам мультидисциплинарной реабилитационной команды специалистов, с целью

- нормализации липидного обмена
- снижения смертности и зависимости от посторонней помощи пациентов с инсультом
- восстановления чувствительности кожи
- стабилизации гемодинамики

Одним из модифицируемых факторов риска ишемического инсульта является

- мужской пол
- пожилой возраст
- наследственность
- артериальная гипертензия любого происхождения

Мониторинг неврологического дефицита проводится с помощью шкалы

- ажитации-седатации
- Ашфорт

- Ренкина
- инсульта

К факторам риска постинсультной эпилепсии относится

- ажитации-седатации
- Ашфорт
- Ренкина
- инсульта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАП обратились родители с 2-х летним мальчиком в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,8°C, заложенность носа, слизистые выделения из носовых ходов, сухой, навязчивый кашель, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 2 дня назад, когда появились чихание, повысилась температура до 38°C, отмечались снижение аппетита. Вечером 1-го дня заболевания, присоединился сухой кашель, отказ от еды. Ночью отмечалась температура 37,8°C, ребенок беспокоился.

Утром 2-го дня появились слизистые выделения из носовых ходов.

* Мальчик посещает ясли, где были подобные случаи заболевания у детей.

* Родители самостоятельно давали ребенку жаропонижающее (парацетамол), противовирусный препарат (арбидол), спрей в горло (мирамистин).

Анамнез жизни

* Мальчик от 1 беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, срочных родов. Родился с массой тела 3550 гр, ростом 53 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.

* На грудном вскармливании до 10 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту.

* Вакцинирован соответственно возрасту.

* Перенесенные заболевания: острый ларингит, энтеровирусная инфекция.

* Наследственность: отец ребенка страдает псориазом.

* Аллергологический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 13 кг, рост 84 см. Температура 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев: гиперемия и отечность задней стенки глотки, зернистость, заметно небольшое количество слизи. Пальпируются заднешейные лимфатические узлы, подвижные, размером с горошины. Носовое дыхание затруднено, из носовых ходов слизистые выделения. Грудная клетка – правильной формы. Над поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 38 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Физиологические отправления не нарушены.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- ажитации-седатации

- Ашфорт
- Ренкина
- инсульта

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальный метод исследования

- ажитации-седатации
- Ашфорт
- Ренкина
- инсульта

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз Острый

- ажитации-седатации
- Ашфорт
- Ренкина
- инсульта

Диагноз

Показаниями для проведения рентгенографии органов грудной клетки у данного пациента являются SpO_2 менее $+ __ + \%$

- 98
- 96
- 95
- 97

Ребенку 2 лет, инфицированному вирусом гриппа, предпочтительно назначить противовирусный препарат

- осельтамивир
- кагоцел
- арбидол
- ингавирин

Для удаления слизи в амбулаторных условиях пациенту рекомендуется промывание носовых ходов

- фурацилином
- физиологическим раствором
- хлоргексидином
- хлорофиллиптом

Детям с ОРВИ в возрасте от 0 до 6 лет рекомендовано в амбулаторных условиях назначение сосудосуживающих капель

- фенилэфрин 0,125%
- ксилометазолин 0,1%
- оксиметазолин 0,05%
- нафазолин 0,1%

При применении метамизола у детей существует высокий риск развития

- крапивницы
- агранулоцитоза
- тубулопатии
- бронхоспазма

При неосложненном течении ОРВИ не рекомендуется применение

- антибиотиков
- спреев для промывания носа
- противовирусных препаратов
- сосудосуживающих капель в нос

У детей с фебрильной лихорадкой рекомендовано назначение жаропонижающего препарата

- парацетамол
- ацетилсалициловая кислота
- нимесулид
- метамизол натрия

К средствам неспецифической профилактики гриппа и ОРВИ у детей относится

- проведение влажной уборки один раз в неделю
- редкое проветривание помещений
- тщательное мытье рук
- уменьшение числа прогулок

Риск развития осложнений при ОРВИ у детей снижает вакцинация против

- проведение влажной уборки один раз в неделю
- редкое проветривание помещений
- тщательное мытье рук
- уменьшение числа прогулок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов фельдшера ФАПа на дом к женщине 45 лет в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На постоянные ноющие боли в животе, отсутствие аппетита, тошноту и однократную рвоту желудочным содержимым. +
Повышение температуры до 37.5°C.

Анамнез заболевания

Заболела остро около 7 часов назад, вначале появилась тошнота, однократная рвота, затем появились боли в животе. +

Вначале заболевания боли были ноющими непостоянными в надпупочной области, затем стали постоянными ноющими и локализовались в нижних отделах живота, больше справа.

Анамнез жизни

Замужем, воспитывает двух дочерей. Профессия: педагог. Перенесенные заболевания: детские инфекции, хронические заболевания: остеохондроз позвоночника. Операций не было. Наследственность: у матери– хронический холецистит. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Аллергоанамнез: неотягощен. +
Менструации с 13 лет. 2 беременности, 2 родов.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 175 см. +

Пациентка находится в положении на правом боку. Ноги подтянуты к животу. +

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. +

Температура тела 37,5 С. +

Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. +

Дыхание через нос свободное. +

Грудная клетка – правильной формы, симметричная. Частота дыхания– 20 в минуту. +

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких: в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Симптомы Мак-Берни, Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и Ровзинга положительные, Псоас-синдром положительный. +

Тоны сердца ясные, ритм правильный, Частота сердечных сокращений 85 уд в мин,

Артериальное давление 145/90 мм.рт.ст. +

Живот не вздут, не напряжен, при пальпации болезненный в нижних отделах больше справа. +

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- проведение влажной уборки один раз в неделю
- редкое проветривание помещений
- тщательное мытье рук
- уменьшение числа прогулок

Результаты лабораторного метода обследования

Рекомендованным для постановки диагноза методом исследования является

- проведение влажной уборки один раз в неделю
- редкое проветривание помещений
- тщательное мытье рук
- уменьшение числа прогулок

Результаты обследования

На основании субъективных и объективных исследований можно предположить диагноз

- проведение влажной уборки один раз в неделю
- редкое проветривание помещений
- тщательное мытье рук
- уменьшение числа прогулок

Диагноз

При поступлении в приёмное отделение пациента с подозрением на острый аппендицит рекомендуется прием врача

- хирурга
- анестезиолога
- терапевта
- травматолога

При ретроцекальном расположении червеобразного отростка характеристикой клинической картины является

- локализация боли близко к пупку и наличие многократной рвоты
- симулирование клиники желчной колики или язвенной болезни
- иррадиация боли в подвздошную область справа
- иррадиация боли в правое бедро и даже в правый тазобедренный сустав

При постановке предварительного диагноза острый аппендицит одним из основных клинических проявлений является

- миграция боли в правую подвздошную область
- болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном пальцевом исследовании
- стремление пациента принять положение на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями
- любое появление боли в правом нижнем квадранте живота

Показанием к консервативному лечению острого аппендицита является диагностирование

- аппендикулярного инфильтрата, выявленного до операции
- острого аппендицита у беременной
- периаппендикулярного абсцесса, выявленного до операции без признаков прорыва в брюшную полость
- катарального аппендицита

После завершения хирургического лечения рекомендовано ограничение физической активности в течении + ____ + недель

- 5
- 2
- 3
- 4

К осложнениям острого аппендицита относится

- флегмонозный аппендицит
- гангренозный аппендицит
- периаппендикулярный абсцесс
- эмпиема червеобразного отростка

Противопоказанием к аппендэктомии является

- аппендикулярный инфильтрат, выявленный на операции
- эмпиема червеобразного отростка
- диагностирование острого аппендицита у беременной
- плотный неразделимый инфильтрат, выявленный интраоперационно

Показанием для плановой госпитализации является

- отказ больного от экстренной госпитализации
- установленный диагноз острого аппендицита
- обоснованное предположение о наличии острого аппендицита после проведения амбулаторного обследования
- состояние после успешной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата

Рекомендовано всем пациентам после разрешения аппендикулярного инфильтрата и/или абсцесса, пролеченного неоперативным способом, с целью онкологической настороженности выполнить

- отказ больного от экстренной госпитализации
- установленный диагноз острого аппендицита
- обоснованное предположение о наличии острого аппендицита после проведения амбулаторного обследования
- состояние после успешной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На дом вызвали фельдшера ФАП к девочке 11 лет в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На постоянные ноющие боли в животе, однократную рвоту желудочным содержимым. + Повышение температуры до 37.5°C .

Анамнез заболевания

Заболела остро около 7 часов назад, вначале заболевания боли были колющими непостоянными в эпигастральной области, постепенно распространились на весь живот,

затем стали постоянными ноющими и локализовались в правой подвздошной области, присоединилась тошнота, отмечалась однократная рвота.

Анамнез жизни

Девочка от первой беременности. Роды срочные. Оценка по шкале АПГАР 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Профилактические прививки по календарю.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, Острый бронхит. +

Операций не было. +

Наследственность: у матери – хронический холецистит. +

Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 36 кг, рост 147 см. +

Пациентка находится в положении на правом боку. Ноги подтянуты к животу. +

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. +

Температура тела 37,5°C. +

Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. +

Дыхание через нос свободное. +

Грудная клетка – правильной формы, симметричная. Частота дыхания – 20 в минуту. +

При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких: в

проекции легких определяется коробочный легочный звук. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких дыхание везикулярное, хрипов нет. +

Локальная болезненность в правой подвздошной области, пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. +

Тоны сердца ясные, ритм правильный, Частота сердечных сокращений 92 ударов в минуту, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. +

Живот не вздут, нечеткое напряжение мышц передней брюшной стенке справа, при пальпации болезненный в нижних отделах больше справа. +

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

Необходимым для постановки диагноза физикальным методом исследования является

- оценка общего состояния пациентки
- пальпация передней брюшной стенки
- ректальное пальцевое исследование
- оценка вынужденного положения пациентки

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи
- определение уровня С-реактивного белка
- клинический анализ крови

На основании субъективных и объективных исследований предварительным диагнозом является

- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи
- определение уровня С-реактивного белка
- клинический анализ крови

Диагноз

Маршрутизация пациента заключается в направлении пациента в неотложном порядке для уточнения диагноза в + _____ + отделение

- функциональное
- хирургическое
- терапевтическое
- гинекологическое

Для клинических проявлений острого аппендицита у детей до 3-х лет характерны

- учащенное мочеиспускание
- беспокойство, отказ от еды, температура 38 – 39°C, многократная рвота, многократный жидкий стул
- сниженный аппетит, вялость
- повышенная жажда

При постановке предварительного диагноза «острый аппендицит» одним из основных клинических проявлений является

- миграция боли в левую подвздошную область
- стремление пациента принять положение на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями
- болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном пальцевом исследовании
- боль, первоначально локализующаяся в подложечной области или около пупка

При подозрении на острый аппендицит у детей на догоспитальном этапе нельзя применять

- анальгетики
- ректальную термометрию
- ректальное пальцевое исследование
- холод на живот

При тазовом расположении червеобразного отростка ректальное исследование может выявить

- болезненность передней стенки прямой кишки
- пустую ампулу прямой кишки
- безболезненную складку передней стенки прямой кишки
- зияние ануса

При неясной клинической картине острого аппендицита в условиях стационара рекомендовано выполнить

- компьютерную томографию брюшной полости
- магнитно-резонансную томографию брюшной полости
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости

- диагностическую видеолапароскопию

При сомнениях в диагнозе необходимо

- госпитализировать ребенка и выполнить диагностическую лапароскопию
- госпитализировать ребенка и провести динамическое наблюдение, не более 12 часов
- провести динамическое наблюдение в течение 24 часов
- выполнить ультразвуковое исследование брюшной полости

Послеоперационная реабилитация заключается в ограничении физической нагрузки в течение +__+ недель

- 5
- 6
- 3
- 4

После операции по поводу острого аппендицита рекомендовано диспансерное наблюдение детского хирурга в течение +__+ месяца

- 5
- 6
- 3
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Осуществлен амбулаторный вызов фельдшера ФАП к ребенку - мальчик 3 года.

Жалобы

На лающий кашель утром, осиплость голоса, беспокойство.

Анамнез заболевания

Заболел остро. На фоне полного здоровья утром появился лающий кашель, с затрудненным шумным вдохом, выражена осиплость голоса. Температура $37,8^{\circ}\text{C}$.

Анамнез жизни

Мальчик от первой беременности, на фоне анемии II степени. Роды срочные. Оценка по шкале АПГАР 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года. Профилактические прививки по календарю. От гриппа не привит - отказ родителей.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 15 кг. Длина тела – 99 см. температура $37,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные. Вынужденное положение тела. Голос сиплый. Кашель грубый, при вдохе легкое втяжение в области яремной вырезки. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно звук легочный. Дыхание проводится над всеми точками аускультации жесткое. Частота дыхания 40 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС - 120 в мин. Живот доступен пальпации, безболезненный.

К стенозу гортани I степени (стадия компенсации) относятся

- осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз
- резкая бледность и цианоз, гипотермия, возможны судороги, мидриаз, дыхание частое, поверхностное, артериальная гипотензия, нитевидный пульс
- осиплость, грубый навязчивый кашель, умеренная одышка
- грубый навязчивый кашель, выраженная одышка, возбуждение, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа

К преобладающему этиологическому фактору воспаления гортани, сопровождающееся развитием крупа относятся

- вирусы парагриппа
- респираторно-синцитиальные вирусы
- риновирусы и вирусы простого герпеса
- аденовирусы

Учитывая анамнез и клинические данные ребенку можно поставить диагноз Острый ларингит

- вирусы парагриппа
- респираторно-синцитиальные вирусы
- риновирусы и вирусы простого герпеса
- аденовирусы

Диагноз

Изменения при крупе локализуются исключительно

- над голосовыми связками
- в подскладочной области
- на голосовых связках
- на уровне трахеи

Основа лечения вирусных стенозов гортани включает применение

- тепловых ингаляций
- ингаляций с физиологическим раствором
- антигистаминных препаратов
- глюкокортикостероидов в ингаляциях

Доза будесонида для ингаляции при стенозе гортани II степени составляет + ____ + мг

- 15
- 5
- 10
- 2

При невозможности проведения ингаляции, выраженном беспокойстве ребенка проводят парентеральное введение

- антибиотиков
- глюкокортикоидов
- бронхолитиков
- антигистаминных препаратов

Доза дексаметазона при парентеральном введении составляет + _____ + мг/кг

- 0,15-0,6
- 1,0-2,0
- 3,0-6,0
- 1,5-2,5

Противовоспалительная - антибиотикотерапия детям при ларингите

- не показана
- назначается детям до года
- назначается при стенозе III степени
- назначается всем детям не зависимо от возраста

Показанием к госпитализации детей является

- желание родителей
- возраст ребенка до 6 лет
- стеноз 2-3 степени
- наличие больного ребенка в семье

У больного со стенозом гортани важно сразу исключить

- гастро-эзофагальный рефлюкс
- пневмонию
- эпиглоттит
- приступ бронхиальной астмы

Жаропонижающие препараты пациентам без хронической патологии и при отсутствии дискомфорта, связанного с высокой температурой оправданы при температуре + _____ + °C

- гастро-эзофагальный рефлюкс
- пневмонию
- эпиглоттит
- приступ бронхиальной астмы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д. 35 лет обратилась на фельдшерско - акушерский пункт в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На умеренную боль в правом подреберье, иррадирующую в правое плечо, горечь во рту, тошноту, неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах. Повышение температуры до 38,0°C, озноб.

Анамнез заболевания

Заболела остро около 20 часов назад, появились боли в животе. Вначале появилось чувство тяжести в правом подреберье, затем появились постоянные боли в правом подреберье. +

Связывает появление болей с обильным приемом жирной пищи.

Анамнез жизни

Профессия: диспетчер. Хронические заболевания отрицает. Операций не было.

Наследственность: у матери – хронический калькулезный холецистит. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Аллергоанамнез: неотягощен.

Менструации с 14 лет. Беременностей и родов не было.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 82 кг, рост 170 см. Температура тела 37,5°C.

Пациентка находится в положении на правом боку. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Зев незначительно гиперемирован. +

Грудная клетка – правильной формы, симметричная. Дыхание через нос свободное.

Дыхательные движения ритмичные, Частота дыхания – 22 в минуту. +

При пальпации грудная клетка безболезненная. При перкуссии легких определяется коробочный звук. Аускультация: определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ясные. Частота сердечных сокращений 88 ударов в мин, Артериальное давление 155/90 мм рт. ст. +

Живот не вздут, при пальпации болезненный справа, напряжен в правом подреберье, +

Положительные симптомы раздражения брюшины в правом подреберье. +

Мочеиспускание безболезненное. Стула не было.

Наибольшее значение для постановки предварительного диагноза имеют жалобы на

- выраженную боль в правом подреберье, иррадирующую в правое плечо, тошноту, повторную рвоту
- боль в правом подреберье, тошноту, отрыжку, рвоту, жидкий стул
- выраженную боль в правом подреберье, иррадирующую кверху в правое плечо, тошноту
- боль в эпигастрии, горечь во рту и тошноту, наличие примеси желчи в рвотных массах

Наибольшее значение для постановки диагноза имеет

- связь появления болей с обильным приемом жирной пищи
- возникновение чувства тяжести в правом подреберье
- давность заболевания - около 20 часов назад
- неоднократная рвота и наличие примеси желчи в рвотных массах

При объективном осмотре диагностическое значение имеют симптомы

- ослабления перистальтических шумов в правой половине живота по сравнению с левой

- Щеткина-Блюмберга (плавно надавливают всей ладонной поверхностью 2-4 пальцев руки на живот, задерживает в этом положении в течение нескольких секунд, затем без дополнительного надавливания отдергивает руку)
- Воскресенского (на животе левой рукой натягивают рубашку больного за нижний край, при этом больной делает вдох, а в это время врач кончиками пальцев делает скользящее движение сверху вниз по направлению к правой подвздошной области)
- Грекова – Ортнера (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге), симптом Мерфи (введение пальцев под реберную дугу на высоте вдоха или при кашле)

Учитывая анамнез, данные осмотра пациентке можно поставить предварительный диагноз

- ослабления перистальтических шумов в правой половине живота по сравнению с левой
- Щеткина-Блюмберга (плавно надавливают всей ладонной поверхностью 2-4 пальцев руки на живот, задерживает в этом положении в течение нескольких секунд, затем без дополнительного надавливания отдергивает руку)
- Воскресенского (на животе левой рукой натягивают рубашку больного за нижний край, при этом больной делает вдох, а в это время врач кончиками пальцев делает скользящее движение сверху вниз по направлению к правой подвздошной области)
- Грекова – Ортнера (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге), симптом Мерфи (введение пальцев под реберную дугу на высоте вдоха или при кашле)

Диагноз

К осложнениям острого холецистита относится

- паразитарный холецистит
- желчно-каменная болезнь
- эмпиема желчного пузыря
- гангренозный холецистит

Острый холецистит, сопровождающийся артериальной гипотонией, требующей медикаментозной коррекции соответствует + _____ + течению заболевания

- легкому
- крайне тяжелому
- среднетяжелому
- тяжелому

Лечение больных с острым холециститом на догоспитальном этапе следует начинать при наличии

- признаков гиповолемии, выраженной интоксикации, деструктивного холецистита с развитием «острого живота»
- холецистита, осложненного холангитом и гепатитом, с самого начала протекающем с интермиттирующей лихорадкой с ознобами, проливными потами и желтухой
- выраженного болевого синдрома, повышение температуры до $38,0^{\circ}\text{C}$, озноба

- выраженного болевого синдрома, болезненности при пальпации живота и наличии положительных симптомов раздражения брюшины

Консервативное лечение показано больным

- детям, не старше 15 лет
- в качестве предоперационной подготовки
- пациентам пожилого и старческого возраста
- при отсутствии деструктивных изменений в стенке пузыря

При установленном диагнозе (подозрении) «Острый холецистит» необходимо выполнить

- направление пациента в плановом порядке для дообследования и лечения в стационар
- экстренную госпитализацию больного в хирургическое отделение
- наблюдение в динамике в условиях поликлинического отделения
- наблюдение в динамике на дому с ежедневным осмотром

При подозрении на острый холецистит на догоспитальном этапе нельзя применять

- спазмолитики, ненаркотические и наркотические анальгетики
- ненаркотические и наркотические анальгетики, антибиотики
- спазмолитики наркотические анальгетики и антигистаминные препараты
- анальгетики, спазмолитики и антибиотики

Ежедневная ходьба небыстрым шагом + _____ + километр (а) в послеобеденное время способствует предотвращению спаек

- 2-3
- 0,5-1
- 1-2
- 4-5

Предпочтительным неинвазивным методом исследования для уточнения диагноза является

- 2-3
- 0,5-1
- 1-2
- 4-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшер ФАПа вызван на дом к пациентке К., 62 лет.

Жалобы

На слабость, выраженную одышку с затрудненным вдохом, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца.

Анамнез заболевания

В анамнезе много лет артериальная гипертензия, по поводу чего лечилась в кардиологическом отделении. Назначенное лечение принимает не регулярно. В течение последних трех месяцев имеются постоянные отеки на нижних конечностях. Три недели назад прекратила самостоятельно принимать торасемид. Принимает только верошпирон.

Анамнез жизни

- росла и развивалась нормально
- профессия: преподаватель
- перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия
- наследственность: отец перенес несколько инфарктов миокарда, у матери гипертоническая болезнь
- вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
- аллергоанамнез: крапивница на антибиотики из группы пенициллинов

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Женщина сидит, опустив на пол ноги, опираясь руками о колени. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, выражение лица испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Клокочущее дыхание, ЧДД до 32 в мин. SpO₂ ~ 80%. При аускультации: над всей поверхностью легких мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс аритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения, 120 в мин. Левая граница относительной тупости сердца на 1,5 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Частота сердечных сокращений 130 в минуту. Дефицит пульса – 10, АД 180/100. Печень на 6 см выступает от края реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотно эластичной консистенции, безболезненная с заостренным краем. Селезенка не увеличена. Массивные отеки конечностей, отечность в области крестца.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение

- рН, парциального давления углекислого газа
- трансаминаз крови
- мочевины и креатинина
- общего белка и фракций

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- рН, парциального давления углекислого газа
- трансаминаз крови
- мочевины и креатинина
- общего белка и фракций

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить у данной пациентки на основании лабораторных и инструментальных методов обследования

- рН, парциального давления углекислого газа
- трансаминаз крови
- мочевины и креатинина

- общего белка и фракций

Диагноз

Для улучшения мочегонного эффекта у пациентов с ОДСН рекомендуются комбинации

- сахароснижающих препаратов с петлевыми диуретиками
- петлевых диуретиков с тиазидными
- ферментных препаратов с холеретиками
- спазмолитиков с нестероидными противовоспалительными препаратами

Для улучшения клинического состояния пациентке с ОДСН рекомендуется

- неинвазивная вентиляция легких
- внутривенное введение 40% глюкозы
- внутривенное введение 10% глюкозы
- внутривенное введение 0,9% натрия хлорида

Методом исследования, позволяющим проводить мониторинг насыщения крови кислородом является

- электрокардиография (ЭКГ)
- пикфлоуметрия
- пульсовая оксиметрия
- спирометрия

Пациентам с ОДСН без выраженной артериальной гипотонии рекомендуется внутривенное введение

- 2,4% эуфиллина
- фуросемида
- 40% глюкозы
- 0,9% натрия хлорида

Вынужденное положение «Ортопноэ» характерно для

- отека легкого
- острого инфаркта миокарда
- тромбоэмболии легочной артерии
- почечной колики

Критерием эффективности и определение прогноза при ОДСН является определение концентрации в крови

- креатинина
- мозгового натрийуретического пептида
- мочевины
- мочевой кислоты

При применении ингибиторов АПФ часто возникает индивидуальная непереносимость в виде

- отеков нижних конечностей
- дизурии
- кашля
- головной боли

К ведению пациента со склонностью к декомпенсации ХСН следует подключать

- врача общей практики
- врача - кардиолога
- врача - гематолога
- врача - онколога

Основной задачей на догоспитальном этапе при острой декомпенсации сердечной недостаточности является

- врача общей практики
- врача - кардиолога
- врача - гематолога
- врача - онколога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшера ФАПа, пригласили на осмотр к мужчине 43 лет.

Жалобы

На сильную боль в правой паховой области, тошноту, невозможность вправления ранее свободно вправлявшейся грыжи, увеличение в объеме грыжевого выпячивания, напряжение и болезненность при пальпации грыжевого выпячивания.

Анамнез заболевания

Полтора часа тому назад во время подъема груза почувствовал сильную боль в правой паховой области. В положении лежа попытался вправить грыжевое выпячивание, безуспешно. Обратился за медицинской помощью. Ранее в течение года беспокоили ноющие боли в правой паховой области, особенно после физической нагрузки. Консультирован хирургом диагностирована правосторонняя паховая грыжа. Готовился к плановому хирургическому лечению.

Анамнез жизни

Образование высшее, работает экономистом. Женат, воспитывает двоих детей. Из хронических заболеваний отмечает хронический гастрит. Травмы, операции отрицает. Курит, алкоголь употребляет умеренно. Профессиональных вредностей не имеет. + Аллергических реакций не было. Наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/90 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым

налетом у корня. Живот не вздут, мягкий, болезненный в паховой области справа. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание свободное, диурез достаточный. Стул накануне, оформленный. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки свободная, стенки гладкие, безболезненные, нависания нет. +

Местный статус: в пахово-мошоночной области справа имеется опухолевидное образование размерами 12х10см, при пальпации резко болезненное, напряженное, в брюшную полость не вправляется. Кожные покровы над образованием не изменены. Симптом "кашлевого толчка" отрицательный.

Обследование пациента следует начать с

- физикального осмотра
- обзорной рентгенографии грудной клетки
- лабораторных исследований
- измерения частоты пульса и артериального давления

К обязательным инструментальным исследованиям для диагностики ущемленной паховой грыжи относятся

- физикального осмотра
- обзорной рентгенографии грудной клетки
- лабораторных исследований
- измерения частоты пульса и артериального давления

Результаты инструментальных методов обследования

Предположительным диагнозом у пациента является

- физикального осмотра
- обзорной рентгенографии грудной клетки
- лабораторных исследований
- измерения частоты пульса и артериального давления

Диагноз

Грыжа с ущемлением полого органа осложняется развитием

+ _____ + кишечной непроходимости

- механической обтурационной
- механической странгуляционной
- динамической паралитической
- динамической спастической

Предоперационная подготовка у пациентов с ущемленной грыжей включает

- опорожнение мочевого пузыря, гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства, постановку желудочного зонда и эвакуацию желудочного содержимого, антибиотикопрофилактику за 30 мин до операции
- полную санитарную обработку пациента, постановку центрального катетера и инфузию 5% раствора глюкозы 1000 мл

- частичную санитарную обработку пациента, постановку кубитального катетера и инфузию 0,9% раствора хлорида натрия 1000 мл
- постановку интестинального зонда, очистительную клизму, антибиотикопрофилактику на операционном столе

Предоперационная подготовка зависит от

- срока ущемления и времени госпитализации пациента
- наличия или отсутствия осложнений и сопутствующих заболеваний
- размеров грыжевого мешка и возраста пациента
- своевременного выполнения инструментальной диагностики (КТ, МРТ)

Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи включает в себя госпитализацию в хирургический стационар

- для динамического наблюдения
- для выполнения грыжесечения с пластикой местными тканями
- для выполнения экстренной лапароскопии
- с целью эндоскопической пластики сетчатым протезом

Средний срок трудовой реабилитации у больных с неосложненным течением послеоперационного периода может составлять +_____+ месяца

- 1-2
- 3-4
- 2-3
- 0,5-1

Продолжительность наблюдения за оперированным больным определяется возможностями амбулаторного подразделения с частотой осмотра не менее +____+ раза в год

- 2
- 1
- 4
- 3

Паховые грыжи чаще возникают у лиц старше +_____+ лет

- 35
- 25
- 30
- 40

Для профилактики дыхательных осложнений, послеоперационного пареза кишечника и тромбоэмболических осложнений проводят

- дыхательную гимнастику, дробное питание, введение антибиотиков
- раннюю активизацию пациента, применение компрессионного трикотажа и введение антикоагулянтов

- медицинский массаж, введение бронхолитиков, прозерина, венотоников (детралекс)
- ультразвуковые ингаляции, очистительную клизму, прием тромбо асс по 100 мг, дыхательную гимнастику

Наиболее типичными осложнениями раннего послеоперационного периода являются

- дыхательную гимнастику, дробное питание, введение антибиотиков
- раннюю активизацию пациента, применение компрессионного трикотажа и введение антикоагулянтов
- медицинский массаж, введение бронхолитиков, прозерина, венотоников (детралекс)
- ультразвуковые ингаляции, очистительную клизму, прием тромбо асс по 100 мг, дыхательную гимнастику

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру школы обратилась ученица 9 класса, 15 лет.

Жалобы

На интенсивную боль в правом плече, в месте повреждения и ограничение движений в плечевом и локтевом суставах.

Анамнез заболевания

При падении на уроке физкультуры ударилась правым плечом о металлическую перекладину, появилась сильная боль в правой руке.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Хронических заболеваний не имеет. Вредных привычек не имеет. Аллергических реакций не было. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Положение вынужденное: поддерживает верхнюю конечность под правый локоть. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, симметричная, при пальпации упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии выслушивается ясный перкуторный звук. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 115/60 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, в достаточном количестве, стул регулярный. + Местный статус: верхняя конечность заметно укорочена. В области нижней трети правого плеча имеется отек, осевая деформация и выпячивание кожи отломками. Кожные покровы не повреждены. Имеется сглаженность контуров локтевого сустава. Пальпация резко болезненная, при попытке пассивных и активных движений имеется патологическая подвижность и крепитация отломков. Пульсация на лучевой артерии отчетливая, чувствительность кожных покровов не нарушена, активные движения пальцами правой кисти сохранены в полном объеме.

Обследование пациентки следует начать с

- электронейромиографии верхней конечности
- УЗДС сосудов верхней конечности
- УЗИ мягких тканей плеча
- физикального (в том числе местного) осмотра

Обязательным инструментальным исследованием в стационарных условиях для диагностики перелома является

- ирригоскопия
- урография
- рентгенография
- флюорография

Предположительным диагнозом является

- ирригоскопия
- урография
- рентгенография
- флюорография

Диагноз

При переломе плечевой кости в первые сутки с момента получения травмы на плечо и локтевой сустав применяется

- локальная гипотермия
- тепло
- массаж
- физиолечение

Медикаментозное лечение –включает назначение анальгетиков и снотворных средств на ночь в первые + ____ + суток

- 4
- 5
- 3
- 2

Основным методом лечения закрытого перелома правой плечевой кости в нижней трети является

- консервативный
- скелетное вытяжение
- физиотерапевтический
- оперативный

Уровень иммобилизации плечевой кости глубокой гипсовой лонгетой при переломе её в нижней трети: от

- средней трети плеча до кончиков пальцев с установкой в локтевом суставе
- края лопатки до головок пястных костей с установкой в локтевом суставе
- верхней трети плеча до лучезапястного сустава с установкой в локтевом суставе
- верхней трети плеча до головок пястных костей с установкой в локтевом суставе

При консервативном лечении длительность иммобилизации составляет + ____ + недель

- 8
- 10
- 12
- 9

Иммобилизация глубокой гипсовой лонгетой проводится от верхней трети плеча до головок пястных костей с установкой в локтевом суставе под углом + ____ + °

- 70
- 45
- 90
- 60

Иммобилизация верхней конечности в послеоперационном периоде проводится

- наложением бинтовой повязки типа Дезо
- подвешиванием верхней конечности в мягком бандаже
- наложением циркулярной повязки
- наложением гипсовой лонгеты

Профилактика контрактуры в локтевом суставе включает + _____ + движения

- долговременные
- отсроченные
- поздние
- ранние

Восстановительное лечение состоит из 2 периодов: + _____ + и + _____ + послеоперационного лечения

- долговременные
- отсроченные
- поздние
- ранние

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама, с девочкой 2,5 лет, обратилась к фельдшеру ФАП по поводу острого заболевания.

Жалобы

На учащенные и болезненные мочеиспускания у ребенка, боли в животе и повышение температуры тела до 38,2°C, слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Девочка больна в течение 3 дней, накануне заболевания упала в холодную воду, на следующей день повысилась температура до 38,5°C, появились боли в животе, однократная рвота, болезненные и учащенные мочеиспускания, осмотрена хирургом, хирургическая патология исключена. Родители самостоятельно давали ребенку жаропонижающее (парацетамол).

Анамнез жизни

- * Девочка от 2 беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Родилась с массой тела 3280 гр, ростом 51 см, с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов.
 - * На грудном вскармливании до 6 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту.
 - * Вакцинирована соответственно возрасту.
 - * Перенесенные заболевания: частые ОРВИ.
 - * Наследственность: у бабушки со стороны мамы хронический пиелонефрит.
- Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 13,5 кг, рост 86 см. Температура 38,2°C. Девочка капризная. Кожные покровы бледные, чистые, видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев: без особенностей. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка – правильной формы. Над поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 30 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 в мин. Живот болезненный при пальпации над лоном. Печень у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание частое, болезненное, мочи мало, моча мутная.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- долговременные
- отсроченные
- поздние
- ранние

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- долговременные
- отсроченные
- поздние
- ранние

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая результаты клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно поставить диагноз

- долговременные
- отсроченные
- поздние
- ранние

Диагноз

Дифференциальный диагноз острого пиелонефрита проводится в первую очередь с

- острым циститом
- ОРВИ
- острым аппендицитом
- острым гломерулонефритом

При остром пиелонефрите рекомендуется безотлагательное назначение

- противовирусных препаратов
- антибактериальных препаратов
- антигистаминных препаратов
- системных глюкокортикостероидов

При лечении острого пиелонефрита дозы антибактериального препарата определяются с учетом

- количества мочи
- уровня глюкозы
- клиренса креатинина
- уровня общего белка

При остром пиелонефрите рекомендована длительность антибактериальной терапии в среднем, не менее +_____+ дней

- 10-15
- 1-2
- 12-18
- 7-14

Доза цефтриаксона детям с острым пиелонефритом вводится из расчета +____+ мг на кг веса

- 15-20
- 20-80
- 80-100
- 30-40

Кратность введения цефтриаксона составляет

- 2
- 4
- 3

- 1

При отсутствии адекватного лечения тяжелым осложнением инфекции мочевыводящих путей является

- мочекаменная болезнь
- уросепсис
- бронхиальная астма
- гломерулонефрит

Возбудителем инфекций мочевыводящих путей у детей в большинстве случаев является

- Corynebacterium diphtheria
- Mycobacterium tuberculosis
- Chlamydia
- Escherichia coli

При динамическом наблюдении рекомендуется исследование общего (клинического) анализа мочи с частотой +___+ раз в месяц (3 месяца)

- Corynebacterium diphtheria
- Mycobacterium tuberculosis
- Chlamydia
- Escherichia coli

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшера ФАП вызвали на дом к пациенту 44 лет в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, слабость, потливость, головную боль, температуру $38,2^{\circ}\text{C}$. Кашель больше беспокоит в вечернее время.

Анамнез заболевания

Заболел остро, 4 дня назад, поднялась температура до $37,5^{\circ}\text{C}$, появился насморк, небольшой кашель с желтоватой мокротой. Лечился самостоятельно (парацетамол, чай, капли в нос), за медицинской помощью не обращался, продолжал работать. Из сотрудников предприятия, на котором работает пациент, больше 20% находятся в состоянии временной нетрудоспособности, в основном с диагнозом ОРВИ или грипп. Вчера производил ремонтные работы на улице, сильно переохлаждался, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость, усилился кашель.

Анамнез жизни

Рос и развивалась соответственно возрасту. +

Профессия: слесарь. +

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия. +

Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, отец умер в возрасте 62 лет от онкологического заболевания желудка. +

Вредные привычки: курит до 15 сигарет в день, потребление алкоголя умеренное. +
Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура $37,8^{\circ}\text{C}$. Рост 177 см, масса тела 82 кг. ИМТ 24 кг/м^2 . Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Зев умеренно гиперемирован, носовое дыхание затруднено. Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. При проведении сравнительной перкуссии справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Над правым легким дыхание жесткое, справа ниже угла лопатки выслушиваются звонкие мелкопузырчатые хрипы, не уменьшающиеся после кашля. Над левым легким дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в 1 мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 89 в 1 мин, АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- Corynebacterium diphtheria
- Mycobacterium tuberculosis
- Chlamydia
- Escherichia coli

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- Corynebacterium diphtheria
- Mycobacterium tuberculosis
- Chlamydia
- Escherichia coli

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- Corynebacterium diphtheria
- Mycobacterium tuberculosis
- Chlamydia
- Escherichia coli

Диагноз

Шкала CURB-65 для оценки прогноза при внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов включает

- уровень билирубина
- возраст пациента
- отягощенную по респираторным заболеваниям наследственность

- уровень глюкозы

Основными лекарственными препаратами в лечении внебольничной пневмонии являются

- муколитики
- противокашлевые
- нестероидные противовоспалительные средства
- антибактериальные

Пациенту с легким течением внебольничной пневмонии, не имеющего сопутствующей патологии, факторов риска инфицирования редкими возбудителями, предпочтительнее назначение антибактериального препарата

- моксифлоксацин
- амоксициллин
- имипенем
- левофлоксацин

Критерием эффективности антибактериальной терапии является

- снижение температуры
- SpO₂ менее 90
- снижение артериального давления
- увеличение частоты дыхания

Оптимальный курс приема антибактериальных препаратов составляет +____+ день/дней

- 15
- 7
- 5
- 21

Пациенту с легким течением внебольничной пневмонии, получавшему антибактериальную терапию в течение последних 30 дней не менее 2-х дней подряд, предпочтительнее назначение антибактериального препарата группы

- карбапенемов
- тетрациклинов
- респираторных фторхинолонов
- цефалоспоринов I поколения

Респираторная поддержка показана пациенту с внебольничной пневмонией при SpO₂ менее +____+ %

- 93
- 88
- 92
- 95

Ведущей причиной смерти пациента с внебольничной пневмонией является

- острая дыхательная недостаточность
- острый коронарный синдром
- ТЭЛА
- сепсис

Пациенты с высоким риском развития инвазивных пневмоний вакцинируются против

- острая дыхательная недостаточность
- острый коронарный синдром
- ТЭЛА
- сепсис

Условие ситуационной задачи

Ситуация

06 ноября на амбулаторный прием в сопровождении мамы обратилась девочка 14 лет.

Жалобы

На навязчивый кашель, температуру до $38,0^{\circ}\text{C}$, вялость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Заболела неделю назад. Отмечался подъем температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, насморк, подкашливала. За медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно. Капли в нос, «таблетки от кашля». Отмечалось улучшение состояния. В течении последних двух суток вновь подъем температуры до фебрильных цифр, усилился кашель, малопродуктивный, аппетит снижен, вялая. Температура на фоне жаропонижающих снижается до субфебрильных цифр.

В школе подъем заболеваемости, в классе зафиксирован случай пневмонии.

Анамнез жизни

Девочка от второй, нормально протекавшей беременности. Роды вторые срочные. Росла и развивалась соответственно возрасту. Вакцинирована по календарю. Последняя вакцинация в октябре против гриппа. Против пневмококковой инфекции не вакцинирована. За последний год перенесла острые респираторные заболевания три раза.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, за счет симптомов интоксикации - снижение аппетита, кожные покровы бледные, сухие, слизистые бледно – розовые, саливация снижена. Температура $37,4^{\circ}\text{C}$. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Морфофункциональный статус гармоничный. Периферические лимфоузлы не увеличены. Слизистая зева с легкой гиперемией, задняя стека глотки зернистая. Кашель сухой, малопродуктивный, приступообразный, на вдохе легкая болезненность в правой половине грудной клетки. Перкуторно над легкими легочный звук. Слева в нижних отделах по аксиллярным линиям притупление. Над легкими дыхание жесткое. Слева в аксиллярной области ослаблено. Хрипов не слышно. Частота дыхания - 44 в минуту. Тоны сердца звучные ритмичные. На верхушке легких систолический шум. Частота сердечных сокращений 100 в минуту. Живот доступен пальпации, без болезненный. Печень + 1,0 см. из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- острая дыхательная недостаточность
- острый коронарный синдром
- ТЭЛА
- сепсис

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- острая дыхательная недостаточность
- острый коронарный синдром
- ТЭЛА
- сепсис

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинику, результаты анализов крови, рентгенологическое исследование больной можно поставить диагноз

- острая дыхательная недостаточность
- острый коронарный синдром
- ТЭЛА
- сепсис

Диагноз

Оценивая состояние ребенка с пневмонией, следует определить наличие и степень

- токсикоза
- эксикоза
- сердечной недостаточности
- дыхательной недостаточности

Для определения показаний к госпитализации необходимо провести

- фиброгастроскопию
- пульсоксиметрию
- электрокардиографию
- спирографию

Для определения этиологического фактора, амбулаторно необходимо провести

- бактериологический анализ мазков из носо- и ротоглотки
- бактериологический анализ экссудата плевральной полости
- определение ДНК *Mycoplasma pneumoniae* в мокроте методом ПЦР
- бактериологический анализ мокроты

Больной в амбулаторных условиях предпочтительнее назначить

- фторхинолоны
- бетта-лактамы
- цефалоспорины
- макролиды

К макролидам для лечения в амбулаторных условиях относится

- амоксиклав
- цефалексин
- тетрациклин
- азитромицин

Целевое значение SpO_2 для назначения оксигенотерапии составляет менее + ____ + %

- 96
- 95
- 92
- 98

Потребность в жидкости при гидратации у детей с пневмонией покрывается оральным приемом по желанию, обычно в объеме + _____ + от расчетного суточного объема

- 80-90
- 50-70
- 20-30
- 10-40

Детей, перенесших осложненную внебольничную пневмонию, рекомендовано наблюдать + _____ + месяцев

- 1-3
- 7-12
- 12-18
- 4-6

Занятия спортом после перенесенной не осложненной пневмонии возобновляются через + _____ + недель

- 1-3
- 7-12
- 12-18
- 4-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 46 лет, водитель, обратился к фельдшеру ФАП.

Жалобы

На резкую боль, припухлость и покраснение в области первого пальца левой стопы, подъем температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Заболел остро 2 дня назад: после посещения бани и обильного застолья (мясо, спиртное) ночью появилась сильная боль в I плюснефаланговом суставе левой стопы. Боль, возникла впервые и воспринималась как нестерпимая даже от прикосновения одеяла. Утром отметил отек и багровый оттенок кожи над суставом. В течение следующих суток передвигался с трудом из-за резкой боли. Принимал парацетамол по 500мг * 3 раза без должного эффекта.

Анамнез жизни

- * перенесенные заболевания: простудные 3-4 р/год
- * за последние два года эпизодически подъем АД до 160/110, не обследовался, принимал гипотиазид, фуросемид
- * туберкулез, венерические заболевания, употребление психоактивных веществ отрицает
- * курит, алкоголь употребляет по праздникам
- * профессиональные вредности - вибрация, переохлаждения
- * пищевые привычки – злоупотребляет мясными продуктами
- * аллергических реакций не было
- * семейный анамнез: мать – страдает артериальной гипертензией, отец - подагрическим полиартритом.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура – $38,0^{\circ}\text{C}$. +

Рост 164 см, масса тела 114 кг. Индекс массы тела - $42,4 \text{ кг/м}^2$. Сознание ясное.

Конституция гиперстеническая, повышенного питания. +

Кожные покровы обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Зев чистый. +

Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 18 в 1 мин. Тоны сердца слегка приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений 86 в 1 мин. +

АД = 145/100. Живот округлый; увеличен в объеме за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки; мягкий, безболезненный. Левая доля печени на 1,5 см выступает из-под реберной дуги; край печени мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10 x 9 x 9,5 см. Селезенка не увеличена. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. +

Неврологический статус без особенностей. +

Status localis: выраженная деформация первого плюснефалангового сустава левой стопы за счет экссудативных явлений; резкая болезненность при пальпации данного сустава (больной отдергивает ногу), гиперемия кожи над ним и повышение местной температуры, объем движений в первом плюснефаланговом суставе справа резко ограничен. Движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуальной – аналоговой шкале: 7 баллов. Другие суставы при осмотре не изменены, пальпация их безболезненна, движения в других суставах сохранены в полном объеме. Подкожные и внутрикожные узелки не выявляются.

Подагрой называют системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов

- оксалатов кальция
- пирофосфата кальция
- гидроксипатита кальция
- моноурата натрия

Причинами вероятной гиперурикемии у данного пациента являются генетическая предрасположенность, повышение артериального давления, прием мочегонных препаратов и

- курение
- ожирение
- переохлаждение
- вибрация

Лабораторными методами, необходимыми для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях, являются определение

- курение
- ожирение
- переохлаждение
- вибрация

Результаты лабораторных методов обследования

Частота определения сывороточного уровня мочевой кислоты в процессе наблюдения за пациентом с целью рационального титрования дозы уратснижающего препарата составляет не менее

- 3 раз в год
- 1 раза в год
- 1 раза в два года
- 2 раз в год

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить

- 3 раз в год
- 1 раза в год
- 1 раза в два года
- 2 раз в год

Результаты обследования

На основании полученных данных пациенту можно поставить диагноз

- 3 раз в год
- 1 раза в год
- 1 раза в два года
- 2 раз в год

Диагноз

Лечение подагры проводится на протяжении

- всей жизни пациента
- одного месяца
- нескольких лет
- одного года

С целью купирования острого приступа подагры пациенту назначен

Нимесулид в дозе 100 мг * 2 раза в день. +

Указанный препарат относится к группе

- глюкокортикостероидов
- нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)
- хондропротекторов
- местных анестетиков

Умеренным уратснижающим эффектом при лечении артериальной гипертензии обладает препарат

- амлодипин
- торасемид
- фуросемид
- гипотиазид

В качестве «первой линии» уратснижающей терапии при сохранной функции почек используют

- преднизолон
- фебуксостат (аденурик)
- аллопуринол (милурит)
- бензобромарон (дезурик)

При снижении уровня мочевой кислоты ниже 180 мкмоль/л увеличивается риск развития болезни

- Боткина
- Бехтерева
- Хантингтона
- Альцгеймера

Основным источником пуринов в пище являются продукты

- Боткина
- Бехтерева
- Хантингтона
- Альцгеймера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшера вызвали на дом к женщине, 46 лет в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На острую боль в правой поясничной области высокой интенсивности, с иррадиацией в правую паховую область, частое мочеиспускание, тошноту. Пациентка отмечает, что моча стала красного цвета.

Анамнез заболевания

Боль возникла внезапно, 20 минут назад. В течение двух лет периодически отмечала кратковременную режущую боль в правой поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника, эпизодически - резь в конце мочеиспускания. +

Лечилась мочегонными травами, за медицинской помощью не обращалась. Ухудшение состояния связывает с интенсивной физической нагрузкой.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. +

Профессия: бухгалтер. +

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, Наследственность: у матери – ИБС, у отца- подагра. +

Гинекологический анамнез - беременности 2, роды 2, менопауза с 45 лет. +

Вредные привычки: отрицает. +

Аллергоанамнез: не отягощен. +

Ведет малоподвижный образ жизни, жидкости потребляет в день мало.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, занимает вынужденное положение согнувшись, держит руку на правой поясничной области. Температура $36,7^{\circ}\text{C}$. Рост 170 см, масса тела 92 кг. ИМТ $31,8 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы лица бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 19 в 1 мин. Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, площадь 2 см^2 . Границы относительной сердечной тупости; правая – в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя – по левой срединно-ключичной линии на уровне 3 ребра, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, совпадает с верхушечным толчком. Тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 75 в 1 мин, АД 145/90 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, 75 в минуту. Живот умеренно напряжен в правом фланке, отмечается болезненность при пальпации в проекции правой почки. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого положителен с правой стороны. Мочеиспускание частое, моча красного цвета

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- Боткина
- Бехтерева
- Хантингтона
- Альцгеймера

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- Боткина
- Бехтерева
- Хантингтона
- Альцгеймера

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- Боткина
- Бехтерева
- Хантингтона
- Альцгеймера

Диагноз

Фактором риска развития мочекаменной болезни является

- прием мочегонных трав
- прием большого количества жидкости
- метаболический синдром
- высокая физическая активность

С целью обезболивания пациенту показано назначение

- морфина
- ацетилсалициловой кислоты
- лоратадина
- диклофенака

Диклофенак противопоказан пациентам с сопутствующим заболеванием

- ХОБЛ
- хронический тонзиллит
- ишемическая болезнь сердца
- хронический бронхит

Консервативная терапия, направленная на самопроизвольное отхождение конкремента, рекомендована при его размере не более +___+ мм

- 12
- 11
- 7
- 13

С помощью перорального приема лекарственных препаратов могут быть растворены камни

- оксалаты
- фосфаты
- ураты
- кальцинаты

Пациенту с почечной коликой, при невозможности назначения диклофенака для обезболивания, применяют

- метамизол натрия
- дротаверин
- димедрол
- мебеверин

При неэффективности или невозможности назначения диклофенака и метамизола натрия, в качестве препаратов второй линии с целью обезболивания пациенту с почечной коликой применяют

- мебеверин
- димедрол
- дротаверин
- трамадол

Медикаментозная камнеизгоняющая терапия при размерах конкремента от 5 до 10 мм проводится препаратами группы

- бета- адреномиметиков
- селективных альфа1-адреноблокаторов
- альфа-адреномиметиков
- селективных бета-адреноблокаторов

Пациентам, относящимся к низкой группе риска по рецидиву МКБ, для профилактики заболевания рекомендуется ограничение потребления

- бета- адреномиметиков
- селективных альфа1-адреноблокаторов
- альфа-адреномиметиков
- селективных бета-адреноблокаторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 32 лет доставлена на ФАП.

Жалобы

На внезапно возникшую острую боль в нижней части живота больше справа с иррадиацией в прямую кишку час назад, была кратковременная потеря сознания, холодный пот, слабость.

Анамнез заболевания

Задержка менструации, положительный тест на беременность. Беременность нежеланная. К врачу акушеру-гинекологу не обращалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. +

Социально-бытовые условия удовлетворительные. +

По профессии технолог. +

Вредные привычки: табакокурение. +

Менархе в 12 лет, менструации по 5-6 дней безболезненные, умеренные, через 28-29 дней. +

Беременностей – 4. Первые две закончились: физиологическими родами, третья – медицинским абортом на сроке 11-12 недель, четвертая беременность – настоящая. +

Половая жизнь регулярная, предохранение методом прерванного полового сношения. +

Перенесенные гинекологические заболевания: послеродовой эндометрит, хламидиоз. +

Наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°C. +

Кожные покровы бледные, пульс 104 удара в минуту, слабого наполнения, АД 100/65 мм рт.ст. +

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. +

При пальпации живота выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность в нижней области живота, больше справа. +

Перкуторно определяется притупление звука в отлогих местах, граница притупления смещается при перемене положения тела.

Обследование пациентки следует начать с + _____ + исследования

- бета-адреномиметиков
- селективных альфа1-адреноблокаторов
- альфа-адреномиметиков
- селективных бета-адреноблокаторов

Результаты обследования

Для оценки тяжести кровопотери у пациентки фельдшер использует показатели пульса, артериального давления, пульсового давления, частоты дыхания, сознания, окраски кожных покровов и

- бета-адреномиметиков
- селективных альфа1-адреноблокаторов
- альфа-адреномиметиков
- селективных бета-адреноблокаторов

Результаты обследования

У пациентки можно предположить

- бета-адреномиметиков
- селективных альфа1-адреноблокаторов

- альфа-адреномиметиков
- селективных бета-адреноблокаторов

Диагноз

Следует направить пациентку для дополнительного обследования и лечения в + _____ + отделение + _____ + машиной скорой помощи

- хирургическое; ОКБ
- гинекологическое; ОКБ
- терапевтическое; ЦРБ
- гинекологическое; ЦРБ

На догоспитальном этапе с целью уменьшения кровопотери и боли у пациентки фельдшер может использовать

- пузырь со льдом
- седативные препараты
- утеротоники
- анальгетики

На догоспитальном этапе, по показаниям фельдшер начинает + _____ + терапию

- инфузионную
- рассасывающую
- антибактериальную
- гормональную

Инструментальным методом исследования для постановки окончательного диагноза является

- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза
- кульдоцентез
- гистероскопия

Необходимым для постановки окончательного диагноза лабораторным методом обследования является

- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза
- кульдоцентез
- гистероскопия

Результаты лабораторного метода обследования

Основной метод лечения при нарушенной внематочной беременности

- медикаментозный

- комбинированный
- хирургический
- физиотерапевтический

При проведении хирургического лечения нарушенной внематочной беременности предпочтение отдается + _____ + оперативному доступу

- экстраперитонеальному
- лапароскопическому
- влагалищному
- лапаротомическому

Пациентку после выписки из стационара необходимо наблюдать по +__+ группе диспансерного наблюдения

- 2
- 0
- 1
- 3

При очередном посещении ФАПа пациентку необходимо проконсультировать по методам

- 2
- 0
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАП обратилась женщина 39 лет.

Жалобы

На опухолевидное образование в правой молочной железе.

Анамнез заболевания

Со слов, при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевидное округлое образование.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Менструации с 14 лет. 2 беременности, 1 аборт, 1 роды. Первые роды в 30 лет, беременность протекала без особенностей. Из хронических заболеваний отмечает: хронический гастрит. Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергических реакций не было. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Профессиональных вредностей не имеет. Наследственность отягощена (со стороны матери – онкологические заболевания).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 88 кг, рост 175 см. Температура тела $36,5^{\circ}\text{C}$. + Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы шеи, над- и подключичных, паховых областей не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями,

плотно-эластической консистенции, безболезненные. В правой подмышечной области пальпируется плотной консистенции, увеличенный лимфатический узел размерами 1,5х1,0см, подвижный, безболезненный, не спаянный с окружающими тканями. Молочные железы симметричные. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см, неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделений из него нет, кожные симптомы над опухолевым узлом не определяются. Грудная клетка правильной формы, симметричная, при пальпации упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии выслушивается ясный перкуторный звук. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Обследование пациентки следует начать с

- исследования уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в сыворотке крови и уровня общего эстрадиола в крови
- биохимического анализа крови (общетерапевтического)
- физикального осмотра
- общего (клинического) анализа крови (развернутого)

Обязательными инструментальными исследованиями в условиях стационара для диагностики рака молочной железы являются

- исследования уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в сыворотке крови и уровня общего эстрадиола в крови
- биохимического анализа крови (общетерапевтического)
- физикального осмотра
- общего (клинического) анализа крови (развернутого)

Результаты инструментальных методов обследования

У пациентки можно предположить диагноз

- исследования уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в сыворотке крови и уровня общего эстрадиола в крови
- биохимического анализа крови (общетерапевтического)
- физикального осмотра
- общего (клинического) анализа крови (развернутого)

Диагноз

Симптом «умбиликации», симптом «лимонной корочки», втяжение и фиксация соска характерны для

- диффузной фиброэктоической мастопатии
- распространенных форм рака молочной железы
- ранних форм рака молочной железы
- рака Педжета

Основным методом лечения пациентки является

- оперативное вмешательство
- инфузионная терапия
- консервативное лечение
- симптоматическая терапия

Наиболее частыми побочными эффектами химиотерапии являются

- тошнота и рвота
- головная боль и головокружение
- запоры и диарея
- слабость и утомляемость

Профилактика тошноты и рвоты, возникающей при проведении химиотерапии должна начинаться до начала химиотерапии и проводиться не менее + ____ + дней после проведения химиотерапии

- 4
- 2
- 3
- 5

С целью увеличения объема движений, уменьшения болевого синдрома и улучшения качества жизни после операции на молочной железе рекомендуется начинать раннее выполнение

- курса медицинского массажа
- комплекса лечебной физической культуры
- рефлексотерапии
- курса физиотерапевтических процедур

Факторами, снижающими риск развития рака молочной железы являются минимальное потребление сахара, снижение потребления алкоголя и

- диета, обогащенная фруктами и овощами
- отсутствие профессиональных вредностей
- активные физические нагрузки
- употребление витаминов

После операции на молочной железе рекомендуется использовать

- физиотерапевтические процедуры
- лечебную физкультуру
- психосоциальные методы реабилитации
- медицинский массаж

С профилактической целью рекомендуется информировать пациенток о пользе здорового образа жизни, включающего рациональную диету и

- достижение (поддержание) идеальной массы тела
- отсутствие вредных привычек
- соблюдение режима сна и отдыха
- динамические физические нагрузки

Диспансерное наблюдение включает осмотр + ____ + раза в год

- достижение (поддержание) идеальной массы тела
- отсутствие вредных привычек
- соблюдение режима сна и отдыха
- динамические физические нагрузки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На ФАП обратился мужчина, 58 лет.

Жалобы

На примесь крови в каловых массах, ощущение инородного тела в прямой кишке, вздутие живота, слабость, быструю утомляемость при обычной физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Неприятные ощущения в прямой кишке появились около 2-х месяцев назад, неделю назад заметил кровь в кале. За последние 2 месяца похудел на 3 кг.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. +

Профессия: ветеринар. +

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, Наследственность: у матери – ИБС, у отца- сахарный диабет. +

Вредные привычки: курит больше 30 лет, до 20 сигарет в день. +

Аллергоанамнез: не отягощен. +

Употребляет в пищу много мяса, особенно говядины, копченостей.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура $36,2^{\circ}\text{C}$. Рост 185 см, масса тела 82 кг.

ИМТ $23,9 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 в 1 мин, АД 125/85 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Печень по краю реберной дуги. Диурез в норме. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружено небольшое сужение ампулы прямой кишки, пальпируется плотное образование на 5 см выше сфинктера, на пальце остались следы крови.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- достижение (поддержание) идеальной массы тела
- отсутствие вредных привычек
- соблюдение режима сна и отдыха
- динамические физические нагрузки

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- достижение (поддержание) идеальной массы тела
- отсутствие вредных привычек
- соблюдение режима сна и отдыха
- динамические физические нагрузки

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- достижение (поддержание) идеальной массы тела
- отсутствие вредных привычек
- соблюдение режима сна и отдыха
- динамические физические нагрузки

Диагноз

В рамках первого этапа диспансеризации скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки у пациентов в возрасте от 40 до 64 лет включает

- колоноскопию
- ректороманоскопию
- исследование кала на скрытую кровь
- рентгенологическое исследование толстой и прямой кишки

При подозрении на рак прямой кишки физикальный осмотр должен включать

- оценку нутритивного статуса
- определение симптома Воскресенского
- определение симптома Пастернацкого
- определение симптома Мерфи

Ведущим фактором риска развития рака прямой кишки является наличие

- хронического запора
- колита
- хронической диареи
- полипа

В предоперационной подготовке для профилактики осложнений большое значение имеет

- ограничение белка в питании
- ограничение витаминов в питании
- соблюдение постельного режима

- достаточная физическая активность

По назначению врача лечение асцита у пациентов с нерезектабельными метастазами рака прямой кишки проводится

- диуретиками
- химиотерапевтическими препаратами
- нестероидными противовоспалительными средствами
- антигистаминными препаратами

К петлевым диуретикам относится

- триамтерен
- спиронолактон
- маннит
- фуросемид

Согласно рекомендациям ВОЗ, на первой ступени терапии хронической боли, в том числе у онкологических пациентов, показано назначение препарата

- трамадол
- диклофенак
- фентанил
- морфин

Одним из немодифицируемых факторов риска развития рака прямой кишки является

- семейный аденоматоз толстой кишки
- алкоголь
- ожирение
- курение

Одним из модифицируемых факторов риска развития рака прямой кишки является потребление в пищу большого количества

- семейный аденоматоз толстой кишки
- алкоголь
- ожирение
- курение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На ФАП обратилась женщина 53 лет.

Жалобы

На жажду (выпивает до 5 литров воды в день), учащенное обильное мочеиспускание, умеренный кожный зуд, слабость, в последний месяц дважды был фурункул с локализацией на левом бедре.

Анамнез заболевания

Жажда и сухость во рту появились около полугода назад. За последние три года прибавила 15 кг. За медицинской помощью не обращалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. +

Профессия: экономист. +

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, эндоскопическая холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита в возрасте 51 года, проведена в плановом порядке. +

Наследственность: у матери – ИБС, у отца- сахарный диабет. +

Гинекологический анамнез-менопауза с 50 лет, имеет троих детей, масса тела третьего ребенка при рождении 4500 г. +

Вредные привычки: отрицает. +

Аллергоанамнез: неотягощен. +

Ведет малоподвижный образ жизни, любит сладости, хлебобулочные изделия, копченое сало.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура $36,2^{\circ}\text{C}$. Рост 170 см, масса тела 92 кг. ИМТ $31,8 \text{ кг/м}^2$. Объем талии 105 см. Кожные покровы сухие, розовые, местами – следы расчесов. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Верхушечный толчок пальпируется по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, площадь 2 см^2 . Границы относительной сердечной тупости; правая – в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя – по левой срединно-ключичной линии на уровне 3 ребра, левая – в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. I тон на верхушке умеренно ослаблен, умеренный акцент II тона во втором межреберье справа от грудины, ритм правильный, ЧСС 82 в 1 мин, АД 145/87 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 82 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления –увеличение количества мочи.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- семейный аденоматоз толстой кишки
- алкоголь
- ожирение
- курение

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз: Сахарный диабет + ____ + типа.

Ожирение + ____ + степени

- семейный аденоматоз толстой кишки
- алкоголь
- ожирение
- курение

Диагноз

Основным модифицируемым фактором риска развития сахарного диабета является

- курение
- высокая физическая активность
- абдоминальное ожирение
- возраст моложе 45 лет

Одним из немодифицируемых факторов риска развития сахарного диабета у пациентки является

- ожирение
- наследственная предрасположенность
- нерациональное питание
- малоподвижный образ жизни

Немедикаментозная терапия сахарного диабета обязательно включает

- ограничение приема жидкости
- ограничение в питании белка
- изменение образа жизни
- ограничение физической нагрузки

Целевое значение уровня гликированного гемоглобина при проведении терапии составляет + _____ + %

- менее 7,0
- от 7,8 до 8
- от 7,5 до 7, 8
- от 7,2 до 7,4

Все пациенты с сахарным диабетом должны осуществлять самоконтроль

- частоты сердечных сокращений
- уровня глюкозы крови
- частоты дыхания
- артериального давления

У пациентов с сахарным диабетом уровень гликированного гемоглобина должен контролироваться один раз в + _____ + месяц(а,ев)

- 6
- 2
- 3
- 1

К сахароснижающим препаратам группы бигуанидов относится

- гликлазид
- метформин
- акарбоза
- глибенкламид

Пациенту с сахарным диабетом рекомендуются аэробные физические упражнения общей продолжительностью не менее +___+ мин. в неделю

- 150
- 30
- 60
- 250

Одним из обязательных разделов обучающих программ для пациента с сахарным диабетом является обучение

- измерению ЧСС
- принципам питания
- измерению ЧДД
- измерению АД

Лицам старше 45 лет при отсутствии факторов риска скрининг СД проводится не реже 1 раза в +___+ год(а)/лет

- измерению ЧСС
- принципам питания
- измерению ЧДД
- измерению АД

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАП на прием обратилась мама с ребенком – девочке 9 лет.

Жалобы

Жалобы на жажду, учащенное мочеиспускание, снижение массы тела.

Анамнез заболевания

Последние три недели заметили, что девочка стала больше пить. Часто мочится. Ночью просыпаясь, может выпить полный стакан воды. Слегка был повышен аппетит. Но при этом похудела. Стали велики вещи. На данный момент аппетит снижен.

Анамнез жизни

Девочка от 2-й беременности, 2-х срочных родов. Со слов мамы беременность протекала без особенностей. Вес при рождении - 3400, длина - 62 см. Привита по индивидуальному календарю. В 2 года перенесла эпидемический паротит. На «Д» учете не состоит. Нервно-психическое, физическое развитие соответствует возрасту. Респираторными инфекциями болеет редко. Аллергологический анамнез: неотягощен. Наследственность: у двоюродной сестры мамы сахарный диабет.

Объективный статус

Длина тела – 127 см., масса – 26 кг. Девочка правильного телосложения, пониженного питания. Выраженная гипотония. Вялая, на вопросы отвечает односложно. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые розовые, слювация снижена.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Над легкими дыхание везикулярное ЧД - 25 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС - 100 в мин. Живот доступен пальпации, легкая болезненность в эпигастральной области. Край печени пальпируется {plus} 2,0 см из-под

края реберной дуги. Стул склонен к запорам в последнее время. Мочится часто. +
Из дополнительного расспроса - жалуется на боли при мочеиспускании. +
При осмотре наружных половых органов обращает на себя внимание выраженная гиперемия слизистой и раздражение кожи в области больших половых губ.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- измерению ЧСС
- принципам питания
- измерению ЧДД
- измерению АД

Результаты лабораторных методов обследования

Уровень гликированного гемоглобина

- используется для оценки гликемического контроля и эффективности проводимого лечения
- определяет длительность заболевания
- может влиять на сроки выздоровления
- используется для решения вопроса о госпитализации

Нормальный уровень гликированного гемоглобина составляет + ____ + %

- более 6,5
- 11,1
- менее 6,5
- 7,8

Учитывая жалобы, анамнез, данные лабораторного и клинического обследования можно поставить диагноз

- более 6,5
- 11,1
- менее 6,5
- 7,8

Диагноз

В основе патогенетического механизма развития диабета 1-го типа лежит

- злоупотребление выпечкой и сладостями
- нарушение ритма приема пищи
- недостаточность выработки инсулина эндокринными клетками
- частые респираторные заболевания и кишечные инфекции

При наличии кетоновых тел в крови и моче необходимо

- увеличить физическую нагрузку
- определить толерантность к глюкозе

- срочно госпитализировать пациентку
- уменьшить употребление сахара с пищей

Основным принципом лечения сахарного диабета 1-го типа у детей является

- интенсивная терапия
- инсулинотерапия
- витаминотерапия
- диетотерапия

Рекомендуется использовать иглы для инсулиновых шприц-ручек и инсулиновых шприцев длиной + _____ + мм

- не более 6
- 50
- 10
- более 6

Рекомендуется + _____ + использование игл для инсулиновых шприц-ручек и инсулиновых шприцев у пациентов с сахарным диабетом I типа

- многократное
- в течение суток
- двукратное
- однократное

Кратность определения уровня глюкозы составляет + _____ + раз в сутки

- 3
- 4
- 2
- не менее 6

Диагноз сахарный диабет, впервые выявленный формулируется у детей, при выявленной гликемии + _____ + ммоль/л

- 7,8 – 10,0
- 3,1- 4,5
- 11,1 и более
- 5,5 - 6,0

Дети, больные сахарным диабетом, при манифестации заболевания предъявляют жалобы на

- 7,8 – 10,0
- 3,1- 4,5
- 11,1 и более
- 5,5 - 6,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 52 лет обратился к фельдшеру ФАП для осмотра в рамках первого этапа диспансеризации.

Жалобы

На периодические давящие боли за грудиной, длительностью от 2 до 5 минут, боли иррадиируют в левое плечо, сопровождаются общей слабостью. Боли возникают при нагрузках высокой интенсивности (бег по пересеченной местности), стрессовых ситуациях, исчезают в покое или при приеме нитроглицерина.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы отмечает в течение последнего года, лечился самостоятельно, по совету знакомых принимал нитроглицерин в момент приступа болей, рибоксин в течении последнего месяца, за медицинской помощью ранее не обращался.

Анамнез жизни

- * Рос и развивалась соответственно возрасту, служил в армии
- * Работает водителем
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, неосложненный перелом правой большеберцовой кости в 2003 году.
- * Наследственность: отец умер в возрасте 78 лет от сердечного приступа, у матери – гипертоническая болезнь
- * Вредные привычки: курит более 20 лет, в среднем по 15-20 сигарет в день, потребление алкоголя отрицает.
- * Питание нерегулярное, частые командировки, в период командировок часто употребляет в пищу фаст-фуд.
- * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 184 см, вес 110 кг. ИМТ $32,4 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 17 в минуту. Перкуторно звук на легких не изменен, при аускультации дыхание везикулярное, выслушиваются единичные сухие хрипы. Границы относительной тупости сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 84 в мин. АД 135/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, перкуторные размеры 10x9x8 см по Курлову, край мягкий, безболезненный. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 7,8 – 10,0
- 3,1- 4,5
- 11,1 и более
- 5,5 - 6,0

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 7,8 – 10,0
- 3,1- 4,5

- 11,1 и более
- 5,5 - 6,0

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов исследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- 7,8 – 10,0
- 3,1- 4,5
- 11,1 и более
- 5,5 - 6,0

Диагноз

Немодифицируемым фактором риска развития ИБС у данного пациента является

- мужской пол
- ожирение
- курение
- низкая физическая активность

Диетотерапия при стабильной ИБС включает увеличение в пище количества

- жирных сортов мяса
- сладких газированных напитков
- быстрых углеводов
- свежих овощей и фруктов

Для устранения болей в момент приступа стабильной стенокардии пациенту рекомендуется принять

- фуросемид
- нитроглицерин
- аймалин
- амиодарон

При стабильной стенокардии I ФК и ЧСС более 60 уд/мин рекомендуется назначить в качестве препарата 1-й линии

- флувастатин
- бисопролол
- хинидин
- кордарон

Для уменьшения агрегации тромбоцитов пациентам со стабильной ИБС рекомендовано назначение

- эноксапарина натрия
- надропарина кальция

- гепарина натрия
- ацетилсалициловой кислоты

Для снижения уровня ХсЛПН пациенту рекомендовано назначение препарата группы

- блокаторов кальциевых каналов
- производных нитросорбида
- статинов
- производных нитроглицерина

Целевой уровень ХсЛПН при лечении статинами составляет менее 1,4 ммоль/л и его снижение на +___+ % от исходного уровня

- 10
- 20
- 30
- 50

Группа здоровья у данного пациента

- IIIб
- II
- I
- IIIа

Пациентам с ИБС рекомендована ежегодная вакцинация против

- IIIб
- II
- I
- IIIа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Осуществлен вызов фельдшера ФАП к ребенку - девочка 11 лет.

Жалобы

Высокая температура - $38,5^{\circ}\text{C}$, боли в горле при глотании, головная боль.

Анамнез заболевания

Заболела остро. Во второй половине дня, почувствовала себя плохо, стала вялой.

Температура $38,2^{\circ}\text{C}$. Дали жаропонижающее – парацетамол 250 мг. Температура снизилась до $37,1^{\circ}\text{C}$, ночь спала беспокойно, вставала пить. В 04 утра вновь подъем температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, появилась боль при глотании, головная боль. Вызвали врача.

Анамнез жизни

Девочка от I нормально протекавшей беременности. Роды срочные. Оценка по шкале АПГАР 8/9 баллов. Масса при рождении 3200 гр, длина тела 53 см. На грудном вскармливании до 4-х месяцев. Профилактические прививки по национальному

календарю. Болеет редко. Детскими инфекциями не болела. Занимается спортом. Наследственность неотягощена. Аллергоанамнез спокоен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации, гипертермии. Температура- $38,6^{\circ}\text{C}$. Девочка правильного телосложения, нормальной упитанности. Кожные покровы чистые, сухие, горячие на ощупь, кожа лица гиперемирована. Пальпируются передне-верхне-шейные лимфоузлы размерами до 1,0 см. болезненные. Носовое дыхание свободно, кашля нет. Слизистые зева яркие, миндалины увеличены, отечны. На миндалинах островчатые налеты, белого цвета. Над легкими на всем протяжении дыхание везикулярное. Тоны звучные ритмичные. ЧД-25 уд. в мин. ЧСС- 110 уд. в мин. Живот доступен пальпации, безболезненный, печень под краем реберной дуги. Стул не изменен, мочеиспускание достаточное. +

Проведен стрепто-тест для дифференцировки диагноза.

Рекомендованными для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ШБ
- П
- I
- Ша

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая данные объективного осмотра, результат экспресс-теста для определения стрептококка группы А, бактериологическое выделение Streptococcus pyogenes можно поставить диагноз

- ШБ
- П
- I
- Ша

Диагноз

При дифференциальной диагностике вирусного и бактериального тонзиллита рекомендуется обратить внимание на наличие

- повышения температуры тела
- симптомов интоксикации
- катаральных явлений
- сыпи

Среди бактериальных возбудителей при тонзилите, тонзилофарингите первостепенное значение имеет

- Streptococcus pyogenes
- Mycoplasma pneumoniae
- Streptococcus pneumoniae
- Chlamydia pneumoniae

Основными жалобами при остром тонзиллите являются

- лихорадка, снижение аппетита, сонливость
- головная боль, боль при глотании
- боль в горле, усиливающаяся при глотании, и лихорадка
- боли при повороте головы

Диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый тонзиллит стрептококковой этиологии, устанавливается на срок

- 1 год
- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 месяц

Препаратом выбора у детей при установленном диагнозе стрептококковый тонзиллит является

- тетрациклин
- ко-тримоксазол
- амоксициллин
- стрептомицин

Оптимальная доза амоксициллина у детей составляет +_____+ мг/кг/сут

- 50
- 25
- 100
- 10

Профилактическое назначение антибактериальных препаратов системного действия при вирусном остром тонзиллофарингите

- возможно, при тяжелом состоянии
- не рекомендуется
- проводится только у детей раннего возраста
- необходимо для предупреждения бактериальной суперинфекции

Для эрадикации β -гемолитического стрептококка группы А рекомендуется курс антибактериального лечения длительностью +_____+ дней

- 5
- 3
- 7
- 10

Целью местного лечения острого тонзиллита является

- сокращение сроков лечения антибиотиками
- максимально быстрое облегчение симптомов заболевания

- снижение контагиозности
- предупреждение носительства стрептококковой инфекции

Лечение детей с тонзиллитом в большинстве случаев осуществляется в

- сокращение сроков лечения антибиотиками
- максимально быстрое облегчение симптомов заболевания
- снижение контагиозности
- предупреждение носительства стрептококковой инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к фельдшеру фельдшерско-акушерского пункта обратился мужчина 38 лет.

Жалобы

На общую и мышечную слабость, кашель с небольшим количеством светлой мокроты, иногда с прожилками крови, ночные проливные поты, повышение температуры к вечеру до $37,5^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Ухудшение состояния отмечает в течение последнего месяца. За последние полгода похудел на 6 кг. К врачу не обращался, лечился домашними средствами.

Анамнез жизни

Работает водителем на грузовом автомобиле, периодически совмещает данную должность с работой грузчиком. На диспансерном учете по поводу хронических заболеваний не состоит. Курит 5 – 10 сигарет в день в течение последних 10 лет (3,5 пачка/лет). Алкоголь употребляет умеренно. Наследственность не отягощена. Аллергию отрицает. Женат, есть дочь 10 лет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 183 см, масса тела 70 кг, ИМТ=21. $T=36,8^{\circ}\text{C}$. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожа бледная, влажная, тургор снижен. Грудная клетка правильной формы, перкуторно - легочной звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, тахикардия 90 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень у края правого ребра. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- сокращение сроков лечения антибиотиками
- максимально быстрое облегчение симптомов заболевания
- снижение контагиозности
- предупреждение носительства стрептококковой инфекции

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- сокращение сроков лечения антибиотиками

- максимально быстрое облегчение симптомов заболевания
- снижение контагиозности
- предупреждение носительства стрептококковой инфекции

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая субъективные, объективные и дополнительные исследования больному можно поставить предварительный диагноз

- сокращение сроков лечения антибиотиками
- максимально быстрое облегчение симптомов заболевания
- снижение контагиозности
- предупреждение носительства стрептококковой инфекции

Диагноз

Для мониторинга эффективности лечения контрольное рентгенологическое исследование проводится не реже чем 1 раз в

- квартал
- полгода
- два месяца
- месяц

К противотуберкулезным препаратам первого ряда относится

- левофлоксацин
- рифампицин
- циклосерин
- амикацин

В рамках немедикаментозной терапии фельдшер ФАПа рекомендует

- инсоляции
- лечебное питание
- медицинский массаж
- фитотерапию

Для лечения туберкулеза используется +___+ режимов химиотерапии

- 5
- 2
- 4
- 3

Оценка пробы Манту проводится через +___+ часа

- 36
- 72
- 24

- 12

Химиотерапия лекарственно-чувствительного туберкулеза проводится не менее + _____ + месяцев

- 4
- 8
- 6
- 12

К санитарной профилактике туберкулеза относится

- прививание гигиенических навыков больному
- борьба с алкоголизмом и наркоманией
- нормативная регуляция миграции
- вакцинация и ревакцинация БЦЖ

Химиопрофилактика рекомендуется

- всем ВИЧ-инфицированным
- больным с силикозом
- находящимся в контакте с больными туберкулезом
- получающим лечение цитостатиками

На санаторном этапе для пациентов с туберкулезом в качестве реабилитации используется

- всем ВИЧ-инфицированным
- больным с силикозом
- находящимся в контакте с больными туберкулезом
- получающим лечение цитостатиками

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшера вызвали на дом к пациентке 58 лет.

Жалобы

На внезапно возникшую одышку, усиливающуюся в вертикальном положении, боли в левой половине грудной клетке, тахикардию, слабость.

Анамнез заболевания

Две недели назад перенесла оперативное вмешательство по поводу миомы матки, выполнена надвлагалищная ампутация матки, рекомендации врачей по режиму, приему лекарственных препаратов и эластичной компрессии нижних конечностей не соблюдала. В анамнезе-варикозное расширение вен нижних конечностей, гипертоническая болезнь с подъемом АД до 160/100 мм рт. ст.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась соответственно возрасту
- * Работает продавцом
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20

лет.

- * Наследственность: у матери –гипертоническая болезнь, у отца- ИБС.
- * Гинекологический анамнез-менопауза с 49 лет
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергоанамнез: неотягощен
- * Ведет малоподвижный образ жизни, потребляет много жидкости и соли.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 164 см, вес 90 кг. ИМТ 33,5 кг/м². Кожные покровы бледные. Умеренный цианоз губ. Температура тела 36,8⁰С. ЧДД 26 в минуту. При сравнительной перкуссии слева ниже угла лопатки определяется небольшое укорочение перкуторного звука. При аускультации здесь же выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя – по верхнему краю III ребра, левая - в V межреберье по левой срединно-ключичной линии. При аускультации сердца тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины, ритм правильный. ЧСС –122 удара в минуту. АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень по краю реберной дуги. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- всем ВИЧ-инфицированным
- больным с силикозом
- находящимся в контакте с больными туберкулезом
- получающим лечение цитостатиками

Диагноз

Плохим прогностическим признаком при проведении аускультации сердца у пациента с легочной эмболией является

- ритм галопа
- акцент II тона над аортой
- акцент II тона над легочной артерией
- систолический шум над легочной артерией

Признаками обширной легочной эмболии на ЭКГ являются

- неполная блокада правой ножки пучка Гиса, глубокий Q в III и S в I стандартных отведениях
- неполная блокада правой ножки пучка Гиса, отсутствие зубца Р, депрессия сегмента ST в грудных отведениях
- неполная блокада левой ножки пучка Гиса, расширение комплекса QRS во всех отведениях, депрессия сегмента ST во всех отведениях
- неполная блокада левой ножки пучка Гиса, глубокий Q в I-III, подъем сегмента ST в грудных отведениях

Фактором риска развития ТЭЛА у данной пациентки является

- потребление большого количества жидкости
- малоподвижный образ жизни

- оперативное лечение по поводу миомы матки
- потребление большого количества соли

Лечебная тактика пациента с ТЭЛА определяется

- степенью риска смерти пациента
- данными ЭКГ
- степенью тахикардии
- степенью одышки

Базовыми препаратами для лечения пациентов с ТЭЛА независимо от ее варианта являются

- нестероидные противовоспалительные средства
- растворы электролитов
- антикоагулянты
- наркотические анальгетики

На догоспитальном этапе для проведения терапии антикоагулянтами показано применение

- апиксабана
- ривароксабана
- гепарина натрия
- дабигатрана этексилата

После эпизода ТЭЛА антикоагулянтная терапия должна продолжаться

- неопределенно долго
- 3 месяца
- 1 год
- 2 года

При прогрессирующей артериальной гипотензии на фоне ТЭЛА пациенту вводят

- морфин
- норэпинефрин
- натрия хлорид
- аминофиллин

При выраженном бронхоспазме на фоне ТЭЛА применяют

- атропин
- аминофиллин
- сальбутамол
- беродуал

Доза апиксабана для длительного применения у пациентов с ТЭЛА в анамнезе составляет + _____ + мг + _____ + раз/раза в сутки

- 5; 2
- 15; 2
- 20; 1
- 25; 2

Абсолютным противопоказанием к проведению тромболитической терапии при ТЭЛА является

- 5; 2
- 15; 2
- 20; 1
- 25; 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На ФАП обратилась пациентка 70 лет.

Жалобы

На нарушение ритма, периодически возникающие боли в прекардиальной области давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке (ходьба на расстояние до 500 м), длительностью от 5 до 7 минут, боли хорошо снимаются приемом нитроглицерина. Небольшая одышка при физической нагрузке, отеки стоп к вечеру.

Анамнез заболевания

Страдает ишемической болезнью сердца более 20 лет. В 2011 году перенесла острый инфаркт миокарда без подъема ST. Два раза в год проходит стационарное лечение, рекомендации по лечению соблюдает. Постоянно принимает аспирин, бисопролол, аторвастатин. Около двух лет назад стала отмечать перебои в работе сердца.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась соответственно возрасту
- * Работала бухгалтером
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, холецистэктомия в возрасте 54 лет.
- * Наследственность: отягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям со стороны матери
- * Гинекологический анамнез-менопауза с 48 лет
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, вес 80 кг. ИМТ 29,4 кг/м². Кожные покровы бледные. Умеренный цианоз губ. Т тела 36,4⁰С. Симметричные отеки стоп. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 21 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук. При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, площадь 3 см². Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины в 4 межреберье, верхняя - на уровне III ребра по левой срединно-ключичной линии, левая - в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. При аускультации сердца тоны ослаблены,

аритмичные. Дефицита пульса 4-6 в мин. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень по краю реберной дуги, край несколько закруглен, мягкий, безболезненный. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Физиологические отправления- ночью встает в туалет 2-3 раза, стул оформленный, 1 раз в 2 дня.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 5; 2
- 15; 2
- 20; 1
- 25; 2

Результаты инструментальных методов обследования

Для оценки выраженности симптомов аритмии, ее влияния на повседневную жизнь пациента, рекомендуют использовать шкалу

- {nbsp}GRACE
- {nbsp}CHA2DS2-VASc
- {nbsp}SCORE
- {nbsp}EHRA

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- {nbsp}GRACE
- {nbsp}CHA2DS2-VASc
- {nbsp}SCORE
- {nbsp}EHRA

Диагноз

В некоторых случаях первым клиническим проявлением фибрилляции предсердий является

- острый тромбоз
- ишемический инсульт
- геморрагический инсульт
- тромбоэмболия легочной артерии

Для более успешного поддержания синусового ритма у данной пациентки следует контролировать

- уровень холестерина в крови
- индекс массы тела
- количество выкуренных сигарет
- уровень креатинина в крови

При постоянной форме ФП для контроля частоты желудочкового ритма применяют

- лидокаин
- новокаинамид
- бисопролол
- хинидин

Экстренная наружная электрическая кардиоверсия (дефибриляция) при фибрилляции предсердий проводится в случае развития

- бессимптомных пароксизмов фибрилляции предсердий
- эпизодов тахикардии с хорошим медикаментозным контролем
- плохой субъективной переносимости аритмии
- отека легких

Для установления риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий используют шкалу

- {nbsp}HEART
- {nbsp}CHA₂-DS₂-VASc
- {nbsp}SCORE
- {nbsp}GRACE

Для успешного поддержания синусового ритма помимо приема антиаритмических препаратов пациенту рекомендуется

- употреблять соль не менее 10 г в сутки
- питаться без ограничений по калорийности и составу пищи
- контролировать массу тела
- активно заниматься спортом

Пациентам со стабильной ИБС для профилактики рецидивов фибрилляции предсердий рекомендован прием

- соталола
- аймалина
- новокаиамида
- хинидина

Пациентам с любой формой фибрилляции предсердий рекомендуется физическая нагрузка в виде

- подъема штанги
- игры в баскетбол
- игры в ручной мяч
- ходьбы

Пациента с впервые выявленной фибрилляцией предсердий необходимо направить на консультацию к врачу

- подъема штанги
- игры в баскетбол

- игры в ручной мяч
- ходьбы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАП обратился пациент 54 лет.

Жалобы

На одышку при физической нагрузке средней интенсивности, кашель с небольшим количеством мокроты, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Кашель беспокоит в течение 10 лет, ухудшения состояния отмечает весной и осенью, особенно после перенесенных ОРВИ, последние полгода стал отмечать одышку при физической нагрузке средней интенсивности. Ухудшение состояния отмечает около трех недель назад, после перенесенной вирусной инфекции. Одышка стала появляться при нагрузках меньшей интенсивности, усилился кашель.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту
- * Профессия: автослесарь
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия, травма правого колена в возрасте 32 года.
- * Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, отец умер в возрасте 59 от онкологического заболевания легких.
- * Вредные привычки: курит в течение 20 лет до 15-20 сигарет в день, потребление алкоголя умеренное.
- * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура $36,7^{\circ}\text{C}$. Рост 177 см, масса тела 82 кг. ИМТ $26,2 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. При проведении сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких перкуторный звук не изменен. Дыхание над всеми полями легких жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД 20 в 1 мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 89 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- подъема штанги
- игры в баскетбол
- игры в ручной мяч
- ходьбы

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- подъема штанги
- игры в баскетбол
- игры в ручной мяч
- ходьбы

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз + _____ + ДН 1

- подъема штанги
- игры в баскетбол
- игры в ручной мяч
- ходьбы

Диагноз

Основной причиной развития ХОБЛ является

- ожирение
- низкая физическая активность
- курение
- отягощенная наследственность

Нефармакологическим методом лечения ХОБЛ является

- рациональное питание
- прекращение курения
- ограничение соли
- прием большого количества жидкости

К короткодействующие β_2 -агонистам, применяемым в лечении ХОБЛ, относится

- сальбутамол
- теofilлин
- беклометазон
- ипратропия бромид

Длительнодействующие β_2 -агонисты (ДДБА) следует с осторожностью применять у пациентов с заболеваниями

- печени
- почек
- суставов
- сердечно-сосудистой системы

Одной из задач фельдшера является обучение пациента с ХОБЛ правильному

- измерению глюкозы
- применению ингаляторов

- питанию
- измерению АД

Пациентам с ХОБЛ рекомендуется вакцинация против пневмококковой инфекции и

- краснухи
- дифтерии
- кори
- гриппа

В случае развития на фоне обострения ХОБЛ острой дыхательной недостаточности, рекомендовано проведение

- терапии ингаляционными кортикостероидами
- ингаляции сальбутамола
- кислородотерапии
- антибактериальной терапии

В условиях ФАП при проведении реабилитационных мероприятий фельдшер может рекомендовать пациенту с ХОБЛ

- ежедневные прогулки
- занятия на специальных дыхательных тренажерах
- интенсивные физические нагрузки
- преимущественно постельный режим

Тяжелым осложнением длительно протекающей ХОБЛ является

- ежедневные прогулки
- занятия на специальных дыхательных тренажерах
- интенсивные физические нагрузки
- преимущественно постельный режим

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На ФАП обратилась женщина 40 лет.

Жалобы

на тупую боль в поясничной области с правой стороны, частое мочеиспускание, полиурию, температуру $37,2^{\circ}\text{C}$, умеренную головную боль, небольшую жажду, слабость.

Анамнез заболевания

Эпизоды озноба, неприятных ощущений в поясничной области справа, частого мочеиспускания и полиурии, субфебрильной температуры беспокоят около 3 лет, 1-2 раза в год, особенно во время ОРВИ, переохлаждения. Самостоятельно принимала ампициллин и мочегонный сбор с улучшением. Во время второй беременности (роды 9 лет назад) в моче отмечалось наличие небольшого количества белка и повышенный уровень лейкоцитов. Лечилась мочегонными травами, за медицинской помощью не

обращалась. Настоящее ухудшение состояния связывает с перенесенным ОРВИ неделю назад.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась соответственно возрасту
- * Профессия: бухгалтер
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, Наследственность: у матери – ИБС, у отца – сахарный диабет.
- * Гинекологический анамнез – беременности 2, роды 2
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергоанамнез: неотягощен
- * Ведет малоподвижный образ жизни.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура $37,1^{\circ}\text{C}$. Рост 170 см, масса тела 72 кг. ИМТ $24,9 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы лица бледноватые, отмечается небольшая отечность под глазами. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 19 в 1 мин. Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, площадь 2 см^2 . Границы относительной сердечной тупости; правая – в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя – по левой срединно-ключичной линии на уровне 3 ребра, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, совпадает с верхушечным толчком. Тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 75 в 1 мин, АД 125/90 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, 82 в минуту. Живот мягкий, отмечается умеренная болезненность при пальпации в проекции правой почки. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого слабо положительный с правой стороны. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ежедневные прогулки
- занятия на специальных дыхательных тренажерах
- интенсивные физические нагрузки
- преимущественно постельный режим

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- ежедневные прогулки
- занятия на специальных дыхательных тренажерах
- интенсивные физические нагрузки
- преимущественно постельный режим

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов исследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- ежедневные прогулки
- занятия на специальных дыхательных тренажерах

- интенсивные физические нагрузки
- преимущественно постельный режим

Диагноз

При минимальном подозрении на хроническую почечную недостаточность рекомендуется проведение пробы

- Нечипоренко
- Тиффно
- Реберга
- Ривальта

Пациенту при хроническом неосложненном пиелонефрите рекомендуется выпивать не менее +__+ литров(а) жидкости в сутки

- 1
- 2
- 0,5
- 5

Основными препаратами в лечении хронического пиелонефрита являются

- мочегонные
- антибактериальные
- антигистаминные
- нестероидные противовоспалительные средства

Препаратами выбора при хроническом пиелонефрите, осложненном артериальной гипертензией, являются

- антагонисты кальция
- нитраты
- ингибиторы АПФ
- бета-адреноблокаторы

Длительность антибактериальной терапии при рецидивировании острого неосложненного пиелонефрита легкой степени тяжести составляет +____+ дней

- 5-7
- 21-25
- 3-5
- 10-14

Антисептическими и мочегонными свойствами обладает отвар

- рябины
- крапивы
- пижмы
- брусники

Показанием к хирургическому лечению хронического пиелонефрита является

- обострение хронического пиелонефрита средней степени тяжести
- односторонний нефросклероз с сохраненной функцией почки
- контролируемая вторичная артериальная гипертензия
- карбункул почки

При отсутствии обострений пациенту с хроническим пиелонефритом рекомендована терапия

- антигистаминными препаратами
- нестероидными противовоспалительными средствами
- отварами мочегонных и антисептических трав
- антибактериальными препаратами

Профилактика хронического пиелонефрита включает

- антигистаминными препаратами
- нестероидными противовоспалительными средствами
- отварами мочегонных и антисептических трав
- антибактериальными препаратами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшера вызвали на дом к пациентке 72 лет.

Жалобы

На одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое, боли в прекардиальной области давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке, длительностью от 5 до 7 минут, усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее пациентку спать сидя, неприятные ощущения в правом подреберье, отеки голеней и стоп, учащенное сердцебиение, нарушение ритма, слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 190/110 мм рт. ст. более 20 лет. Около 7 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Два раза в год проходит стационарное лечение, рекомендации по лечению соблюдает. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/сут., апиксабан 2,5 мг 2 раза в сутки, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовала себя удовлетворительно, однако в течение последних 2 недель отмечает постепенное нарастание одышки, отеков, снижение переносимости физической нагрузки. Питательный режим, режим и качественный состав пищи не изменился.

Анамнез жизни

- * Росла и развивалась соответственно возрасту
- * Работала воспитателем в школе
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 14 лет.
- * Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, у отца- сахарный диабет.

* Гинекологический анамнез-менопауза с 49 лет

* Вредные привычки: отрицает

* Аллергоанамнез: неотягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 164 см, вес 80 кг. ИМТ 29,7 кг/м². Кожные покровы бледные. Умеренный 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 180/112 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14х13х11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Количество мочи уменьшено, ночью мочеиспускание 2-3 раза. Стул оформленный, плотный, один раз в 2 дня.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- антигистаминными препаратами
- нестероидными противовоспалительными средствами
- отварами мочегонных и антисептических трав
- антибактериальными препаратами

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- антигистаминными препаратами
- нестероидными противовоспалительными средствами
- отварами мочегонных и антисептических трав
- антибактериальными препаратами

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- антигистаминными препаратами
- нестероидными противовоспалительными средствами
- отварами мочегонных и антисептических трав
- антибактериальными препаратами

Диагноз

Для оценки функционального статуса и эффективности лечения используют

- тест с 6-минутной ходьбой
- определение функции внешнего дыхания
- суточное мониторирование АД
- суточное мониторирование ЧСС

Препаратами выбора в лечении ХСН являются

- ингибиторы АПФ
- блокаторы кальциевых каналов
- бета-адреноблокаторы
- нитраты

К антагонистам альдостерона, применяемым в лечении ХСН относится

- гидрохлоротиазид
- спиронолактон
- торасемид
- фуросемид

Применение лекарственного препарата + _____ + у пациентов с хронической сердечной недостаточностью II-IV функционального класса и сниженной фракцией выброса левого желудочка, способствует развитию декомпенсации

- верапамил
- спиронолактон
- торасемид
- эплеренон

Для установления риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий используют шкалу

- {nbsp}GRACE
- {nbsp}SCORE
- {nbsp}HEART
- {nbsp}CHA2DS2-VASc

У пациентов с ХСН и стенокардией напряжения в качестве антиангинальных препаратов 1-й линии применяют

- бета-адреноблокаторы
- блокаторы кальциевых каналов
- производные нитросорбида
- производные нитроглицерина

Пациенту с ХСН необходимо

- уменьшить потребление соли
- полностью отказаться от физической активности
- употреблять больше жидкости
- употреблять больше углеводов

Одним из основных этиологических факторов развития ХСН является

- артериальная гипертония
- обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия
- клапанный порок сердца
- дилатационная кардиомиопатия

Одной из некардиальных причин декомпенсации СН является

- артериальная гипертония
- обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия
- клапанный порок сердца
- дилатационная кардиомиопатия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшер ФАПа вызван на дом к пациенту Е., 56 лет.

Жалобы

На слабость, выраженную одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке (при вставании с постели, при разговоре), ощущение перебоев в работе сердца, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, постоянные отеки на нижних конечностях.

Анамнез заболевания

В апреле 2017 года перенес крупноочаговый инфаркт миокарда, по поводу чего лечился в кардиологическом отделении. Ежегодно проходит стационарное лечение в отделениях кардиологии и аритмологии.

Анамнез жизни

- рос и развивался нормально
- профессия: повар
- перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендектомия
- наследственность: отец перенес несколько инфарктов миокарда, у матери гипертоническая болезнь
- вредные привычки: курит, алкоголь употребляет умеренно
- аллергоанамнез: без особенностей

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Лежит с поднятым изголовьем. При осмотре лица определяется акроцианоз. ЧДД до 30 в мин. Над всей поверхностью легких при перкуссии звук с коробочным оттенком. При аускультации легких дыхание ослабленное, везикулярное, в нижних отделах единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс аритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения, 102 в мин. Левая граница относительной тупости сердца на 2 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Частота сердечных сокращений 116 в мин., пульс – 100 ударов в минуту. АД 140/60. Живот увеличен в объеме, имеет форму «лягушачьего». Перкуторно в отлогих местах живота определяется тупость. Печень на 7 см выступает от края реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотноэластичной консистенции,

безболезненная с заостренным краем. Селезенка не увеличена. Массивные отеки нижних конечностей, отечность в области крестца. Стул и диурез в норме.

Биологическими маркерами хронической сердечной недостаточности являются

- артериальная гипертония
- обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия
- клапанный порок сердца
- дилатационная кардиомиопатия

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза ХСН инструментальному методу обследования относится

- артериальная гипертония
- обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия
- клапанный порок сердца
- дилатационная кардиомиопатия

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании жалоб, физикального обследования, лабораторных и инструментальных исследований?

- артериальная гипертония
- обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия
- клапанный порок сердца
- дилатационная кардиомиопатия

Диагноз

Основными причинами развития ХСН (левожелудочковой) являются

- артериальная гипертония (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС)
- хронический бронхит и хронический гепатит
- хронический пиелонефрит и хронический гломерулонефрит
- язвенная болезнь желудка и хронический панкреатит

Признаками застоя по малому кругу кровообращения являются

- ортопноэ, влажные незвонкие хрипы в легких
- смешанная одышка, шум трения плевры, сухие хрипы
- смешанная одышка, крепитация, шум трения плевры
- экспираторная одышка, сухие свистящие хрипы

Признаками застоя по большому кругу кровообращения являются

- увеличение печени, двусторонние периферические отеки, асцит
- одышка смешанного генеза, нарушение ритма
- учащенное мочеиспускание, боли в поясничной области
- интенсивные боли за грудиной, нарушение ритма

При комбинации применения антагонистов альдостерона с иАПФ/АРА и бета-адреноблокаторами развивается

- гиперкалиемия
- гипонатриемия
- гипернатриемия
- гипокалиемия

Для устранения симптомов, связанных с задержкой жидкости у пациентов с ХСН используют

- бета - блокаторы
- антагонисты кальция
- диуретики
- ингибиторы АПФ

При применении ингибиторов АПФ часто возникает индивидуальная непереносимость в виде

- кашля
- головной боли
- отеков нижних конечностей
- дизурии

В составе комбинированной терапии для лечения всем пациентам с симптоматической сердечной недостаточностью (ФК II-IV) назначают

- нестероидные противовоспалительные, антибактериальные препараты
- ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы и альдостерона антагонисты
- холеретики, H₂ – блокаторы гистаминных рецепторов
- ингибиторы протонной помпы, ферментные препараты

В успешном лечении ХСН имеет значение модификация факторов риска, таких как

- отказ от употребления белковой пищи
- обильное питье
- отказ от курения, ограничение поваренной соли
- интенсивная физическая нагрузка

За пациентами с компенсированной хронической сердечной недостаточностью ведет наблюдение врач

- отказ от употребления белковой пищи
- обильное питье
- отказ от курения, ограничение поваренной соли
- интенсивная физическая нагрузка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру ФАП на прием обратился мужчина 55 лет.

Жалобы

На слабость, неприятные ощущения в области правого подреберья, тошноту, отрыжку, вздутие живота, неустойчивость стула, периодически кожный зуд.

Анамнез заболевания

Свое заболевание ни с чем не связывает, ухудшение состояния отмечает около 2-х недель. В питании себя не ограничивал, любит острое, жирное и соленое. По совету жены начал принимать ферменты (мезим форте) и эспумизан. Особого улучшения не отметил. Из заболеваний пищеварительной системы отмечает хронический гастрит и в 15 лет вирусный гепатит А.

Анамнез жизни

Других хронических заболеваний, кроме выше указанных не отмечает. Не курит, алкоголь употребляет, как считает умеренно, но не отрицает почти ежедневного употребления пива и 2-3 раза в неделю крепких напитков. Наследственность не известна – воспитывался в детдоме с раннего детства. Аллергию отрицает. Профессиональных вредностей нет. Женат, имеет двух взрослых детей. Бытовые условия хорошие.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 85 кг, ИМТ=28. Лицо гиперемировано, наблюдается расширение сосудов носа и склер, на коже конечностей видны расчесы. Тремор век, тремор пальцев рук. Гинекомастия. Мышечный тонус в руках снижен. Грудная клетка правильной формы, перкуторно легочной звук, дыхание везикулярное. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия 88 в мин., АД 140/100 мм рт.ст. Язык влажный, обложен бело-коричневым налетом, околоушные слюнные железы увеличены. Живот увеличен в размерах, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. На коже грудной клетки определяются яркие сосудистые звездочки. Пальпаторно и перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Печень увеличена, выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Край плотный, округлый. Мочеиспускание не нарушено, стул ежедневный, кашицеобразный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются методы, определяющие

- отказ от употребления белковой пищи
- обильное питье
- отказ от курения, ограничение поваренной соли
- интенсивная физическая нагрузка

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза на амбулаторном этапе инструментальным методам обследования относят

- отказ от употребления белковой пищи
- обильное питье
- отказ от курения, ограничение поваренной соли
- интенсивная физическая нагрузка

Результаты инструментального метода обследования

В результате анализа жалоб, анамнеза и данных объективного обследования пациенту можно поставить предварительный диагноз

- отказ от употребления белковой пищи
- обильное питье
- отказ от курения, ограничение поваренной соли
- интенсивная физическая нагрузка

Диагноз

Основным клиническим проявлением портальной гипертензии является

- телеангиэктазия
- варикозное расширение вен пищевода и желудка
- наличие «печеночных» ладоней
- отеки

При холестатическом варианте цирроза печени в комплексное лечение рекомендуют включать

- эссенциале
- урсодезоксихолевую кислоту
- метадоксин
- адеметионин

+ _____ + это клинические проявления минимальной энцефалопатии

- Апатия, неадекватное поведение, атаксия
- Сонливость, снижение внимания, нарушение почерка
- Дезориентация, агрессия, астерикс
- Отсутствие сознания, арефлексия

Осложнением цирроза печени, ухудшающим прогноз заболевания является

- реактивный панкреатит
- кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка
- тромбоз воротной вены
- образование камней в желчном пузыре

Тактика лечения асцита 1 степени

- включает использование альбумина
- включает назначение спиронолактона
- подразумевает трансплантацию печени
- не требует назначения диеты с ограничением соли

Суточное количество белка в диете при энцефалопатии 2 - 3 стадии должно составлять не менее + _____ + г/сут

- 60

- 40
- 50
- 35

Впервые выявленных пациенты с АБП первый год наблюдаются 1 раз в +____+ месяца

- 4
- 1,5
- 2
- 3

В общем анализе крови при алкоголизме возможно определение

- макроцитарной анемии
- железодефицитной анемии
- нейтрофильного лейкоцитоза
- эозинофилии

Реабилитация при циррозе включает

- макроцитарной анемии
- железодефицитной анемии
- нейтрофильного лейкоцитоза
- эозинофилии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Фельдшера вызвали на дом к пациенту 22 лет.

Жалобы

На температуру до 38,2°C, озноб, слабость, потливость, периодически возникающую тошноту и однократную рвоту, неприятные ощущения в правом и левом подреберьях.

Анамнез заболевания

Подобные симптомы беспокоят в течении 3х месяцев, состояние связывает с переохлаждением.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту
- * Профессия: не работает
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции
- * Наследственность: неотягощена.
- * Вредные привычки: отрицает
- * Аллергоанамнез: аллергия на пенициллин

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, истощен. Температура 38,2°C. Рост 177 см, масса тела 57 кг. Кожные покровы бледные с серовато-желтым оттенком. На внутренних поверхностях обоих предплечий отмечаются следы многочисленных инъекций, небольшие шрамы. При детальном расспросе пациент сообщил о внутривенном употреблении наркотических веществ в течении последнего года. +

На конъюнктиве и слизистой рта единичные петехиальные геморрагические высыпания. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы по всем полям, ЧДД 26 в 1 мин. Верхушечный толчок пальпируется по левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье, разлитой, усиленный. Границы относительной сердечной тупости; правая – в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя – по левой срединно-ключичной линии на уровне 3 ребра, левая – в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, совпадает с верхушечным толчком. 1 тон умеренно ослаблен, ритм правильный, ЧСС 102 в 1 мин, АД 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом и левом подреберьях. Печень выстоит из-под края реберной дуги на 1 см, край плотноватый, закругленный, умеренно болезненный, селезенка 18x12 см. При посеве крови на стерильность обнаружен золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*), устойчивый к оксациллину

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- макроцитарной анемии
- железодефицитной анемии
- нейтрофильного лейкоцитоза
- эозинофилии

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- макроцитарной анемии
- железодефицитной анемии
- нейтрофильного лейкоцитоза
- эозинофилии

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- макроцитарной анемии
- железодефицитной анемии
- нейтрофильного лейкоцитоза
- эозинофилии

Диагноз

Фактором риска развития инфекционного эндокардита у данного пациента является

- ревматическое поражение аортального клапана
- внутривенное употребление наркотиков
- стоматологическая операция
- протез аортального клапана

Продолжительность антибактериальной терапии при поражении непротезированного клапана при инфекционном эндокардите, вызванном стафилококком, составляет

- 6 недель
- 4 недели
- 2 недели
- 10 дней

Антибактериальным препаратом для лечения данного пациента является

- цефтриаксон
- ампициллин
- оксациллин
- ванкомицин

Антибактериальная терапия при подтвержденном остром эндокардите начинается

- через 24 часа
- через 12 часов
- немедленно
- через 48 часов

Всем пациентам с инфекционным эндокардитом необходима консультация

- гастроэнтеролога
- нефролога
- невролога
- сердечно-сосудистого хирурга

Показанием к оперативному лечению является инфекционный эндокардит

- без поражения клапанов
- левых отделов, вызванный золотистым стафилококком
- правых отделов, вызванный стрептококком
- с незначительными вегетациями на клапанах

Опасным для жизни осложнением инфекционного эндокардита является

- гепатит
- эмболия
- пневмония
- нефрит

Контрольная ЭхоКГ проводится через +__+ , +__+ , +__+ месяцев после оперативного вмешательства

- 3; 6; 12
- 1; 2; 6
- 2; 4; 6

- 3; 6; 10

Одной из мер профилактики повторного развития инфекционного эндокардита является

- 3; 6; 12
- 1; 2; 6
- 2; 4; 6
- 3; 6; 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 20 лет обратилась на прием к фельдшеру ФАПа.

Жалобы

На умеренные кровянистые выделения из половых путей с неприятным запахом в течение 3 дней, тянущие боли в нижних отделах живота, повышение температуры до 37,5 °С градусов по вечерам.

Анамнез заболевания

6 дней назад произошли осложненные роды при первой беременности 36 недель, монохориальная диамниотическая двойня, преждевременное излитие околоплодных вод, умеренная преэклампсия. Течение послеродового периода без особенностей. Выписана домой на седьмой день после родов. Вечером на седьмой день после родов появился неприятный запах выделений из половых путей, субфебрильная температура, тянущие боли внизу живота.

Анамнез жизни

Детские инфекционные заболевания: ветряная оспа в 2 года, ОРВИ. +

Хронические соматические и инфекционные заболевания: отрицает. +

Наследственность: неотягощена. +

Аллергологический анамнез: неотягощен. +

Группа крови и резус фактор: В (III) Rh{plus} +

Вредные привычки: отрицает. +

Профессия: инструктор по фитнесу. +

Менархе в 11 лет. Менструации регулярные, через 28 дней, по 4 дня, умеренные, безболезненные. +

Проживает постоянно в отдельной квартире с мужем. +

Гинекологические заболевания: отрицает. +

Беременность одна, закончилась преждевременными родами в 36 недель рождением близнецов.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 165 см. Температура тела 37,6°С. +

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. +

Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотноэластической консистенции, безболезненные. +

Молочные железы умеренно нагрудные. Соски правильной формы, чистые. +

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины

грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. +
Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. +
Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 85 уд в мин, АД 120/80 мм рт. ст. +
Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

При физикальном обследовании роженицы необходимо провести пальпацию

- 3; 6; 12
- 1; 2; 6
- 2; 4; 6
- 3; 6; 10

Результаты обследования

Обследование пациентки следует продолжить проведением специального + _____ + исследования

- 3; 6; 12
- 1; 2; 6
- 2; 4; 6
- 3; 6; 10

Результаты обследования

У пациентки можно предположить диагноз

- 3; 6; 12
- 1; 2; 6
- 2; 4; 6
- 3; 6; 10

Диагноз

Следует направить пациентку для дополнительного обследования и лечения в

- гинекологическое отделение ЦРБ машиной скорой помощи
- терапевтическое отделение ЦРБ
- женскую консультацию
- гинекологическое отделение ОКБ машиной скорой помощи

На догоспитальном этапе с целью уменьшения кровопотери и боли у пациентки можно использовать

- пузырь со льдом
- анальгетики
- утеротоники
- седативные препараты

Инструментальным методом исследования для постановки окончательного диагноза является

- пузырь со льдом
- анальгетики
- утеротоники
- седативные препараты

Результаты инструментального метода обследования

Для определения возбудителя, его количественных характеристик и чувствительности к антибиотикам рекомендуется провести + _____ + исследование

- пузырь со льдом
- анальгетики
- утеротоники
- седативные препараты

Результаты обследования

Главным компонентом общего лечения послеродового эндометрита является + _____ + терапия

- антикоагулянтная
- антибактериальная
- иммунологическая
- противопROTOZOИДная

Грудное вскармливание у данной пациентки на период антибактериальной терапии рекомендовано

- проводить, сцеживая молоко
- не прекращать
- заменить прикормом
- временно прекратить

Основанием для вакуум-аспирации полости матки при послеродовом эндометрите могут быть остатки

- плодного яйца
- внутриматочной спирали
- плацентарной ткани
- операционного тампона

После выписки из стационара данной пациентке показано наблюдение в женской консультации по + ____ + диспансерной группе

- 2
- 1

- 3
- 0

При очередном посещении ФАПа пациентку необходимо проконсультировать по методам + _____ + с учетом рекомендаций кормящим женщинам

- 2
- 1
- 3
- 0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К фельдшеру общей врачебной практики на прием обратился подросток 15 лет, с родителями.

Жалобы

На приступообразные, сверлящие боли в животе. Периодически головная боль. Стал раздражительным, обидчивым, не справляется с нагрузкой в школе.

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят в течении 2-х недель. Боли на голодный желудок. Частые ночные боли. Облегчение приносит прием пищи. Периодически отрыжка, иногда тошнота. Аппетит снижен.

Анамнез жизни

Ребёнок от первой беременности, срочных самостоятельных родов. Масса при рождении 3300 г, рост 53 см. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Учится в физико-математической школе, посещает секцию лыж. Респираторные заболевания редкие. Из семейного анамнеза выяснено, что у бабушки по линии отца язвенная болезнь желудка.

Объективный статус

Самочувствие удовлетворительное. Рост 160 см. Масса тела 44 кг. Кожные покровы чистые, выражена потливость ладоней и стоп, красный, стойкий дермографизм. Подкожно-жировой слой умеренный. Лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание не нарушено. Дыхание над лёгкими везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 20 в 1 минуту. Тоны сердца средней звучности, ясные, дыхательная аритмия. ЧСС - 62-80 в 1 минуту. А/Д 115/65 мм рт. ст. на обеих руках. Язык обложен неплотным налётом белого цвета. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области эпигастрия, проекции пилорoduоденальной зоны, положительный симптом Менделя. . Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край закруглен. Симптомы холепатии (Мерфи, Ортнера, Кера) положительные. Стул неустойчивый. Мочеиспускание не нарушено.

Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 2
- 1
- 3
- 0

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза необходимыми инструментальными методами обследования являются

- 2
- 1
- 3
- 0

Результаты инструментальных методов обследования

Основным неинвазивным тестом для уточнения диагноза и определения терапевтического подхода язвенной болезни является

- иммуноаллергособентный тест
- интрагастральная рН-метрия
- уреазный дыхательный тест
- десмоидная проба

Учитывая анамнез, клинические симптомы, лабораторные и инструментальные методы обследования больному можно поставить диагноз

- иммуноаллергособентный тест
- интрагастральная рН-метрия
- уреазный дыхательный тест
- десмоидная проба

Диагноз

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта
- кишечной инфекцией
- острым гастроуденитом
- заболеваниями сердечно-сосудистой системы

При язвенной болезни, ассоциированной с *H. pylori* с лечебной целью рекомендовано проведение

- витаминотерапии
- физиотерапии
- диетотерапии
- эрадикационной терапии

С целью ускорения заживления язв всем пациентам с язвенной болезнью рекомендуется

- массаж
- витаминотерапия
- диетотерапия

- голодание

В качестве терапии первой линии, в большинстве случаев, можно использовать стандартную тройную терапию

- омепразол, висмута субцитрат, квамател
- эзомепразол, амоксициллин, кларитромицин
- омепразол, висмута субцитрат, амоксициллин
- омепразол, висмута субцитрат, джозамицин

Продолжительность лечения инфекции *H. pylori* должна составлять + _____ + дней

- 14
- 7
- 10
- 21

Контроль эффективности эрадикации определяется не ранее чем через + _____ + недель после окончания лечения антибактериальными препаратами системного действия

- 4 - 6
- 8 - 9
- 7 - 8
- 2 - 3

Санаторно-курортное лечение рекомендуется рассмотреть после купирования обострения язвенного процесса, обычно через + _____ + месяца после обострения

- 6-7
- 11-12
- 2-3
- 4-5

Снятие с диспансерного учета возможно при полной ремиссии в течение + _____ + лет от начала заболевания или обострения

- 6-7
- 11-12
- 2-3
- 4-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На ФАП обратился мужчина, 36 лет.

Жалобы

На боли в эпигастральной области, через 40 минут после еды, боли проходят после приема Альмагеля, отрыжку кислым.

Анамнез заболевания

Впервые боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи появились два года назад, после длительной командировки. Лечился самостоятельно, принимал омепразол, альмагель, с улучшением. Ухудшение состояния было прошлой осенью и весной, лечился так же, за медицинской помощью не обращался. Настоящее ухудшение два дня назад, связывает со стрессовой ситуацией, боли значительно сильнее, чем в предыдущий раз, появилась отрыжка кислым.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался соответственно возрасту.
- * Профессия: инженер-строитель.
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 25 лет.
- * Наследственность: у матери –гипертоническая болезнь, у отца- язвенная болезнь 12 перстной кишки.
- * Вредные привычки: курит в течение 7 лет 5-7 сигарет в день.
- * Аллергоанамнез: неотягощен.
- * Режим питания не соблюдает, ограничивает употребление острой и грубой пищи в связи с появлением дискомфорта в эпигастрии.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура 36, 2°C. Рост 185 см, масса тела 82 кг. ИМТ 23,9 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, ладони холодные, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Область сердца визуально не изменена, Граница относительной сердечной тупости в пределах нормы, АД 112/75 мм рт. ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, 61 в минуту. Язык у корня умеренно обложен беловатым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренная точечная болезненность в эпигастральной области, чуть левее срединной линии, на 6 см ниже мечевидного отростка. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 6-7
- 11-12
- 2-3
- 4-5

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- 6-7
- 11-12
- 2-3
- 4-5

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективных методов обследования, больному можно поставить предварительный диагноз

- 6-7
- 11-12
- 2-3
- 4-5

Диагноз

Ведущей причиной развития язвенной болезни является инфицирование

- Escherichia coli
- Helicobacter pylori
- Shigella sonnei
- Shigella flexneri

Кратность приема пищи в период обострения язвенной болезни составляет + _____ + раз(а) в день

- 5-6
- 8-9
- 3-4
- 2-3

В период обострения пациентам противопоказано употреблять в пищу

- рыбное суфле
- паровые котлеты
- отварное мясо
- крепкие мясные бульоны

Пациентам с обострением язвенной болезни в качестве базисной терапии рекомендуется назначение

- антигистаминных средств
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- ингибиторов протонной помпы
- нестероидных противовоспалительных средств

К ингибиторам протонной помпы относится лекарственный препарат

- рабепразол
- фамотидин
- лоратадин
- ранитидин

Продолжительность терапии ингибиторами протонной помпы при обострении язвенной болезни составляет + _____ + недель(и)

- 4-6
- 2-3
- 1-2

- 10-12

Пациентам с язвенной болезнью, с положительными результатами тестирования на инфекцию *H. pylori* с целью профилактики последующих рецидивов заболевания рекомендуется стандартная тройная терапия, которая включает ингибитор протонного насоса (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин{asterisk}{asterisk} (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин{asterisk}{asterisk} (1000 мг 2 раза в сутки), усиленная висмута трикалия дицитратом{asterisk}{asterisk} (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) на +_____+ дней

- 5
- 6
- 14
- 20

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка проводится в течение +_____+ года(лет) с момента последнего обострения

- 7
- 5
- 1
- 3

_ {nbsp} *H. pylori* _ - негативные язвы чаще всего бывают обусловлены приемом + _____ + лекарственных препаратов

- антигистаминных
- гипотензивных
- нестероидных противовоспалительных
- антиаритмических