**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной 54 года, в настоящее время работает в горячем цеху металлургом, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

**Жалобы**

На повышение температуры до 39,5°С, ночную потливость, резкую слабость, длительный сухой с небольшим количеством слизистой мокроты, иногда с прожилками крови, боль в грудной клетке, похудел за последние 6 месяцев на 8 кг.

**Анамнез заболевания**

В течение последних 6 месяцев, отмечает ухудшение состояния с нарастанием вышеперечисленных симптомов

2 недели назад обратился к участковому врачу-терапевту, при обследовании в поликлинике была заподозрена пневмония, назначено лечение антибиотиками широкого спектра действия.

После 2 недель лечения отмечался незначительный клинический эффект: температура снизилась до субфебрильной, однако сохранялись слабость, кашель периодически с прожилками крови, болезненность в грудной клетке слева, выраженная потливость, снижение аппетита.

Рентгенологическая картина в легких оставалась после лечения без динамики.

Направлен на прием к фтизиатру в противотуберкулезный диспансер.

**Анамнез жизни**

Рос и развивался соответственно возрасту, данные характера туберкулиновой чувствительности в школьные годы были положительными, однако курсы химиопрофилактики не проходил, выявлялась наклонность к частым простудным заболеваниям.

Флюорографическое обследование органов грудной клетки проходил нерегулярно.

Перенесенные заболевания: частые простудные заболевания, хронический бронхит, язвенная болезнь желудка.

Вредные привычки: курит с 17 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь - редко.

Проживает в 2х-комнатной квартире с супругой и дочерью 15 лет.

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 65 кг. Температура 37,2°С. Кожные покровы бледные, повышенной влажности, мышечный и кожный тургор снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные.

Грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД 17 в минуту.

При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в надключичном и межлопаточном пространствах слева.

При аускультации – дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка.

Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 88 ударов в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

При исследовании мокроты 3-х кратно по Цилю-Нильсену – обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУМ), исследование методом GeneXpert не установлена ЛУ к R.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 10 мм, диаскинтест – папула 6 мм.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются (выберите 3)

двукратное молекулярно-генетическое исследования на наличие маркеров ДНК МБТ и устойчивости к противотуберкулезным препаратам

двукратное микроскопическое исследование мокроты методом Циля-Нильсена или люминесцентная микроскопия/LED микроскопия; посев на жидкие и плотные питательные среды

диагностическая проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении

Обязательными инструментальными методами обследования при подозрении на туберкулез в условиях противотуберкулезного учреждения являются (выберите 2)

обзорная рентгенография органов грудной клетки

компьютерная томография органов грудной полости

Результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациента оценивают как

положительный

 По данным клинико-рентгенологического обследования пациента, в первую очередь, необходимо предполагать

инфильтративный туберкулез

Респираторная симптоматика, подозрительная на туберкулез органов дыхания, включает

длительный сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке

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

Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье

Осложнением основного заболевания у больного является

кровохарканье

Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется

везикобронхиальным дыханием, могут выслушиваться немногочисленные мелкопузырчатые хрипы

Пациент госпитализирован в противотуберкулезный стационар, где ему назначен \_\_\_\_ режим химиотерапии

I

Данный больной будет находиться на учете по \_\_\_\_\_ группе диспансерного наблюдения

I

На втором месяце лечения получен результат теста на лекарственную чувствительность МБТ на плотных средах, где была выявлена устойчивость к HREKmCm.

Необходима коррекция ХТ путем перевода больного на \_\_\_\_ режим

IV

Длительность лечения больного по IV режиму химиотерапии будет составлять не менее \_\_\_\_ месяцев

20

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной К., 63 лет обратился в поликлинику

**Жалобы**

* на одышку, возникающую при обычной физической нагрузке, проходящую в покое,
* слабость, повышенную утомляемость,
* сердцебиение при физической нагрузке.

**Анамнез заболевания**

Из анамнеза известно, что с 40-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 210/120 мм рт.ст. При обследовании в условиях стационара симптоматический характер гипертонии был исключен, даны рекомендации по коррекции образа жизни, назначены ингибиторы АПФ, от приема которых пациент самостоятельно отказался из-за возникновения мучительного сухого кашля. За назначением альтернативных антигипертензивных препаратов не обращался, мотивируя занятостью. АД регулярно не контролировал. При редких измерениях АД, как правило, составляло более 180/110 мм рт.ст., однако это не вызывало у больного ухудшения общего самочувствия. Около двух лет назад заметил появление немотивированной слабости, утомляемости, что связал с прибавкой массы тела, а также обратил внимание на самопроизвольное снижение цифр АД до 160/90 мм рт.ст. Поводом для обращения к врачу стало появление одышки при ходьбе по лестнице до 2 этажа, сопровождавшейся сердцебиением и слабостью.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался нормально, служил в армии
* Генеральный директор предприятия, отмечает частые стрессы на рабочем месте
* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, аппендэктомия в возрасте 20 лет
* Наследственность:отец, мать и сестра больного страдали артериальной гипертензией.
* Вредные привычки: курит с 18 летнего возраста по 1-1,5 пачки в день, алкоголем не злоупотребляет
* Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: ингибиторы АПФ – сухой кашель.

**Объективный статус**

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 92 кг. ИМТ = 33,7 кг/м2. Окружность живота – 101 см, окружность бедер 90 см. Цианоз губ, акроцианоз. Т 36,4° С. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту.При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации над верхними отделами обоих легких выслушивается жесткое дыхание, ниже углов лопаток дыхание ослаблено, выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по переднеподмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 155/90 мм рт.ст. Пульс 86 ударов в минуту. Живот мягкий, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненный. Размеры печени: 10x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

клинический анализ крови

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

Эхо-КГ

ЭКГ в покое

Какой предполагаемый основной диагноз?

Гипертоническая болезнь III ст, АГ 3 ст, риск ССО очень высокий. ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 45% IIA ст., III ФК NYHA

Для объективной оценки переносимости физических нагрузок, в том числе для уточнения ФК ХСН, а также для оценки эффективности проводимого лечения, больным с ХСН проводят

тест 6-минутной ходьбы

С целью подтверждения диагноза ХСН больному целесообразно определение следующего биохимического показателя

мозгового натрийуретического пептида (МНУП)

Какие изменения на ЭКГ вы наблюдаете у больного

признаки ГЛЖ

Учитывая непереносимость ингибиторов АПФ у больного в качестве препаратов «первой линии» следует использовать

блокаторы рецепторов ангиотензина II

Начальная терапия ХСН у больного должна включать назначение следующих групп препаратов

блокаторов рецепторов ангиотензина+бета-адреноблокаторов+ антагонистов минералокортикоидных рецепторов

Прием антагонистов минералокортикоидных рецепторов (эплеренон, спиронолактон) может неблагоприятно взаимодействовать

блокатором рецепторов ангиотензина

Лечение бета-блокаторами следует начинать с \_\_\_\_\_\_ средней терапевтической дозы

1/8

Диетические рекомендации для больного с декомпенсацией ХСН включают

ограничение потребления соли и жидкости

Уменьшению риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больного могут способствовать

физические тренировки

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 55 лет обратилась к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На боль в лучезапястных суставах, отек и уплотнение кожи кистей, «зябкость», онемение, изменение цвета кончиков пальцев кистей, кожный зуд, одышку при физической нагрузке, затруднение при глотании твердой пищи, изжогу, сухость во рту, общую слабость, сонливость.

**Анамнез заболевания**

Из анамнеза известно, что заболела около 10 лет назад: сначала отметила онемение и припухлость пальцев кистей. Кожа на руках стала «натянутой и блестящей». Периодически отмечала посинение кожи на пальцах кистей и стоп, появление длительно незаживающих язвочек на кончиках пальцев кистей, особенно в зимний период года. Со временем стало трудно открывать рот, появились изжога, сухость во рту. Семь лет назад перенесла двухстороннюю пневмонию, с этого же времени стали беспокоить сухой кашель и одышка при физической нагрузке. Проводилось обследование для исключения туберкулеза: флюорография, диаскин тест – результаты отрицательные.

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась соответственно возрасту
* Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, двухсторонняя внебольничная пневмония 7 лет назад.
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет
* Профессиональных вредностей не имела
* Аллергических реакций не было
* Отец умер от онкологии, у матери длительно гипертоническая болезнь, перенесла мозговой инсульт

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, сухие; отмечается уплотнение кожи пальцев рук. Выраженный синдром Рейно. Красная кайма губ истончена, ротовая апертура уменьшена. На лице и ладонях единичные телеангиэктазии. Болезненность при пальпации лучезапястных и пястно-фаланговых суставов. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Границы сердца расширены влево на 3 см от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается систолический шум на верхушке сердца. АД 135/90 мм рт. ст. ЧСС 80 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул нерегулярный, склонность к запорам.  
У пациентки на руках данные общего анализа крови: гемоглобин 134 г/л, эритроциты 4,2х1012/л, лейкоциты 8,5х109/л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 51%, эозинофилы 3%, лимфоциты 43%, моноциты 2%, тромбоциты 245х109/л, СОЭ 20 мм/час.

Для постановки предварительного диагноза необходимо выполнить (выберите 2)

капилляроскопию

анализ крови на Scl-70 и антицентромерные антитела

Необходимыми для постановки диагноза дополнительными методами обследования являются (выберите 5)

мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки

эхокардиография

спирометрия

эзофагогастродуоденоскопия

электрокардиография

Предположительным основным диагнозом является

Системная склеродермия, лимитированная форма

У пациентки

стадия развернутых клинических проявлений

Проявлениям CREST-синдрома является

синдром Рейно

Для постановки диагноза системной склеродермии используют

классификационные критерии ACR/EULAR

Препаратами первого ряда для лечения феномена Рейно являются

блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда

При необходимости продолжительного лечения феномена Рейно в качестве препаратов первой линии показаны

длительно действующие антагонисты кальция

Для лечения легочной артериальной гипертензии пациентке показано назначение

антагонистов рецепторов эндотелина-1

Для лечения диспептических явлений пациентка принимала омепразол в дозировке 20 мг/сут и метоклопромид 30 мг/сут, в течение 2 х недель, однако, вышеуказанные жалобы сохраняются. Рекомендуется проведение

24-часовой pH-метрии

Начинать лечение системной склеродермии с глюкокортикостеридов в дозе более 15 мг/кг не показано, поскольку

имеется высокий риск развития сколеродермического почечного криза

Одним из редких осложнений системной склеродермии является

туннельный синдром

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка М. 45 лет, обратилась к врачу-терапевту участковому.

**Жалобы**

* на кашель с выделением скудной слизистой мокроты
* на периодические боли в правой половине грудной клетки ноющего характера
* на одышку, возникающую при быстром темпе ходьбы, купирующуюся в покое в течение 2 минут.

**Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы пациентку периодически беспокоят на протяжении двух месяцев, к врачу не обращалась. При устройстве на работу в результате проведения флюорографии были выявлены патологические изменения в области корней легких. В связи чем обратилась к врачу-терапевту участковому по месту жительства.

**Анамнез жизни**

* Домохозяйка
* Профессиональных вредностей не было.
* В детстве развивалась нормально, болела корью
* Бытовые условия у пациентки удовлетворительные, приём пищи регулярный
* Вредные привычки отрицает.
* Аллергические реакции к медикаментам отрицает.
* Наследственность и семейный анамнез не отягощены.
* Предыдущее флюорографическое обследование было 2 года назад — без патологии.

**Объективный статус**

При осмотре общее состояние удовлетворительное, стабильное. Пациентка ориентирована в месте, времени, собственной личности. Температура тела 36,6 градусов С. ИМТ 30 кг/м2. На коже обеих голеней визуализируется узловатая эритема. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная. Перкуторно ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, патологические дыхательные шумы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Пульс 72 уд. в мин, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. ЧСС 75 уд/мин. АД 125/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный, 1 раз в день, оформленный, без примесей крови и слизи.

В перечень лабораторных методов исследования входят (выберите 4)

клинический анализ крови

анализ крови на уровень ангиотензинпревращающего фермента

проба Манту

исследование мокроты

В перечень инструментальных методов исследований входят (выберите 5)

УЗИ сердца

рентгенография органов грудной клетки

фибробронхоскопия

УЗИ органов брюшной полости

компьютерная томография

Диагноз следует сформулировать

Саркоидоз лимфатических узлов, активная фаза

У пациентки наблюдается рентгенологическая картина саркоидоза \_\_ стадии

I

Саркоидоз лимфатических узлов следует дифференцировать с

центральным раком лёгкого

Бессимптомным больным с I стадией саркоидоза рекомендовано/рекомендована

наблюдение без лечения

Лечение преднизолоном (или эквивалентной дозой другого ГКС) назначают в начальной дозе 0,5 мг/кг/сутки на 4 недели, затем дозу снижают до поддерживающей для контроля над симптомами и прогрессированием болезни в течение

6-24 месяцев

ри динамическом наблюдении больных с внутригрудным саркоидозом наиболее информативным методом исследования параметров функционального состояния легких является спирометрия, а также

оценка степени поглощения окиси углерода (DLco)

Спирометрию следует проводить не реже \_\_\_\_\_\_\_\_\_ в активную фазу процесса и ежегодно при последующем наблюдении

1 раза в 3 месяца

При назначении пациенту преднизолона следует контролировать артериальное давление, массу тела, плотность костей, а также

глюкозу крови

Благоприятным прогностическим фактором при саркоидозе является ремиссии более \_\_\_\_\_ (пороговое значение)

3 лет

Со впервые выявленным активным саркоидозом: при положительной динамике, инволюции процесса, положительном ответе на проводимую терапию, состоянии без динамических изменений и при наличии недостаточности органов и систем не более 1 степени, пациент должен в первый(-ые) \_\_\_\_\_ год(-а) посещать врача каждый(-ые) \_\_\_\_\_\_ месяца(-ев),  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1 раз в

1; 3;  
во второй – каждые 6 месяцев, далее; год

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 68 лет обратилась к участковому терапевту.

**Жалобы**

На интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, левую половину шеи, межлопаточное пространство, без эффекта от приема нитроглицерина.

**Анамнез заболевания**

В анамнезе с 50 лет артериальная гипертензия с максимальным подъемом цифр АД до 210/100 мм рт. ст., сопровождающаяся головной болью в затылочной области, общей слабостью. Антигипертензивную терапию принимала нерегулярно. За медицинской помощью по этому поводу не обращалась. Около 2-х лет отмечает давящую боль за грудиной при умеренных физических нагрузках с эффектом от нитроглицерина, с постепенным снижением толерантности к физическим нагрузкам. Сегодня утром по дороге на работу отметила ангинозный приступ без эффекта от нитроглицерина. С момента приема препарата прошло более 9 часов. Обратилась к участковому терапевту.

**Анамнез жизни**

* иные хронические заболевания отрицает;
* курит на протяжении 20 лет по 10 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет;
* профессиональных вредностей не имела;
* аллергических реакций не было.

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Положение активное. Рост 165 см. Вес 82 кг. ИМТ 30,12 кг/м2. Температура тела — 38,5°С. Кожные покровы теплые, повышенной влажности, обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхательных движений —24 в минуту, сатурация SpO2 – 90% без респираторной поддержки. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, патологические шумы не выслушиваются, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление — 180/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову —9х8х7 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Вызвана бригада СМП.

В данной ситуации из инструментальных иследований целесообразно выполнить (выберите 2)

Электрокардиографию

эхокардиографию

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

определение уровня тропонина I или Т

определение уровня МВ-КФК

У пациентки \_\_\_\_\_\_\_ период инфаркта миокарда

острый

При подозрении на инфаркт миокарда нижне-базальной локализации, необходимо

использование дополнительных отведений ЭКГ V7-V9

Для купирования болевого приступа рекомендовано использовать

морфин

У пациентки выраженное беспокойство и возбуждение. Показан

Диазепам

По данным коронарной ангиографии у пациентки внутрикоронарный тромбоз – субокклюзия в бассейне левой коронарной артерии в правой межжелудочковой ветви. Методом реперфузионной терапии, который необходимо провести пациентке, является

чрескожное коронарное вмешательство

Пациентке перед проведением эндоваскулярной реваскуляризации показана терапия комбинацией

ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля

Перед планирующимся проведением чрескожного коронарного вмешательства нагрузочная доза клопидогреля должна составить \_\_\_ (пороговое значение в мг)

600

Рекомендовано продолжать двойную антитромбоцитарную терапию в течение \_\_\_\_\_\_ ( в месяцах)

12

Для стратификации риска неблагоприятного исхода рекомендовано использовать шкалу

 GRACE

В качестве профилактических мероприятий пациентке в первую очередь следует порекомендовать

снижение веса, активной физической нагрузки, отказ от курения

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 35 лет обратился к участковому врачу-терапевту.

**Жалобы**

На повышение температуры до 38,0°С, слабость, кашель со скудной желтоватой мокротой.

**Анамнез заболевания**

Повышение температуры до 38,0°С и кашель с мокротой беспокоят в течение пяти дней. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенес ОРВИ.

**Анамнез жизни**

Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Семейный анамнез не отягощен.

**Объективный статус**

Состояние пациента средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела 38,2°С. При аускультации выслушивается крепитация в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 2)

общий анализ мокроты

общий (клинический) анализ крови развернутый

Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 2)

рентгенографию органов грудной клетки

пульсоксиметрию

Предполагаемым основным диагнозом является

Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого

Течение заболевания следует оценить как

Среднетяжелое

Оптимальная стартовая антибактериальная терапия включает назначение

амоксициллина

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через \_\_\_\_\_\_ часа/часов

48-72

Главным критерием окончания антибактериальной терапии является

стойкая нормализация температуры в течение 48-72 час

Контрольное рентгенологическое исследование после начала антибактериальной терапии следует провести через \_\_\_\_\_\_ дней

10-14

Ориентировочные сроки нетрудоспособности в данном случае составляют \_\_\_\_\_\_\_ день/дней

20-21

Минимальная периодичность диспансерного наблюдения после перенесенной пневмонии \_\_\_\_ раз(а) в год

1

После перенесенной пневмонии необходимо контролировать

SpO2

При отсутствии патологических клинико - рентгенологических признаков в лёгких по окончании диспансерного наблюдении пациент переводится в группу состояния здоровья

I

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной Б., 58 лет, обратился к врачу поликлиники.

**Жалобы**

Жалобы на сильные боли в верхней половине живота на протяжении 2 недель, возникающие преимущественно в ночное время суток, уменьшающиеся после приема пищи; тошноту.

**Анамнез заболевания**

Из истории болезни известно, что впервые вышеописанные боли в эпигастрии появились 16 лет тому назад и в дальнейшем появлялись практически ежегодно. Восемь лет тому назад во время очередного приступа обратился в поликлинику по месту жительства, где при ЭГДС была выявлена язва желудка, назначена противоязвенная терапия, однако, из-за сохранения болей и отсутствия положительной динамики по данным контрольной ЭГДС через 2 недели был госпитализирован в стационар, где лечился еще 1,5 месяца и позже был выписан на амбулаторное долечивание с язвенным дефектом небольших размеров. В дальнейшем при обострении неоднократно госпитализировался, течение болезни отличалось торпидностью.

**Анамнез жизни**

Наследственный анамнез: не отягощен.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: детские инфекции.

**Объективный статус**

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. положение активное. Температура тела 36,7ºС. Кожные покровы смуглые, чистые, эластичные. Тургор кожи удовлетворительный. Периферические л/у не увеличены, отёков нет. Телосложение правильное. ИМТ – 23,7 кг/м2. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные 72 уд/мин АД=120/70 мм рт. ст. Язык розовый чистый, умеренно влажный, сосочковый слой языка выражен. Живот овальной формы, симметричный, принимает активное участие в акте дыхания. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной и околопупочной областях. Симптом Шеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождения прямых мышц живота в области белой линии живота нет. При глубокой скользящей методической пальпации пальпируются сигмовидная, слепая, поперечно- ободочная, восходящий, нисходящий отделы толстого кишечника в виде цилиндра диаметром до 2 см эластичной консистенции, безболезненны.

В план лабораторного обследования пациента нужно включить проведение (выберите 2)

исследования кала на скрытую кровь

клинического анализа крови

Инструментальное обследование пациента с подозрением на неосложненное обострение язвенной болезни должно включать выполнение

эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС)

Принимая во внимание результаты проведенного обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

Язвенная болезнь желудка, НР-ассоциированная. Стадия обострения

В случае появления клинического подозрения на развитие у пациента перфорации ему показано проведение

КТ органов брюшной полости

Пациенту следует рекомендовать употребление в пищу

отварного мяса

Во время проводимого лечения больному противопоказано употребление

пищевых приправ

Пациенту была назначена стандартная трёхкомпонентная схема эрадикационной терапии, которая состоит из

ИПП+амоксициллин+кларитромицин

Продолжительность трёхкомпонентной эрадикационной терапии у данного пациента должна составлять \_\_\_\_\_ день (дней)

14

Учитывая сохранение болевого синдрома на 7-е сутки терапии, рефрактерное течение язвенной болезни в анамнезе, частые обострения и существенный размер язвенного дефекта (1,5-2 см), через неделю от начала лечения целесообразно рассмотреть вопрос о

добавлении Н2-блокаторов

В дальнейшем в качестве вторичной профилактики обострения язвенной болезни пациенту следует рекомендовать избегать приема препаратов из группы

НПВП

Базисная терапия первой линии идиопатической язвенной болезни основана на назначении препарата из группы

ингибиторов протонной помпы

При рефрактерном течении язвенной болезни и возникновении подозрения на наличие у пациента синдрома Золлингера-Эллисона, ему показано проведение исследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в сыворотке крови

Гастрина

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область.

**Анамнез заболевания**

Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Через полчаса после прихода боль не прошла. Больной в срочном порядке в этот же день обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

**Анамнез жизни**

* хронические заболевания отрицает
* курит
* алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имела
* аллергических реакций не было
* отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт.

**Объективный статус**

Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД – 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

сердечные тропонины

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

ЭКГ в 12 отведениях

коронарография

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

ОКС с подъемом ST

Инфаркт миокарда в данном случае следует относить к типу

1

Лечением, наиболее предпочтительным для данного пациента, является

реперфузионная терапия

Наиболее предпочтительным видом немедекаментозной терапии для данного пациента, если он доставлен в лечебное учреждение в течение 1 часа (менее 120 минут), является

чрескожное коронарное вмешательство

Нагрузочная доза ацетилсалициловой кислоты для пациента (если ему экстренно первично будет выполняться чрескожное коронарное вмешательство) составляет

250 мг per os. или 150 мг внутривенно (если per os невозможно)

Анальгетиком для купирования ангинозной боли у пациента является

Морфин

Антикоагулянт, который не рекомендуется для данного пациента при проведении чрескожного коронарного вмешательства, это

фондапаринукс

Пероральной нагрузочной дозой Клопидогреля при первичном чрескожном коронарном вмешательстве является

600 мг

Прием двойной антитромбоцитарной терапии осуществляется в течение

12 месяцев

Рецидивом острого инфаркта миокарда, является событие, развившееся спустя не более чем \_, прошедших с момента первого инфаркта миокарда

28 дней

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 35 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара

**Жалобы**

На лихорадку до 37—38,5oС с ознобами по вечерам, одышку смешанного характера при минимальной физической нагрузке и в горизонтальном положении, сердцебиение, боли в суставах, слабость, головокружение, отсутствие аппетита в течение последнего месяца.

**Анамнез заболевания**

В возрасте 16 лет перенесла тяжёлый тонзилит, после чего стала отмечать появление смешанной одышки при интесивной физической нагрузке, за медицинской помощью не обращалась. В 23 года при обследовании по поводу первой беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Пациентка регулярно у кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Год назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Пять месяцев назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6).

Лихорадку с подъемами температуры до 37,5oС стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5oС, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

**Анамнез жизни**

* иные хронические заболевания отрицает
* не курит, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имела
* аллергических реакций не было

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — 38,5 °С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. Периферических теков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м2. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений —24 в минуту, сатурация SpO2 – 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову —13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеисускание со слов без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

К необходимым в данной ситуации -инструментальным методам исследования относятся (выберите 2)

чреспищеводная допплер-ЭХО-КГ

допплер-ЭХО-КГ

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 5)

исследование крови на гемокультуру

исследование свертываемости крови

общеклинический анализ мочи

общеклинический анализ крови

биохимический анализ крови

Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, активным, острым

Ранним протезным

При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

Джейнуэя

Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

в период подъема температуры тела

На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , римфапицин и генатимицин

ванкомицин

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель(и)

6

Расчётная доза ванкомицина, согласно современным рекомендациям, составит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг/кг внутривенно в сутки в 2-3 введения

30

Расчётная доза гентамицина, согласно современным рекомендациям, составит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг/кг в сутки в/в или в/м в 1-2 введения

3

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель(-и)

6

Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента, согласно современным рекомендациям, потребуется консультация кардиолога, сердечно-сосудистого хирурга и

инфекциониста

После выписки пациентки из стационара с целью профилактики повторного инфекционного эндокардита антиботикопрофилактику следует проводить при

стоматологических процедурах

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациент в возрасте 61 года, обратился к врачу терапевту.

**Жалобы**

 — на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2-х этажей, ходьба менее 100 м);

 —  на постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета;

 — на эпизоды затруднения дыхания, «свистящее» дыхание;

 — на чувство дискомфорта в груди при дыхании;

 — на повышение АД до 180/100 мм рт. ст.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным около 10 лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке. 4-5 раз в год отмечает обострения.

Ухудшение самочувствия отмечает около 3х недель назад, после перенесенного ОРВИ.

**Анамнез жизни**

Пенсионер. Работал механиком. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Курит по 20 сигарет в день на протяжении 35 лет. Принимает Капотен (каптоприл) 25 мг при повышенном АД.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. SaO2- 87%, температура тела 37,2°С. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела – 71 кг, рост – 180 см, ИМТ – 21,9 кг/м2. Кожные покровы цианотичные, без высыпаний.

Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 23 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 108 ударов в минуту, АД – 153/98 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Отеков нет.

Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторными исследованиями, необходимыми пациенту, являются

общий анализ крови

Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются (выберите 2)

рентген органов грудной клетки в прямой проекции

спирометрия

Наиболее верным диагнозом является

Хроническая обструктивная болезнь легких, тяжелое обострение. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН 2

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

бронхиальной астмой, туберкулезом, облитерирующим бронхиолитом, застойной сердечной недостаточностью

Сопутствующим заболеванием у пациента, является артериальная гипертензия \_\_\_ степени, \_\_\_\_\_\_\_\_ риск сердечно-сосудистых осложнений

3; высокий

Базисной терапией для данного пациента является

фиксированная комбинация ИГКС + ДДБА (Тиотропия бромид/олодатерол)

Препаратом для купирования обострения заболевания является

сальбутамол

Основной рекомендацией по нефармакологической терапии для данного пациента является

отказ от курения

Антибактериальными препаратами, необходимыми данному пациенту, являются

макролиды

Пациенту показано проведении вакцинации против

пневмококковой инфекции

Пациент относится к \_\_\_\_\_ группе состояния здоровья

IIIа

Кратность посещения врача пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения составляет \_\_\_ раз(а) в год

1

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Молодой человек 28 лет, обратился к участковому врачу-терапевту.

**Жалобы**

На умеренные приступообразные боли в животе, больше справа, усиливающиеся перед дефекацией и уменьшающиеся после, вздутие живота, учащение стула до 4 раз в сутки, стул жидкий, без патологических примесей, болезненные язвы в ротовой полости, похудение на 7 кг за последние 3 месяца, повышение температуры тела до 370С, преимущественно в вечернее время, слабость.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда после пережитого стресса впервые появились боли в животе. К врачам не обращался, принимал но-шпу с положительным эффектом. Через несколько месяцев боли в животе усилились, стали беспокоить в ночное время, участился стул до 3-4 раз в сутки, повысилась температура тела до 38,50С, появились болезненные язвы в ротовой полости. Вызвал скорую помощь, врачи провели в/в инфузию препарата (название не уточняет), после чего самочувствие улучшилось. Затем в течение 5 дней ходил на работу, сохранялась общая слабость. В связи с сохранением симптомов решил обратиться к участковому терапевту по месту жительства для обследования.

**Анамнез жизни**

Работает менеджером в магазине. У матери язвенная болезнь желудка. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1-2 раз в год), аденоидэктомия в 12 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит в течение 4 лет, 6-7 сигарет в день, алкоголь – некрепкие напитки, раз в 2-3 недели.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести за счет болевого синдрома, слабости. Нормостенический тип конституции. Рост 175 см, вес 72 кг. Температура тела 36,90С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности, отеков нет. При осмотре ротовой полости выявлены единичные афты слизистой оболочки. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 76 уд/мин, ритм правильный. АД 125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной и надлобковой областях; печень, селезенка не увеличены, перкуторно – границы в пределах нормы. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Осмотр per rectum безболезненный, на перчатке кал обычного цвета.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)

биохимический анализ крови

копрограмма

общий анализ крови

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (выберите 2)

колоноскопия

эзофагогастродуоденоскопия

На основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования наиболее вероятным диагнозом является

Болезнь Крона, терминальный илеит

Для формулирования диагноза и определения тактики лечения в первую очередь необходимо определить

тяжесть текущего обострения (атаки)

 Тяжесть атаки у данного пациента

средняя

 Аутоиммунным проявлением, имеющимся у данного пациента, и связанным с активностью заболевания, является/являются

афтозный стоматит

Рациональной диетической рекомендацией пациенту является питание с

повышенным содержанием белка, нормальным количеством жиров, ограничением легкоусвояемых углеводов

В качестве индукции ремиссии данному пациенту показано назначение

глюкокортикостероидов

 После проведенного курса индукционной терапии у пациента достигнута ремиссия заболевания. Поддерживающая противорецидивная терапия включает в себя назначение

иммуносупрессоров

При назначении данному пациенту иммуносупрессоров необходимо контролировать

уровень лейкоцитов и печеночных проб

Основным способом реабилитации пациентов является профилактика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ инфекций

оппортунистических

Прогностически неблагоприятным фактором при болезни Крона является

курение

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка Ш., 64 года, пенсионерка, обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы**

На снижение аппетита; чувство тяжести в эпигастрии, возникающее после приема любой пищи; отрыжку воздухом и вздутие живота; чувство онемения и покалывания в нижних конечностях; периодическая диарея; чувство жжения и онемения на кончике языка; постоянную слабость.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение последних 8-ми месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, снижение аппетита, дискомфорт в эпигастрии после еды, вздутие живота и отрыжку воздухом. В течение последних 6-ти месяцев отмечает разжижение стула.  
При расcпросе выяснено, что 4 года назад пациентке была произведена правосторонняя гемиколонэктомия по поводу дивертикулярной болезни толстой кишки. Пациентка наблюдается у врача гастроэнтеролога и колопроктолога, данных о рецидиве заболевания нет.  
С вышеуказанными жалобами никуда не обращалась, лечение не проходила. За последний год похудела на 5 кг. Ухудшение состояния за последний месяц – усиление всех симптомов, появление чувства жжения и онемения кончика языка, онемения и покалывания в нижних конечностях.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, ветряная оспа в 5 лет. Холецистэктомия – в 53 года.  
Эпиданамнез: Tbc, гепатит, венерические заболевания отрицает. За границу не выезжала. Укусов клещей не было. С инфекционными больными в контакте не была. Сырую воду не пьет. В водоемах не купалась.  
Гемотрансфузии: не проводились.  
Наследственность: не отягощена.  
Аллергологический анамнез: пищевая, лекарственная, химическая аллергия отсутствует.  
Гинекологический анамнез: беременности – 3, роды – 3, аборты – 0. Менопауза с 51 года.  
Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет «редко в малых дозах».  
Проф. анамнез: работала продавщицей хозтоваров, профессиональных вредностей не было.  
Бытовые условия хорошие, питание регулярное, разнообразное, вегетарианской диеты не соблюдает.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное.  
Рост – 165 см, вес – 56 кг, ИМТ – 20,6 кг/м², температура тела – 37,1°С.  
Телосложение – нормостеническое.  
Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, сухие, эластичность снижена.  
Видимые слизистые бледные, чистые. Склеры иктеричны.  
Язык красный, гладкий и блестящий («лакированный»).  
Периферические л/узлы не увеличены.  
Костно-мышечная система: атрофия и слабость мышц верхних и нижних конечностей.  
Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД=130/80 мм рт. ст., Ps=84 уд/мин.  
Легкие – перкуторно легочной звук, дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД – 16 в 1 мин.  
Живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Передненижний край печени – на уровне реберной дуги, закругленный, поверхность эластичная.  
Отмечается пастозность стоп и голеней.

В план обследования пациентки необходимо включить (выберите 5)

исследование морфологии костного мозга

клинический анализ крови

определение уровня витамина В12 в сыворотке крови

биохимический анализ крови

определение уровня фолиевой кислоты в сыворотке крови

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение

эзофагогастродуоденоскопии

Предполагаемым основным диагнозом является: Анемия

В12-дефицитная

Клиническим(- и) проявлением (-ями) фуникулярного миелоза у данной пациентки является/являются

ощущение онемения и покалывания в ногах

Клиническим проявлением поражения системы пищеварения у данной пациентки является

гладкий «лакированный» язык

Наиболее вероятной причиной развития у пациентки В12-дефицитной анемии является

атрофический гастрит

Пациентке показан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ путь введения цианкобаламина

внутримышечный

Ранний контроль эффективности терапии В12-дефицитной анемии по возникновению ретикулоцитарного криза проводится на \_\_\_ сутки от начала лечения

5-7

После начала терапии цианкобаламином повышение уровня гемоглобина ожидается на \_\_\_\_\_ сутки

7-10

 Ежедневная потребность организма человека в витамине В12 составляет \_\_\_\_ мкг

2-4

Показанием для переливания эритроцитарной массы больным В12-дефицитной анемией является

оценка индивидуальных показаний

При невозможности устранить причину развития В12-дефицитной анемии пациенту показано проведение профилактических курсов цианкобаламина, которые проводятся

ежегодно

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной 64 лет обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

На припухание, боль и ограничение движений в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над этими суставами.

**Анамнез заболевания**

8 лет тому назад на фоне относительного благополучия пациент впервые в жизни отметил появление покраснения, отёчности и интенсивных болей в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал, позже стали возникать подобные приступы с вовлечением мелких суставов правой стопы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно пациент замечал безболезненное отхождение с мочой конкрементов желтовато-бурового цвета размером до 3–4 мм.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался нормально.
* Работает бухгалтером.
* Перенесенные заболевания и операции: отрицает.
* Наследственность: не отягощена.
* Аллергологический анамнез: не отягощен.
* Вредные привычки: курит, употребление алкоголя - по 0,3-0,5 мл пива 4-5 раз в неделю, 1-2 раза в неделю употребление крепких алкогольных напитков в количестве, не превышающем 200 мл.

**Объективный статус**

Телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,2 - 0,3 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестит, синевато- багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены.

Лабораторная диагностика пациента должна включать исследование в сыворотке крови уровня

мочевой кислоты

При отсутствии возможности проведения пациенту УЗИ сустава, исследование можно заменить

рентгенографией сустава

На основании полученных результатов пациенту может быть сформулирован диагноз

Подагра

 Стадия болезни у пациента соответствует

острому подагрическому артриту

При появлении подозрений на наличие атипичной локализации тофусов в позвоночнике пациента в план обследования будет необходимо включить проведение

магнитно-резонансной томографии

Для оценки функции почек пациенту необходимо провести определение \_\_\_\_\_\_\_\_\_ сыворотки

креатинина

С целью купирования острого приступа подагры пациенту показано назначение

колхицина

В случае неэффективности стартовой терапии колхицином в средних дозах пациенту будет целесообразно

назначить НПВС

После регресса симптоматики острого подагрического артрита (в случае исключения у пациента нарушения функции почек) ему показано проведение базисной уратснижающей терапии

аллопуринолом

Целевые значения урикемии на фоне поддерживающей уратснижающей терапии у данного пациента должны быть ниже \_\_\_\_\_ мкмоль/л

300

Одним из возможных клинических проявлений подагры является

мочекаменная болезнь

Группа препаратов, не рекомендованных к применению у пациентов с артериальной гипертензией, является

диуретики

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина, 39 лет, обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы**

* Эпизоды одышки, которые могут возникнуть при повседневных физических нагрузках (медленной ходьбе, подъеме на 1 этаж), в т.ч. ночью, при эмоциональных нагрузках. Сопровождаются интенсивным, приступообразным кашлем с легко отделяемой слизистой мокротой в течение всего дня, но преимущественно утром, без запаха и примеси крови.
* Периодически возникают свистящие хрипы.

**Анамнез заболевания**

Впервые вышеперечисленные жалобы появились 2 года назад во время отдыха в санатории в Краснодарском крае, по возвращению домой симптомы исчезли, беспокоил только сухой кашель с трудно отделяемой мокротой. Не обследовалась, лечение не получала.

Настоящее ухудшение заболевания 1 месяц назад, после перенесенного простудного заболевания.

**Анамнез жизни**

* Работает бухгалтером.
* В детстве болела пневмонией, часто болела ОРВИ (1-2 раза в год), после выздоровления длительное время отмечался кашель. В зрелом возрасте после простудных заболеваний так же отмечался длительный кашель, но к специалистам не обращалась.
* Аллергия на кошачью шерсть, проявляется слезотечением.
* Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает.
* Алкоголем не злоупотребляет.
* Не курит и никогда не курила.

**Объективный статус**

Общее состояние больного: средней степени тяжести.

Конституция: гиперстеническая. Рост: 182 см. Вес: 100 кг. ИМТ: 30,19 кг/м2.

Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 уд\м. АД 130\80 мм.рт.ст.

Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову 12х10х8 см.

Стул в норме. Диурез адекватный.

Грудная клетка правильной формы, при пальпации безболезненна. ЧДД 22 в мин. Аускультация легких: дыхание проводится по всем полям. Множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук.

Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 3)

цитологический анализ мокроты

общий анализ крови с лейкоцитарной формулой

специфический Ig E к эпителию кошки в сыворотке крови

Для постановки диагноза необходимо назначить (выберите 2) пульсоксиметрию

спирометрию с бронходилатационным тестом

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Аллергическая бронхиальная астма, средней степени тяжести, персистирующая, неконтролируемая. Сенсибилизация к эпидермальным (шерсть кошки) аллергенам

Мониторинг пиковой скорости выдоха служит для определения

уровня контроля симптомов бронхиальной астмы

В качестве базисной терапии данной пациентке необходимо назначить

низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующие бета агонисты

Снижение объема терапии (переход на ступень вниз) показано при достижении и сохранении стабильного контроля ≥ (пороговое значение)

3-х месяцев

 Для оценки контроля бронхиальной астмы рекомендуется использовать вопросник

ACQ-5 и тест по контролю над астмой (АСТ)

Пациентам при обострении бронхиальной астмы рекомендуется проводить

рентгенографию органов грудной клетки в прямой проекции

Показанием к назначению тиотропия бромида больным с бронхиальной астмой является

наличие хотя бы 1-го обострения, потребовавшего госпитализации

Пациентке необходимо рекомендовать

снизить массу тела, ограничить контакт с аллергеном

Пациентам с бронхиальной астмой средней и тяжелой степенью тяжести рекомендовано проводить вакцинацию

против гриппа и пневмококковой инфекции

Пациентке необходимо обратиться к врачу первичного звена в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_ после выписки

24 часов

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

**Жалобы**

На головную боль, шум в ушах.

**Анамнез заболевания**

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет отмечает повышенное артериальное давление максимально до 180/100 мм рт. ст. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Назначался лизиноприл, отменен в связи с развитием ангионевротического отека. Лечился нерегулярно, при повышении АД принимал моксонидин. Сегодня после тяжелой физической работы (подъем шкафа на 3 этаж) отметил головную боль, шум в ушах. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в стационар с диагнозом «Гипертонический криз», госпитализирован в терапевтическое отделение.

**Анамнез жизни**

Хронические заболевания отрицает. Из хирургических вмешательств – аппендэктомия в 15 лет. Аллергические реакции: на лизиноприл - ангионевротический отек. Наследственность: у отца - гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. Курение: курит в течение 20 лет до 1 пачки сигарет в день. Алкоголь: употребляет практически ежедневно крепкие напитки в пределах 50 г.

**Объективный статус**

Сознание ясное. Нормостенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. ИМТ - 32 кг/м2. Окружность талии – 106 см. Грубой неврологической симптоматики нет. В позе Ромберга неустойчив. Дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 в минуту, АД – 190/110 мм рт. ст. на обеих руках. Живот увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки и висцерального ожирения, мягкий, безболезненный, признаков наличия свободной жидкости в брюшной полости нет. Печень не пальпируется, перкуторно её размеры не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Предварительный диагноз при поступлении пациента в стационар может быть сформулирован как

Гипертоническая болезнь

В план обследования пациента необходимо включить (выберите 3)

определение сывороточного уровня креатинина

общий анализ крови

 определение уровня глюкозы крови

 Обследование мочи пациента должно включать (выберите 2)

расчёт отношения альбумин/креатинин

исследование общего анализа мочи

В инструментальное обследование пациента необходимо включить проведение (выберите 3)

ультразвукового исследования почек

 исследования глазного дна

электрокардиографии

 Зафиксированное при поступлении пациента АД, равное 190/110 мм рт. ст. соответствует \_\_\_\_\_ степени повышения

3

 На основании имеющихся данных проведённого обследования пациенту может быть диагностирована \_\_\_\_\_ стадия гипертонической болезни

II

На основании имеющихся данных проведённого обследования можно установить, что 10-и летний сердечно-сосудистый риск пациента

высокий

Модификация жизни для этого пациента должна включать

снижение массы тела

Модификацию диеты пациенту следует начать с ограничения потребления

поваренной соли

 При подборе стартовой плановой терапии пациенту показано отказаться от назначения

ингибиторов АПФ

Учитывая выявленные изменения в физикальном статусе (абдоминальное ожирение) и результатах УЗИ (жировой гепатоз) пациенту целесообразно дообследование для определения

липидного спектра крови

 Подагра является абсолютным противопоказанием для назначения

тиазидных диуретиков

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 48 лет обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

* выраженная боль в правом коленном суставе, постоянного характера, усиливающаяся после физической нагрузки и ослабевающая в покое (выраженность боли по визуальной аналоговой шкале 6 баллов),сопровождающаяся утренней скованностью около 15 минут,
* ограничение подвижности в суставе,
* появление «хруста», «треска» при резких движениях в правом коленном суставе.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились боли в правом коленном суставе. Свое заболевание связывает с профессиональным спортом в молодости, травмой сустава. Сначала боли носили умеренный характер и возникали после физической нагрузки, затем приобрели выраженный характер, появилось ограничение в движении в правом коленном суставе. За медицинской помощью с данными симптомами ранее не обращался.

**Анамнез жизни**

* Работает тренером в детско-юношеской спортивной школе.
* Семейный анамнез: без особенностей.
* Аллергических реакций не было.
* Из перенесенных заболеваний: полгода назад выставлен диагноз: "функциональная диспепсия, ассоциированная с H.pylori", от эрадикации отказался.
* Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает.
* Не курит, алкоголь не употребляет.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Рост 176, вес 98 кг (ИМТ 31,6 кг/м2). Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 движений в минуту.

Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные. Патологических шумов нет. Границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 80 уд/мин.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не изменен.

Костно-мышечная система: контуры правого коленного сустава сглажены, отечны, определяется болезненность при пальпации, при активных и пассивных движениях.

Для выявления воспаления необходимо исследовать (выберите 2)

СОЭ

с-реактивный протеин

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

небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты

 Наиболее вероятным диагнозом является

Остеоартрит

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

II

Пациенту можно выставить \_\_\_\_\_\_\_ функциональный класс

II

 Из нефармакологических методов лечения больному показано

снижение массы тела

Предпочтительным препаратом является

нестероидный противовоспалительный препарат

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

общий анализ крови и мочи, креатинин сыворотки крови, сывороточные трансаминазы

Препаратом выбора из группы нестероидных противовоспалительных препаратов у данного пациента является

нимесулид

Предпочтительно использовать НПВП

перорально

При персистировании воспаления возможно внутрисуставное введение глюкокортикоидов в количестве \_\_\_\_\_\_\_ инъекций в год

2-3

К симптоматическим лекарственным средствам медленного действия относятся

глюкозамин, хондроитин сульфат

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной А. 66 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту

**Жалобы**

* на одышку, возникающую при умеренной физической нагрузке,
* отеки голеней и стоп,
* слабость, повышенную утомляемость,
* сухость во рту, жажду,
* дискомфорт в правом подреберье

**Анамнез заболевания**

Около 10 лет отмечает эпизоды повышения АД максимально до 160/90 мм рт.ст. 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда, протекавший без интенсивного болевого синдрома, но с выраженной одышкой и слабостью, по поводу которого лечился стационарно, консервативно.Тогда же впервые была выявлена гипергликемия натощак, при дальнейшем обследовании установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. В настоящее время получает терапию лозартаном 50 мг/сут., кардиомагнилом 75 мг/сут., аторвастатином 20 мг/сут., метопрололом 25 мг/сут., на фоне чего приступы стенокардии не рецидивируют, АД варьирует в диапазоне 120-140/70-80 мм рт.ст. Сахароснижающие препараты не получает, диету старается соблюдать, проводит самоконтроль гликемии, которая составляет 6,5-7 ммоль/л натощак, до 9 ммоль/л постпрандиально. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с перенесенной ОРВИ, которую лечил «народными средствами», в том числе употребляя до 2 л чая с лимоном и медом.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался нормально
* Работал мастером по металлу
* Вредные привычки отрицает
* Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 77 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, СД 2 типа, умерла в 80 лет.

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Рост 175 см, вес 82 кг. ИМТ 26,7 кг/м2. Кожные покровы бледно-розовые. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов, голеней. T тела 36,90С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук, в нижних отделах с обеих сторон ниже углов лопаток – притупление перкуторного звука, там же аускультативно ослабление дыхания, выслушиваются единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. В верхних отделах легких выслушивается жесткое дыхание. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Пульс 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11x10x8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

биохимический анализ крови

натрийуретические пептиды

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

Эхо-КГ

 ЭКГв покое

Какой предполагаемый диагноз?

ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ трехлетней давности). Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликозилированного гемоглобина < 8%. ХСНпФВ ЛЖ 46%, IIБ ст., IIФК NYHA

Для определения адекватности сахароснижающей терапии у пациента необходимо определение

НbА1с = 7,6%

Препаратом выбора в лечении сахарного диабета у данного больного, страдающего ХСН, является

метформин

 В стандартной терапии бета-адреноблокатором, аспирином, статинами при наличии у больного ХСН и сахарного диабета, блокатор рецепторов ангиотензина целесообразно заменить на

ингибитор АПФ

У пациентов с хронической сердечной недостаточностью и нарушением функции почек при выборе ингибитора АПФ следует отдать предпочтение

фозиноприлу

Тактика терапии бета-блокаторами, наиболее целесообразная в отношении данного больного, страдающего сахарным диабетом, заключается в

замене метопролола на бисопролол, карведилол или небиволол

При замене у данного пациента метопролола, принимавшегося в дозе 25 мг в сутки, на бисопролол необходимо рекомендовать начальную дозу последнего равную \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг

2,5

 У данного больного при приеме бета-адреноблокаторов возможно развитие такого побочного эффекта, как

гипогликемия/сокрытие признаков гипогликемии

 Учитывая признаки застойных явлений у данного пациента, такому больному необходимо назначить

торасемид

Наиболее простым клиническим показателем эффективности диуретической терапии у больных хронической сердечной недостаточностью является

снижение массы тела

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной Д., 47 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

**Жалобы**

На периодические ноющие боли в подложечной области, которые возникают через полчаса–час после еды. Последнее время появились неприятные ощущения за грудиной, конкретизировать их не может, связи с физической нагрузкой не отмечает.

**Анамнез заболевания**

Впервые ноющие боли в подложечной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. По рекомендации тещи при болях принимал омепразол с положительным эффектом. На фоне стресса сильно поправился. Несколько недель назад появились неприятные ощущения за грудиной, провоцирующий фактор их возникновения определить не может, связи с физической нагрузкой не отмечает, рекомендованная родственницей настойка пустырника – без положительного эффекта.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у отца в возрасте 53 лет – инфаркт миокарда, у матери – хронический гастрит. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6о С. Больной гиперстенического телосложения, признаки абдоминального ожирения. Рост 182, вес 108 кг, ИМТ - 32.6 кг/м2, ОТ 136 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Обязательными лабораторными методами обследования данного пациента являются (выберите 3)

липидный профиль сыворотки крови

анализ кала на скрытую кровь

клинический анализ крови

Первым этапом инструментальной диагностики будет выполнение (выберите 4)

регистрации ЭКГ в 12 отведениях

ЭГДС

Эхо-КГ

пробы с физической нагрузкой

Для верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо

исследование на наличие инфекции H.pylori

Укажите причину неприятных ощущений за грудиной у данного пациента

ГЭРБ

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинических данных и инструментальных методов обследования?

Основное заболевание: ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии; хронический Helicobacter pylori-ассоциированный гастрит в фазе обострения; язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва малой кривизны желудка диаметром 7 мм); сопутствующее: Ожирение I ст

Лечение необходимое данному пациенту включает назначение

тройной схемы эрадикации Helicobacter pylori + прокинетик в стандартной дозе

К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

Итоприд

В России схемой первой линии эрадикационной терапии Helicobacter pylori является схема

ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки) + амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки)

Минимальная продолжительность приема ингибитора протонной помпы для достижения заживления язвенного дефекта составляет

4-6 недель

Помимо уреазного дыхательного теста для контроля эрадикации H. pylori рекомендовано применять

определение антигена H. pylori в кале

Методом, позволяющим верифицировать диагноз ГЭРБ является

внутрипищеводная суточная рН-метрия

Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ будет

повторные кровотечения

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 52 года на приеме врача терапевта стационара.

**Жалобы**

На боли в верхней половине живота, возникающие после приема пищи, периодическую тошноту, послабление стула до 4 р/сутки, без патологический примесей, снижение веса на 10 кг за 3 месяца, периодические боли в коленных суставах.

**Анамнез заболевания**

Послабление стула и периодический боли в животе отмечает около 8 лет, за мед помощью не обращался, лекарственные препараты не принимал. Усиление болей отмечает в течение 2 месяцев.

**Анамнез жизни**

Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты не отмечает. Гемотрансфузии не производились. Вредные привычки- не отрицает злоупотребление алкоголем в прошлом, не курит, применение наркотиков отрицает. Работает разнорабочим на сельскохозяйственной ферме

**Объективный статус**

ИМТ 25 кг/м2. кожные покровы обычной окраски чистые. Склеры чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Аускультативно в легких дыхание ослабленное в нижних отделах, хрипов нет, ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. ЧСС 85 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, справа в околопупочной области определяется инфильтрат около 10 см в диаметре, болезненный. При поверхностной пальпации грыжевых выпячивании не определяется. Нижний край печени +1 см от края реберной дуги, мягко-эластической консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом раздражения брюшины отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул до 2 р/сутки жидкой консистенции, без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Периферических отеков нет.

Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования включают в себя (выберите 5)

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

общий анализ крови

с-реактивный белок и фекальный кальпротектин

группу крови и резус-фактор

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо провести (выберите 5)

эзофагогастродуоденоскопию с биопсией

 тотальную колоноскопию с илеоскопией и биопсией

ректороманоскопию

рентгенологическое исследование пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке

ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза

Учитывая данные объективного, лабораторного и инструментального обследования, диагноз может быть сформулирован как

Болезнь Крона в форме илеоколита с поражением терминального отдела подвздошной кишки

Для уточнения тяжести атаки у пациента можно использовать

индекс Беста

Диагноз Болезни Крона должен быть подтвержден

эндоскопическим и морфологическим методом

Учитывая жалобы, данные объективного осмотра, лабораторные показатели, у данного пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ степень тяжести атаки Болезни Крона (согласно критериям Общества по изучению ВЗК при Ассоциации колопроктологов России)

Среднетяжелая

Наличие артропатии у данного пациента, требующей консультации ревматолога, расценивается как

внекишечное аутоиммунное проявление Болезни Крона, связанное с активностью заболевания

Для индукции ремиссии у данного пациента могут быть использованы

системные глюкокортикостероиды и иммунодепрессанты

Для поддержания ремиссии у данного пациента может использоваться

цитостатик (азатиоприн)

Суммарная продолжительность глюкокортикостероидной терапии при атаке Болезни Крона не должна превышать

12 недель

Показанием к хирургическому лечению болезни Крона является

осложнение болезни Крона

Пациент относится к \_\_\_\_\_ группе состояния здоровья

IIIа

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная Н, 45 лет, доставлена в приемное отделение бригадой СМП из поликлиники по месту жительства.

**Жалобы**

* на остро возникшую одышку при небольшой нагрузке;
* на невозможность лежать в горизонтальном положении, ночью спала с приподнятым головным концом;
* на учащенное сердцебиение в покое;
* на боль в загрудинной области давящего характера, возникшую в состоянии покоя, купирующуюся приемом нитроглицерина.

**Анамнез заболевания**

Около 5 лет назад начала отмечать повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Боли в области сердца раньше не возникали. Сегодня под утро появилась одышка при небольшой нагрузке на фоне эмоционального благополучия, появилось сердцебиение в покое. Решила обратиться в поликлинику по месту жительства. Пока добиралась до поликлиники, находящейся в соседнем доме, появились боли за грудиной, которые купировались после применения нитроспрея. Из поликлиники бригадой СМП был доставлена в приемно-диагностическое отделение терапевтического стационара.

**Анамнез жизни**

Перенесенный заболевания: хронический бронхит.

Операции: холецистэктомия в 2016 г. Травмы – отрицает.

Гепатиты, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Аллергические реакции отрицает.

Работает юристом в компании.

Наследственный анамнез: мать страдает гипертонической болезнью, варикозным расширением вен нижних конечностей.

Вредные привычки – курение по полпачки в день на протяжении 15 лет.

Известно, что принимает оральные контрацептивы по поводу гинекологической патологии (субмукозная миома матки)

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 178 см, масса тела – 87 кг. ИМТ 27,4 кг/м2. Температура тела – 36,9°С. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Периферические отеки отсутствуют. На ногах – варикозно расширенные вены. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. Над всеми полями легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости: правая – по левому краю грудины, левая – в V межреберье по переднее-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 105 уд. в мин. Пульс – 105 уд. в мин. АД – 110/60 мм рт. ст. (адекватное 130/80 мм рт. ст). Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются.

Лабораторными исследованиями, необходимыми для постановки диагноза, являются (выберите 2)

D-димер

тропонин T

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

ЭКГ в покое

трансторакальная Эхо-КГ

КТ грудной клетки с контрастированием легочных артерий

Для выявления источника тромбообразования пациентке необходимо провести

УЗИ артерий и вен нижних конечностей и таза

Предполагаемый основной диагноз можно сформулировать как

Правосторонняя субмассивная сегментарная тромбоэмболия легочных артерий, КТ-верифицированная. Подострый тромбофлебит суральных вен в стадии неполной реканализации. ХВН 0 ст

Для оценки риска 30-дневного летального исхода у пациентов с ТЭЛА используется шкала

PESI

Пациентке была рекомендована терапия

антикоагулянтами (эноксапарин натрия)

В случае возникновения кровотечения при передозировке низкомолекулярных гепаринов необходимо ввести

протамина сульфат

При переводе пациентки с прямых антикоагулянтов на варфарин следует

начать прием варфарина на фоне лечения гепарином до достижения целевого МНО

При повышении МНО до 4,5 и при отсутствии значимого кровотечения, рекомендуется

пропустить 1 прием варфарина, возобновить прием варфарина на следующие сутки, уменьшив на ½ таблетки, определить МНО через 1-2 дня

К факторам риска венозных тромбоэмболических осложнений относится все, кроме

диффузного токсического зоба

Абсолютным показанием к проведению тромболизиса является

массивная ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики

Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_\_\_ дней

15

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная З., 44 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

**Жалобы**

На периодический приступообразный практически сухой кашель (отхождение мокроты скудное); на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

**Анамнез заболевания**

Впервые неприятные ощущения в эпигастральной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Так как отмечалась связь появления боли с приемом пищи, стала ограничивать себя в еде, на фоне чего сильно похудела. По рекомендации коллег по работе при болях принимала антациды, отмечала положительный эффект. Сухой кашель возник примерно тогда же, прием противокашлевых препаратов оказался не эффективным.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери – бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез, со слов, не отягощен.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6о С. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ – 22,1 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Первым этапом диагностики будет выполнение (выберите 3)

ЭГДС

рентгенологического исследования легких

спирометрии

 Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить (выберите 2)

бронхоконстрикторные тесты

определение уровня эозинофилов в мокроте

Помимо клинического анализа крови необходимым лабораторным обследованием будет

анализ кала на скрытую кровь

Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

исследование на наличие инфекции H.pylori

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии. Хронический Helicobacter pylori-ассоциированный гастрит в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва пилорического отдела желудка диаметром 6 мм)

Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения

тройной схемы эрадикации Helicobacter pylori + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

При неэффективности лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует

подтвердить наличие гастроэзофагеального рефлюкса с помощью объективного метода исследования - 24-часовой рН-импедансометрии

Для лечения крапивницы в данной ситуации следует назначить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

цетиризин (неседативный Н1-АГ препарат)

При сохранении симптомов крапивницы через 2 недели необходимо увеличить дозу принимаемого антигистаминного препарата в \_\_\_\_\_\_\_\_ раза

4

При неэффективности применения антигистаминного препарата в 4-х кратной дозе рекомендовано к терапии добавить

циклоспорин А

В дальнейшем для эрадикационной терапии пациентке следует назначить

ингибитора протонного насоса + висмута трикалия дицитрата + тетрациклина + метронидазола

 При язвенной болезни у беременных назначают

невсасывающиеся антациды и адсорбенты

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 38 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение терапевтического стационара.

**Жалобы**

На лихорадку до 38,5 – 39,0oС с ознобами по вечерам, одышку при минимальной физической нагрузке, усиливающуюся в горизонтальном положении, на учащенное сердцебиение, боли в суставах, общую слабость, снижение аппетита в течение последнего месяца.

**Анамнез заболевания**

В возрасте 14 лет перенесла тяжёлый тонзиллит, после чего появилась одышка при интенсивных физических нагрузках, за медицинской помощью не обращалась. В 21 год при обследовании по поводу первой беременности был выявлен митральный стеноз легкой степени. Беременность и естественные роды – без осложнений. У кардиолога не наблюдалась, терапию не принимала. Год назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Три года назад в связи с прогрессированием симптомов сердечной недостаточности (снижение толерантности к физической нагрузке, нарастанием одышки) пациентка была консультирована кардиологом и кардиохирургом. Два года назад было выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом, послеоперационный период без осложнений, пациентка была выписана из кардиохирургического отделения в удовлетворительном состоянии без симптомов сердечной недостаточности. После выписки постоянно принимала бисопролол 2,5 мг в сутки, варфарин 5 мг в сутки (последний контроль МНО 3 недели назад – 2,6). Месяц назад травмировала палец на приусадебном участке. Лихорадку с подъемами температуры до 37,5oС стала отмечать в течение последнего месяца. Пациентка расценила свое состояние как острое респираторное заболевание, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нестероидные противовоспалительные препараты. В дальнейшем присоединились боли в суставах, температура повышалась до 38,5oС, появилась одышка и малопродуктивный кашель с отхождением жидкой слизистой мокроты при минимальной физической нагрузке, стало невозможно спать в горизонтальном положении. Отсутствие эффекта от приема жаропонижающих препаратов, появление одышки, ухудшение общего самочувствия явились поводом для вызова скорой медицинской помощи.

**Анамнез жизни**

* иные хронические заболевания отрицает;
* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
* профессиональных вредностей не имела;
* аллергическая реакция в виде крапивницы на аскорбиновую кислоту, отек мягких тканей лица на витамины группы В (B6, В12).

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Положение ортопное. Температура тела — 38,5°С. При осмотре кожные покровы теплые, бледные, акроцианоз, цианоз губ, на ладонях обнаружены безболезненные геморрагические пятна, диаметром 1-4 мм. При осмотре слизистых оболочек выявлены петехиальные геморрагии с центральной зоной побледнения на переходной складке конъюнктивы нижнего века и на слизистых оболочках полости рта. Периферических отеков нет, отмечается пастозность стоп и голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 64 кг, индекс массы тела 24 кг/м2. При сравнительной перкуссии легких звук ясный легочный, с притуплением над нижними отделами. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах с обоих легких. Частота дыхательных движений —24 в минуту, сатурация SpO2 – 90% без респираторной поддержки. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок увеличенный по площади, приподнимающий, локализуется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, на верхушке грубый систолический шум, проводящийся а левую подмышечную область, выслушивается акцент II тона во втором межреберье слева от края грудины. Частота сердечных сокращений — 115 ударов в минуту. Артериальное давление — 90 и 60 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову —13(2)х9х9 см. Пальпация печени умеренно безболезненна. Селезенка: пальпируется нижний полюс на 3 см ниже края левой реберной дуги. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей. Неврологический статус без особенностей. Пациентка была госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

Для постановки диагноза из инструментальных обследований необходимо выполнить (выберите 2)

чреспищеводную допплер-ЭХО-КГ

допплер-ЭХО-КГ

 К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 5)

общеклинический анализ крови

 исследование крови на гемокультуру

исследование свертываемости крови

биохимический анализ крови

 общеклинический анализ мочи

Выявленный инфекционный эндокардит согласно современной классификации является

поздним протезным

По течению инфекционный эндокардит у данной пациентки является

острым

При осмотре слизистых оболочек пациента выявлены пятна

Лукина-Лимбмана

При осмотре кожных покровов пациента выявлены пятна

Джейнуэя

Кровь для бактериологического исследования следует забирать до начала антибактериальной терапии

в период подъема температуры тела

На основании эпидемиологического анамнеза и данных бактериологического исследования с учётом современных рекомендаций пациентке следует назначить комбинацию антибактериальных препаратов, которая включает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , римфапицин и генатимицин

оксациллин

Ориентировочная длительность курса антибактериальной терапии у данной пациентки составит \_\_ недель (и)

6

У пациентки возникла аллергическая реакция на антибактериальный препарат первой линии в виде отека мягких тканей лица. Целесообразна его замена на

ванкомицин

 Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_ дней

15

Пациентка относится к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

IIIа

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Врач-терапевт участковый прибыл к пациентке 28 лет на 5-й день болезни.

**Жалобы**

На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, заложенность носа, першение в ротоглотке.

**Анамнез заболевания**

* Заболела остро с появления озноба, общего недомогания, головной боли, температура повысилась до 37,6ºС.
* Одновременно появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа.
* Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие (ибупруфен), пила много жидкости (чай с имбирем, лимоном). В течение последующих дней самочувствие оставалось прежним: температура тела колебалась в пределах 37,4-37,9ºС, кашель сохранялся, дважды был послабленный стул.

**Анамнез жизни**

* Работает маникюршей. Работает посменно в частном салоне и выезжает к клиентам на дом.
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (5 лет назад).
* Вредные привычки: отрицает.
* Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с мужем, детей нет. Муж здоров, жалоб не предъявляет.
* Эпиданамнез: за пределы страны не выезжала. Контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется непостоянно.

**Объективный статус**

* Температура тела – 37,6ºС.
* Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет.
* Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет, зернистость задней стенки глотки.
* Лимфатические узлы не увеличены.
* В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.
* АД – 110/70 мм рт.ст, ЧСС – 82 уд. в мин.
* Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный.
* В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторным методом обследования данной пациентки для выявления этиологического фактора является

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

Коронавирусная инфекция, легкое течение

Для оценки выраженности гипоксемии больной следует провести

пульсоксиметрию

 Для легкого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерна сатурация кислорода (SpO2) \_\_\_\_\_ %

  > 95

Для новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерна экзантема в виде

уртикарных высыпаний по типу крапивницы

Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является

лимфопения

Повторный забор биоматериала для ПЦР на коронавирусную инфекцию у этой пациентки необходимо провести на \_\_\_\_\_\_\_\_ день

3 и 11

При легкой форме коронавирусной инфекции целесообразно назначить схему

ИФН-α + умифеновир

Пациентка может считаться выздоровевшей от коронавирусной инфекции при отсутствии

клинических проявлений и наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

При подготовке к вакцинации против COVID-19 исследование биоматериала из носо- и ротоглотки методом ПЦР на наличие коронавируса SARS-CoV-2 проводится только при наличии контакта с больными с инфекционными заболеваниями в течение последних \_\_\_\_ дней

14

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у мужа пациентки возможно применение

умифеновир

 Иммуноглобулины класса М при коронавирусной инфекции начинают формироваться с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от начала заражения

7-х суток

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациент в возрасте 76 лет обратился к врачу терапевту.

**Жалобы на:**

 — выраженную одышку при незначительной физической нагрузке (подъем менее 2х этажей, ходьба менее 100 метров);

 — постоянный приступообразный кашель с мокротой желто-зеленого цвета;

 — чувство дискомфорта в груди при дыхании;

 — повышение АД до 190/110 мм рт. ст;

 — отеки нижних конечностей до средней трети голеней.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным около 5 лет, когда появились одышка при физической нагрузке и редкий кашель со скудной мокротой желтого цвета. С течением времени наблюдается усиление одышки со снижением толерантности к физической нагрузке.

Ухудшение самочувствия отмечает около 3-х дней назад, после переохлаждения.

**Анамнез жизни**

Пенсионер. Работал сварщиком на электрохимическом заводе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. Хроническая болезнь почек стадия 2. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит около 2х лет. В прошлом, курил по 16 сигарет в день на протяжении 35 лет. Принимает Амлодипин 5 мг вечером, Эналаприл 10 мг утром и вечером.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. SaO2- 91%, температура тела 36,6°С. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Масса тела – 68 кг, рост – 170 см, ИМТ – 23,5 кг/м2. Кожные покровы цианотичные, без высыпаний.

Грудная клетка эмфизематозна, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в минуту. При аускультации дыхание жесткое, проводится по всем полям, слышны множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. При перкуссии определяется коробочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 89 ударов в минуту, АД – 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Пастозность голеней и стоп.

Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторными исследованиями, необходимыми пациенту, являются

общий анализ крови

Инструментальными методами исследования, необходимыми пациенту, являются (выберите 2)

спирометрия

рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции

 Наиболее верным диагнозом является

Хроническая обструктивная болезнь легких, обострение средней степени тяжести. Эмфизема легких, пневмосклероз. ДН 1

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

бронхиальной астмой, туберкулезом, облитерирующим бронхиолитом, застойной сердечной недостаточностью

Пациентам с обострением ХОБЛ госпитализация в стационар рекомендуется при наличии

значительного увеличения интенсивности и/или появление новых клинических симптомов

Базисной терапией для данного пациента, после купирования состояния обострения, является

фиксированная комбинация ИГКС/ДДБА (Тиотропия бромид/олодатерол)

Препаратом для купирования обострения основного заболевания является

сальбутамол

Основной нефармакологической рекомендацией для данного пациента является

отказ от курения

Гипотензивными препаратами 1-го ряда для данного пациента являются

ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов к АТ II

Пациенту показано проведении вакцинации против

пневмококковой инфекции и гриппа

Пациент относится к \_\_\_\_\_ группе состояния здоровья

IIIа

 Кратность посещения врача пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения составляет \_\_\_ раз(а) в год

1

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

На приём к участковому терапевту обратился пациент 63 лет

**Жалобы**

* на сухость во рту,
* жажду,
* онемение стоп,
* боли в ногах (преимущественно ночью)

**Анамнез заболевания**

* В течение 6 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, диабетической нейропатией.
* Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 30 мг перед завтраком.
* Эпизодов гипогликемии нет.
* В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле 9-14 ммоль/л.
* Гликированный гемоглобин – 7,8%.
* Осложнений диабета ранее не диагностировано.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался нормально.
* Пенсионер.
* Перенесённые заболевания: гипертоническая болезнь III стадии. Максимальный подъем АД до 190/100 мм. рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг
* Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Вредные привычки: отрицает.
* Часто употребляет хлебо-булочные изделия, газированные напитки, жареные и копченные мясные продукты.

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,78 м, вес 102 кг, индекс массы тела 32,19 кг/м2, t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Методами исследования, обязательными для постановки диагноза, являются (выберите 2)

определение сухожильных рефлексов

оценка нарушений чувствительности

Какой диагноз можно поставить данному больному?

Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая нейропатия, сенсомоторная форма

Сопутствующей патологией у пациента является

артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, ожирение 1 степени

Рекомендации по медикаментозному лечению осложнений сахарного диабета у пациента включают

габапентин

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c< \_\_\_\_ %

7,5

Для интенсификации сахароснижающей терапии у данного пациента назначается метформин в дозе 1000 мг 2 р/день и гликлазид МВ в дозе \_\_\_\_\_\_\_\_ мг 1 р/день

60

Повторный контроль HbA1c необходим через \_\_\_\_\_\_\_ месяца/месяцев

3

При снижении скорости клубочковой фильтрации <30 мл/мин /1,73 м2 необходимо отменить

метформин

С учетом ранее проведенных исследований можно предположить у пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форму синдрома диабетической стопы

нейропатическую

Для уточнения состояния артериального кровотока необходимо измерение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ индекса

лодыжечно-плечевого

На тяжелую ишемию нижней конечности будет указывать величина лодыжечно-плечевого индекса менее

0,4

Основой успешной профилактики синдрома диабетической стопы является/являются

достижение и поддержание индивидуальных целевых показателей гликемического контроля

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 39 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому.

**Жалобы**

На повышение температуры до 39,2°С, слабость, утомляемость, боли в грудной клетке, кашель с выделением плевков гнойной мокроты, кровохарканье, выраженная потливость.

**Анамнез заболевания**

В течение последних 3-х недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления вначале субфебрильной температуры до 37,2°С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, снижения аппетита.

**Анамнез жизни**

* росла и развивалась нормально
* в анамнезе контакт с больным туберкулезом мужем
* в течение последнего года, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, слабости, снижение массы тела
* вредные привычки: злоупотребляет алкоголем, курит
* проживает с ребенком 6 лет в однокомнатной квартире

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, тургор снижен. Больная пониженного питания, вес 55 кг, рост - 165 см. Грудная клетка правильной формы, при дыхании отстает правая половина, одышка в покое, ЧДД – 24 в минуту, акроцианоз.

При перкуссии грудной клетки - резко укорочен звук справа. При аускультации – в верхнем отделе правого легкого на фоне бронхиального дыхания выслушиваются сухие и влажные хрипы. ЧСС - 110 в минуту, акцент II тона над легочной артерией. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот втянут, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Рекция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная, диаскинтест – отрицательный.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

общеклинический анализ крови

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

обзорная рентгенография органов грудной клетки

Отрицательный результат диаскинтеста у данной больной является проявлением

выраженного иммунодефицита

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают

казеозную пневмонию

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ+, кровохарканье

Осложнением основного заболевания у больной является

кровохарканье

Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется, как и в данном случае

тяжелым, остро прогрессирующим течением

Аускультация при казеозной пневмонии характеризуется

ослабленным бронхиальным дыханием и большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов

При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, целесообразно применять антибактериальные препараты

первого ряда

 Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

выраженный казеозно-некротический компонент туберкулезного воспаления, отсутствие морфологических признаков отграничения казеозного некроза вследствие апоптоза клеток

Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии следует проводить с

крупозной пневмонией

 По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_\_ степени

I

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 45 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

**Жалобы**

на повышение температуры до 38º С, недомогание, слабость, ночную потливость, сухой кашель в течение последних 3-х недель

**Анамнез заболевания**

В течение 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, с появления температуры до 37,2º С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиления кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.

Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не отмечалось, 3 дня назад появились изменения в мокроте с прожилками кровипрожилки крови в мокроте.

**Анамнез жизни**

* росла и развивалась нормально
* в детские годы имела контакт с больным туберкулезом отцом
* состояла на диспансерном учете по поводу контакта, прошла курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев
* перенесенные заболевания: в возрасте 15 лет острый бронхит, в 38 лет тяжелое течение гриппа, который был расценен как неспецифическая пневмония, рентгенологическое исследование не проводилось
* в течение последующих лет, периодически отмечалось ухудшение в состоянии в виде повышения субфебрильной температуры, сухого кашля по утрам, снижение массы тела
* неоднократно получала лечение по поводу обострения бронхита
* вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
* проживает с ребенком 7 лет в однокомнатной квартире

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес -58 кг, рост - 165 см.

При перкуссии грудной клетки - справа ниже угла лопатки определяется участок укорочения перкуторного звука. В легких дыхание бронхиальное, больше в нижних отделах правого легкого, выслушиваются скудные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС- 72 уд.в минуту, АД – 110/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 21 мм, Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест – папула 10 мм.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

клинический анализ крови

 прямая микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

обзорная рентгенография органов грудной клетки

Реакцию кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у пациентки необходимо оценивать как

положительную

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациентки, в первую очередь, предполагают

инфильтративный туберкулез легких

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения, МБТ +, кровохарканье

Осложнением основного заболевания у больной является

кровохарканье

Основным рентгенологическим синдромом по данным рентгенограммы органов грудной клетки является синдром

долевого затемнения

 Аускультация при инфильтративном туберкулезе легких долевой локализации характеризуется

бронхиальным дыханием над зоной поражения и влажными хрипами

При инфильтративном туберкулезе с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ целесообразно применять противотуберкулезные препараты

первого ряда

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в

стационаре (противотуберкулезного учреждения)

Дифференциальную диагностику инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада проводят с

абсцедирующей пневмонией

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_\_\_\_ степени

I

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка, 80 лет, самостоятельно обратилась в приемный покой больницы по месту жительства.

**Жалобы**

Жгучие боли в грудной клетке опоясывающего характера, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина; одышку смешанного характера при ходьбе на расстояние 300-400 м, периодическое повышение артериального давления максимально до 200/100 мм рт. ст. (комфортное АД 160/90 мм рт. ст.).

**Анамнез заболевания**

Повышение АД отмечает с 50 лет, амбулаторно принимала гипотензивные препараты (все названия уточнить не может). В 2005 г. перенесла ОНМК, в 2015г ‒ инфаркт миокарда, находилась на стационарном лечении. Последние несколько лет амбулаторно принимала валсартан+амлодипин 80+10 мг, конкор 2,5 мг, аспирин 100 мг. Ухудшение состояния отмечает последние 2 недели, когда участились боли в грудной клетке, стала чаще пользоваться нитроглицерином, снизилась толерантность к физической нагрузке, усилилась одышка. 2 дня назад был эпизод боли за грудиной сжимающего характера, распространяющейся в шею, в левую руку, сопровождающейся чувством тошноты и потливостью. Пациентка за помощью не обратилась, трижды принимала нитроглицерин, боль купировалась через час. При повторном возникновении болей (настоящий эпизод) дочь доставила в приемный покой.

**Анамнез жизни**

Перенесенные и сопутствующие заболевания ‒ ОРВИ 2-3 раза в год, остеоартроз коленных суставов. Вредные привычки отрицает. Аллергических реакций не отмечалось. Оперативных вмешательств и переливаний крови не было. Работала поваром, в настоящее время пенсионер.

**Объективный статус**

Рост 165 см, масса тела 85 кг, ИМТ 31. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, прослушивается третий тон сердца. ЧСС 93/мин, АД 150/80 мм рт. ст. При аускультации лёгких выслушивается жёсткое дыхание, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Определяется бледность кожных покровов, отечность нижних конечностей до нижней трети голени. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Стул и мочеиспускание в норме.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются (выберите 2)

МВ-КФК

тропонин Т или I

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются (выберите 2)

ЭКГ

ЭХО-КГ

 Предполагаемый основной диагноз

ИБС: острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST передне-перегородочный с распространением на боковую стенку левого желудочка. Постинфарктный кардиосклероз (2015г.)

Когда болевой синдром у пациента при ОКС сохраняется после приема нитроглицерина следует вводить

морфин

С первых часов лечения ОКС с подъемом сегмента ST и неопределенно долго в дальнейшем, если нет противопоказаний, целесообразно лечение

бета-адреноблокаторами

Всем пациентам с ОКС при отсутствии противопоказаний должна быть рекомендована

двойная антитромбоцитарная терапия

Нагрузочная доза клопидогреля, если планируется ЧКВ, составляет \_\_\_\_ мг перорально

600

Статины для лечения больных с ОКС применяются

у всех больных с ОКС с подъемом ST

Больным с подозрением на ОКС рекомендовано проведение

коронарной ангиографии

Для стратификации риска неблагоприятного исхода при ОКС с подъемом ST у пациентки должна использоваться шкала

GRACE

Реабилитация больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

основана на регулярной физической активности

Реперфузионная терапия у пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST

рекомендуется всем больным с ОКСпST и длительностью симптомов <12 часов

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка 30 лет обратилась к врачу общей практики в поликлинику.

**Жалобы**

Повышение температуры, слабость, боли в поясничной области, неприятные ощущения при мочеиспускании.

**Анамнез заболевания**

Больна в течение двух дней, когда появились боли в поясничной области справа, повысилась температура до 38,7оС с ознобом, со слов была мутная моча. Накануне заболевания отмечает переохлаждение. К врачу не обращалась, принимала жаропонижающие средства.

**Анамнез жизни**

Раньше подобных заболеваний не было. Страдает хроническим циститом, обострения бывают 2 – 3 раза в год. Периодически отмечает явления вульвовагинита, у гинеколога не наблюдается.

Работает продавцом. Вредных производственных факторов нет.

**Объективный статус**

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы, чистые. Температура 38,3оС. Слизистая ротоглотки, миндалин – без патологических изменений.

Лимфоузлы не увеличены. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

Пульс = ЧСС = 108 уд. в 1 мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом.

Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого положителен справа. Диурез со слов не изменялся, стул нормальный. На данный момент беременность исключает. Врач общей практики заподозрил заболевание почек, предложил госпитализацию.

Пациентка категорически отказалась.

Предварительный диагноз будет сформулирован следующим образом

Острый правосторонний пиелонефрит средней степени тяжести. Хронический цистит, обострение

 Необходимыми лабораторными и инструментальными методами диагностики являются (выберите 5)

общий анализ мочи

определение уровня глюкозы, креатинина, СКФ, С-реактивного белка в сыворотке крови

общий анализ крови

 УЗИ почек и мочевого пузыря

 выполнение бактериологического исследования мочи с определением чувствительности к антибиотикам

Основным фактором риска развития пиелонефрита у данной пациентки является

хроническая инфекция мочеполовой системы

 Показанием для экстренной госпитализации является

острый вторичный пиелонефрит (необходимость экстренного восстановления пассажа мочи с целью предотвращения осложнений)

Для уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента потребуется консультация

уролога

 Наиболее вероятным предполагаемым возбудителем заболевания у пациентки является

escherichia coli

Для эмпирической антибактериальной терапии острого неосложненного пиелонефрита в качестве терапии первой линии показано назначение

фторхинолонов

Оценка эффективности эмпирической стартовой терапии проводится через \_\_\_\_\_ часов

48

Длительность антибактериальной терапии острого неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения составляет \_\_\_\_\_\_\_ дней

7 – 10

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром пиелонефрите составляют \_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней

25 – 40

За пациентами, перенесшими острый пиелонефрит, устанавливается диспансерное наблюдение сроком не менее

1 года

Повторное бактериологическое исследование мочи проводится

при рецидиве заболевания в течение 2-х недель

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 54 года, первичное плановое обращение к врачу общей практики.

**Жалобы**

Наличие расширенных вен на обеих нижних конечностях, тяжесть, утомляемость, отёчность голеней к вечеру; так же беспокоят боли в коленных суставах механического характера, больше справа, затрудняющие ходьбу, особенно спуск по лестнице, ограничение сгибания в правом коленном суставе.

**Анамнез заболевания**

Расширенные вены на ногах появились приблизительно в 25 лет после родов, за истекший период заболевание медленно прогрессировало. Мать также страдает варикозной болезнью. Последние пять лет отмечает потемнение, уплотнение кожи в области медиальных лодыжек, больше слева. Самостоятельно использует мазь с Троксерутином, периодически - эластическое бинтование голеней. Боль и ограничение подвижности в коленных суставах беспокоят около трех лет, местно на область набольшей болезненности использует мази c противовоспалительным и анальгетическим действием, при сильной боли принимает Ибупрофен и комбинированный препарат Глюкозамина и Хондроитина (самоназначение). Травмы коленных суставов, острый тромбоз глубоких вен отрицает. Ранее с вышеописанными жалобами к врачу не обращалась. Настоящее ухудшение связывает с недавней интенсивной работой на садовом участке.

**Анамнез жизни**

Наследственный анамнез - отец умер предположительно от инфаркта в 63 года, матери 76 лет, страдает артериальной гипертонией и сахарным диабетом 2 типа. Аллергию на медикаменты отрицает. Травмы мелкие. Операции: аппендэктомия в 16 лет, холецистэктомия в 48 лет по поводу острого калькулезного холецистита. Инфекционный анамнез: перенесла гепатит А в 10 лет. Обследована по месту работы на ВИЧ, гепатит В, туберкулез: результат отрицательный (со слов). Хронические заболевания отрицает, медикаменты постоянно не принимает. Эпизодически отмечает подъемы АД до 155-160/95-100 мм рт. ст. Гинекологический анамнез: беременностей 5 (2 физиологических родов, 2 медицинских аборта, 1 невынашивание в раннем сроке), менопауза с 52 лет. Специальной диеты не придерживается, физическая активность низкая. Не курит. Алкоголь употребляет эпизодически в малых дозах. Работает продавцом-кассиром. Результаты предыдущих обследований не предоставлены.

**Объективный статус**

Температура 36,5°С. Рост 164 см, вес 89 кг. АД 154/94 мм рт. ст., ЧСС 78 в мин. Физиологические отправления в норме (со слов).

Местный статус: при ходьбе слегка прихрамывает на правую ногу. При сравнительном осмотре нижних конечностей на обеих голенях голени по наружно-медиальной поверхности - варикозные вены более 1 см. в диаметре, диффузные сетчатые вены, в области медиальных лодыжек бурая пигментация кожи, периферических отеков нет, пульсация артерий на всех уровнях. Обращает на себя внимание дефигурация обоих коленных суставов без признаков местного воспаления, а также двустороннее плоскостопие. Активное и пассивное сгибание в правом коленном суставе умеренно ограничено из-за боли и скованности, пальпаторно при сгибании определяется крепитация в обоих коленных суставах, признаков синовита нет.

1.Для установки окончательного диагноза заболевания вен

дополнительные исследования не требуются

2. Для установки окончательного диагноза заболевания коленных суставов

дополнительные исследования не требуются

3. Симптомы хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей вызваны

Варикозным расширением поверхностных вен

4. Оцените степень хронической венозной недостаточности (ХВН) по базовой (клинической) классификации CEAP

С4аS

5. Боль и нарушение функции коленных суставов вызваны

остеоартрозом (остеоартритом)

 6. Основным механизмом развития венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

рефлюкс крови из глубоких вен в поверхностные

7. Основной причиной (фактором риска) развития заболевания коленных суставов у данной пациентки является





Ожирение

8. Оптимальным методом лечения венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

хирургическое удаление / облитерация варикозных вен

9. Наиболее эффективным метод консервативного лечения венозной недостаточности нижних конечностей у данной пациентки является

ношение компрессионного трикотажа

10. Наиболее эффективным мероприятием, которое позволяет замедлить дегенерацию суставного хряща и прогрессирование остеоартроза коленных суставов является

снижение веса

11. Эффективным мероприятием, которое способно снизить боль в коленных суставах, уменьшить скованность и улучшить функциональную активность является

лечебная физкультура (упражнения для укрепления мышц бедра)

12. У пациента с заболеванием вен нижних конечностей использование флеботропных препаратов способно

уменьшить субъективные симптомы ХВН

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка М. 24 года, обратилась к участковому врачу.

**Жалобы**

При поступлении предъявляет жалобы на отеки ног, лица, боли в пояснице, слабость, недомогание.

**Анамнез заболевания**

Две недели назад заболело горло, температура поднялась до 38,00С. Терапевтом был назначен антибиотик (Амоксиклав) на 10 дней по 500 мг х 3 раза в день, лабораторные исследования не проводились. Через 3 дня температура снизилась, самочувствие улучшилось, в связи с чем, через два дня от начала улучшения пациентка самостоятельно отменила прием антибиотика (курс антибактериальной терапии составил 5 дней). Три дня назад отметила появление отеков лица по утрам, моча приобрела красный оттенок, температура поднялась до субфебрильных цифр.

**Анамнез жизни**

* В анамнезе обращают на себя внимание неоднократные эпизоды тонзиллофарингита (до 3-4 в год)
* Вредные привычки отрицает
* Студентка театрального вуза
* Аллергические реакции отрицает
* Мать (54 года) страдает гипертонической болезнью с 40 лет

**Объективный статус**

Объективно: кожные покровы чистые, бледные. Отмечаются отек лица, особенно в области век, мягкие теплые отеки голеней и стоп. Пальпируются несколько увеличенные лимфатические узлы подчелюстной области, болезненные при пальпации. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы, налета нет. Тоны сердца чистые, звучные, соотношение тонов не изменено. ЧСС –80 уд./мин., АД –170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Для постановки диагноза из лабораторных методов обследования целесообразно выполнить (выберите 4)

анализ титра антистрептококковых антител

анализ мочи по Нечипоренко

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

Для постановки диагноза из инструментальных методов исследования необходимо выполнить

УЗИ почек

Наиболее вероятным основным диагнозом является

Острый посстрептококковый гломерулонефрит

Для мембранопролифератинвного гломерулонефрита в отличие от посттрептококкового характерно/характерна

более длительная гипокомплементемия

Показанием к госпитализации при постстрептококковом гломерулонефрите является

нарушение функции почек, сохраняющаяся АГ, признаки сердечной недостаточности, нефротический синдром

 В течение заболевания титр АСЛ-О

повышается через одну неделю после начала инфекции, пик через один месяц, возвращение к исходному уровню в течение нескольких месяцев

Препаратами первой линии при симптоматической терапии являются

петлевые диуретики

Назначение антибиотиков пациентке показанотолько после бактериологического исследования

Немедикаментозными принципами лечения гломерулонефрита являются/является

постельный режим, диета с ограничением потребления соли, белка и жидкости

Через 3 дня от начала лечения пациентка была госпитализирована в стационар в связи с сохранением нефротического синдрома. Проводилось лечение, но нефротический синдром сохраняется более 2-х недель, уровень креатинина 115 мкмоль/л – без динамики последние 2 недели. Тактикой врача является

проведение биопсия почки

Показанием к биопсии почки является

мочевой синдром при персистирующем более 3-х месяцев низком уровне комплемента С3

Одним из факторов неблагоприятного прогноза течения заболевания является

неконтролируемая артериальная гипертензия, развившаяся во время заболевания

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 58 лет обратился в приемный покой городской больницы

**Жалобы**

На одышку при незначительной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с отделением гнойной мокроты до 20 мл в сутки преимущественно в утренние часы; на повышение температуры до 37,8°С

**Анамнез заболевания**

Сухой кашель беспокоит в течение 15 лет. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 3 этаж. В течение последнего года одышка усилилась и стала возникать при небольшой нагрузке. По поводу одышки принимает ежедневно беродуал до 3-4 раз в сутки с положительным эффектом. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°С, усилился кашель, появилась скудная вязкая слизисто-гнойная мокрота, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, беродуал по 2 вдоха 6 раз в день без улучшения.

**Анамнез жизни**

Курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки. Индекс курения 45 пачка/лет. Работает на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

**Объективный статус**

Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Отеков нет. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10х9х8 см

Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 3)

бактериологическое исследование мокроты

клинический анализ крови

общий анализ мокроты

Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 4)

электрокардиографию

рентгенографию органов грудной клетки

спирометрию с бронходилатационным тестом (после купирования обострения)

пульсоксиметрию

Предполагаемым основным диагнозом является

Хроническая обструктивная болезнь легких, крайне тяжелого течения (IV GOLD), смешанный тип, группа D в фазе тяжелого обострения. ДН 2 ст.

При проведении бронходилятационного теста рассчитывается коэффициент бронходилятации по формуле

(ОФВ1 после (мл) - ОФВ1 исх (мл) ) / ОФВ1 исх (мл) х100%

Бронходилятационный тест считается отрицательным если КБД получился менее 12%, а абсолютный прирост при этом составил менее \_\_\_\_\_\_\_ мл

200

При обострении ХОБЛ выбор эмпирической антибактериальной терапии зависит от наличия факторов риска и

тяжести ХОБЛ

Базисная терапия после купирования обострения должна включать комбинацию длительно действующего м-холинолитика и

длительно действующего бета2-агониста

Для лечения ХОБЛ рекомендуется использовать

тиотропия бромид

Побочные эффекты формотерола фумарата включают стенокардию, артериальную гипо- или гипертензию, тахикардию, метаболический ацидоз и бессонницу, а также

аритмию

Нефармакологические методы лечения включают прекращение курения и

вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции

Минимальная периодичность диспансерных осмотров участковым терапевтом

1 -3 раза в год

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при ХОБЛ составляют \_\_\_\_\_\_\_\_ дней

14-20

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациент Т. 42 лет, обратился к врачу-терапевту

**Жалобы**

Повышение температуры тела до 37,8°С., сопровождающееся ознобом, кашель с выделением желтой мокроты, одышка при незначительной физической нагрузке, повышенная потливость.

**Анамнез заболевания**

Заболел остро, когда повысилась температура тела до 38,3°С, сопровождавшееся ознобом и повышенной потливостью. Затем стали беспокоить кашель с выделением желтой мокроты и одышка с ощущением нехватки воздуха. Самостоятельно принимал Терафлю, акорбиновую кислоту. Но улучшения не наступило, в связи с чем больной обратился к врачу.

**Анамнез жизни**

* Пациент всю жизнь считал себя здоровым человеком. Хроническими заболеваниями не страдает. Изредка переносил ОРВИ. За последний год антибиотики и другие лекарственные средства не принимал.
* Профессиональных вредностей не имел.
* Аллергологический анамнез спокойный.
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца хроническая обструктивная болезнь легких. Дети здоровы.

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8°С. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Пульс 92 уд. В 1 мин., ритмичный. АД 115/ 65 мм рт ст. При аускультации сердца I тон на верхушке громче II тона, шумы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. При перкуссии на легкими – притупление легочного звука справа выше лопатки и в межлопаточной области. Здесь же усилено голосовое дрожание. Дыхание везикулярное, справа выше лопатки и в межлопаточной области несколько ослаблено, там же выслушиваются мелкопузырчатые звучные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомов раздражения брюшины нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

клинический анализ крови

микробиологический анализ мазков мокроты на микобактерии туберкулеза

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят (выберите 2)

пульсоксиметрию

 рентгенографию органов грудной клетки

 Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз

Внебольничная пневмония в верхней доле правого легкого

Пневмонию следует рассматривать как

внебольничную

Тяжесть пневмонии у больного, имеющего по шкале CRB-65 - 0 баллов соответствует

нетяжелой пневмонии

Пациент должен лечиться в

домашних условиях

В качестве стартовой антибактериальной терапии следует назначить

амоксициллин

Рекомендованный путь введения антибактериального препарата данному больному

пероральный

Первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через

48-72 часа

Пациенту, находящемся в стационаре диагноз внебольничной пневмонии должен быть поставлен в течение первых \_\_\_\_\_ часов от момента госпитализации

48

Ключевым критерием отмены антибактериальной терапии при нетяжелой внебольничной пневмонии является

стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48–72 ч при положительной динамике других симптомов

При неэффективности стартового режима терапии внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях препаратами выбора будут

макролиды

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 46 лет, находящийся на диспансерном наблюдении с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу общей практики для прохождения контрольного осмотра и коррекции плана лечения.

**Жалобы**

На экспираторную одышку при умеренной физической активности, периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

**Анамнез заболевания**

Диагноз ХОБЛ поставлен 5 лет назад в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания возникали 2-3 раза в год в осенне-зимний и весенний периоды на фоне ОРВИ. Отмечает позитивный эффект от ингаляций ипратропиума бромида, увеличение их количества в последние несколько дней способствовало улучшению состояния.

**Анамнез жизни**

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит 20-25 сигарет в день в течение 22 лет.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги.

По результатам спирографии у пациента будет определяться снижение величины показателя

ОФВ1/ФЖЕЛ

Значение показателя ОФВ1 пациента, равное 65% от должного, соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ степени тяжести ХОБЛ

среднетяжелой

Клиническая выраженность обострения ХОБЛ соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тяжести обострения

Легкой

Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием шкалы

CAT (COPD Assessment Test)

Бронходилатационный тест рекомендуется проводить с использованием

короткодействующего бета2-агониста (сальбутамола)

Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ является

отказ от курения

Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

достижение контроля симптомов ХОБЛ

Короткодействующие бронходилататоры рекомендуется использовать всем пациентам с ХОБЛ

по потребности

Пациентам с частыми обострениями ХОБЛ (2 и более обострений средней тяжести в течение года) в дополнение к длительнодействующим бронходилататорам рекомендуется назначение

ингаляционных глюкокортикостероидов

 В качестве мероприятий вторичной профилактики для предупреждения обострений и прогрессирования ХОБЛ рекомендуется

вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции

Наиболее частый возбудитель обострений ХОБЛ

haemophilus influenzae

При обучении пациентов с ХОБЛ рекомендуется составлять

индивидуальный письменный план действий для оказания самопомощи

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная В. 33 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту

**Жалобы**

на приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, «заложенность» в грудной клетке, потливость, общую слабость

**Анамнез заболевания**

с детского возраста страдает хроническим тонзиллитом. В течение последних двух лет после респираторных инфекций длительно беспокоил приступообразный сухой кашель. По данному поводу обследование не проводилось. Три месяца назад после переохлаждения перенесла двустороннюю пневмонию, проводилась антибактериальная терапия, с положительным эффектом. После лечения сохранялся приступообразный сухой кашель. Самостоятельно принимала противокашлевые препараты без отчетливого эффекта. Кроме того, стала отмечать постепенное учащение и усиление приступов кашля, появление небольшого количества светлой мокроты. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда после участия в двухдневной ревизии библиотеки стали беспокоить ежедневные приступы кашля в дневное время, однократно возник эпизод кашля ночью, появились ощущение «заложенности» в грудной клетке, потливость, общая слабость.

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась соответственно возрасту.
* Наследственность: отец страдает ревматоидным артритом, у матери бронхиальная астма; у сестры аллергия на шерсть кошек; дочь – практически здорова.
* Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость: пищевая аллергия (при употреблении в пищу цитрусовых – отек Квинке); лекарственную непереносимость отрицает.
* Профессиональный анамнез: работает библиотекарем в течение 10 лет.
* Вредные привычки: не курит; алкоголем не злоупотребляет.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м2. Носовое дыхание не затруднено. Небные миндалины увеличены в размерах, не гиперемированы, видны беловатые образования в лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO2 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются сухие свистящие над всеми легочными полями. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение (выберите 2)

клинического анализа крови

общего анализа мокроты

Исследование уровня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в крови позволит выявить системную аллергическую реакцию у пациентки

общего IgE

 Обязательными инструментальными методами диагностики в данном случае являются (выберите 2)

спирография с фармакологической пробой

рентгенография органов грудной клетки

Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у больной является

Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, кашлевая форма, среднетяжелого течения, в стадии обострения

При проведении спирометрии с фармакологической пробой сальмотерол используют в дозе \_\_\_\_\_\_ мкг

400

В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

генетическую предрасположенность

Базисная терапия основного заболевания предусматривает назначение

низких доз ингаляционных ГКС/β2-адреномиметиков длительного действия

Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать

смену рода деятельности, снижение массы тела

 Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой пациентка должна отслеживать

суточные колебания пиковой скорости выдоха

В случае недостаточного контроля бронхиальной астмы у данной пациентки возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ препаратов

антилейкотриеновых

Антилейкотриеновым препаратом является

монтелукаст

Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составляет \_\_\_\_\_\_ раз/раза в год

2

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной 69 лет обратился в поликлинику по месту жительства.

**Жалобы**

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 2 часа, волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина.

**Анамнез заболевания**

* Утром после умеренной физической нагрузки (дыхательная гимнастика) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни;
* медикаментозную терапию ранее не получал.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался соответственно возрасту;
* по профессии бухгалтер;
* перенесенные заболевания и операции: лапароскопическая холецистэктомия в возрасте 56 лет;
* наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, мать страдает артериальной гипертензией, брат перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет;
* вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 50 лет, употребление алкоголя, наркотиков отрицает;
* регулярно не обследовался, к врачам не обращался.

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 175 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Температура тела 36,6ºС. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 78 уд. в минуту, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение уровней (выберите 2)

МВ-фракции креатинкиназы в динамике

тропонина I в динамике

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения являются (выберите 2)

ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое

коронароангиография

На основании имеющихся данных, данному пациенту можно поставить диагноз

ИБС. Острый инфаркт миокарда c подъемом сегмента ST. Атеросклероз аорты, коронарных артерий

Для обезболивания пациенту показано назначение

морфина

Госпитализация пациенту

показана в экстренном порядке

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

клопидогрель

К немодифицируемым факторам риска ишемической болезни сердца у пациента относят мужской пол и

отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям

В случае развития гипокалиемии больному показано введение

калия и магния аспарагината

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан больному

пожизненно

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

показано в экстренном порядке

 Для длительного лечения артериальной гипертензии у этого больного препаратами выбора являются

ингибиторы АПФ

Проведение физиотерапевтических процедур пациенту (горячие ванны, солнечные ванны, электрофорез)

категорически противопоказано

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина, 69 лет, обратилась к врачу общей практики (семейному врачу).

**Жалобы**

Повышение АД до 170/90 мм рт. ст., головную боль, умеренную сухость во рту, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчесов, чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе и подъёме на 3 этаж.

В последнее время отмечает нарушение зрения.

**Анамнез заболевания**

Указанные жалобы появились и нарастали в течение года. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью, АД колеблется в пределах 150–180/80–90 мм рт. ст. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, стенокардией напряжения. В возрасте 60 лет пациентка перенесла инфаркт миокарда. С этого времени состояние её оставалось стабильным. Принимает эналаприл (10 мг/сут), метопролол (50 мг/сут), аспирин (125 мг/сут), симвастатин (20 мг/сут), гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1000 мг/сут).Контрольные явки диспансерного наблюдения посещает нерегулярно.

**Анамнез жизни**

У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,6 кг.

Перенесла холецистэктомию (в 45 лет).

**Объективный статус**

Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохранена. Стул и диурез не нарушены.

Был проведён скрининг на синдром старческой астении по опроснику «Возраст не помеха» - 2 балла.

Прошла флюорографию: легочные поля без патологических теней; легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза; корни структурны; диафрагма и синусы четкие; сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена.

Самостоятельно обратилась офтальмологу: выставлен диагноз Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).

Выберите необходимые лабораторные методы обследования в рамках диспансерного наблюдения пациентки (выберите 4)

общий анализ мочи, анализ на альбуминурию

биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ)

общий анализ крови

определение глюкозы крови натощак, гликированного гемоглобина (HBA1c)

Выберите необходимые инструментальные методы обследования (выберите 4)

допплеровское исследование брахиоцефальных артерий

ЭХО-кардиографическое исследование

УЗИ почек

ЭКГ

Основной диагноз пациентки

Сахарный диабет 2 типа, целевые значения HbA1c (< 8,0%)

У пациентки гипертоническая болезнь \_\_\_\_ стадии, \_\_\_\_\_ степени, риск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , гипертрофия миокарда левого желудочка

III, 3, 4 (очень высокий)

У пациентки имеется ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от «дата»), стенокардия напряжения \_\_\_\_ функционального класса

II

У пациентки сердечная стадия с сохранной фракцией выброса \_\_\_\_ стадии, \_\_\_\_\_ функционального класса

1, 1

У пациентки Хроническая болезнь почек \_\_\_\_ стадии, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ альбуминурия

3А, умеренная (А2)

У пациентки абдоминальное ожирение \_\_\_\_ степени. Дислипидемия

1

 Диагноз «Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD)» является проявлением

диабетической микроангиопатии

Модифицируемыми факторами риска у данной пациентки являются: ожирение, артериальная гипертензия, гипергликемия, а также

дислипидемия

У данной пациентки целевыми являются показатели артериального давления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм.рт.ст., частоты сердечных сокращений \_\_\_\_\_\_\_ ударов в минуту, общего холестерина менее \_\_\_\_\_\_\_ ммоль/л, ЛПНП менее \_\_\_\_\_ ммоль/л, ТГ менее \_\_\_\_\_\_ ммоль/л

130-139/80-90; 50-60; 4,0; 1,4; 1,7

Наиболее оптимальной схемой терапии данной пациентки будет назначение (преимущественно в виде фиксированных комбинаций) препаратов: ингибитор АПФ, дигидропиридиновый антагонист кальция, высокоселективный бета-адреноблокатор, метформин, ацетилсалициловая кислота и

статин

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная З., 42 лет, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

**Жалобы**

На частый сухой кашель, который последнее время приобрел приступообразный характер, на чувство нехватки воздуха, ощущение заложенности в груди

**Анамнез заболевания**

Данные жалобы беспокоят несколько недель, провоцирующий фактор их возникновения конкретизировать не может, связи с физической нагрузкой нет, какие-либо аллергены определить затрудняется. Самостоятельно начала прием противокашлевых препаратов - без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что выше перечисленные жалобы чаще возникают на работе. Работает в офисе, где строгий дресс-код, носит узкую юбку с тугим поясом.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6оС. Больная нормостенического телосложения. Рост 172, вес 66 кг, ИМТ - 22.31 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Выберите необходимые методы инструментального исследования (выберите 3)

рентгенологическое исследование легких

ЭГДС

спирометрия

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить пациентке для верификации клинического диагноза (выберите 3)

исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

бронхоконстрикторные тесты

определить уровень эозинофилов в мокроте

Для оценки двигательной функции пищевода с целью верифицикации диагноза ГЭРБ целесообразно использовать

пищеводную манометрию высокого разрешения

Одной из причин развития бронхообструкции при ГЭРБ является

микроаспирация

Выставите клинический диагноз пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования

Основное заболевание: ГЭРБ с внепищеводными проявлениями, эрозивный эзофагит

Лечение необходимое данному пациенту включает назначение

прокинетика в стандартной дозе + ингибитора протонной помпы в стандартной дозе

К стимуляторам моторики желудочно-кишечного тракта относится

итоприд

Учитывая результаты ЭГДС пациентке назначен рабепразол в дозе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг в день

20

Продолжительность основного курса ИПП с учетом результата ЭГДС составит \_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель(-и)

4

При заживлении эрозии пищевода поддерживающая терапия ИПП должна составлять минимум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ недель(-и

16

В качестве монотерапии антациды можно применять при

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Препаратами выбора для лечения изжоги беременных являются

альгинаты

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 68 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

**Жалобы**

На ноющие боли в области верхушки сердца, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более 2 пролетов и проходят после 5-минутного отдыха

**Анамнез заболевания**

На ноющие боли в области верхушки сердца, которые возникают при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более 2 пролетов и проходят после 5-минутного отдыха. Боли беспокоят в течение последних 3 месяцев.

**Анамнез жизни**

* хронические заболевания отрицает
* не курит, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имела
* аллергических реакций не было

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в 1 мин, АД 175/105 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся (выберите 3)

регистрация ЭКГ в 12 отведениях

трансторакальное эхокардиографическое исследование

нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3)

определение уровня креатинина в крови

исследование липидного спектра крови

клинический анализ крови

Жалобы пациента соответствуют клинической картине

атипичной стенокардии

Жалобы пациента позволяют диагностировать стенокардию напряжения

II функционального класса

 Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Сердечно-сосудистый риск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

III стадии, 2-й степени; очень высокий

В качестве стартровой антиангинальной и антигипертензивной терапии можно назначить комбинацию

бисопролола 5 мг 1 раз в день и периндоприла 5 мг 1 раз в день

При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить

нитросорбид 10 мг 2 раза в день

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке назначена ацетилсалициловая кислота в дозе 100 мг 1 р/сутки, а также назначен статин (аторвастатин) в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше

1,5 ммоль/л

Прием статина требует контроля

АСТ, АЛТ

В данной клинической ситуации (АСТ, АЛТ увеличены в пределах 2-х норм) прием статина следует

продолжить

При продолжении терапии статинами на фоне повышеннных до 3-х норм АСТ, АЛТ необходимо контролировать эти показатели с периодичностью один раз в \_\_\_\_\_ месяца(ев)

3

В случае, когда у пациентов не удается достичь целевой уровень ХС ЛНП на монотерапии статинами, следует прибегнуть к комбинированной терапии, добавляя к статинам

эзетимиб

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 68 лет обратилась в поликлинику к врачу общей практики.

**Жалобы**

Жалуется на ограничение подвижности, припухание и боль в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей, которые усиливаются к концу дня и ночью, сильные интенсивные боли в коленных суставах и ограничение движений в них, появление припухлости коленных, дистальных межфаланговых суставов кистей.

**Анамнез заболевания**

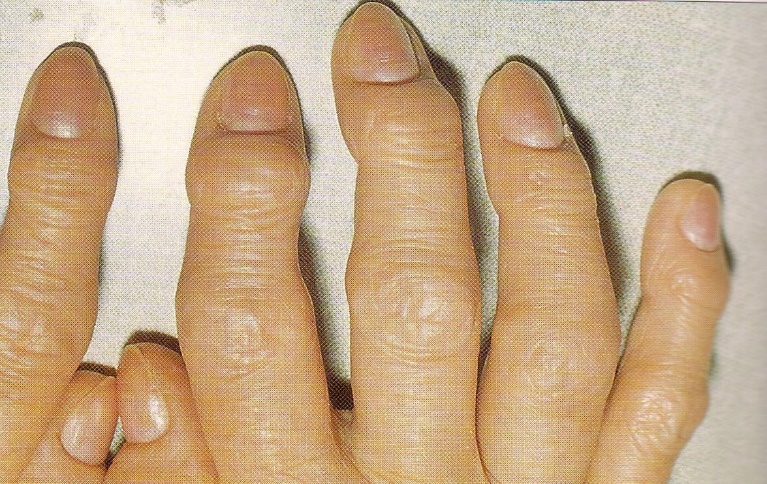
Появление болей в суставах связывает с механической нагрузкой, в покое боли стихают. В последние месяцы боли интенсивные, боль в коленном суставе не дает спать, трудно найти положение для ноги в постели. К утру боль уменьшается, припухлость постоянная. Кроме того, больная отмечает появление плотных симметричных узловатых утолщений в области дистальных межфаланговых суставов обеих кистей и II проксимального межфалангового сустава справа в последние три года.

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась нормально.
* Перенесенные заболевания и операции: удаление левого яичника по поводу кисты, удаление миоматозных узлов матки.
* Наследственность: мать страдает остеохондрозом позвоночника много лет, болят суставы рук.
* Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

**Объективный статус**

* Состояние относительно удовлетворительное.
* Повышенного питания. ИМТ 33,0 кг/м2.
* Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.
* В легких дыхание везикулярное. ЧД 18 в мин.
* Границы сердца не изменены.
* Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 70 ударов в мин. АД 150/90 мм рт.ст.
* Живот мягкий, безболезненный.
* Присутствуют узловатые плотные утолщения в области дистальных и проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, пальцы деформированы, подвижность в этих суставах ограничена.
* Правый коленный сустав увеличен в объеме, деформирован, местное повышение температуры, болезненность при пальпации, крепитация при пассивных движениях.





Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

ревматоидный фактор

клинический анализ крови

Для постановки диагноза следует выполнить

рентгенографию пораженных суставов

Данной больной можно поставить диагноз

Первичный генерализованный остеоартроз

Основная немедикаментозная терапия включает

снижение массы тела

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

ношение ортеза с жесткой фиксацией

При сильной боли в суставах лечение начинают с

НПВП в средних дозах перорально

При приеме НПВП необходим контроль за

уровнем артериального давления

При наличии выраженного синовита коленных суставов назначают

внутрисуставное введение триамцинолона

Остеоартроз проявляется рентгенологическими признаками сужения суставной щели и

развития остеофитов

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

диацереин

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

метилпреднизолона

Препараты гиалуроната и глюкокортикоидов при внутрисуставном введении одинаково эффективны через \_\_\_\_\_ нед. после инъекции

4

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

На приём к участковому терапевту обратился пациент 71 года.

**Жалобы**

на

* онемение стоп,
* снижение чувствительности стоп,
* боли и слабость в ногах при подъеме на 2-3 этаж и преодолении 200-300 метров

**Анамнез заболевания**

* В течение 20 лет страдает сахарным диабетом 2 типа
* Принимает Метформин 1000 мг 2 р/д, Гликлазид МВ – 60 мг перед завтраком
* Эпизодов гипогликемии нет.
* В течение 3 месяцев гликемия натощак при самоконтроле до 10 ммоль/л
* Гликированный гемоглобин 8,5%, общий холестерин – 5,2 ммоль/л Из осложнений диабета – диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался нормально.
* Пенсионер
* Перенесённые заболевания: ИБС. Гипертоническая болезнь. Максимальный подъем АД до 190/100 мм.рт. ст. Адаптирован к АД 130-140/80 мм. рт. ст. Принимает гипотензивную терапию: лозартан 100 мг утром, амлодипин 5 мг, бисопролол 5 мг утром
* Наследственность: сахарный диабет 2 типа у отца.
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Вредные привычки: отрицает.

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 1,80 м, вес 100 кг, индекс массы тела 30,8 кг/м2, t тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в минуту. АД 140/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите методы исследования обязательные для выявления макрососудистых осложнений сахарного диабета (выберите 2)

пальпация периферических артерий

допплерометрия с подсчетом лодыжечно-плечевого индекса

Какой предполагаемый основной диагноз?

Сахарный диабет 2 типа, диабетическая дистальная сенсо-моторная нейропатия. Стенозирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента

артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 cтепени.

Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) рассчитывается как

Сис.АД на лодыжке/Сис.АД на плече

При развитии критической ишемии нижних конечностей пациенту необходимо проведение

реваскуляризации конечности

Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) при критической ишемии нижних конечностей должет быть

менее 0,4

К терапии необходимо добавить

ацетилсалициловую кислоту, розувастатин

Антивоспалительное, антипролиферативное и антиоксидантное действия статинов называются \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ эффектами

плейотропными

При недостижении целевого уровня ХС ЛНП на монотерапии статинами необходима комбинированная терапия статинов с

эзетимибом

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является HbA1c< \_\_\_\_ %

8,0

Для интенсификации сахароснижающей терапии к лечению необходимо добавить

алоглиптин

Рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов является

ингибиторы ДПП-4 + метформин

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина, 36 лет, обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы**

На боли в суставах кистей и стоп, запястьях, появляющиеся в ранние утренние часы, уменьшающиеся при движении и к вечеру, припухлость суставов кистей, утреннюю скованность в суставах в течение 2-х часов, повышение температуры тела до 37,5оС вечером.

**Анамнез заболевания**

Больна в течение 2-х месяцев, когда появились боли в суставах кистей. Связывала свое состояние с перенапряжением рук во время работы и переохлаждением. Принимала нимесулид, с временным положительным эффектом. В течение последних 2 недель утренняя скованность в суставах, общая слабость, субфебрильная температура. К врачу не обращалась. Последние 7 дней боли и припухлость в суставах кистей, лучезапястных суставах, суставах стоп. Самостоятельно сдала клинический анализ крови, обращает на себя внимание ускорение СОЭ 51 мм/час.

**Анамнез жизни**

Работает маляром. Семейный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Травмы отрицает. Операции – кесарево сечение, аппендэктомия. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ (1-2 раз в год), хронический тонзиллит, хронический гастрит. Наличие туберкулеза, сахарного диабета отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Замужем. Mensis с 13 лет, роды – 2. Дети здоровы.

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, умеренно-влажные. Нормостенического телосложения. Рост 164 см, вес 51 кг, ИМТ=19кг/м2. При осмотре отмечается дефигурация проксимальных, дистальных межфаланговых, пястнофаланговых суставов кистей, лучезапястных, правого локтевого суставов за счет экссудативных изменений, при пальпации суставов – повышение температуры, умеренная болезненность, положительный симптом «поперечного» сжатия кистей, объем движений ограничен. Температура тела 36,4°С. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Прекардиальная область не изменена. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Отеков нет. Стул и диурез в норме.

Для постановки диагноза в план обследования нужно включить исследование (выберите 2)

уровня С-реактивного белка в сыворотке

наличия ревматоидного фактора в сыворотке

Для постановки диагноза необходимо провести

обзорную рентгенографию кистей

Основным предполагаемым диагнозом является

Серопозитивный ревматоидный артрит, I рентгенологическая стадия

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

дистальные межфаланговые

Препаратом первой линии для лечения ревматоидного артрита у данной пациентки будет

метотрексат

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

тест на беременность

Для уменьшения риска развития побочных эффектов метотрексата пациентке показано назначение

фолиевой кислоты

Для уменьшения болей в суставах в качестве симптоматического лечения пациентке следует назначить

целекоксиб

На фоне приема метотрексата для мониторинга переносимости и эффективности терапии пациентке требуется регулярный контроль

клинического анализа крови

Пациентке была назначена терапия метотрексатом в дозе 17,5 мг в неделю, фолиевая кислота 5 мг в неделю, при болях пациентка принимает целекоксиб в таблетках 1-2 раза в неделю. Обратилась на амбулаторный прием с целью проведения лабораторного обследования на фоне приема препаратов. Отмечает уменьшение болей в суставах, утренняя скованность в кистях до 20 минут, при осмотре припухших суставов нет. Не температурит. Получены результаты проведенных анализов крови.

Дальнейшая тактика ведения больной включает

отмену метотрексата

Вакцинация, с учетом назначения базисных противовоспалительных препаратов, пациентке

рекомендована против пневмококковой инфекции

Рентгенографическим признаком, который относится к сопутствующей патологии суставов является наличие

остеофитов

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной А. 20 лет, студент. Обратился к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На частый (до 10-12 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, потерю веса, боли ноющего характера в голеностопных, коленных суставах, усиливающихся при движении, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38°С.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; по назначению врача поликлиники принимал но-шпу, лоперамид - без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы.

**Анамнез жизни**

* курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имеет
* аллергических реакций не было
* отец здоров, у матери – неспецифический язвенный колит (далее-НЯК)

**Объективный статус**

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела – 37,8°С, кожа бледная, сухая, периферические лимфатические узлы не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; частота дыхания – 17 в минуту; над легкими ясный, легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС – 105 в минуту, ритм правильный. АД 100/70 мм рт ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации голеностопных, коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

общий анализ крови

биохимический анализ крови

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

фиброколоноскопия

морфологическое исследование прямой кишки

У данного пациента можно предположить наличие

Неспецифического язвенного колита

У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

железодефицитной анемии

У данного пациента в рамках внекишечного проявления НЯК имеется

артропатия

Назначение глюкокортикостероидов внутривенно в дозе, эквивалентной 125 мг преднизолона, показано при \_ атаки НЯК

сверхтяжелой

Эффект от лечения НЯК сверхтяжелой формы внутривенными глюкокортикостероидами следует оценивать не позднее \_\_\_\_ суток после начала терапии

7

Показанием к хирургическому лечению НЯК является

токсическая дилатация кишки

Принципы диспансерного наблюдения при НЯК направлены на профилактику развития

колоректального рака

Биологическая терапия при НЯК показана начиная с

левосторонней формы, среднетяжёлой атаки

Одним из внекишечных проявлений НЯК является

афтозный стоматит

Одним из внекишечных проявлений НЯК, обусловленных длительным воспалением и метаболическими нарушениями, является

стеатоз печени

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 37 лет обратился к участковому врачу-терапевту

**Жалобы**

на одышку при доступных ранее нагрузках и быструю утомляемость

**Анамнез заболевания**

самочувствие ухудшилось несколько дней назад после злоупотребления алкоголем

**Анамнез жизни**

* хронических заболеваний в анамнезе нет
* не курит, регулярное злоупотребление алкоголем отрицает
* профессиональных вредностей не имеет
* аллергических реакций не было

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 112 в 1 мин, пульс 96 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся (выберите 2)

трансторакальное эхокардиографическое исследование

регистрация ЭКГ в 12 отведениях

К необходимым для выяснения причины аритмии лабораторным исследованиям относятся определение в крови уровня (выберите 2)

тиреоидных гормонов

калия

Выявленное нарушение ритма является впервые выявленной(-ым)

фибрилляцией предсердий

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc равна

0

Постоянная медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данного пациена

не желательна (класс рекомендаций III)

Восстановление синусового ритма можно провести не ранее, чем через \_\_\_\_\_\_\_\_ адекватной антикоагулянтной терапии

3 недели

Восстановление синусового ритма без трехнедельной антикоагулянтной подготовки возможно, если

при чреспищеводной эхокардиографии не выявлены противопоказания к кардиоверсии

После восстановления синусового ритма прием антикоагулянтов следует

продолжать не менее 4 недель

Механизм действия дабигатрана обусловлен прямым обратимым ингибированием

тромбина

При применении дабигатрана контроль МНО

не требуется

В данной ситуации пациенту следует рекомендовать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ прием(-а) дабигатрана.

отменить на 1 день

Пациентам с развитием тяжелого жизнеугрожающего кровотечения, развившегося на фоне приема дабигатран, возможно введение специфического антидота –

идаруцизумаб

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 57 лет на приеме у врача общей практики.

**Жалобы**

Жалоб не предъявляет. К врачу обратилась по настоянию дочери. При расспросе отмечает периодические боли в спине, возникающие при интенсивной нагрузке, исчезающие в покое.

**Анамнез заболевания**

Страдает бронхиальной астмой, длительное время принимает преднизолон в суточной дозе 12,5 мг.

**Анамнез жизни**

* Работает бухгалтером, профессиональных вредностей не отмечает.
* Из хронических заболеваний: хронический риносинусит, назальные полипы
* Наследственность: бронхиальная астма у матери.
* Аллергические реакции к лекарственным препаратам не отмечает.
* Вредные привычки отрицает.
* Гинекологический анамнез: беременностей 2, родов 2.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост-162 см, вес-62 кг, ИМТ- 22. Телосложение - нормостеническое. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. В легких перкуторный звук легочный, при аускультации дыхание везикулярное, ослабленное, рассеянные сухие хрипы. ЧДД 17 в минуту. Сердечно-сосудистая система: границы относительной тупости сердца в норме, аускультативно тоны приглушенные, ритмичные, шумов нет. АД- 110/70 мм рт. ст., ЧСС 70 ударов в минуту, пульс 70 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

рентгенография позвоночника

двуэнергетическая рентгеновская денситометрия

С целью проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями скелета и выявления противопоказаний для назначения медикаментозного лечения пациентке следует оценить (выберите 2)

общий анализ крови

кальций, фосфор сыворотки крови

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

остеопороз

Диагноз у данной пациентки формулируется как

Глюкокортикоидный остеопороз

Пациентке рекомендуется изменение терапии бронхиальной астмы в виде

применения ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с длительно действующими β2–агонистами с постепенной отменой или уменьшением дозы преднизолона

Препаратом выбора для лечения остеопороза у данной пациентки является

золендроновая кислота

Пациентка должна принимать золендроновую кислоту 1 раз в

год

В дополнение к патогенетической терапии пациентке следует назначитьпрепарат кальция \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг и витамин D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МЕ в сутки

1000-1500, 800-2000

Из методов немедикаментозной терапии пациентке следует рекомендовать

физические упражнения с нагрузкой весом тела

Для оценки эффективности лечения остеопороза пациентке рекомендуется провести денситометрию через \_\_\_\_\_ от начала терапии

1 год

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

год

Оценка 10-летнего абсолютного риска переломов проводится по

FRAX

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациент 54 лет вызвал участкового терапевта на дом через 2 часа после появления жалоб

**Жалобы**

На чувство сжатия, сдавления за грудиной продолжительностью 3 часа волнообразного характера, не купирующееся после приема 2 таблеток нитроглицерина

**Анамнез заболевания**

* Утром после интенсивной физической нагрузки (занятия хореографией) отметил появление чувства сжатия за грудиной впервые в жизни. Попытался самостоятельно купировать приступ приемом нитроглицерина.
* Медикаментозную терапию ранее не получал.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался соответственно возрасту
* По профессии актер
* Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в возрасте 32 лет
* При эпизодическом измерении АД были зафиксированы значения 150-154/88-102 мм рт. ст. К врачу не обращался, не обследовался.
* Наследственность отягощена по сердечно-сосудистой патологии: отец перенес инфаркт миокарда в возрасте 50 лет, мать жива, 75 лет, о заболеваниях сердечно-сосудистой системы неизвестно.
* Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день в течение 42 лет, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Вес 70 кг, рост 172 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, выраженная потливость. Температура тела 37,2ºС. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются. ЧСС 80 уд в минуту, АД 124/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Шейные вены не набухшие. Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня

тропонина I

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза и определения оптимальной тактики лечения является

ЭКГ в 12 отведениях в покое

Наиболее вероятный диагноз

ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST

Для обезболивания пациенту показано назначение

морфина

В соответствии с данными ЭКГ наиболее вероятно поражение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ артерии

огибающей

Пациенту необходимо назначить ацетилсалициловую кислоту, статины и

клопидогрель

Немодифицируемым фактором риска ишемической болезни сердца у пациента является

отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям

Больному показана госпитализация в стационар

немедленно

При верно и своевременно назначенном лечении, прием ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг 1 раз в сутки показан в течение

жизни

Проведение чрескожного коронарного вмешательства больному

показано в экстренном порядке

Для длительного лечения артериальной гипертензии в составе комбинированной терапии у этого больного препаратами выбора являются

ингибиторы АПФ

Физическая активность (ходьба, плавание) в случае неосложненного течения заболевания пациенту в рамках программы реабилитации

показана через 3-4 недели

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

**Жалобы**

на повышение температуры тела до 39,2оС, кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, слабость, недомогание, жидкий стул без примеси крови до 4 раз за сутки.

**Анамнез заболевания**

Всегда считала себя здоровым человеком. 6 дней тому назад после переохлаждения, отметила появление слабости и недомогания, повышение температуры тела до 37,8оС, сопровождающееся сильным ознобом. На следующий день присоединился кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. По совету знакомых самостоятельно начала приём амоксиклава 875/125 мг 2 р/сут., однако, существенного улучшения состояния к концу 4 суток лечения амоксиклавом не отмечалось: температура тела колебалась от 37,3оС до 39,2оС, сохранялись слабость. Сегодня (на 6 сутки болезни) присоединилась диарея до 4 раз в сутки.

**Анамнез жизни**

* Вредные привычки отрицает
* Аллергологический анамнез не отягощён
* Перенесенные заболевания и операции: отрицает

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Вес 59 кг, рост 170 см. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела 38,7оС. Видимые слизистые не изменены, миндалины не увеличены, глотание безболезненное, отделяемого из полости носа нет. В легких дыхание везикулярное, на ограниченном участке под левой лопаткой выслушиваются влажные звонкие хрипы, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88 в мин., АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.

Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение (выберите 2)

общего анализа крови

рентгенографии органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях

Для исключения/подтверждения Clostridium difficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приёма амоксиклава показано проведение (выберите 3)

теста амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР) для токсигенного штамма Clostridium difficile

иммуноферментного анализа для определения токсина А Clostridium difficile в кале

иммуноферментного анализа для определения токсина В Clostridium difficile в кале

Клинический диагноз может быть сформулирован следующим образом

Внебольничная левосторонняя пневмония. Clostridium difficile-ассоциированная болезнь лёгкого течения

Оценку эффективности проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении \_\_\_\_\_ часов

48-72

Проводимая терапия амоксиклавом

неэффективна

Учитывая неэффективность терапии амоксиклавом, в качестве препарата выбора второй линии целесообразно выбрать

левофлоксацин

Для терапии Clostridium difficile-ассоциированной болезни лёгкого/среднетяжёлого течения показано назначение

метронидазола

Для нейтрализации активности токсинов C. difficile следует применить

диоктаэдрический смектит (смекта)

Эффективность терапии Clostridium difficile-ассоциированной болезни метронизадолом необходимо оценить на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ день лечения

5-7

При неэффективности терапии Clostridium difficile-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на

ванкомицин

Ванкомицин следует назначить в дозе \_\_\_\_\_\_\_ мг \_\_\_\_\_\_\_ р/сутки на 10 дней

125; 4

После завершения курса лечения ванкомицином (метронидазолом) для профилактики рецидива Clostridium difficile-ассоциированной болезни следует рекомендовть курс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пробиотиков

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 37 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту.

**Жалобы**

На повышение температуры тела до 38,9°С, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание в ночное время, рези при мочеиспускании.

**Анамнез заболевания**

Заболевание началось остро, состояние ухудшилось в последние 2 дня. Месяц назад перенесла обострение хронического цистита, после переохлаждения на катке. Лечилась народными методами.

**Анамнез жизни**

Работает кассиром. Имеет 1 ребенка. Естественные роды. Семейный анамнез не отягощен. Аллергоанамнез: аллергия на магнезию по типу крапивницы. Перенесенные заболевания: Хронический цистит с 28 лет. В детстве перенесла ветряную оспу, ОРВИ. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает.

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступна контакту. Положение активное. Масса 60 кг, рост 160 см. ИМТ 23,43 кг/м2. Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 39,0 С. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. ЧСС 77 уд/мин.  
Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

Из лабораторных исследований целесообразно выполнить (выберите 4)

общий анализ крови

общий анализ мочи

биохимический анализ крови

бактериологическое исследование мочи

Из инструментальных исследований целесообразно выполнить

УЗИ почек

Предполагаемым основным диагнозом является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пиелонефрит. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ стадия. С \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ функцией почек

Первичный острый; Активная; сохранной

Возбудителем острого пиелонефрита наиболее часто является

*Escherichia coli*

Объём выпиваемой жидкости во время лечения должен составлять \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мл/сутки

2000–2500

До получения результатов бактериологического посева мочи всем пациентам с острым пиелонефритом рекомендуется

проведение эмпирической антибактериальной терапии

Всем пациентам для лечения острого неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения в качестве терапии первой линии показаны

фторхинолоны перорально

Средняя продолжительность применения антибактериальных препаратов первой линии при неосложненном пиелонефрите нетяжелого течения должна составлять \_\_\_\_ дней

7-10

Выполнение нефрэктомии рекомендуется при

наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы

После купирования атаки острого пиелонефрита и нормализации анализов мочи показана/показано

длительная терапия отварами мочегонных и антисептических трав или официнальными растительными препаратами

Пациентам с вторичным (обструктивным) острым пиелонефритом антибактериальная терапия должна начинаться

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

При наличии у пациентов почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин) рекомендуется терапия

цефтриаксоном

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной 56 лет, электрик. Обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

На боли в области эпигастрия жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирущие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

**Анамнез заболевания**

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев: сначала появилась боль, возникающая через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирущая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (Альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Также сообщает, что 2 недели назад впервые начали беспокоить головные боли, самостоятельно начал принимать Кетопрофен Форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время.

**Анамнез жизни**

* курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь: употребляет 0,5 л пива в выходные дни.
* профессиональных вредностей не имеет
* аллергических реакций не было
* мать здорова, у отца – рак желудка.

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

биохимический анализ крови

общий анализ крови

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

рентгенография пищевода и желудка

фиброэзофагогастродуаденоскопия (ФЭГДС)

У данного пациента можно предположить наличие

Язвенной болезни желудка

При обследовании данного пациента необходима верификация

H.pylori

Для исследования кислотообразующей функции желудка целесообразно выполнение

суточной рН-метрии желудка

Для уменьшения проявлений симптомов болезни и начала заживления язвы рекомендуется назначить

ингибиторы протонной помпы

Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее \_\_\_\_\_\_ (пороговое значение в неделях)

4-8

Данному пациенту следует рекомендовать

частое, дробное питание

Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо дополнительно выполнить

биопсию язвы

Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

синдром «рикошета»

При верификации H.pylori у пациента с язвенной болезнью необходимо назначение трехкомпонентной эрадикационной терапии, включающей

ингибитор протонной помпы, кларитромицин и амоксициллин

Пацинту с язвенной болезнью желудка вне обострения показано

санаторно-курортное лечение

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная З., 82 лет поступила в кардиологическое отделение

**Жалобы**

* боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при незначительной физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
* одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость,
* сердцебиение

**Анамнез заболевания**

Из анамнеза известно, что боли за грудиной беспокоят около 15 лет. Около 5 лет назад появились приступы сердцебиения, на снятой ЭКГ регистрировалась «аритмия», с этого же времени беспокоит одышка при бытовых физических нагрузках. Пациентка наблюдается терапевтом в районной поликлинике, при ЭхоКГ полгода назад отмечено снижение ФВ ЛЖ до 40%, постоянно принимает бисопролол, аспирин, при болях в грудной клетке пользуется нитроглицерином. Отмечает, что в течение последнего года одышка и приступы стенокардии беспокоят при ходьбе по лестнице до 1 пролета и по ровной местности менее 200 м.

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась нормально
* Пенсионерка, в прошлом преподаватель вуза
* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ОРВИ
* Наследственность:отец и мать больной умерли в старческом возрасте от онкологических заболеваний
* Гинекологический анамнез: Б-3, Р-2, 1 медицинский аборт. С 50 лет – менопауза. Гинекологические заболевания отрицает.
* Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

**Объективный статус**

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 160 см, вес 60 кг. Т 36,5°С. Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз, цианоз губ. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧДД 20 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется звук с коробочным оттенком. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье по передней подмышечной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 90 ударов в минуту. На верхушке выслушивается тихий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 120/80 мм рт.ст. Пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 9x8x7 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

клинический анализ крови

биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

Эхо-КГ

ЭКГ в покое

Какой предполагаемый основной диагноз?

Основное: ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий.  
Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 40%, II A ст., III ФК NYHA

Основой патогенетической терапии ХСН у больной являются

ингибиторы АПФ

Стратегия терапии нарушения ритма сердца у данной больной

контроль ЧСС

Препараты, назначение которых наряду с бета-блокаторами показано больной для контроля ЧСС при постоянной форме трепетания предсердий

сердечные гликозиды (дигоксин)

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений у пациентки с ХСН и трепетанием предсердий используется шкала

CHA2DS2-VASc

Расчет индекса риска в баллах по шкале CHA2DS2-VASc основан на учете таких факторов как сердечная недостаточность, артериальная гипертония, инсульт/ТИА, заболевания сосудов, возраст, женский пол и

сахарный диабет

Для профилактики тромбоэмболических осложнений пациентке с трепетанием предсердий показаны

новые оральные антикоагулянты

К новым оральным антикоагулянтам относят

дабигатрана этексилат

Данной пациентке назначен дабигатрана этексилат в дозе +\_ + мг 2 р/сутки

150

Новые оральные антикоагулянты не должны применяться у пациентов с фибрилляцией предсердий и скоростью клубочковой фильтрации меньше \_\_\_\_\_ мл / мин/1,73 м2

30

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 67 лет, пенсионер, обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

На боли в тазобедренных, коленных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при физической нагрузке и движениях, усиливающиеся к вечеру, уменьшающиеся в покое; утреннюю скованность в течение 5 минут, боли в области эпигастрия, появляющиеся после приема пищи.

**Анамнез заболевания**

Страдает от болей в суставах в течение многих лет. В течение последних 5-7 лет отмечает, что боли в суставах и поясничном отделе позвоночника усилились, затрудняют ежедневную деятельность. К врачам не обращался, для уменьшения боли принимает ибупрофен по 400 мг 4-5 раз в день по совету жены.

**Анамнез жизни**

В течение последних 10 лет работает в школе дворником, работа сопровождается частыми интенсивными физическими нагрузками. У родственников заболевания суставов не отмечает. Аллергический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: редкие ОРВИ (1-2 раз в год, нетяжелые), язвенная болезнь желудка (последнее обострение 5 лет назад). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит по 10 сигарет в день в течение 30 лет, алкоголем не злоупотребляет.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, вес - 89 кг. ИМТ 31 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в мин. АД - 128/68 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Костно-мышечная система: коленные суставы равномерно увеличены в размерах, гиперемия, гипертермия отсутствуют, подвижность ограничена за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Дистальные межфаланговые суставы болезненны при пальпации, движения в них ограничены. Остальные суставы не изменены. Пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника болезненна, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности.

Лабораторные исследования, необходимые для постановки диагноза пациенту включают в себя (выберите 3)

уровень С-реактивного белка

общий анализ крови

биохимический анализ крови

Инструментальные методы обследования, которые необходимо провести пациенту для постановки диагноза, включают в себя (выберите 2)

рентгенографию коленных суставов

рентгенографию кистей

Перед назначением лечения целесообразно выполнить

фиброгастродуоденоскопию

Предварительный диагноз следует сформулировать как

Остеоартроз генерализованный

Выявленные рентгенологические изменения в коленных суставах (слева выявлены грубые остеофиты, суставная щель не прослеживается) соответствует \_\_\_\_ стадии гонартроза

IV

Наиболее рациональным препаратом для купирования боли является

целекоксиб

В качестве базисной терапии пациенту рекомендуется

глюкозамин сульфат

Одновременно с приемом нестероидных противовоспалительных средств пациенту следует назначить

ингибитор протонной помпы

На фоне терапии (целекоксиб + препараты глюкозамин сульфата) сохраняется боль в коленных суставах, резко ограничены движения в нем. Дальнейшей тактикой врача является

решение вопроса о возможности эндопротезирования сустава

Для профилактики прогрессирования остеоартроза следует рекомендовать

использование ортезов, супинаторов

Показанием к госпитализации в данном случае является

рецидивирующий синовит сустава

Пациент относится к \_\_\_ группе состояния здоровья

IIIб

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной С. 47 лет, обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

**Жалобы**

на повышение температуры до 39,0º С,особенно ее подъем в ночное время, выраженную потливость, кашель с обильной зеленого цвета мокротой, боли в грудной клетке слева при дыхании, одышку, снижение аппетита и массы тела вплоть до кахексии.

**Анамнез заболевания**

* в течение 4-х недель, отмечает повышенную потливость, резкую слабость
* кашель с обильной мокротой в течение последних 1,5 лет
* боли в грудной клетке слева в подмышечной области при дыхании.
* к врачам не обращался, не лечился

**Анамнез жизни**

* в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей
* в течение последних 5 лет находился в местах лишения свободы
* флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил более 3 лет
* перенесенные заболевания: частые простудные заболевания
* вредные привычки: страдает хроническим алкоголизмом, употреблял наркотики
* не работает, проживает в однокомнатной квартире с матерью, материально-бытовые условия жизни неудовлетворительные

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Рост 185 см, масса тела 55 кг. Температура тела 39,8º С.

Больной истощен. Кожные покровы бледные, сухие, тургор тканей снижен, акроцианоз, румянец на щеках, астено-вегативный синдром, тахикардия.

Грудная клетка астенического телосложения, левая половина грудной клетки отстает придыхании, ЧДД 35 в минуту.

При перкуссии грудной клетки резко укорочен перкуторный звук слева.

При аускультации – слева дыхание ослабленное, разнокалиберные влажные хрипы, справа – рассеянные сухие хрипы.

Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При обследовании мокроты и промывных вод бронхов обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная

Реакция на пробу с АТР (Аллерген туберкулезный рекомбинантный) - отрицательная

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

микроскопическое исследование мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии

клинический анализ крови

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является (выберите 2)

обзорная рентгенография органов грудной клетки

компьютерная томография легких

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

казеозную пневмонию

Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

выраженный иммунодефицит

На основании полученных результатов обследования, данному больному можно поставить диагноз

Казеозная пневмония левого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +, легочно-сердечная недостаточность, кахексия

Наличие синдрома интоксикации у больного с казеозной пневмонией обусловлено

большой зоной разрушения с резорбцией в кровь продуктов распада легочной ткани

Осложнениями основного заболевания являются

легочно-сердечная недостаточность, кахексия

Данные аускультации при казеозной пневмонии характеризуются

резко ослабленным дыханием, разнокалиберными влажными хрипами

При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью, целесообразно применять антибактериальные препараты

первого ряда

Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является

бактериологическая диагностика

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

стационаре (противотуберкулезного учреждения)

Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии следует проводить с

крупозной пневмонией

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 21 год обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На повышение температуры, боли в горле.

**Анамнез заболевания**

Заболел остро 10 дней назад, когда появилась температура 38,0, потливость в ночные часы и боли в горле. Самостоятельно принимал грамидин, полоскал раствором фурацилина, без эффекта.

**Анамнез жизни**

* эпид. анамнез: 3 месяца назад имел незащищенный половой контакт
* курение, злоупотребление алкоголем отрицает
* профессиональных вредностей не имел
* аллергических реакций не было
* наследственность не отягощена

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы физиологической окраски, эластичность и тургор кожи незначительно снижены. Сыпи нет. Пальпируются затылочные и заднешейные лимфатические узлы до 1 см, плотноэластической консистенции, безболезненные. Отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧСС 68 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выходит из-под края реберной дуги на 1 см. Синдром покалачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)

реакция Хоффа-Бауэра

иммунный блоттинг

клинический анализ крови

Необходимыми инструментальными методами обследования для диагностики вторичных заболеваний, выявление которых может повлиять на исход заболевания и тактику лечения пациента, являются

УЗИ органов брюшной полости

У данного пациента можно предположить наличие

Острой ВИЧ-инфекции, стадия 2-Б: мононуклеозоподобный синдром

Дифференциальную диагностику острой ВИЧ-инфекции следует проводить с

инфекционным мононуклеозом, краснухой

Целью антиретровирусной терапии является

увеличение продолжительности и сохранение (улучшение) качества жизни пациентов

Значимым лабораторным критерием оценки прогрессирования ВИЧ-инфекции является

уровень CD4 лимфоцитов и вируса в крови

Критериями для начала антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции могут быть

уровень CD4 лимфоцитов, концентрация вируса в крови, клиническое течение болезни

Для этиотропной терапии ВИЧ-инфекции применяют

зидовудин

Для антиретровирусной терапии при ВИЧ используют

ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ

К оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ относят

пневмоцистную пневмонию

С целью выявления ВИЧ-инфекции для скрининогового обследования используют

иммуноферментный анализ

Хирургическое лечение пациентом с ВИЧ

не показано

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка С. 54 года на осмотре у врача-гастроэнтеролога.

**Жалобы**

* на ноющие боли в эпигастральной области на голодный желудок, боли затихают после приема пищи и появляются вновь через 1,5-2 часа после еды;
* ночные боли;
* чувство тяжести после еды;
* метеоризм;
* общую слабость.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда после стресса появились боли в эпигастральной области. Питается нерегулярно, часто соблюдает диеты для снижения массы тела. При ЭГДС впервые обнаружена язва в луковице 12 пк. Принимала омепразол, альмагель с положительным эффектом. Исследование на инфекцию *Н.pylori* не проводилось. При ухудшении самочувствия: изжоге, отрыжке воздухом, боли в эпигастрии, самостоятельно принимала омепразол в течение 2-3 недель. Отмечает сезонность обострений в весенне - осенний период.

При обострении в июле 2019г., проведена ЭГДС, выявлено: в антральном отделе по малой кривизне язва овальной формы, дно покрыто фибрином 1,0х0,7х0,5 см в пилорическом канале язва покрытая фибрином, размерами 0,4х0,4х0,1 см. По назначению врача принимала Эманера 20 мг 2 раза в день в течение месяца. Анализ кала на АТ к *Н.Рylori* проведен без отмены ИПП, результат - отрицательный. Около недели назад, после погрешности в диете отметила появление голодных болей в эпигастральной области, изжогу, усиливающуюся в горизонтальном положении. В связи с чем обратилась к гастроэнтерологу.

**Анамнез жизни**

Родилась в 1965, в г. Москве. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Образование высшее филологическое. В настоящее время не работает.

Не курит, алкоголь не употребляет. Аллергические реакции отрицает. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет 3-5 дней, умеренные. С 54 лет менопауза. Беременностей – 1, роды – 1. Наследственность: у отца язвенная болезнь.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 160 см, вес 84кг. ИМТ=32,8 кг/м2. Кожные покровы чистые. Избыточное развитие подкожно-жирового слоя. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Суставы при осмотре не изменены. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Печень и селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Для постановки полного диагноза необходимыми лабораторными методами исследования являются (выберите 2) общий анализ крови

анализ кала на скрытую кровь

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки правильного диагноза является

эзофагогастродуоденоскопия

Данному пациенту на основании физикального и дополнительного обследования можно поставить диагноз

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии неполного рубцевания. Эрозивный гастрит, ассоциированный с *Н.Pylori*.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки к типичным относят боли

«голодные», возникающие через 1,5-2 часа после еды

Золотым стандартом в диагностике Н. pylori является

13С уреазный дыхательный тест

Серологический метод выявления антител Н. pylori используется только при

первичной диагностике инфекции *H. pylori* и определении антител, относящихся к классу IgG

Средством базисной терапии обострений язвенной болезни являются

ингибиторы протонной помпы

Среди всех ингибиторов протонной помпы самое низкое сродство к системе цитохрома Р450 проявляют

рабепразол и пантопразол

Стандартная схема первой линии эрадикационной терапии включает комбинацию

ингибитора протонной помпы, кларитромицина, амоксициллина

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет (в днях)

10-14

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

4-6

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

1

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной 54 лет обратился к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На рост «косточки», находящейся у основания большого пальца правой ноги и на появление безболезненных плотноэластических образований на пальцах обеих рук.

**Анамнез заболевания**

С 35 лет страдает АГ в связи с чем регулярно принимает гидрохлортиазид 12,5 мг/сут и эналаприл 10 мг/сут с эффектом – цифры АД не поднимаются выше 140/90 мм рт. ст.. Примерно с 40-летнего возраста отмечает возникновение эпизодов покраснения и отёчности первого плюсне-фалангового сустава большого пальца правой ноги, которые повторяются с периодичностью 1-2 раза в год, длятся по 7-10 дней и купируются на фоне приема нимесулида. 5 лет тому назад на пальцах рук появились и медленно увеличиваются в размерах безболезненные «бугорки», при случайной травме одного из которых появилось светлое отделяемое, по виду напоминающее пищевую соду (со слов больного). 2 года тому назад перенес приступ «почечной колики».

**Анамнез жизни**

* В детстве рос и развивался соответственно возрасту.
* Работает в офисе за персональным компьютером, профессиональные вредности отрицает.
* Перенесенные заболевания и операции: в детском возрасте (12 лет) – аппендэктомия, почечная колика 2 года тому назад.
* Наследственность: не отягощена.
* Аллергологический анамнез: не отягощен.
* Вредные привычки: курит по 10 сигарет в сутки, алкоголь (со слов пациента) употребляет умеренно - по выходным.

**Объективный статус**

Телосложение правильное, избыточная масса тела - ИМТ=28 кг/м2. В области дистальных фаланг пальцев обеих кистей рук – опухолевидные образования (см. ниже). Отмечается вальгусная деформация первого пальца правой стопы. Отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, АД - 120/75 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный; печень и селезенка перкуторно не увеличены.



В план лабораторного обследования пациента необходимо включить (выберите 3)

исследование мочевой кислоты сыворотки

определение уровня креатинина сыворотки

общий анализ мочи

Инструментальное обследование пациента должно включать проведение (выберите 2)

диагностической аспирации первого плюснефалангового сустава правой стопы

рентгенографии первого плюснефалангового сустава правой стопы

На основании проведённого обследования пациентке может быть поставлен диагноз

Подагры

Клиническая картина заболевания соответствует

хронической тофусной подагре

Медикаментозная терапия пациента должна быть направлена на ингибирование

ксантиноксидазы

Принимая во внимание наличие у пациента хронической тофусной подагры с ХБП 3А оптимальным препаратом для проведения у него уратснижающей терапии является

фебуксостат

Целевые значения для сывороточного уровня мочевой кислоты для данного пациента < \_\_\_ мкмоль/л

300

Для профилактики приступов подагрического артрита на фоне начала уратснижающей терапии пациенту показано назначение

колхицина

Профилактическая доза колхицина в данной ситуации должна составлять \_\_\_ мг/сут

0,5

Коррекция антигипертензивной терапии у данного пациента

требует отмены гидрохлортиазида

Коррекция диеты данного пациента должна состоять в ограничении употребления

морепродуктов

Резекция тофусов у больных хронической тофусной подагрой

показана при наличии тяжёлых осложнений

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 49 лет поступила в терапевтическое отделение стационара.

**Жалобы**

* на приступообразный кашель, малопродуктивный, чаще вечером и ночью, со слизисто-гнойной мокротой в небольшом количестве
* на боль в передне-верхних отделах грудной клетки справа, усиливающуюся при кашле
* на повышение температуры до 38-390С
* на слабость, недомогание, утомляемость, головную боль

**Анамнез заболевания**

Больна в течение 10 дней. Причиной болезни считает значительное переохлаждение ног в холодную погоду на улице.

Общее состояние больной было неудовлетворительным, чувствовала слабость, недомогание, утомляемость. Появилась головная боль. Через 2 дня повысилась температура тела до 39,00С, которая не снижалась до физиологических значений даже при приёме жаропонижающих средств.

На 3-й день появился приступообразный малопродуктивный кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты, вместе с тем появились боли умеренной интенсивности в области нижнего угла лопатки справа, боль имела колющий характер и усиливалась при кашле. Обычно кашель усиливался к вечеру. Лекарственные препараты от кашля не принимала.

Вызвала скорую помощь, после чего больная была доставлена и госпитализирована в стационар по месту жительства.

**Анамнез жизни**

* иные хронические заболевания отрицает
* не курит, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имела
* аллергических реакций не было

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Температура тела 37,8°С. При осмотре кожные покровы теплые, обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Масса тела 81 кг, рост 162, ИМТ 30,86 кг/м2. Суставы нормальных размеров и формы, объем активных и пассивных движений полный. Грудная клетка цилиндрической формы. При сравнительной перкуссии притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки справа, над остальными отделами - лёгочный звук. При аускультации дыхание жесткое, мелкопузырчатые хрипы в нижнем отделе грудной клетки справа. ЧДД 20 в минуту. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации области сердца верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 78 уд/мин. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 125/80 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации безболезненный. Размеры печени по Курлову — 9х8х7 см. Пальпация печени безболезненна. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание со слов без особенностей.

Лабораторная диагностика при обследовании пациентки должна включать (выберите 2)

общий анализ крови

бактериоскопия мокроты

Инструментальное обследование пациентки должно включать (выберите 2)

пульсоксиметрию

рентгенографию органов грудной клетки

На основании проведенного обследования диагноз пациентки может быть сформулирован как

Внебольничная пневмония

Риск летального исхода по шкале CRB-65 для данной пациентки составляет \_\_\_\_\_ баллов

0

В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке следует рекомендовать

амоксициллин

Оценку эффективности назначенной пациентке антимикробной химиотерапии следует проводить через \_\_\_\_\_\_\_ суток

2-3

К окончанию 3-х суток терапии амоксициллином температура тела пациентки составляет 38,5ºС, SpО2 95%, что следует расценивать как

неэффективность терапии

На этом этапе врач должен принять решение о

смене антимикробной химиотерапии

Учитывая неэффективность терапии первой линии и подозрении на наличие «атипичных» возбудителей внебольничной пневмонии пациентке показано назначение антимикробного препарата из группы

респираторных фторхинолонов

На вторые сутки после смены антимикробного препарата состояние пациентки улучшилось: температура тела снизилась до 37,20С, уменьшилась слабость. Однако, при проведении в это время КТ лёгких отмечалось сохранение консолидации в нижних отделах правого лёгкого. В связи с этим дальнейшая тактика ведения пациентки должна состоять в

продолжении проводимой антимикробной химиотерапии

В случае дальнейшего благоприятного течения заболевания и клинических признаках эффективности проводимой антибактериальной терапии повторное рентгенологическое обследование пациентке следует провести через \_\_\_\_\_\_ (в неделях)

3-4

При развитии острой дыхательной недостаточности у пациентов с бактериальной пневмонией, показанием для проведения респираторной поддержки является SpO2< \_\_\_\_\_\_ %

88

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка С. 27 лет обратилась к участковому врачу-терапевту.

**Жалобы**

* Частые слабые ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приёма пищи;
* чувство быстрого насыщения;
* отрыжка кислым;
* общая слабость;
* неустойчивость стула.

**Анамнез заболевания**

Указанные жалобы периодически беспокоят в течение последних 5-ти лет, текущее ухудшение самочувствия - 1,5 недели назад. Самостоятельно принимала антациды с кратковременным положительным эффектом.

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась нормально.
* Работает учителем в школе, профессиональные вредности отрицает.
* Перенесенные заболевания и операции: отрицает.
* Наследственность не отягощена.
* Аллергологический анамнез не отягощен.
* Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

**Объективный статус**

Пациентка нормостенического телосложения, рост=167 см, вес=62 кг. Состояние удовлетворительное: кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Отёков нет, периферические л/у не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=72 в минуту, АД=110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Учитывая наличие у пациентки симптоматики желудочной диспепсии лабораторное обследование должно включать (выберите 3)

общий анализ крови

дыхательный тест с мочевиной, меченой 13С

исследование кала на скрытую кровь

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение (выберите 2)

эзофагогастродуоденоскопии

ультразвукового исследования органов брюшной полости

Предварительный диагноз пациентки может быть сформулирован как

Функциональная диспепсия

Клинический вариант функциональной диспепсии у данной пациентки может быть определен как

постпрандиальный дистресс-синдром

Проведение эрадикационной терапии у пациентки

показано, потому что позволит исключить наличие функциональной диспепсии, ассоциированной с H. pylori

В качестве эрадикационной терапии, кроме ингибитора протонной помпы, пациентке показано назначение

амоксициллина и кларитромицина

Оценку эффективности проведённой эрадикационной терапии следует проводить не ранее чем через \_\_ недели (недель)

4

Продолжительность эрадикационной терапии в данном клиническом случае должна составлять \_\_\_ (в днях)

14

Для оценки эффективности проведённой эрадикационной терапии у пациентки нельзя будет использовать

определение антител к H. Pylori

При исчезновении симптоматики диспепсии после проведения эрадикационной терапии говорить о функциональном её характере у данной больной и об отсутствии ассоциации с инфекцией H. pylori можно только по прошествии \_\_\_\_ ( в месяцах)

6-12

В случае сохранения у пациентки симптоматики диспепсии по окончании эффективной эрадикационной терапии по отрицательному результату дыхательного уреазного теста показано назначение

прокинетиков

Под постпрандиальным дитстресс-синдромом понимают

чувство переполнения желудка или раннее насыщение, которые возникают после еды чаще 3 раз в неделю, при том, что объем принимаемой пищи обычный

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

На приём к участковому терапевту обратился мужчина 67 лет.

**Жалобы**

На периодическую сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание; слабость в ногах при подъёме по лестнице, боли в ногах в ночное время суток, снижение болевой и температурной чувствительности, онемение стоп.

**Анамнез заболевания**

7 лет назад при оформлении на санаторно-курортное лечение была обнаружена гликемия 7,5 ммоль/л натощак. Был направлен на консультацию к эндокринологу, но пациент рекомендацию проигнорировал. Жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание беспокоят около 5 лет. В течение последних 2-х лет они стали более выраженными, присоединились вышеописанные жалобы со стороны нижних конечностей.

Перенёс инфаркт миокарда 4 года назад, проведено стентирование правой коронарной аретерии. Страдает артериальной гипертензией около 15 лет.

**Анамнез жизни**

В детстве рос и развивался согласно возрастным нормам. В настоящий момент на пенсии.

Ведёт малоподвижный образ жизни. В течение последних 15 лет стало повышаться АД до 170 и 100 мм рт. ст., был выставлен диагноз артериальная гипертензия. 4 года назад перенёс инфаркт миокарда. Жалоб на загрудинные боли никогда не предъявлял. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 5 мг 1 раз в сутки и индапамид 1,5 мг 1 раз в сутки. Наследственность отягощена: мать страдала сахарным диабетом, артериальной гипертонией, умерла от инсульта. Туберкулёз, ВИЧ, сифилис, гепатиты отрицает. Аллергических реакций, в том числе на лекарственные препараты, не отмечает. Пациент курит 45 лет, в настоящий момент до 15 сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Питание нерегулярное.

**Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост – 172 см, вес - 101 кг, индекс массы тела – 34,2 кг/м2. Окружность талии — 98 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, умеренной влажности. Лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. При осмотре нижних конечностей — гиперкератоз стоп. Ноги тёплые. Пульсация на артериях стоп сохранена, симметрична с обеих сторон. При обследовании выявлено снижение вибрационной, болевой, тактильной и температурной чувствительности, снижение сухожильных рефлексов. При сравнительной перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. При аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 15 в минуту. Границы относительной сердечной тупости сердца: смещение левой границы влево на 1см. Тоны сердца тихие, ритмичные. ЧСС – 88 в минуту. АД – 145 и 75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное

Для диагностики сахарного диабета пациенту показано проведение исследования (выберите 2)

глюкозы плазмы натощак

гликированного гемоглобина (НвА1С)

Предполагаемый основной диагноз у пациента

Сахарный диабет 2 типа

Характер жалоб и данные осмотра нижних конечностей свидетельствуют о наличии у пациента

диабетической сенсо-моторной нейропатии

Дополнительным методом обследования при неэффективности стандартной терапии диабетической нейропатии в течение 6 мес является

электронейромиография

Сопутствующими заболеваниями у данного пациента являются

ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Состояние после стентирования ПКА. Артериальная гипертония 3 стадия, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Ожирение 1 ст. (по ВОЗ)

Целевым уровнем гликемического контроля для данного пациента является НвА1С < \_\_\_ %

8

Наиболее рациональной комбинацией сахароснижающих препаратов для данного пациента является

метформин и агонист рецепторов ГПП-1

Данному пациенту в связи с перенесённым инфарктом миокарда со стентированием 4 года назад в качестве вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений показаны

антиагреганты и статины

Повторный контроль НвА1С после начала сахароснижающей терапии данному пациенту необходим через

3 месяца

У данного пациента необходимо добиваться снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности менее

1,4 ммоль/л

Рекомендации по изменению образа жизни данному пациенту включают

отказ от курения, диету с ограничением калорийности, умеренную физическую нагрузку не менее 150 мин/неделю

При наличии показаний для назначения бета-адреноблокаторов у больных СД предпочтение следует отдать

небивололу

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Врач общей практики был вызван на дом в связи с обращением родственников женщины 85 лет, не способной самостоятельно прийти в поликлинику.

**Жалобы**

Со слов дочери пациентки она испытывает выраженную общую слабость в течение последних 5-6 месяцев, головокружения, приведшие к затруднениям при перемещении по дому, приёма пищи и самостоятельного выполнения гигиенических процедур.

**Анамнез заболевания**

Около 18 лет назад был установлен диагноз: Гипертоническая болезнь 3 стадии, хроническая ишемия мозга 2 степени. Постоянно получает антигипертензивную терапию: периндоприл в комбинации с индапамидом, 2 раза в год курсовой приём винпоцетина. Состоит под диспансерным наблюдением кардиолога и невролога, у которых проходит ежегодный осмотр.

**Анамнез жизни**

После прекращения трудовой деятельности в 70 лет вела малоактивный образ жизни, за последний год дочь отметила снижение массы тела с 65 до 59 кг, снижение аппетита, значительное сокращение физической активности (в пределах квартиры), замедление темпа и сгорбленность при ходьбе, падения 1-2 раза в месяц.

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Кожа дряблая, с многочисленными пигментными пятнами, отеков нет. Мышечная сила кистей при пожатии значительно снижена.

Рост 168 см, масса тела 58 кг. Дыхание над легкими ослабленное везикулярное, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, I тон ослаблен, незначительный акцент II тона над аортой. АД 125 и 70 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 68 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Клиническая картина заболевания и анамнестические сведения позволяют заподозрить у пациентки синдром старческой

астении

Скрининг синдрома старческой астении рекомендуется проводить у пациентов 60 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, с использованием опросника

«Возраст не помеха»

При проведении скрининга синдрома старческой астении с помощью опросника необходимо выяснить наличие у пациентов 60 лет и старше ограничений жизнедеятельности по причине снижения зрения или слуха, а также по причине

недержания мочи

При выявлении нарушений зрения и/или слуха, (недержание мочи и т.д.) у пациентки с помощью опросника «Возраст не помеха» врачу, наблюдающему пациента, рекомендовано составить план диагностических мероприятий и проводить коррекцию выявленных

гериатрических синдромов

Междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека называется

комплексной гериатрической оценкой

При проведении комплексной гериатрической оценки с целью выявления мальнутриции рекомендовано оценивать в сыворотке крови уровень

общего белка и альбумина

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендовано оценивать функциональный статус пациента на основании показателей его базовой активности с помощью шкалы

Бартела

При проведении комплексной гериатрической оценки рекомендован тщательный сбор и анализ лекарственного анамнеза с целью выявления полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств с использованием критериев

STOPP/START

С целью профилактики развития и прогрессирования синдрома старческой астении для проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста рекомендовано проведение групповых и индивидуальных

образовательных программ

Выполнение комплексной гериатрической оценки рекомендуется проводить не реже 1 раза в

год

Пациент с преастенией наблюдается врачом

терапевтом

При наблюдении за пациентом с преастенией врач-терапевт участковый оценивает динамику выявленных

гериатрических синдромов

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 30 лет, обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому

**Жалобы**

на повышение температуры до субфебрильных цифр, резкую слабость, сухой кашель, одышку, ознобы, боль в горле

**Анамнез заболевания**

* возвратился домой после отпуска, проведенного на море в июле месяце
* в течение последнего месяца после отпуска, отмечает ухудшение в состоянии с нарастанием вышеперечисленных симптомов
* 2 недели назад обратился к врачу отоларингологу, по поводу появления болей в горле, которые прогрессивно нарастали
* при осмотре обнаружены инфильтративно-язвенные изменения слизистой надгортанника, выполнена биопсия, подтвержден диагноз туберкулеза гортани, направлен в противотуберкулезный диспансер, где была выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки

Рентгенологическая картина в легких оставалась без динамики

**Анамнез жизни**

* рос и развивался по возрасту
* в детстве имел контакт с больной туберкулезом родственницей
* флюорографическое обследование органов грудной клетки не проходил 1,5 года
* перенесенные заболевания: болеет редко, в основном простудные заболевания
* вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
* работает директором коммерческой фирмы
* проживает в отдельной квартире с женой и сыном 5 лет, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Рост -185 см, вес 65 кг. Температура 37,2º С. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, грудная клетка астенического телосложения, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД – 22 в минуту.

* при перкуссии грудной клетки – укорочение перкуторного звука в межлопаточном пространстве, над нижними долями легочной звук с коробочным оттенком
* при аускультации –дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы слева паравертебрально от верхушки до 4 грудного позвонка
* тоны сердца приглушены. ЧСС -92 уд. В мин., АД - 120/80 мм рт.ст
* живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.
* при обследовании мокроты и промывных вод бронхов методом бактериоскопии, обнаружены кислотоустойчивые микобактерии

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – положительная, папула 12 мм.

Реакция на пробу с АТР, Диаскинтест – результат отрицательный.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза

клинический анализ крови

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

обзорная рентгенография органов грудной клетки

Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у больного отражает

резко выраженную иммунологическую недостаточность

Результаты рентгенограммы органов грудной клетки пациента предполагают

диссеминированный туберкулез легких

Полиморфизм очагов на рентгенограмме ОГК при подостром течении диссеминированного туберкулеза обусловлен

повторными волнами бактериемии

На основании полученных результатов обследования данному больному можно поставить диагноз

Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ (+), туберкулез гортани

Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является

бактериологическая диагностика

По данным обзорной рентгенограммы органов грудной клетки основным рентгенологическим признаком является синдром

диссеминации

При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять противотуберкулезные препараты

первого ряда

Благоприятным исходом диссеминированного туберкулеза легких являются

рассасывание, фиброзно-склеротические изменения

Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с

двусторонней мелкоочаговой пневмонией, карциноматозом легких

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_ степени

I

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной 29 лет, программист обратился в поликлинику к врачу терапевту участковому.

**Жалобы**

В связи с изменениями в легких, выявленными при диспансеризации, жалоб не предьявляет.

**Анамнез заболевания**

Жалоб нет.

Флюорографическое обследование органов грудной клетки не проводилось более 3 лет.

**Анамнез жизни**

* рос и развивался нормально
* простудными заболеваниями болел редко
* вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет
* проживает один в однокомнатной квартире

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 69 кг, рост - 168 см.

Грудная клетка нормостеническая, обе половины активно участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные. ЧСС - 74 уд. в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты по Цилю –Нильсену

кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены.

Рекция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 23 мм, диаскинтест – отрицательный.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

общеклинический анализ крови

микроскопическое исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

обзорная рентгенография органов грудной клетки

Особенностью рентгенологической картины при туберкулеме является

наличие в окружающей легочной ткани полиморфных очагов и признаков фиброза

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

туберкулему легкого

На основании полученных результатов обследования данной больного можно поставить диагноз

Туберкулема S-2 правого легкого, фаза распада, МБТ(-)

Достоверным методом диагностики туберкулемы легкого является

бронхологическое исследование с катетеризацией и взятием биоптата

При туберкулеме прогрессирование туберкулезного процесса связано с

размножением микобактерий туберкулеза

Туберкулема может формироваться во всех случаях, кроме

рубцевания каверны

В лечение туберкулемы легких, имеющей наклонность к прогрессированию и резистентность к химиотерапии, целесообразно применять

хирургическое лечение

Туберкулема легкого чаще локализуется в \_\_\_\_\_\_\_\_ сегментах легких

1,2,6

Дифференциальную диагностику туберкулемы легкого следует проводить с

периферическим раком, гамартохондромой, неспецифической пневмонией

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_\_\_ степени

III

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 34 лет обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы**

* боли в суставах кистей, лучезапястных, локтевых, коленных суставах, преимущественно утром и после периода покоя,
* припухание в указанных суставах,
* утренняя скованность в течение 2 часов,
* общая слабость.

**Анамнез заболевания**

Заболела около 7 месяцев назад, когда появились ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных суставах. Был эпизод повышения температуры тела до 37,4°С в течение недели. К врачам не обращалась, принимала нестероидные противовоспалительные препараты. Последние 2 месяца состояние ухудшилось, значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые, коленные суставы, появилась утренняя скованность.

**Анамнез жизни**

* Перенесенные заболевания – ОРВИ, грипп.
* Хронические заболевания отрицает.
* Травм, оперативных вмешательств, переливаний крови не было.
* Аллергические реакции на прием лекарственных средств отрицает.
* Наследственность не отягощена.
* Вредные привычки отрицает.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост - 164 см, вес - 61 кг, ИМТ - 22 кг/м2. Телосложение - нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Видимые слизистые - физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет.

Легкие - перкуторно звук легочный, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту.

Сердечно-сосудистая система - тоны сердца ясные, ритмичные. АД-110/70 мм р с, ЧСС 64 в мин, пульс 64 в мин. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены.

Костно-мышечная система: припухлость коленных, лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов из-за отечности. Болезненность при пальпации проксимальных межфаланговых суставов кистей, пястнофаланговых, лучезапястных, плечевых, коленных суставов. Объем движений ограничен в лучезапястных суставах, мелких суставах кистей.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение (выберите 3)

скорости оседания эритроцитов

с-реактивного белка

ревматоидного фактора и антител к циклическому цитруллинированному пептиду

Для верификации диагноза пациентке следует провести (выберите 2)

рентгенографию стоп

рентгенографию кистей

Наиболее вероятным диагнозом является

Серопозитивный ревматоидный артрит

По данным рентгенографии кистей и стоп следует выставить \_\_\_\_\_ рентгенологическую стадию

II

Пациентке следует выставить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ клиническую стадию ревматоидного артрита

раннюю

Препаратом выбора для лечения ревматоидного артрита у данной пациентки является

метотрексат

На фоне лечения метотрексатом для профилактики нежелательных реакций пациентке следует назначить

фолиевую кислоту

Для уменьшения болей в суставах рекомендуется назначить

нестероидные противовоспалительные препараты

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

сульфасалазин

Из нефармакологических методов пациентке следует рекомендовать

лечебную физическую культуру

При ревматоидном артрите суставами исключения являются \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ суставы

дистальные межфаланговые

Диспансерное наблюдение пациентов с ревматоидным артритом при достижении стойкой ремиссии проводится 1 раз в

6 месяцев

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная М., 47 лет, по профессии учитель, обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы**

На слабость, недомогание и быструю утомляемость, в последнее время; некоторую неустойчивость, сердцебиение и одышку, возникающие при быстрой ходьбе, ощущение онемения и «ползания мурашек» в конечностях, а также жжение в языке, снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастрии, чаще возникающее после приема пищи.

**Анамнез заболевания**

На протяжении всей жизни пациентка считала себя достаточно здоровым человеком, однако, примерно в течение последних 4-х месяцев стала отмечать постепенное появление и прогрессирование указанных выше симптомов, появление которых она не может связать ни с какой из известных ей причин. В связи с этим обратилась за медицинской помощью.

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась нормально
* Работает учителем в средней школе
* Перенесенные заболевания и операции: аутоиммунный тиреоидит с 25-летнего возраста, наблюдается у эндокринолога, получает заместительную терапию Л-тироксином, последний визит месяц тому назад (ТТГ в пределах нормальных значений, со слов больной)
* Наследственность не отягощена
* Аллергологический анамнез не отягощен
* Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет

**Объективный статус**

* Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 165 см.
* Кожные покровы чистые, бледные с легкой желтушностью, нормальной влажности. Склеры иктеричны. Бледность конъюнктив. Периферические л/у не увеличены.
* Со стороны дыхательной системы без особенностей, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин.
* Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧCC 90 ударов в минуту, АД 105/70 мм рт. ст.
* Язык ярко-красный блестящий гладкий (из-за сглаженности сосочков), обложен белым налётом у корня.
* Живот не вздут, мягкий, слегка чувствительный в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Дизурии нет. Отеков нет.

В план обследования пациентки, обратившейся с вышеуказанными жалобами необходимо включить (выберите 2)

биохимический анализ крови

общий (клинический) анализ крови развернутый

Инструментальная диагностика, необходимая пациентке, должна включать (выберите 2)

фиброгастродуоденоскопию

рентгенографию органов грудной клетки

Учитывая наличие выявленной у больной гиперхромной анемии, пациентке показано исследование

витамина В12 и фолиевой кислоты сыворотки

Дифференциальную диагностику В12-дефицитной анемии следует проводить с

фолиеводефицитной анемией

Клиническими проявлениями дефицита витамина В12 у пациентки являются изменения со стороны

крови, желудочно-кишечного тракта, нервной системы

По результатам проведенного обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

В12-дефицитная анемия. Фуникулярный миелоз. Аутоиммунный тиреоидит

Учитывая сформулированный диагноз, пациентке показано назначение

цианокобаламина

Адекватность назначенной пациентке терапии цианкобаламином через 5-7 дней можно будет оценивать по

наличию ретикулоцитарного криза

Ожидаемая длительность терапии цианкобаламином пациентки будет составлять

2-4 недели

После нормализации гематологических показателей продолжительность терапии цианкобаламином для данной пациентки должна составлять еще \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней

10-14

 Причиной развития истинной первичной пернициозной анемии является

появление антител к внутреннему фактору Кастла

 Всасывание витамина В12 преимущественно происходит в

подвздошной кишке

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациент М., 58 лет находится на амбулаторном лечении более 6 месяцев с открытым листком нетрудоспособности. Направлен на МСЭ с целью освидетельствования.

**Жалобы**

На одышку и боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера при незначительной физической нагрузке, проходящих только в покое, отечность нижних конечностей, общую слабость, быструю утомляемость.

**Анамнез заболевания**

6 месяцев назад перенес острый Q-инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. До заболевания испытывал жалобы на боль в грудной клетке при физической нагрузке, к врачам не обращался. От коронароангиографии отказался. Проводимое лечение с незначительным положительным эффектом.

Решено направить пациента на МСЭ.

**Анамнез жизни**

Инженер, стаж работы 38 лет.

Профессиональной вредности не имеет.

Бывший курильщик, бросил курить 6 месяцев назад (после перенесенного ИМ). Алкоголь до заболевания употреблял по праздникам.

Травмы, операции и хронические заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Родственники по линии отца страдают артериальной гипертензией.

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве.

Рост 172 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы бледные, цианоз губ. В легких: дыхание везикулярное, влажные хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 19 в 1 мин. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 88 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации + 2 см из под края реберной дуги. Отеки нижних конечностей. Физиологические отправление в норме.

Данному пациенту перед направлением на медико-социальную экспертизу необходимо выполнить (выберите 2)

регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 отведениях

эхокардиографию

Согласно данным анамнеза, жалобам, результатам инструментального обследования пациент будет направлен на МСЭ с диагнозом:  
ИБС: стенокардия напряжения \_\_\_\_\_ ФК. Постинфарктный кардиосклероз (острый Q-инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка 2017 г.) ХСН \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ФК NYHA

III; IIб, 3

Данный пациент имеет стойкие нарушения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ системы

сердечно-сосудистой

Данному пациенту необходимо проходить переосвидетельствование, для подтверждения II группы инвалидности один раз в \_\_\_\_\_ год (-а)/лет

1

Пациенту с тяжелой декомпенсацией ХСН в условиях стационара показана диуретическая терапия, которую следует инициировать с внутривенного введения

петлевых диуретиков (торасемид, фуросемид)

Помимо лекарственной терапии, в условиях стационара больному с декомпенсацией ХСН и признаками гипоксии рекомендуется

респираторная поддержка

Для уменьшения давления в малом круге кровообращения у пациента с симптомами сердечной астмы наряду с диуретиками целесообразно внутривенное введение

нитратов

Радикальным способом лечения больного с тяжелой ХСН, рефрактерной к консервативной терапии, является

трансплантация сердца

Основное направление реабилитации инвалида для данного пациента включает в себя

санаторно-курортное лечение

Данный пациент имеет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уровень реабилитационного потенциала

удовлетворительный

Системой мер, обеспечивающей социальные гарантии данному инвалиду, устанавливаемой законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ инвалида

социальная поддержка

Данный пациент имеет \_\_\_\_\_\_ степень выраженности ограничений способности к трудовой деятельности

первую

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Госпитализирован пациент 59 лет в стационар, располагающий рентген-операционной и опытными эндоваскулярными хирургами.

**Жалобы**

* На выраженные боли за грудиной жгучего характера с иррадиацией в левую руку, длительность более 40 мин, не купирующиеся трехкратным приемом нитроглицерина под язык (через каждые 5 мин);
* на озноб, холодный липкий пот;
* на общую слабость.

**Анамнез заболевания**

До настоящего времени считал себя здоровым человеком, жгучие боли за грудиной возникли впервые на теннисном корте во время игры в большой теннис на фоне повышенной физической нагрузки и эмоционального перенапряжения. Около 2 лет страдает артериальной гипертензией, артериальное давление максимально повышается до 150/90 мм рт. ст, адаптирован к 120/80 мм рт. ст. По назначению участкового терапевта принимает лизиноприл 5 мг 1 раз в день утром. На фоне терапии по цифрам АД компенсирован (со слов). Вызвана бригада скорой помощи.

**Анамнез жизни**

* Перенесенные заболевания: артериальная гипертензия 2 года. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает. Операций не было
* Профессиональный анамнез: тренер по большому теннису
* Аллергологический анамнез – не отягощен
* Наследственный анамнез – у матери острый инфаркт миокарда
* Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

**Объективный статус**

Общее состояние тяжелое. Температура тела 36,5°С. Рост 180 см, масса тела 75 кг. ИМТ 23,1 кг/м2. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые влажные, бледные, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 21 в минуту. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД слева и справа 130/80 мм рт. ст., ЧСС=Ps=76 в мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Периферические отеки нижних конечностей до средней трети голеней.

Для постановки диагноза необходимо провести инструментальные методы обследования, такие как (выберите 3)

коронароангиография

электрокардиография

 эхокардиография

Необходимым для подтверждения диагноза лабораторным методом обследования является

определение сердечного тропонина T или I

Предполагаемый основной диагноз следует сформулировать как ИБС

Острый инфаркт миокарда с зубцом Q передней стенки левого желудочка

У пациента существует высокий риск раннего осложнения инфаркта миокарда в виде

нарушения ритма и проводимости сердца

При сохранении болевого синдрома и неэффективности трехкратного приема нитроглицерина под язык пациенту показано введение

морфина 10 мг внутривенно

Предпочтительным методом реперфузионной терапии, который необходимо провести пациенту, является

чрескожное коронарное вмешательство

Двойная антитромбоцитарная терапия включает прием

ацетилсалициловой кислоты и тикагрелора

Для двойной антиагрегантной терапии необходимо применить нагрузочные дозы ацетилсалициловой кислоты \_\_\_\_\_ мг и тикагрелора \_\_\_\_\_ мг

300; 180

Гиполипидемическая терапия, рекомендуемая пациенту с ОКС, включает

аторвастатин 80 мг/сут

Неантитромботическими лекарственными средствами, благоприятно влияющими на течение заболевания и прогноз при ОКС, являются

бета-адреноблокаторы

При установке стента с лекарственным покрытием в инфактсвязанную артерию двойную антиагрегантную терапию следует продолжать в течение \_\_\_ мес. с момента ЧКВ

12

Реабилитация пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда включает

регулярные аэробные физические нагрузки

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина, 48 лет, обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

* На чувство нехватки воздуха при выполнении физической нагрузки средней интенсивности (подъем на 4 этаж, быстрая ходьба).
* На кашель с умеренным количеством отделяемой мокроты.
* Сонливость в дневное время.

**Анамнез заболевания**

Постоянный кашель беспокоит 15 лет. Впервые начал замечать одышку при физической нагрузке около года назад.

Настоящее ухудшение заболевания около месяца назад, после перенесенной вирусной инфекции отмечает усиление одышки, кашель стал более интенсивным, мешает спать ночью.

**Анамнез жизни**

Работает сварщиком. Семейный анамнез: отец умер от рака легкого. Аллергические реакции отрицает. Хронические заболевания: хронический гастрит. Наличие туберкулеза, венерические заболевания, сахарный диабет, хронические инфекции отрицает. Алкоголем не злоупотребляет, курит 25 лет по 20 сигарет в день.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. SaO2 95%, температура тела 36,8°С. Сознание ясное. Повышенного питания. Рост 178, вес 86 кг. ИМТ 27,14 кг/м3. Кожные покровы нормальной окраски, без высыпаний. Отеков нет. Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны. Щитовидная железа не увеличена.

Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 85 уд\м. АД 135\80 мм.рт.ст.

Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Размеры по Курлову 11х9х8 см.

Стул в норме. Диурез адекватный.

Грудная клетка эмфизематозная, при пальпации безболезненна. ЧДД 20 в мин. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится по всем полям. Множественные рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Перкуторно: коробочный звук.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

общий анализ крови

Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 2)

спирометрию

рентгенографию органов грудной клетки

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

Хроническая обструктивная болезнь легких, обострение средней тяжести. ДН 0

Для выяснения причины дневной сонливости пациента рекомендуется проведение

ночной оксиметрии с последующим уточнением диагноза с помощью полисомнографии

Для купирования симптомов обострения хронической обструктивной болезни легких пациенту рекомендуется назначить

бронхолитики и системные глюкокортикостероиды

Помимо бронхолитической терапии, пациенту необходимо назначить

муколитический препарат

Нефармакологическая терапия у данного пациента включает

отказ от курения

Показанием к назначению антибактериальной терапии у данного пациента является наличие

усиления одышки, слизисто-гнойного характера мокроты

Наиболее вероятным возбудителем обострения у пациента является

haemophilus influenzae

Для лечения стабильной хронической обструктивной болезни легких при высоком риске обострений предпочтительно назначить

комбинацию длительно действующих антихолинергических препаратов и длительно действующих бета агонистов

После последнего обострения хронической обструктивной болезни легких необходимо повторное выполнение спирометрии через

3 месяца

Необходимо предусмотреть вакцинацию против

гриппа и пневмококковой инфекции

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 67 лет на прием у врача общей практики.

**Жалобы**

Боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, снижение роста на 5 см.

**Анамнез заболевания**

В возрасте 53 лет после наступления менопаузы заметила ломкость ногтей, волос, сухость кожных покровов, связала эти проявления с физиологическими гормональными изменениями организма, к врачам не обращалась. В течение последних пяти лет появились боли в спине, постепенно нарастающие, сутулость, изменение осанки, родные отметили уменьшение роста. Полгода назад после падения с высоты роста сломала левую бедренную кость. Во время хирургического лечения врач-травматолог обратил внимание пациентки на патологические явления на рентгенограмме и рекомендовал обратиться к врачу-терапевту.

**Анамнез жизни**

На пенсии с 60-ти лет, работала инженером-технологом на крупном предприятии. Семейный анамнез: у матери и бабушки были переломы костей в возрасте 63 и 70 лет соответственно. Аллергических реакций не отмечает. Из перенесенных заболеваний: аппендэктомия в возрасте 15-ти лет и частые острые респираторные вирусные инфекции (3-4 раза в год). Беременностей 6, роды 2, прерываний беременности 4. Менопауза с 51 года, отмечала дисфункциональные метрорагии. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки отрицает. Стул и диурез не нарушены.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения, умеренного питания. Рост 155 см, вес 59 кг (ИМТ 24,56). Кожные покровы нормальной окраски, сухие, ногти истончены, отеков нет. Тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные, артериальное давление 128\76 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 68 ударов в минуту. Пульс 68 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Костно-мышечная система: грудной кифоз, расстояние между затылком и стеной 6 см, болезненность при пальпации позвоночника. Передвигается с тростью после перелома. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

общий анализ крови

исследование на кальций, фосфор, щелочную фосфатазу

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются рентгенография (выберите 2)

бедренных костей

грудного отдела позвоночника

Основным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия бедренной кости и/или поясничных позвонков

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является

Постменопаузальный остеопороз

У пациентки можно расценить форму заболевания как

тяжелую

Главной целью лечения остеопороза у данной пациентки является

снижение риска низкоэнергетических переломов

Двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия для оценки эффективности проводимого лечения остеопороза данной пациентке должна проводиться через \_\_\_\_\_\_\_\_ после начала лечения

1 год

Немедикаментозная терапия остеопороза у данной пациентки будет включать в себя

коррекцию питания (включение в рацион продуктов, богатых кальцием и витамином Д)

Одним из препаратов выбора при лекарственной терапии постменопаузального остеопороза у данной пациентки является

бисфосфонат

В дополнение к патогенетической терапии пациентке следует назначить препарат кальция \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг и витамин D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МЕ в сутки

1000-1500; 800-2000

Показанием для госпитализации пациента с остеопорозом является

остеопоретический перелом, требующий оперативного лечения

Пациентка относится к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

IIIб

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Участковый терапевт прибыл к пациентке 59-ти лет на 6-й день болезни.

**Жалобы**

На слабость, кашель, повышение температуры, тошноту, рвоту, послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния

**Анамнез заболевания**

* Заболела с общего недомогания, появились головная боль, повышение температуры до фебрильных значений, тошнота, двукратная рвота, жидкий стул. Лечилась самостоятельно симптоматическими средствами (жаропонижающие, обильное питье).
* В течение последующих дней появился сухой кашель, наросла слабость, полностью исчез аппетит, перестала ощущать запах и вкус привычной пищи.
* Учитывая отсутствие положительной динамики, вызвала врача на дом.

**Анамнез жизни**

* Продавщица в продуктовом магазине (одновременно стоит за прилавком и обслуживает покупателей на кассе).
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагносцирован несколько лет назад, дату не помнит).
* Вредные привычки: курит по 1-3 сигареты в день.
* Анамнез жизни: замужем, проживает в отдельной квартире вместе с мужем, дочерью и внучкой 4-х лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери).
* Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжала. Питается дома, домашней пищей. На работе контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, перчатки) пользуется не регулярно. Все проживающие вместе с пациенткой родственники в настоящий момент здоровы.
* Прививочный анамнез: от гриппа прививалась осенью 2019г.

**Объективный статус**

* Температура тела 37,6°С.
* В ясном сознании. В пространстве, времени и собственной личности ориентирована. Менингеальных и очаговых знаков не определяется.
* Кожные покровы светлые, умеренно влажные. Сыпи нет.
* В легких дыхание жесткое, сухие хрипы выслушиваются с обеих сторон. ЧД 16 в мин.
* Тоны сердца ритмичные, ритмичные. ЧСС=Ps=70 в мин. АД=110/70 мм рт. ст.
* Зев умеренно гиперемирован. Миндалины не увеличены, налетов нет.
* Лимфатические узлы не увеличены.
* Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул двукратный послабленный (за последние сутки), без примесей. Диурез не нарушен, моча светлая.

Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

иммуноферментный анализ (ИФА)сыворотки крови

Инструментальными методами исследования необходимыми для обследования пациентки является

рентгенологическое исследование ОГК

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

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на КТ

«матового стекла»

Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID‑19 целесообразно использовать

пульсоксиметрию

Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 уровень SpO2 соответствует \_\_\_\_\_\_ %

<95

Типичными изменениями в периферической крови при новой коронавирусной инфекции COVID-19 являются

тромбоцитопения и лимфопения

В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 назначают этиотропный препарат

фавипиравир

При лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 средней степени тяжести в амбулаторных условиях назначают

ривароксабан

Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

барицитиниб

Для медикаментозной профилактики COVID19 у родственников, проживающих вместе с пациенткой, возможно рекомендовать применение

рекомбинантного ИФН-α

Инкубационный период новой коронавирусной инфекции COVID-19 составляет до

14-ти суток

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина, 55 лет, обратился к врачу-терапевту участковому с целью обследования и назначения лечения.

**Жалобы**

* на давящие, сжимающие боли за грудиной, отдающие под левую лопатку, возникающие при подъеме на 2 этаж, при преодолении дистанции в 600 м, которые самостоятельно купируются через 5 мин;
* на периодические повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст.

**Анамнез заболевания**

Пациент страдает артериальной гипертензией на протяжение 8 лет, максимальные цифры АД 180/100 мм рт. ст., хорошее самочувствие при 130/80 мм рт. ст., постоянную антигипертензивную терапию не принимает. При эпизодах повышения артериального давления принимает каптоприл сублигвально с положительным эффектом и нормализацией АД. В течение последних 3 лет отмечает появление давящих сжимающих болей за грудиной, иррадиирущих в левую подлопаточную область, которые возникают при подъеме на 2 этаж или при преодолении 600 м ходьбы. Боли самостоятельно купируются в течение 5 мин отдыха. Ничем не лечился. За помощью обратился впервые.

**Анамнез жизни**

Рос и развивался соответственно возрасту. Работает водителем автобуса. Вредные привычки: курит более 30 лет по 1,5 пачки в день, алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: отец умер в 60 лет от инфаркта миокарда. Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: хронический гастрит, стадия ремиссии. Наличие туберкулеза, венерических заболеваний, хронических инфекций – отрицает.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Гиперстенического телосложения, повышенного питания. Рост 172 см, вес 105 кг, (ИМТ 35,4 кг/м2), ОТ=100 см. Кожные покровы нормальной окраски, умеренно влажные, слизистые бледные, периферических отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Неврологических симптомов нет. В легких дыхание проводится над всеми отделами, жесткое, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости: левая граница в 5 межреберье по левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона в точке выслушивания аортального клапана. ЧСС 76 уд/мин. Пульс 76 уд/мин, ритмичный. АД 150/90 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено.

При подозрении на наличие у пациента ИБС, после оценки данных первичного обследования необходимо оценить

предтестовую вероятность ИБС

По результатам предтестовой вероятности наличия ИБС дальнейшая тактика в отношении данного пациента заключается в

проведении первичного обследования и дополнительных специфических методов диагностики ИБС

Лабораторная диагностика, необходимая пациенту, страдающему АГ и, возможно, ИБС, должна включать (выберите 4)

общий анализ мочи

общий анализ крови

исследование липидного профиля

определение уровня креатинина крови и расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ)

В план обследования пациента с АГ и с подозрением на ИБС показано включить (выберите 3)

электрокардиографию

эхокардиографию

эхокардиографию (ЭХОКГ) с физической нагрузкой

На основании проведенного обследования пациенту может быть поставлен диагноз

ИБС. Стенокардия напряжения

Стенокардия, имеющаяся у пациента, соответствует \_\_\_\_\_\_ функциональному классу

II

На основании результатов проведенного обследования диагноз фонового заболевания может быть сформулирован как

гипертоническая болезнь III стадия, артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений

Для купирования приступов стенокардии пациенту показано назначить

органические нитраты короткого действия

Для устранения приступов стенокардии препаратами «первой линии» для данного пациенты будут

бета-адреноблокаторы

В качестве противотромботической терапии, направленной на профилактику сердечно-сосудистых осложнений пациенту показано назначение

ацетилсалициловой кислоты

Препаратом выбора для проведения гиполипидемической терапии пациенту, принимая во внимание данные проведённого обследования является

аторвастатин

Неинвазивным методом визуализации, который можно использовать для уточнения наличия и выраженности коронарного атеросклероза является

магнитно-резонансная ангиография коронарных артерий

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка Б., 38 лет, поступила в клинику в связи с нарастающими в течение нескольких дней симптомами сердечной недостаточности на фоне аритмии.

**Жалобы**

На одышку с затрудненным вдохом при обычных физических нагрузках, постоянные ноющие боли в прекордиальной области, ощущение перебоев и замирания в работе сердца, которые сильно беспокоят пациентку.

**Анамнез заболевания**

Вышеперечисленные жалобы пациентка отмечает на протяжении 1 недели. Около 2 недель назад перенесла острое респираторное заболевание с высокой температурой, болью в мышцах и катаральными явлениями. Пациентка не обращалась за медицинской помощью и лечилась самостоятельно, применяя жаропонижающие препараты.

**Анамнез жизни**

Наличие хронических заболеваний отрицает. Ежегодную вакцинацию от гриппа пропускает из-за эпизода аллергической реакции после введения вакцины. Аллергию на другие лекарственные препараты отрицает. В детстве страдала частыми ангинами, по поводу которых проводилась антибактериальная терапия; тонзилэктомия не выполнялась. Физические нагрузки ранее переносила хорошо. Не курит, прием наркотических препаратов отрицает, алкоголь употребляет только во время мероприятий.

**Объективный статус**

При осмотре: Состояние средней тяжести. Температура тела 37,0°С, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отёков нет. ЧД – 22 в минуту, дыхание жёсткое в базальных отделах, отмечаются инспираторные хрипы в нижних отделах легких. ЧСС – 100 ударов в минуту, ритм неправильный (единичные экстрасистолы). АД – 110/65 мм рт. ст. При аускультации сердца выслушиваются глухие тоны, дополнительный III тон (ритм галопа), систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

В инструментальное обследование пациентки, поступившей с подозрением на миокардит следует включить (выберите 5)

магнитно-резонансную томографию сердца с контрастным усилением

электрокардиографию

рентгенографию органов грудной клетки

эхокардиографию

коронароангиографию

Диагностика некроза миокарда в данном случае включает лабораторное определение

тропонинов T и I в сыворотке крови

Лабораторная диагностика маркеров воспалительного ответа в данном случае включает

определение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивного белка (СРБ)

Для подтверждения сердечной недостаточности (СН) у данной пациентки следует провести лабораторный анализ крови на

мозговой натрийуретический пептид (НУП, BNP) в плазме крови

Показанием для проведения диагностической эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ) у этой пациентки может является

сердечная недостаточность менее 2 недель

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки является

Вирусный миокардит, осложненный застойной сердечной недостаточностью (II стадия по NYHA) и желудочковой экстрасистолией

Тактика ведения данной пациентки предполагает

госпитализацию в стационар для мониторинга и лечения

Риск развития данного заболевания у пациентки можно было бы снизить при

своевременной диагностике гриппа и ранней терапии ингибиторами нейраминидазы вируса гриппа

Для лечения сердечной недостаточности у данной пациентки с целью снижения риска ремоделирования миокарда и развития дилатационной кардиомиопатии следует назначить

ингибиторы АПФ

Лечение миокардита нестероидными противовоспалительными средствами в данном случае

не рекомендовано

Показанием для проведения антиаритмической терапии при остром миокардите является

симптомная неустойчивая желудочковая тахикардия

Учитывая наличие у пациентки с острым миокардитом сердечной недостаточности и частой желудочковой экстрасистолии показано назначение

бета-адреноблокаторов

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Девушка 31 год, обратилась к участковому врачу-терапевту.

**Жалобы**

На ноющие боли в эпигастрии, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, чувство переполнения желудка после обычного приема пищи, вздутие живота после еды, отрыжка воздухом, неустойчивость стула, общая слабость.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной около 4 лет, когда впервые стала отмечать чувство тяжести в эпигастральной области после еды, отрыжку воздухом. Не лечилась, старалась соблюдать диету, не употребляла жареные и жирные продукты питания. 2 года назад стали беспокоить боли в эпигастрии, по совету знакомого фармацевта стала принимать антацидные препараты. Самочувствие улучшилось. На протяжении последних трех месяцев стала отмечать усиление болевых симптомов, появилась склонность к диарее. С этими жалобами обратилась к участковому терапевту для обследования и назначения лечения.

**Анамнез жизни**

Работает продавщицей в магазине. Наследственный анамнез: у матери сахарный диабет, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез: аллергия на арахис. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания, грипп, операции - кесарево сечение в 26 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Вредные привычки – курит с 21 года по 3-4 сигареты в день, алкоголь не употребляет.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Нормостенический тип конституции. Рост 164 см, масса тела 53 кг. Температура тела 36,50С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности, отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 13 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 67 уд/мин, ритм правильный. АД 115/75 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области; печень, селезенка не увеличены, перкуторно границы в пределах нормы. Почки не пальпируются.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)

общий анализ крови

биохимический анализ крови

определение в сыворотке крови уровня гастрина-17, пепсиногена I и II

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (выберите 3)

эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

внутрижелудочная рН-метрия

рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки

Основным клиническим диагнозом, выставленным на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, является

Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*

К неинвазивным методам определения Helicobacter pylori относится

дыхательный тест с изотопом С13

Для проведения морфологического исследования рекомендован забор \_\_\_ биоптатов

5

Лечение основного заболевания у данной пациентки заключается в назначении

эрадикационной антихеликобактерной терапии

Стандартная тройная эрадикационная терапия первой линии включает в себя

ингибитор протонной помпы, кларитромицин, амоксициллин

Стандартная продолжительность эрадикационной терапии составляет \_\_\_\_ дней/день

14

Контроль эффективности эрадикации H.pylori после завершения терапии необходимо провести не ранее чем через \_\_\_\_\_ нед

4

В период обострения данного заболевания целесообразно назначение

заместительной терапии секреторной недостаточности желудка

Пациентке следует назначить диетический стол №

1

Пациентка относится к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

IIIб

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 66 лет обратилась в поликлинику

**Жалобы**

На периодические боли в коленных суставах, больше слева, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, подъеме по лестнице. Ухудшение в течение 2-х месяцев, беспокоят интенсивные боли при спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях.

**Анамнез заболевания**

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием более 10 лет. Начало заболевания постепенное, изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов, больше справа, отмечалась припухлость, которая держалась в течение 2-3 дней и исчезала после уменьшения нагрузки и применения мази долгит, диклофенак. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности до 20 мин, отмечает «стартовые боли».

**Анамнез жизни**

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

**Объективный статус**

Телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных суставах.

Кожные покровы внешне не изменены. В легких – везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД – 18 в мин.

Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Пульс 74 в мин, ритмичный. АД 150 и 90 мм рт.ст.

Печень расположена по краю реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Деформация коленных суставов, больше справа, объем активных движений в них снижен, объем пассивных движений значително снижен в правом суставе.

Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены.

Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных суставах.

Болезненность при пальпации коленных суставов.

Отмечается варусная деформация голеней, преимущественно справа.



Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

клинический анализ крови

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

рентгенография пораженных суставов

Какой диагноз можно поставить данной больной?

Первичный гонартроз

Основная немедикаментозная терапия включает

снижение массы тела

При небольших болях в качестве основной медикаментозной терапии назначают

парацетамол

При неэффективности обезболивающей терапии парацетамолом назначают

мелоксикам

При риске развития желудочнокишечного кровотечения назначают

этерококсиб

При наличии синовита коленных суставов с выраженной ночной болью назначают

внутрисуставное введение метилпреднизолона

При неэффективности терапии назначают консультацию

ревматолога

Терапевтической дозой глюкозамина сульфата является \_\_мг/сут

1500

К симптоматическим лекарственным средствам замедленного действия относится

диацереин

Для внутрисуставного введения и улучшения функции коленного сустава при остеоартрозе назначают

производные гиалуроната

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На повышение температуры тела до 38,5ºС, общую слабость, кашель со слизистой мокротой, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке.

**Анамнез заболевания**

Заболел остро 3 дня назад, когда отметил повышение температуры до 38,5ºС, озноб, появился кашель со слизистым отделяемым. Самостоятельно принимал парацетамол со снижением температуры тела до 37,5ºС. В последующем отметил выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, присоединилась одышка при умеренной физической нагрузке, в связи с этим обратился ко врачу.

**Анамнез жизни**

* хронические заболевания отрицает
* курение по 1 пачке в день в течение 20 лет, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имел
* аллергических реакций не было
* наследственный анамнез без особенностей

**Объективный статус**

Объективно: Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, адекватен. Температура тела 38,0ºС. Телосложение нормостеническое. Рост 170 см, вес 70 кг. Кожные покровы бледные, теплые. Отеков нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя – III межреберье, левая – по левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритм правильный. АД 110/60 мм рт. ст. ЧСС 80 уд/мин. Пульсация на периферических артериях нижних конечностей сохранена. Границы легких не изменены. В легких жесткое дыхание, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах справа. Перкуссия: притупление в нижних отделах справа. ЧД – 19 в мин. Живот обычной формы и размера, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Пациент был госпитализирован в терапевтический стационар.

В план лабораторных методов обследования пациента необходимо включить (выберите 3)

развернутый общий анализ крови

уровень СРБ

биохимический анализ крови

Инструментальное обследование пациента должно включать (выберите 3)

пульсоксиметрию

ЭКГ в стандартных отведениях

рентгенографию органов грудной клетки

На основании данных проведённого обследования пациенту может быть поставлен диагноз

Внебольничная пневмония нижней доли справа, нетяжелое течение, неуточненной этиологии. ДН 0

Для оценки прогноза и степени тяжести пневмонии у пациента следует использовать шкалу

 CURB/CRB-65

В качестве этиотропной эмпирической терапии внебольничной пневмонии пациенту показано назначение

Эффективность проводимой больному антибактериальной терапии следует оценивать через \_\_\_\_\_\_ (в часах)

48-72

При неэффективности стартовой антибиотикотерапии пациенту показано назначение

левофлоксацина

При эффективности антибактериальной терапии продолжительность лечения пациента должна

определяться индивидуально

Показанием для отмены антибиотикотерапии у пациента будет являться стойкое снижение температуры тела < \_\_\_ ºС в течение не менее 48 часов

37,2

При улучшении состояния пациента противопоказанием для отмены антибактериальной терапии будет наличие

лейкоцитоза 12х109/л

Абсолютным показанием к ИВЛ при острой ДН на фоне внебольничной пневмонии является

нарушение сознания (сопор, кома)

При тяжелом течении внебольничной пневмонии и развитии септического шока в случае назначения глюкокортикостероидов предпочтение следует отдавать

гидрокортизону

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 69 лет обратилась к участковому врачу-терапевту

**Жалобы**

на давящие загрудинные боли, которые появляются при спокойной ходьбе на расстояние до 100 м и проходят через несколько минут после прекращения нагрузки.

**Анамнез заболевания**

Боли при ходьбе беспокоят на протяжение года. Отмечает постепенное снижение толерантности к физической нагрузке.

**Анамнез жизни**

* хронические заболевания отрицает.
* в настоящее время не курит, алкоголем не злоупотребляет.
* профессиональных вредностей не имела.
* аллергических реакций не было.

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся (выберите 3)

нагрузочная проба под визуальным контролем (стресс-ЭхоКГ)

трансторакальное эхокардиографическое исследование

регистрация ЭКГ в 12 отведениях

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся (выберите 3)

клинический анализ крови

исследование липидного спектра крови

определение уровня креатинина в крови

На основании жалоб пациентки, результатов обследования можно диагностировать стенокардию напряжения \_\_\_\_\_\_ функционального класса

III

Сопутствующим заболеванием служит гипертоническая болезнь

III стадии с артериальной гипертензией 2-й степени

Результаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ позволяют констатировать у данной пациентки высокий риск смерти

стресс-эхокардиографии

В качестве стартовой антиангинальной терапии можно назначить комбинацию бисопролола 5 мг 1 раз в день и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз(а) в день

амлодипина 5 мг 1

При сохранении приступов стенокардии на фоне целевой ЧСС к терапии можно добавить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раза в день

нитросорбид 10 мг 2

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке наряду с назначением ацетилсалициловой кислоты в дозе 100 мг в сутки должны быть назначены статины в дозе, обеспечивающей уровень ХС ЛПНП не выше \_\_\_\_ ммоль/л

1,5

Состояние гемодинамики соответствует \_\_\_\_ классу по Killip

III

Для купирования отека легких пациентке необходимо вводить

нитроглицерин внутривенно капельно

Оптимальное время достижения целевого уровня систолического артериального давления составляет не более \_\_\_\_\_\_\_ минут

20

В данной ситуации пациентке показана

оксигенотерапия

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 64 лет, обратился к участковому терапевту в поликлинику.

**Жалобы**

На кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, потливость, слабость, периодически - осиплость голоса, упорный, приступообразный кашель, повышение температуры тела до 37,4°С, в течение последних 2-х недель.

**Анамнез заболевания**

В течение последних 2 недель отмечает ухудшение в состоянии, появление температуры до 37,2°С, небольшой болезненности в грудной клетке при дыхании, усиление упорного, приступообразного кашля, недомогания, слабости, ухудшения аппетита.

Было заподозрено течение двусторонней пневмонии и амбулаторно назначено лечение антибиотиками в течение 10 дней, однако эффективности лечения не было отмечено, 3 дня назад стал отмечать прожилки крови в мокроте.

**Анамнез жизни**

В детские годы имел контакт с больным туберкулезом отцом.

Состоял на диспансерном учете по поводу контакта, прошел курс первичной химиопрофилактики в течение 3-х месяцев.

10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Проживает с семьей в трехкомнатной квартире, имеет 2-х детей.

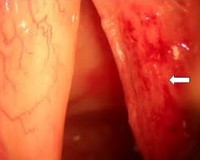
**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Вес - 76 кг, рост - 185 см.

При перкуссии грудной клетки – укорочение перкуторного звука. При аускультации в обеих легких в верхних отделах выслушивается жесткое дыхание, в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 78 уд. в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

При проведении простой микроскопии мокроты - обнаружены МБТ(+)

Осмотр отоларинголога с проведением ларингоскопии:



При проведении фибробронхоскопии – поражение бронхов специфического характера.

Реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л – папула 14 мм, диаскинтест – папула 3 мм.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

общеклинический анализ крови

трехкратное микроскопическое исследование мазка мокроты на микобактерии туберкулеза

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

обзорная рентгенография органов грудной клетки

Результат пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л у пациента оценивают как \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реакцию

положительную

Результаты рентгенологического исследования органов грудной клетки пациента, в первую очередь, предполагают

диссеминированный туберкулез

Рентгенологическим признаком затемнения легочной ткани является синдром

диссеминации

Данному больному выставлен диагноз

Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ +, туберкулез гортани, бронхов

Осложнением основного заболевания у больного является

туберкулез гортани и бронхов

Наиболее информативным методом верификации диагноза при диссеминированном поражении легких является

гистологическое исследование ткани легкого

При диссеминированном туберкулезе легких и отсутствии лекарственной устойчивости, целесообразно применять антибактериальные препараты

первого ряда

Благоприятным исходом подострого диссеминированного туберкулеза легких является

уплотнение и формирование фиброзных, фиброзно-очаговых изменений

Дифференциальную диагностику диссеминированного туберкулеза легких следует проводить с

саркоидозом легких II стадии, карциноматозом легких

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_\_ степени

I

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 39 лет обратилась в поликлинику к участковому терапевту.

**Жалобы**

Повышение температуры тела до 38,9°С, боли в поясничной области справа, учащенное мочеиспускание, головную боль, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания**

Впервые боли в поясничной области, лихорадка, озноб, дизурические явления появились 5 лет назад в послеродовом периоде. Амбулаторно в течение недели принимала антибиотики, после чего все симптомы исчезли. В последующие годы периодически беспокоили боли в поясничной области, что сопровождалось повышением температуры до 37,5-38°С. По поводу данных жалоб в поликлинику не обращалась. Последнее ухудшение наступило после переохлаждения: ныряла в прорубь.  
В последние месяцы отметила повышение АД до 140-150/90-99 мм рт. ст.

**Анамнез жизни**

Росла и развивалась соответственно возрасту. Работает юристом. Имеет 3 ребенка. Естественные роды. Семейный анамнез не отягощен. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные заболевания: В детстве перенесла ветряную оспу, ОРЗ и ОРВИ. Аппендэктомия в 28 лет. Туберкулез, сифилис, ВИЧ, гепатиты в анамнезе отрицает.

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести, сознание ясное, доступна контакту. Положение активное. Масса 65 кг, рост 160 см. ИМТ 25,39 кг/м2. Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые чистые. Пастозность век. Температура тела 38,9°С. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. При аускультации тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 150/90 мм рт. ст. ЧСС 77 уд/мин.  
Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул оформленный, регулярный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный справа. Мочеиспускание учащено. Никтурия.

Из лабораторных исследований целесообразно выполнить (выберите 4)

общий анализ крови

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

бактериологический посев мочи

Из инструментальных исследований целесообразно выполнить

УЗИ почек

Основным предполагаемым диагнозом является: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ хронический правосторонний рецидивирующий пиелонефрит. Фаза активного воспаления. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форма. С сохранной функцией почек

Первичный; Гипертоническая

Объём выпиваемой жидкости во время лечения должен составлять \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мл/сутки

2000–2500

Пациентке в фазе обострения вторичного (обструктивного) хронического пиелонефрита, антибактериальная терапия должна начинаться

только после устранения обструкции и восстановления адекватного оттока мочи из почки внутривенно в курсовых дозах

При гипертонической форме хронического пиелонефрита предпочтение следует отдавать

ингибиторам АПФ

Всем пациентам для лечения хронического неосложненного пиелонефрита в фазе активного воспаления, нетяжелого течения в качестве терапии первой линии показано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ назначение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пероральное; фторхинолонов

Средняя продолжительность применения антибактериальных препаратов первой линии при обострении неосложненного хронического пиелонефрита нетяжелого течения должна составлять \_\_\_\_\_ дней

10–14

Выполнение нефрэктомии рекомендуется при

наличии гнойного разрушения более 2/3 почечной паренхимы

После купирования обострения пиелонефрита пациентке следует рекомендовать

длительную терапию отварами мочегонных и антисептических трав или официнальными растительными препаратами

При наличии почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации менее 40 мл/мин), рекомендуется назначение

цефтриаксона

Больным хроническим пиелонефритом, осложненным артериальной гипертензией при отсутствии полиурии и потери электролитов, показано ограничение потребления жидкости до \_\_\_\_\_ мл/сут

1000

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

В терапевтическое отделение поступила больная Г. 65 лет.

**Жалобы**

* на эпизоды учащенного аритмичного сердцебиения
* на подъемы АД до 160/100 мм рт. ст.

**Анамнез заболевания**

Длительный анамнез гипертонической болезни с подъемами АД до 160/100-110 мм рт. ст., адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст. Инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения в анамнезе отрицает.

Со слов, пациентка длительно отмечает короткие приступы аритмичного сердцебиения при физической нагрузке, сопровождающихся пульсирующей головной болью, чувством жара, потливостью, одышкой, чувством «кома в горле», купирующиеся самостоятельно.

С того же времени принимает бета-блокаторы. Год назад госпитализирована с персистирующей формой фибрилляции предсердий, ритм восстановлен при проведении электрической кардиоверсии. Через неделю возобновление пароксизмов, кардиологом была назначена терапия аллапинином в дозе 75 мг/сут в течение месяца. На фоне антиаритмической терапии сохранение приступов фибрилляции предсердий, в связи с чем препарат был отменен. На многочисленных ЭКГ во время пароксизмов регистрируется неправильный ритм, f-волны, ЭОС горизонтальная с ЧСС 75-100 уд/мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Последний пароксизм возник вчера после физической нагрузки (работа в саду), сопровождался одышкой, потливостью, головной болью, купировался самостоятельно.

В связи с сохранением жалоб на аритмичное сердцебиение пациентка госпитализирована в терапевтическое отделение.

**Анамнез жизни**

* иные хронические заболевания отрицает
* не курит, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имела
* аллергических реакций не было

**Объективный статус**

Общее состояние: средней тяжести, что обусловлено вышеуказанными жалобами. Сознание: ясное. Рост 168 см. Масса тела 68 кг. ИМТ 24 кг/м2. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы: обычной окраски, влажности. Периферические отеки: нет. Лимфоузлы не увеличены.

Аускультация легких: дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин.

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, аритмичные, соотношение тонов не изменено с ЧСС 105 в минуту. Шумы сердца: не выслушиваются. Пульс: 95 в минуту. Артериальное давление справа: 145/75, артериальное давление слева: 150/70 мм рт. ст.

Осмотр живота: незначительно увеличен в размерах за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный.

Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание: не нарушено.

Из лабораторных исследований пациентке целесообразно выполнить (выберите 3)

общий анализ крови

биохимический анализ крови

определение уровней ТТГ, Т4 (своб.)

Из инструментальных исследований пациентке целесообразно выполнить (выберите 3)

электрокардиографию

суточное мониторирование ЭКГ

эхокардиографию

Предварительным клиническим диагнозом является

Фибрилляция предсердий

У пациентки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фибрилляция предсердий

пароксизмальная

Для оценки риска тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий рекомендовано использовать шкалу

CHA2DS2-VASc

С целью профилактики инсульта и системных тромбоэмболий данной пациентке предпочтительно назначение

Антикоагулянтов

Пороговое значение в баллах для назначения антикоагулянтной терапии у женщин является риск по шкале CHA2DS2VASC

≥3

С целью исключения наличия тромба в левом предсердии и его ушке перед назначением кардиоверсии пациентке показано проведение

чреспищеводной эхокардиографии

С целью профилактики рецидивов фибрилляции предсердий пациентке показано назначение

пропафенона

В случае неэффективности антиаритмической терапии у данной пациентки возможно проведение

катетерной аблации устьев легочных вен

Целевые значения МНО для больных с неклапанной фибрилляцией предсердий, получающих монотерапию варфарином, - это

2,0-3,0

Терапию пероральными антикоагулянтами у больных фибрилляцией предсердий рекомендовано продолжать после кардиоверсии

в течение как минимум 4 недель

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина, 47 лет обратился к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На жгучие сдавливающие боли за грудиной, возникающие при активной ходьбе от дома до ближайшей станции метро (около 800 метров). Повышение АД до 160/100. После прекращения физической нагрузки боли быстро проходят.

**Анамнез заболевания**

Страдает ГБ уже более 5 лет, АД повышается до 160/100. Боли за грудиной стал отмечать уже около полугода.

**Анамнез жизни**

* ГБ более 5 лет.• курит, алкоголем не злоупотребляет;
* профессиональных вредностей нет;
* аллергический анамнез не отягощен;
* отец страдает от гипертонической болезни более 20 лет;

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 168, масса тела 89. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторные исследования являются

липидный спектр

Необходимым из инструментальным методов для постановки диагноза является

ЭКГ в покое в 12-ти отведениях

Предполагаемым диагнозом у данного пациента является

ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ГБ I стадии, 2 степени повышения АД, риск 3

Четыре функциональных класса стенокардии выявляют на основании

переносимости физической нагрузки

Антитромбоцитарной терапией, наиболее показанной пациенту, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг в сутки

аспирин 75

Антигипертензивными препаратами, снижающими смертность пациентов с ИБС, риск развития инсультов и инфаркта миокарда, являются

ингибиторы АПФ

Препаратами, улучающими симптомы заболевания являются

бета-адреноблокаторы

При неэффективности статинов в максимальной дозе в достижении целевого уровня ЛПНП, требуется добавить

эзетемиб

Препаратом 2-й линии терапии ИБС является

триметазидин

Оптимальной физической нагрузкой для больных с ИБС является

ежедневная ходьба в среднем темпе в течение 30-40 минут

Пограничным для начала антилипидемической терапии является ЛПНП

на любом уровне

Монотерапия Артериальной Гипертензии для данного больного

не показана

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 49 лет, состоящий около 7 лет на диспансерном наблюдении у пульмонолога с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу-терапевту для прохождения профилактического осмотра.

**Жалобы**

На экспираторную одышку при умеренной физической активности, периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

**Анамнез заболевания**

Диагноз ХОБЛ поставлен 7,5 лет назад в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания в среднем 3-4 раза в год в осенне-зимний и весенний периоды на фоне переохлаждения и ОРВИ. Отмечает позитивный эффект от ингаляций ипратропиума бромида, увеличение их количества в последние несколько дней способствовало улучшению состояния.

**Анамнез жизни**

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит в среднем 20 сигарет в день в течение 28 лет.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги.

По результатам спирографии у пациента будет определяться снижение величины показателя

ОФВ1/ФЖЕЛ

Значение показателя ОФВ1 пациента, равное 65% от должного, соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ степени тяжести ХОБЛ

среднетяжелой

Клиническая выраженность обострения ХОБЛ соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тяжести обострения

Легкой

Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием шкалы

CAT (COPD Assessment Test)

Бронходилатационный тест рекомендуется проводить с использованием

короткодействующего бета2-агониста (сальбутамола)

Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ является

отказ от курения

Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

достижение контроля симптомов ХОБЛ

Короткодействующие бронходилататоры рекомендуется использовать всем пациентам с ХОБЛ

по потребности

Пациентам с частыми обострениями ХОБЛ (2 и более обострений средней тяжести в течение года) в дополнение к длительнодействующим бронходилататорам рекомендуется назначение

ингаляционных глюкокортикостероидов

В качестве мероприятий вторичной профилактики для предупреждения обострений и прогрессирования ХОБЛ рекомендуется

вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции

Наиболее частый возбудитель обострений ХОБЛ

haemophilus influenzae

При обучении пациентов с ХОБЛ рекомендуется составлять

индивидуальный письменный план действий для оказания самопомощи

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Врач общей практики прибыл к пациенту 49 лет на 6-й день болезни.

**Жалобы**

На повышение температуры тела, одышку, «заложенность» в груди, кашель со скудной мокротой, выраженную слабость, общее недомогание.

**Анамнез заболевания**

* Заболел остро с появления озноба, общего недомогания, температура повысилась до 37,8ºС.
* К исходу первого дня появились сухой кашель, першение в ротоглотке, заложенность носа; беспокоила головная боль, отметил снижение аппетита.
* Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, аспирин), мукалтин. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7ºС, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди.

**Анамнез жизни**

* Фрилансер в IT-компании.
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год. Хронический бронхит (диагностирован 5 лет назад).
* Вредные привычки: курит по полпачки сигарет в день в течение 10 лет.
* Эпиданамнез: за 10 дней до заболевания вернулся из туристической поездки по Европе.
* Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

**Объективный статус**

* Температура тела – 38,6°С.
* Пациент гиперстенического телосложения. ИМТ – 34. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет.
* Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами.
* Лимфатические узлы не увеличены.
* В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 26 в мин.
* АД – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 92 уд. в мин.
* Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный.
* В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

иммуноферментный анализ (ИФА) крови

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии больному следует провести

пульсоксиметрию

Исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов, лактата рекомендуется при SрO2 менее \_\_\_\_\_\_ %

90

Для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение

компьютерной томографии

Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является

лимфопения

При обследовании пациента уровень SpO2 составил 94%.

Учитывая клинико-анамнестические данные, больной \_\_\_\_\_\_\_\_ степени тяжести

средней

Показанием к госпитализации при COVID‑19- инфекции лиц из группы риска является

выраженная интоксикация

В качестве этиотропной терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19 могут быть использованы

фавипиравир, ремдесивир

Данному больному в сочетании с этиотропной терапией целесообразно назначить

антибактериальную терапию

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно применение

умифеновира

Длительность курса постконтактной профилактики умифеновиром у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников, составляет

10-14 дней

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Участковый терапевт прибыл к пациенту 49 лет на 6-й день болезни.

**Жалобы**

на повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

**Анамнез заболевания**

* Заболел остро с появления озноба, общего недомогания, головной боли, температура повысилась до 37,9ºС.
* Одновременно появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа.
* Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, ибупруфен), амброксол, пил много жидкости (чай с лимоном, имбирем). В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7ºС, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул.

**Анамнез жизни**

* Охранник в торговом центре. Работает посменно.
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), сахарный диабет II типа (принимает метформин); хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит).
* Вредные привычки: отрицает.
* Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире, разведен, детей нет.
* Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжал. Контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется непостоянно.

**Объективный статус**

* Температура тела – 38,7ºС.
* Пациент нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет. На коже фаланг визуализируются несимметричные пятна, похожие на результат обморожения, умеренно болезненные, зудящие.



* Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами.
* Лимфатические узлы не увеличены.
* В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин.
* АД – 105/70 мм рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.
* Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократный, полуоформленный. Мочеиспускание не нарушено.
* В сознании, адекватен, ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)

компьютерная томография (КТ) легких

пульсоксиметрия

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

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ‑1 составляет \_\_\_\_\_ %

< 25

О развитии острой дыхательной недостаточности свидетельствует уровень SрO2 менее \_\_\_\_\_\_ %

90

К характерным изменениям КТ органов грудной клетки при новой коронавирусной инфекции COVID-19 относится

симптом «матового стекла»

Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

лимфопения

Тактика в отношении данного пациента, учитывая наличие у него сахарного диабета, включает

обязательную госпитализацию

Этиотропное лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 предусматривает назначение

фавипиравира

Данному больному в сочетании с этиотропной терапией рекомендовано назначение

антибактериальных препаратов

В случае полной реконвалесценции пациента с сахарным диабетом, возобновление приема метформина возможно через

2 недели

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых из групп риска возможно применение

рекомбинантного ИФН-α

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 47 лет обратилась к участковому врачу-терапевту поскольку при профилактическом медицинском осмотре у нее было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст.

**Жалобы**

нет

**Анамнез заболевания**

Артериальное давление в последние 10 лет не измеряла, каких-либо нарушений самочувствия не испытывала.

**Анамнез жизни**

* хронических заболеваний нет
* не курит, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имеет
* аллергических реакций не было

**Объективный статус**

Cостояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, ЧСС 96 в 1 мин, пульс 84 в 1 мин, АД при первом измерении 175/100 мм рт. ст., при повторном – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относятся (выберите 3)

регистрация ЭКГ в 12 отведениях

трансторакальное эхокардиографическое исследование

амбулаторное (холтеровское) мониторирование ЭКГ

Для выяснения причины аритмии рекомендуется определение в крови уровня (выберите 2)

тиреоидных гормонов

калия

При оценке общего сердечно-сосудитого риска у больных артериальной гиперетнзией используются результаты определения в крови уровня

общего холестерина и его фракций

Выявленное нарушение ритма является пароксизмальной(-ым)

фибрилляцией пердесердий

Результаты проведенного обследования позволяют считать, что аритмия является

следствием артериальной гипертонии

Оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc равна

2

Медикаментозная профилактика тромбоэмболических осложнений у данной пациентки

возможна, но не обязательна (класс рекомендация IIa)

Учитывая наличие пароксизмальной фибрилляции предсердий, для лечения артериальной гипертензии целесообразно использовать

ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II

Пациентке показана экстренная

электрическая кардиоверсия

Для проведения электрической кардиоверсии бифазным дефибриллятором необходимо выбрать энергию разряда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дж.

120-150

Перед проведением электрической кардиоверсии необходимо ввести \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в лечебных дозах.

гепарин

Пациентке после восстановления синусового ритма показана \_\_\_\_\_\_ - х недельная антикоагуляция с последующей оценкой риска тромбоэмболических осложнений и необходимости длительной антикоагулянтной терапии.

4

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 40 лет на приеме у врача общей практики.

**Жалобы**

На постоянные боли в лучезапястных, локтевых, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, коленных суставах, средней интенсивности (боль по ВАШ 40 баллов), усиливающиеся в покое, уменьшающиеся после физической нагрузки, сопровождающиеся ограничением движений, метеозависимость. Утренняя скованность в суставах около 40 минут.

**Анамнез заболевания**

Впервые боли появились около 2 года назад в проксимальных межфаланговых суставах кистей, усиливающиеся в покое, через 3 месяца присоединились боли в лучезапястных суставах, появилась утренняя скованность в суставах продолжительностью до 1 часа. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно - диклофенак-гель местно, ибупрофен 200 мг внутрь на ночь ежедневно. Отмечал небольшой положительный эффект. Год назад появились боли в локтевых суставах, ограничение движений в них, в области правого локтевого сустава появилось небольшое образование мягкой консистенции, безболезненное. Полгода назад появилась деформация пальцев стоп, ограничение движений в левом лучезапястном суставе, ограничение движений в кистях (невозможность согнуть кисти в кулак, не может держать удочку в руках). Обратился к врачу из-за усиления болевого синдрома

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: аппендэктомия в возрасте 20 лет, сотрясение головного мозга в 35 лет, перелом правой голени в 25 лет, желчекаменная болезнь с 2010 года. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Аллергия на диклофенак в виде крапивницы.

Наследственность: у отца болели суставы.

Работает на заводе сборщиком. Курит по 1,5 пачки в день в течение 22 лет, алкоголем не злоупотребляет.

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое.

Рост 174 см, вес 82 кг, ИМТ 27,08 кг/м2. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренной влажности на ощупь. Видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Костно-мышечная система: 2,3,4 проксимальные межфаланговые суставы слева, 2,3 проксимальные межфаланговые суставы справа, 1-5 пястно-фаланговых суставы на обеих кистях, лучезапястные суставы припухшие, болезненны при пальпации. Движения в мелких суставах кистей, локтевых и левом лучезапястном суставах ограничены. Ревматоидный узелок в области правого локтевого сустава. Деформация пальцев стоп. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчив. В легких везикулярное дыхание, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧД=17 в минуту. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичные. АД 124/78 мм рт. ст. Пульс 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены, перкуторные размеры в норме. Периферических отеков нет. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание, стул не нарушены.

Необходимыми методами обследования для проведения диагностики в данном случае являются (выберите 4)

определение антител к циклическому цитруллинированному пептиду

общий анализ крови

рентгенография кистей и стоп

определение ревматоидного фактора

Наиболее вероятным диагнозом является

Серопозитивный ревматоидный артрит

У пациента \_\_\_\_ рентгенологическая стадия артрита кистей

4

Пациенту следует выставить \_\_\_\_\_\_\_ клиническую стадию ревматоидного артрита

позднюю

Пациенту можно выставить \_\_\_\_ функциональный класс

II

К внесуставному проявлению данного заболевания относится

ревматоидный узелок

Основным базисным противовоспалительным препаратом для лечения ревматоидного артрита является

метотрексат

На фоне лечения метотрексатом для профилактики нежелательных реакций пациентке следует назначить

фолиевую кислоту

Начальная доза метотрексата при лечении ревматоидного артрита составляет \_\_\_\_ мг в неделю

10-15

Показанием для госпитализации больных ревматоидным артритом в ревматологический стационар является

решение вопроса о назначении генно-инженерных биологических препаратов

Инфликсимаб по механизму действия является

ингибитором фактора некроза опухоли-альфа

К методам реабилитации больных с ревматоидным артритом относится

лечебная физкультура

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной В., 71 года, пенсионер, обратился к участковому терапевту

**Жалобы**

* на одышку, возникающую при минимальной физической нагрузке, проходящую в покое,
* боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера, появляющиеся при умеренной нагрузке,
* усиление одышки в ночное время суток, вынуждающее больного принять вертикальное положение,
* дискомфорт в правом подреберье,
* отеки голеней и стоп, увеличение в объеме живота,
* перебои в работе сердца и учащенное сердцебиение,
* слабость, повышенную утомляемость.

**Анамнез заболевания**

Около 15 лет страдает ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией с повышением АД до 180/110 мм рт.ст. Около 10 лет имеет постоянную форму фибрилляции предсердий. Регулярно проходит стационарное лечение, медикаментозной терапии привержен. В настоящее время получает: бисопролол 5 мг/ сут., дабигатран 110 мг 2 р/д, торасемид 5 мг утром, верошпирон 25 мг утром. В течение 6 месяцев после выписки чувствовал себя удовлетворительно, однако в течение последних 6 недель отметил постепенное нарастание одышки, отеков, увеличение в объеме живота, снижение переносимости физической нагрузки. Рацион питания не менял.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался нормально
* Работал слесарем.
* Вредные привычки отрицает
* Семейный анамнез: Отец больного умер в возрасте 72 лет от заболевания сердца. Мать умерла в 79 лет, причину назвать затрудняется. Сын 40 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа.

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Рост 184 см, вес 170 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. T тела 36,50С. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 24 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон - влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. Дефицита пульса нет. ЧСС –74-80 удара в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Живот увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита: отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, чувствительная при пальпации, перкуторные размеры 14х13х11 см по Курлову. Область почек не изменена. Почки не пальпируютс

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

биохимический анализ крови с определением электролитов, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, железа, ферритина, липидного профиля

натрийуретические пептиды

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

эхокардиография

рентгенография органов грудной клетки

Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК. Нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолия. СHA2DS-VASc 4 балла (возраст, АГ, ИБС, ХСН), HAS-BLED 1 балл. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск ССО очень высокий. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ 35-37%, IIБ ст., IV ФК NYHA. Асцит

При лечении больного для уменьшения застойных явлений и увеличения толерантности к физическим нагрузкам следует использовать

диуретики

Тактика диуретической терапии при стационарном лечении данного пациента должна заключаться в

замене торасемида на фуросемид, предпочтительнее во внутривенной форме, увеличении дозы верошпирона до 100 мг

Дегидратационная терапия в активной фазе должна проводится с превышением выделенной мочи над выпитой жидкостью не более \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ литра в сутки

1–1,5

Уменьшение дозы диуретиков необходимо осуществлять при достижении больным состояния

эуволемии

Следует незамедлительно включить в схему лечения данного пациента \_\_\_\_\_\_\_ , которые отсутствуют в ранее назначенной терапии

ингибиторы АПФ

Противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

гиперкалиемия

Препаратом выбора для контроля ЧСС у данного больного является

бисопролол

Противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов является

атрио-вентрикулярная блокада 2 степени

Советы по коррекции образа жизни, которые следует дать больному после выписки из стационара, заключаются в

регулярных дозированных физических нагрузках

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 48 лет обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы**

На интенсивные боли и припухание в мелких суставах обеих кистей, ограничение подвижности в них, утреннюю скованность около 3х часов, общую слабость, быструю утомляемость, головокружение

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной около двух лет, когда впервые появились данные жалобы. Ранее обращалась к участковому терапевту по месту жительства. Выполнена рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии в области проксимальных межфаланговых суставов. Пациентке было назначено лечение (нимесулид 100 мг 2 раза в сутки внутрь 5 дней, физиотерапия), которое принесло кратковременное улучшение. В последующем, боли в суставах усиливались, в связи чем был начат прием мелоксикама. Ухудшение состояния около месяца: появилась общая слабость, усилились боли в суставах.

**Анамнез жизни**

Работает учителем в школе. Семейный анамнез не отягощен. Аллергических реакций не было. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1-2 раз в год, умеренной тяжести). Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Гинекологический анамнез: месячные - с 14 лет, регулярные, длительностью 4-5 дней. Беременностей - 3, роды – 2, медицинский аборт – 1.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Перенесенные заболевания: травм, операций, переливаний крови не было.

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения, нормального питания. Рост 172 см, вес 60 кг (ИМТ 20,2 кг/м2). Кожные покровы, видимые слизистые бледные. Костно-мышечная система: деформация и дефигурация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных и дистальных межфаланговых суставов; кожа над суставами отёчная, температура кожных покровов над поражёнными суставами повышена. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива. В легких везикулярное дыхание проводится над всеми отделами, перкуторный звук легочный. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Аускультативно тоны удовлетворительной звучности, ритмичные, выслушивается мягкий систолический дующий шум на верхушке сердца. ЧСС 74 уд/мин, ритм правильный. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный; печень, селезенка, не пальпируются, перкуторно – их границы в пределах нормы. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторные методы, необходимые для постановки диагноза у данной пациентки включают (выберите 3)

ревматоидный фактор (IgM РФ) и антитела к цитруллинированным белкам (АЦБ)

общий анализ крови

определение С-реактивного белка (СРБ)

Инструментальная диагностика, направленная для верификации основного диагноза, показанная пациентке должна включать

рентгенографию кистей рук

На основании проведённого обследования основной диагноз пациентке может быть сформулирован как

Серопозитивный ревматоидный артрит, поздняя стадия, эрозивный (рентгенологическая стадия III), АЦЦП положительный, умеренной активности (DAS-28=4,8)

В связи с выявленной у пациентки анемией в план обследования необходимо включить исследование

биохимических показателей обмена железа

После получения проведенного дообследования (результаты представлены) пациентке может быть диагностирована

анемия хронического заболевания

Принимая во внимание выявленную у пациентки анемию в сочетании с общей слабостью и быстрой утомляемостью, лечение больной должно начинаться с адекватного лечения

основного заболевания

Учитывая умеренную активность ревматоидного артрита (DAS-28=4,8) в качестве стартовой базисной монотерапии назначение ПНВП

не показано

Стартовую базисную противовоспалительную терапию заболевания у данной пациентки целесообразно начать с назначения

метотрексата

Начальная доза метотрексата для пациентки с ревматоидном артритом должна составлять \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг/нед

10-15

Оценку эффективности на фоне терапии метотрексаом у данной пациентки следует проводить каждые

1-3 месяца

При неэффективности базовой терапии для устранения анемии пациентке может быть назначена терапия

эритропоэтином и в/в препаратами железа

Ключевая роль в патогенезе анемии хронического заболевания, по современным представлениям, принадлежит

гепцидину

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной К. 66 лет обратился к участковому терапевту по месту жительства

**Жалобы**

Жалобы на слабость, прогрессирующие снижение толерантности к физической нагрузке из-за одышки. В настоящее время одышка возникает при умеренной физической нагрузке: при быстрой ходьбе и ходьбе примерно на 200-300 метров, при подъёме на 1 лестничный пролет, что вынуждает его остановиться и отдохнуть. Иногда к вечеру возникает умеренная отечность ног.

**Анамнез заболевания**

Кардиологический и пульмонологический анамнез пациент отрицает. Утверждает, что кроме сахарного диабета, который диагностировали 3 года назад во время планового ежегодного медицинского осмотра, ничего не беспокоит. Состоит на учете у эндокринолога, принимает: гликлазид 60 мг и метформин 1500 мг в сутки, уровень гликозилированного гемоглобина 2 месяца назад составил 6,8%. Одновременно с верификацией диагноза сахарного диабета была выявлена диабетическая микроангиопатия: ретинопатия и нефропатия. С нефропротективной целью был назначен лизиноприл 5 мг, который пациент регулярно принимает по настоящее время. Так же 3 года назад был диагностирован метаболический синдром: ожирение II степени, гипертриглицеридемия и гиперхолестеринемия. Пациент, придерживаясь диеты, значительно похудел, регулярно принимает аторвастатин 40 мг в сутки. Повышения АД не отмечалось. При детальном расспросе выяснено, что примерно полгода назад после выраженной гипогликемии с уровнем глюкозы крови 2,5 ммоль/л (пациент принял сахароснижающие лекарства и опаздывая на работу не успел поесть) к вечеру возникла выраженная слабость, холодный липкий пот (уровень гликемии при этом был в норме). На следующий день при незначительной нагрузке возникала одышка и выраженная слабость. Данное плохое самочувствие пациент объяснил низким АД, которое ему не было свойственно, в те дни АД составляло 95/65 - 110/70 мм.рт.ст. Пациент взял отпуск на неделю и «отлежался дома», много отдыхал, сильно ограничил свою физическую активность. Постепенно состояние его улучшилось, повысилась толерантность к физической нагрузке, однако одышка сохранилась.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез: работа в офисе. Малоподвижный образ жизни. Вредные привычки: умеренное потребление алкоголя, не курит. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: мать страдает сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и ожирением. Отец умер от инфаркта в возрасте 68 лет. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6оС. Больной гиперстенического телосложения. Рост 180 см, вес 90 кг, ИМТ 27,78 кг/м2, объём талии 109 см. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, сухие, высыпаний нет. Периферических отеков нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, с небольшим притуплением в нижних отделах. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные влажные хрипы. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 94 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 135/85 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10-9-8 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 3)

глюкоза крови натощак, гликозилированный гемоглобин

липидный спектр крови

клинический анализ крови

Выберите обязательные инструментальные методы обследования (выберите 3)

электрокардиография (ЭКГ) в покое

рентгенография органов грудной клетки

трансторакальная эхокардиограмма (ЭхоКГ)

Основным заболеванием, на основании результатов клинических данных и инструментальных методов обследования, является ИБС. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фон: Дислипидемия. Атеросклероз аорты, сосудов сердца. Сочетанное заболевание: Сахарный диабет 2 типа, диабетическая макроангиопатия (целевой уровень HbA1c < 7,5 %). Осложнение: ХСН II А сд, II фк по NYHA)

Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда неопределенной давности)

Типичными клиническими признаками хронической сердечной недостаточности являются

одышка, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка, снижение толерантности к нагрузкам, слабость и утомляемость, увеличение в объеме лодыжек

Какое дополнительное лабораторное исследование желательно выполнить для верификации диагноза ХСН

определение уровня натрийуретических гормонов

Противопоказаниями к физической реабилитации при ХСН являются

активный миокардит, стенозы клапанных отверстий, цианотические врожденные пороки, угрожающие жизни нарушения ритма

Помимо назначения препаратов из группы статинов, рациональным лечением данного пациента будет так же назначение

ингибитор АПФ + β-блокатор + ацетилсалициловая кислота + сахароснижающие препараты

Критерием адекватности дозировки β-блокаторов является: ЧСС в покое до \_\_\_\_\_ в минуту, при максимуме физической активности до \_\_\_\_\_ в минуту

60; 110

Наилучшим методом для оценки размеров, объема камер сердца, массы миокарда, сократительной функции миокарда является

МРТ

Наиболее частой причиной развития безболевой формы инфаркта миокарда является

сахарный диабет

 Целевой уровень ХсЛНП у данного пациента должен быть в пределах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ммоль/л

<1,5

Противопоказаниями к назначению β-адреноблокаторов будут

бронхиальная астма, симптомная брадикардия (<50 уд/мин), симптомная гипотония (<85 мм рт.ст.), атрио-вентрикулярная блокада II и более степени, тяжелый облитерирующий эндартериит

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной Д. 45 лет, бухгалтер. Обратился к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На боли в области эпигастрии жгучего характера, появляющиеся через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирущие в левую лопатку и левую часть грудной клетки; отрыжку кислым.

**Анамнез заболевания**

Боли в эпигастрии и отрыжка кислым беспокоят в течение 3-х месяцев. Сначала появилась боль, возникающая через 1-2 часа после приема пищи, иррадиирущая в левую часть грудной клетки и левую лопатку, боль ослабевала после приема молочных продуктов и антацидов (альмагель). В течение последней недели состояние ухудшилось: боли усилились, заметил снижение массы тела и появление кислой отрыжки. Так же сообщает о том, что 4 месяца назад впервые начали беспокоить боли в коленных суставах, усиливающиеся при движении, самостоятельно начал принимать кетопрофен форте с положительным эффектом, продолжает принимать и в настоящее время. Курит, употребляет алкоголь.

**Анамнез жизни**

* курит 1 пачку сигарет (20 штук) в день, алкоголь употребляет 0,5 пива в выходные дни.
* профессиональных вредностей не имеет
* аллергических реакций не было
* мать здорова, у отца – рак желудка.

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Пониженное питание, ИМТ 18. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот симметричный, мягкий, отмечается умеренная болезненность в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

биохимический анализ крови

общий анализ крови

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

рентгенография пищевода и желудка

фиброэзофагогастродуаденоскопия (ФЭГДС )

У данного пациента можно предположить наличие

Язвенной болезни желудка

У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

недостаточного веса

У данного пациента сопутствующим заболеванием является

остеоартрит

Для уменьшения проявлений симптомов и заживления язвы рекомендуется назначить

ингибиторы протонной помпы

Продолжительность лечения ингибиторами протонной помпы у данного пациента должно составлять не менее \_\_\_\_ (пороговое значение в неделях)

4-8

Пациентам следует избегать употребление

чеснока

Учитывая анамнестические данные, ИМТ и результаты ЭГДС, необходимо дополнительно выполнить

биопсию язвы

Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

синдром «рикошета»

При язвенной болезни пациенту следует принимать пищу \_\_\_\_ раз в сутки

5-6

Данному пациенту вне обострения показано

санаторно-курортное лечение

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной В., 53 лет, обратился к кардиологу поликлиники

**Жалобы**

на сжимающие, давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся общей слабостью, возникающие при значительном повышении бытовых физических нагрузок - быстром подъеме на 4 этаж, беге, чаще при эмоциональном перенапряжении, купирующиеся в состоянии покоя и при приеме нитроглицерина.

**Анамнез заболевания**

Указанные жалобы отмечает в течение последних 1,5 лет, однако за медицинской помощью не обращался, не обследовался. По совету матери пробовал принимать нитроглицерин, который быстро купировал боли за грудиной, однако вызывал интенсивные головные боли и чувство прилива крови к лицу, из-за чего пациент отказался от его использования. При болях стал принимать валидол с менее выраженным антиангинальным эффектом. Обратился в поликлинику после внезапной смерти отца в возрасте 77 лет, который в течение более 10 лет предъявлял аналогичные жалобы.

**Анамнез жизни**

* Рос и развивался нормально, служил в армии
* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронический фарингит, хронический гастрит.
* Наследственность: отец больного страдал ИБС, умер внезапно в возрасте 77 лет
* работает водителем-дальнобойщиком,
* 32 года курит по 20 сигарет в день.
* Сопутствующие заболевания: отрицает

**Объективный статус**

При осмотре: больной нормостенического телосложения, рост 180 см, вес 102 кг, ИМТ - 31,5 кг/м², окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,70С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный, шумов нет, ЧСС 86 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, 86 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x9x8 см. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

клинический анализ крови

биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

ЭКГ в 12 отведениях

Эхо-КГ

Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стенокардия напряжения I ФК. Ожирение I ст.

Данный пациент относится к категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ риска сердечно-сосудистых осложнений

очень высокого

Для уточнения диагноза ИБС у данного больного показано проведение

проб с дозированной физической нагрузкой

Противопоказанием для проведения пробы с физической нагрузкой у пациентов с подозрением на ИБС является

сердечная недостаточность III-IV ФК (ΝΥΗΑ)

Одной из причин прекращения выполнения пробы с физической нагрузкой у пациента с подозрением на ИБС является

подъем сегмента ST больше 1 мм

Тактика лечения данного больного должна включать

комбинированную терапию бета-блокаторам в адекватной дозе, аспирином, статинами

Доза аспирина, которую следует назначить данному больному, составляет \_\_\_\_\_\_\_ мг/сут

75-150

В рационе больного следует увеличить

полиненасыщенные жирные кислоты

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

<1,5

Побочным эффектом статинов, развитие которого следует контролировать у больного после начала терапии, является

повышение активности печеночных трансаминаз

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной 44 лет, обратился к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

**Жалобы**

На частый сухой кашель и неприятные ощущения за грудиной, которые возникают при горизонтальном положении тела

**Анамнез заболевания**

Данные жалобы беспокоят несколько недель, возникновение их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Самостоятельно начал прием противокашлевых препаратов, без положительного эффекта. При детальном расспросе выяснено, что возникновение вышеуказанных жалоб совпало с появлением неприятных ощущений в подложечной области

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, гайморит. Профессиональный анамнез не отягощен, работает учителем в школе, работа связана с психоэмоциональным стрессом. Вредные привычки: курит 20 лет, по полпачки сигарет в день. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6оС. Больной гиперстенического телосложения. Рост 182 см, вес 102 кг, ИМТ 30,79 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: верхняя – III межреберье, правая – по правому краю грудины, левая - в V межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Приоритетными для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

спирометрия

ЭГДС

рентгенологическое исследование легких

Кашель у данного пациента вызван

забросом содержимого желудка в гортань

Методом, позволяющим верифицировать диагноз ГЭРБ, является

внутрипищеводная суточная рН-метрия

Основным показанием к проведению рН-метрии будет

характерное проявление ГЭРБ в отсутствие эндоскопических изменений в пищеводе

На основании результатов объективного осмотра и инструментальных методов обследования, можно поставить диагноз

Основное заболевание: ГЭРБ, эрозивный эзофагит 2 стадии. Сопутствующее заболевание: Ожирение I ст

Помимо ИПП, данному пациенту следует назначить

прокинетики

К рекомендациям по изменению образа жизни пациента с ГЭРБ относят

уменьшение массы тела

Применение монотерапии антацидами возможно только при

редко возникающей изжоге, не сопровождающейся развитием эзофагита

Ключевым фактором патогенеза ГЭРБ будет

патологически высокая частота и/или длительность эпизодов заброса содержимого желудка в пищевод

К внепищеводным проявлениям ГЭРБ относят хронический

кашель

Пищевод Барретта повышает риск развития \_\_\_\_\_\_\_\_ пищевода

аденокарциномы

Показанием к антирефлюксному хирургическому лечению ГЭРБ будет(-ут)

повторные кровотечения

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 64 лет.

**Жалобы**

на сухость во рту, частое и обильное мочеиспускание

**Анамнез заболевания**

* Страдает артериальной гипертензией в течение 5 лет
* перенесла ОНМК по ишемическому типу 2 года назад

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась нормально.
* пенсионерка
* В течение последних 10 лет отмечает постепенное увеличение веса на 6 кг
* 7 лет назад установлен диагноз артериальной гипертензии (повышение артериального давления до 175/105 мм рт ст). Получает периндоприл 8 мг, гипотиазид 12,5 мг, розувастатин 10 мг. На фоне терапии периндоприлом АД сохраняется на уровне 150/95 мм рт. ст., иногда поднимаясь до 160/100 мм рт.ст.
* Перенесённые заболевания: холецистэктомия 10 лет назад, ОНМК по ишемическому типу 2 года назад
* Беременности – 4, роды – 2.
* Наследственность: у матери - артериальная гипертензия, ишемический инсульт в возрасте 58 лет, у отца – рак прямой кишки.
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Вредные привычки: отрицает.

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Избыточного питания, рост 1,62 м, вес 71 кг, индекс массы тела 27,3 кг/м2, t тела 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, хрипов нет, частота дыханий – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 64 в минуту. АД 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

глюкоза крови

гликированный гемоглобин (HbA1c)

какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных исследований?

Сахарный диабет 2 типа

Пациентке выполнен расчёт СКФ: CKD-EPI – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м Для уточнения стадии поражения почек необходимо

оценить соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи

Соотношение альбумин/креатинин в утренней порции мочи составил 450 мг/г. С учетом полученных данных обследования (CKD-EPI – 48,3 мл/мин/1,73 кв.м) у пациентки имеет место диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек

С3а, А3

Пациентку можно отнести к группе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сердечно-сосудистого риска

очень высокого

Рекомендации по изменению образа жизни включают уменьшение массы тела и

низкокалорийную диету с исключением легкоусваиваемых углеводов, ограничением животного белка (не более 0,8 г/кг массы тела в сутки), физические нагрузки (не менее 150 минут в неделю)

Целевым уровнем гликемического контроля для данной пациентки является HbA1c < \_\_\_\_ %

8,0

В качестве сахароснижающей терапии надо назначить

вилдаглиптин и метформин

У пациентки уровень холестерина ЛНП - 2,2 ммоль/л. Учитывая отсутствие достижения целевых значений холестерина, показано

увеличение дозы розувастатина

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

130/80

Учитывая недостаточный гипотензивный эффект периндоприла, гипотиазида, целесообразно усилить гипотензивную терапию комбинацией с

антагонистом кальция

При использовании в схемах лечения гипотиазида необходимо помнить, что у пациентов с 3b стадией ХБП прием этого препарата

становится малоэффективным

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Врач терапевт-участковый прибыл к пациентке 54-х лет на 6-ой день болезни.

**Жалобы**

На одышку, чувство «заложенности» в груди, кашель со скудной мокротой, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, потерю обоняния и вкуса.

**Анамнез заболевания**

* Заболела остро с появления озноба, общего недомогания, температура повысилась до 37,8℃. Беспокоили мышечные боли, ломота в суставах.
* К исходу первого дня появились сухой кашель, першение в ротоглотке, незначительные выделения из носа; беспокоила головная боль, отметила снижение аппетита.
* Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), бромгексин. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7℃, отметила появление высыпаний на коже груди и нарушения обоняния и вкуса (не ощущала запах и вкус знакомой пищи), усилились кашель и одышка, отметила чувство «заложенности» в груди.

**Анамнез жизни**

* Бухгалтер в частной компании.
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), гипертоническая болезнь, II стадии (принимает эналаприл), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год.
* Вредные привычки: отрицает
* Эпиданамнез: за пределы страны и домашнего региона не выезжала. Была в контакте с болеющей дочерью и зятем (болели ОРЗ, перенесли заболевание «на ногах», в мед.учреждение не обращались).
* Прививочный анамнез: вакцинирована от сезонного гриппа в октябре 2019г.

**Объективный статус**

* Температура тела 38,8°С.
* Пациентка гиперстенического телосложения. ИМТ-34. Кожные покровы умеренной влажности, в области передней поверхности грудной клетки визуализируются множественные элементы уртикарной сыпи.



* Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами. Незначительные выделение из носовых ходов, серозного характера.
* Лимфатические узлы не увеличены.
* Умеренная одышка при физической нагрузке. В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин.
* АД-100/60 мм рт. ст, ЧСС –92 уд. в мин.
* Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было в течение суток.
* В сознании, адекватна. Ориентирована в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

Для оценки выраженности гипоксемии и выявления дыхательной недостаточности, больной следует провести

пульсоксиметрию

При обследовании у больной выявлен уровень SрO2 - 94%. Учитывая клинико-лабораторные данные, следует расценить течение заболевания как

средней степени

Для первичной оценки состояния органов грудной клетки у пациентов с прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение

компьютерной томографии

Характерными изменениями в периферической крови при коронавирусной инфекции являются

лимфопения и тромбоцитопения

Типичным патогенетическим осложнением новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

острый респираторный дистресс-синдром

К препаратам с прямым противовирусным действием в рекомендованных схемах лечения больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 относится

фавипиравир

В рекомендованных схемах лечения при среднетяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 фавипиравир может назначаться с

барицитинибом

Пациентке с гипертонической болезнью, получающей эналаприл (препараты из группы ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано

продолжить прием препарата в той же дозировке

В случае полной реконвалесценции пациентки, возобновление приема метформина возможно через

2 недели

В рекомендованных схемах для медикаментозной профилактики COVID19 у лиц из группы риска применяется

рекомбинантный ИФН-α

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной А., 37 лет, обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику по месту жительства

**Жалобы**

На слабость, повышенную утомляемость, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, периодические головные боли, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, значительное снижение работоспособности. Последнее время так же стал отмечать периодическое ощущение кома за грудиной и затруднения при глотании твердой пищи, изменение вкуса и обоняния, сильную сухость кожи

**Анамнез заболевания**

Данные симптомы появились полгода назад, с течением времени интенсивность их усилилась. Прежде к врачам не обращался, не обследовался.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает художником. При детальном расспросе выяснено, что по религиозным соображениям продукты животного происхождения уже много лет не употребляет. Питается не регулярно.

Вредные привычки – курит по полпачки сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Любит крепкий чай, кофе.

Семейный анамнез: мать и отец здоровы.

Аллергологический анамнез не отягощен

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6о С. Больной нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, чистые, сухие. Отмечается умеренное шелушение кожных покровов, поперечная исчерченность ногтей. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в 1 мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 2 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, над всеми точками аускультации определяется нежный систолический шум. Пульс 92 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 115/70 мм рт. ст. Отмечается сглаженность сосочков языка. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой методической пальпации по Образцову – Стражеско - Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь расположен за лонным сочленением, не пальпируется; болезненность в области верхней и нижней мочеточниковой точках не определяется

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)

клинический анализ крови

исследование обмена железа

анализ кала на скрытую кровь

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

колоноскопия

ЭГДС

Какой диагноз можно поставить данному больному?

Железодефицитная анемия легкой степени тяжести алиментарного генеза

Согласно критериям ВОЗ, диагнозу анемии у мужчин соответствует уровень гемоглобина менее (г/л)

130

Критерием оценки степени тяжести железодефицитной анемии является

уровнень гемоглобина

Причиной развития железодефицитной анемии у данного больного послужило

неполноценное питание (вегетарианство)

Тактика ведения данного пациента обязывает

назначить препараты железа

Преимуществом гидроксидполимальтозных комплексов трехвалентного железа перед солевыми двухвалентными препараты железа является

меньшая частота осложнений

Предпочтительным способом введения препаратов железа этому больному является

пероральный

Достаточная длительность лечения пациента препаратами железа в данной ситуации составит \_\_\_\_\_\_\_ месяца/ев

3

Для контроля эффективности лечения препаратами железа на 5-7 сутки определяют

количество ретикулоцитов

Для усиления всасывания железа из продуктов растительного происхождения пациенту следует рекомендовать употреблять овощи и фрукты с высоким содержанием \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кислоты

аскорбиновой

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной 27 лет, менеджер. Обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

На частый (до 10-12 раз в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, ухудшение аппетита, снижение массы тела, общую слабость, повышенную утомляемость, нарушение сна, повышение температуры тела до 38°С.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным около месяца, когда появились боли в животе и жидкий стул до 2-3 раз в сутки; самостоятельно принимал но-шпу, лоперамид - без эффекта: жидкий стул стал беспокоить чаще, до 10-12 раз, преимущественно ночью, стал замечать выделения свежей крови из заднего прохода. Присоединились вышеописанные жалобы, в связи с чем обратился к врачу общей практики.

**Анамнез жизни**

* Не курит, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имеет
* аллергических реакций не было
* отец здоров, у матери – язвенный колит (далее - ЯК)

**Объективный статус**

Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела – 37,5°С, кожа бледная, сухая, периферические лимфатические узлы не увеличены; веки гиперемированы, покрыты серовато-белыми чешуйками; ЧДД 17 в минуту; перкуторно над легкими - ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет; границы сердца не расширены, тоны сердца ясные, систолический шум на верхушке, ЧСС 105 уд/мин, ритм правильный. АД 100/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Отмечается болезненность и припухлость при пальпации голеностопных, коленных суставов, движения в них ограничены из-за болезненности. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

общий анализ крови

биохимический анализ крови

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

морфологическое исследование прямой кишки

фиброколоноскопия

У данного пациента можно предположить наличие

Язвенного колита

У данного пациента дополнительно можно отметить наличие

железодефицитной анемии

В общем анализе крови характерным для железодефицитной анемии является

ЦП менее 0,85

Назначение глюкокортикостероидов внутривенно в дозе, эквивалентной 125 мг преднизолона, показано при \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ атаке ЯК

сверхтяжелой

С целью коррекции анемии у данного пациента целесообразно назначение

препаратов железа

Показанием к хирургическому лечению ЯК является

токсическая дилатация кишки

Принципы диспансерного наблюдения при ЯК направлены на профилактику развития

колоректального рака

Биологическая терапия при ЯК показана при

левосторонней форме, среднетяжелой атаке

Одним из возможных внекишечных аутоиммунных проявлений ЯК, связанных с активностью основного заболевания, является

увеит

Для диагностики железодефицитной анемии важным показателем будет

снижение ферритина

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной Н. 67 лет, водитель. Обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

На изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища, и в положении лёжа; боли в эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой.

**Анамнез заболевания**

Изжога, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжка кислым беспокоят в течение трёх лет. Сначала появилась изжога после погрешностей в питании, при наклонах туловища; затем появились боли в эпигастрии жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать 3-4 раза в неделю вне зависимости от качества пищи. В течение последнего месяца состояние ухудшилось: усилились боли, особенно по ночам, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Антациды (Альмагель, Маалокс), применяемые ранее для купирования изжоги и болей, в течение последнего месяца перестали действовать. При боли за грудиной принимал нитроглицерин – без существенного эффекта.

**Анамнез жизни**

* курит 0,5 пачки сигарет (10 штук) в день, алкоголем не злоупотребляет
* профессиональных вредностей не имеет
* аллергических реакций не было
* отец здоров, у матери – гипертоническая болезнь

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ 24 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, АД 110/80 мм рт. ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень - по краю реберной дуги. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательны.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

общий анализ крови

биохимический анализ крови

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

фиброэзофагогастродуаденоскопия (ФЭГДС)

рентгенография пищевода и желудка

У данного пациента можно предположить наличие

Неэрозивной формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Наиболее типичной клинико-анамнестической характеристикой ГЭРБ у данного пациента является наличие

изжоги

Наиболее серьезным осложнением ГЭРБ является

пищевод Барретта

Для снижения влияния кислотно-пептического фактора на слизистую оболочку пищевода при ГЭРБ рекомендуется назначение препаратов из группы

ингибиторов протонной помпы

Для нормализации моторики пищевода необходимо назначить

прокинетики

Для профилактики возникновения изжоги рекомендуется назначение

ингибиторов протонной помпы

Продолжительность лечения ИПП в острый период должно составлять не менее \_\_\_\_\_\_ (пороговое значение в неделях)

4-8

Пациентам следует избегать употребления

томатов

В рамках модификации образа жизни пациенту необходимо

бросить курить

Наиболее частым осложнением, возникающим после отмены антацидов, является

синдром «рикошета»

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 70 лет на приеме у врача общей практики.

**Жалобы**

На боли в коленных суставах, больше справа, высокой интенсивности, пронизывающие, появляющиеся при ходьбе, проходящие в покое; ограничение движений в правом коленном суставе из-за боли.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение 16 лет, с тех пор как упала на колени с высоты собственного роста. После травмы появилась боль и отечность правого коленного сустава. Лечилась амбулаторно у травматолога поликлиники, принимала ибупрофен, кеторолак, глюкозамин с временным эффектом. В течение последнего года боли в коленных суставах усилились, из-за выраженного болевого синдрома стало невозможно опереться на правую ногу. Последний месяц использует трость.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: холецистэктомия в возрасте 43 лет и редкие острые вирусные инфекции (1-2 раза в год). Артериальная гипертензия с 20 лет, отмечает периодические подъемы артериального давления, гипотензивные препараты не принимает. Гепатит, туберкулез, сахарный диабет отрицает.

Переливаний крови не было. Аллергических реакций не было.

Семейный анамнез: у матери - гипертоническая болезнь.

В настоящее время на пенсии, ранее работала продавцом. Беременностей-7, роды-2, выкидыши-1, аборты-4. Менопауза с 48 лет. Вредные привычки - отрицает.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести из-за болевого синдрома. Телосложение гиперстеническое, повышенного питания. Рост-165 см, вес-85 кг, ИМТ- 31,22 кг/м2. Окружность талии - 86 см. Кожные покровы физиологической окраски, нормальной влажности, чистые, тургор кожи снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система: коленные суставы незначительно увеличены в объеме, больше справа, движения в них несколько ограничены, при пальпации безболезненны. При пассивных и активных движениях определяется крепитация в коленных суставах. В легких перкуторно звук легочной, аускультативно дыхание жестковатое, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Грудная клетка гиперстенической формы. Границы относительной тупости сердца расширены на 1,5 см влево от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. АД = 154/80 мм рт. ст., ЧСС 92 уд/мин. Язык влажный, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Стул и диурез не нарушены. Отеки до нижней трети голеней, симметричные с обеих сторон. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Необходимым инструментальным методом обследования для проведения диагностики в данном случае является

рентгенография коленных суставов

Лабораторными методами обследования, необходимыми для проведения диагностики, в данном случае являются (выберите 2)

общий анализ крови

биохимический анализ крови

Среди критериев метаболического синдрома у пациентки имеются (выберите 2)

абдоминальное ожирение

артериальная гипертензия

Для выявления нарушений углеводного обмена применяется определение глюкозы в крови натощак и через \_\_\_ часа после перорального приема \_\_\_\_ г глюкозы

2; 75

Диагнозом пациентки является

Двусторонний гонартроз, метаболический синдром

Индекс массы тела пациентки равен 33,02 кг/м2, что соответствует

ожирению 1 степени

Для уменьшения болей в суставах используют

нестероидные противовоспалительные препараты

Данной пациентке в рамках антигипертензивной терапии в первую очередь рекомендовано назначение

ингибитора ангиотензинпревращающего фермента

Глюкозамин сульфат рекомендуется принимать

1500 мг в сутки

При отсутствии эффекта вышеуказанной терапии данной пациентке рекомендуется

эндопротезирование коленных суставов

К системному фактору риска развития остеоартроза относится

минеральная плотность кости

Пациентка относится к \_\_\_ группе состояния здоровья

IIIа

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 35 лет обратилась к врачу терапевту.

**Жалобы**

На момент осмотра не предъявляет.

**Анамнез заболевания**

Три года назад при плановом посещении врача поликлиники выявлено повышение уровня ОХС до 10 ммоль/л. Было рекомендовано соблюдение гиполипидемической диеты, на фоне которой ОХС 9,34 ммоль/л. Анализ липидного спектра не проводился.

**Анамнез жизни**

* Хронические заболевания отрицает;
* не курит, алкоголем не злоупотребляет;
* профессиональных вредностей не имела;
* аллергических реакций не было;
* отец здоров, мать умерла в возрасте 43 лет от ИМ, бабушка по материнской линии умерла в возрасте 50 лет от ИМ;
* у ребенка 7 лет уровень ОХС 7 ммоль/л.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 56 кг. ИМТ=19,4 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Ксантелазмы обоих век. Ксантома ахиллова сухожилия справа. Липоидная дуга роговицы. Периферических отеков нет. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 68 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный; печень, селезенка, не пальпируются, перкуторно – их границы в пределах нормы. Почки не пальпируются, область их безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива.

Про подозрении на наличие у пациентки семейной гиперхолестеринемии лабораторная диагностика должна включать определение (выберите 4)

триглицеридов

холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП)

общего холестерина

холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП)

Инструментальное обследование пациентки должно включать проведение (выберите 2)

ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий

ультразвукового исследования артерий нижних конечностей

По результатам проведенного лабораторно-инструмкентального обследования у пациентки можно заподозрить наличие семейной гиперхолестеринемии

На основании имеющихся данных у пациентки можно предположить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тип наследования заболевания

гетерозиготный

Для установления диагноза гетерозиготной СГХС данной пациентке следует использовать диагностические критерии

Dutch Lipid Clinic Network

В соответствии с диагностическими критериями Dutch Lipid Clinic Network у пациентки может быть диагностирована \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СГХС



Определенная

Пациентка должна быть отнесена к категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ риска

Высокого

Пациентке должна быть рекомендована диета с/со

ограничением потребления насыщенных жиров и транс-жиров

Целевой уровень ХС-ЛПНП ммоль/л для данной пациентки должен быть < \_\_\_\_\_\_ ммоль/л

2,5

Пациентке показана терапия аторвастатином \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мг/сут

80

Определенная СГХС диагностируется при сумме баллов по Dutch Lipid Clinic Network

>8

Рекомендовать повторное исследование брахиоцефальных артерий (УЗДГ БЦА) пациентке показано через \_\_\_\_\_\_ ( в месяцах)



24

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка Л. 33 года госпитализирована в стационар.

**Жалобы**

На кашель с мокротой желто-белого цвета, усиливающийся к вечеру и в ночные часы, повышение температуры до 38,50С, общую слабость, ночную потливость, боли в груди, возникающие при кашле.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение 10 дней, когда после переохлаждения появилась заложенность в груди, эпизодический кашель, повысилась температура тела до 38,00С. На второй день болезни обратилась в поликлинику по месту жительства, где была выполнена рентгенография органов грудной клетки, по результатам которой патологии не обнаружено. В анализе крови: гемоглобин 131 г/л; эритроциты 4,88х1012/л; лейкоциты 12,2х109/л; лимфоциты 25%; моноциты 9,1%; тромбоциты 180х109/л. Была назначена терапия: амоксиклав 1000 мг х 2 р/д, имудон таблетки для рассасывания, капсулы бифидобактерии лонгум + энтерококкус фэциум, лоратадин таблетки, ацетилцистеин таблетки. Рекомендовано проведение компьютерной томографии органов грудной клетки. Терапию принимала в течение недели, однако на фоне лечения сохранялось повышение температуры тела в вечернее время до 38,5 С, кашель с мокротой желтоватого цвета, усиливающийся в ночное время, появились боли в грудной клетке при кашле. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб вызвала бригаду скорой медицинской помощи, была госпитализирована в стационар по месту жительства.

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась соответственно возрасту
* Перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год, гепатит А в возрасте 10 лет
* Стаж курения 18 лет по 11 сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает
* Профессиональных вредностей не имеет
* Аллергических реакций не было
* Семейный анамнез не отягощен

**Объективный статус**

Состояние при поступлении средней степени тяжести. Температура тела 37,8°С. В сознании, контактна, адекватна. Телосложение нормостеническое. Рост 165 см. Вес 54 кг. ИМТ 19,54 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. Границы легких не изменены. Дыхание жесткое, проводится по всем отделам. В прикорневых и нижних отделах слева выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые влажные хрипы. Справа хрипы не выслушиваются. ЧДД 24 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: верхняя – III межреберье, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: тоны ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. Шумы не выслушиваются. ЧСС 85 уд/мин. АД 100/70 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях нижних сохранена, симметрична. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Перитонеальных знаков нет. Печень не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Для постановки диагноза из лабораторных исследований необходимо выполнить (выберите 3)

анализ крови с определением С-реактивного белка

бактериоскопию и культуральное исследование мокроты

биохимический анализ крови

Из инструментальных исследований в данном случае показаны (выберите 3)

электрокардиография

мультиспиральная компьютерная томография органов грудной полости

пульсоксиметрия

Предположительным диагнозом является

Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония

Осложнением основного заболевания, имеющегося у пациентки, является

дыхательная недостаточность 1 степени

Для оценки тяжести течения пневмонии следует использовать шкалы

PORT, CRB-65

У пациентки 1 балл по шкале CRB-65, что соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ степени тяжести пневмонии

средней

Учитывая степень тяжести пневмонии, целесообразно начать антибиотикотерапию с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ введения

парентерального

Ключевым антибактериальным препаратом для лечения в данном случае является

цефтриаксон

При принятии решения о переводе на пероральный прием антибактериальных препаратов целесообразно использовать критерии, одним из которых является

частота дыхания < 24/мин (пороговое значение)

При решении вопроса об отмене антибактериальной терапии рекомендуется руководствоваться критериями достаточности антибактериальной терапии, одним из которых является стойкое снижение температуры тела <37,2ºС в течение не менее \_\_\_\_\_\_\_ часов

48

Респираторная поддержка показана всем пациентам с внебольничной пневмонией при РаО2 \_\_\_\_\_\_\_ (пороговое значение в мм рт. ст.) или SрO2 \_\_\_\_\_\_\_ (пороговое значение в %) при дыхании атмосферным воздухом

<55; < 88

С целью противоэпидемических мероприятий медицинская организация, выявившая больного внебольничной пневмонией, обязана

передать экстренное извещение об инфекционном заболевании (форма 058/у)

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка С. 20 лет обратилась в приёмное отделение стационара к терапевту.

**Жалобы**

На повышение температуры до 40°С, с ознобом, сухой кашель с трудноотделяемой желтоватой мокротой, общую слабость, ноющие боли в правой ниже-лопаточной области.

**Анамнез заболевания**

Заболела три дня назад, остро. Начало заболевания связывает с возможным переохлаждением - была на длительной экскурсии по городу. Принимала парацетамол с эффектом на несколько часов.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: ОРВИ, миопия слабой степени.

Вирусный гепатит, туберкулез отрицает. Вен. заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала.

Аллергологический анамнез: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Гемотрансфузионный анамнез: отрицает.

Профессиональный анамнез: студентка 1 курса юридического факультета.

Вредные привычки: отрицает.

Инвалидность: нет.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

**Объективный статус**

Состояние при поступлении: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, Сатурация кислорода 99%. Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах справа, выслушиваются сухие хрипы справа в нижних отделах. Над лёгкими укорочение перкуторного звука в правой ниже-лопаточной области. ЧДД 20 в мин. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно тоны сердца ясные, сердцебиения ритмичные, шумов нет. Перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 100 в мин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)

С-реактивный белок

биохимический анализ крови

общий анализ крови

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

рентгенография органов грудной клетки

Окончательным диагнозом пациентки является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пневмония средней степени тяжести. ДН 1

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая

В отличие от пневмоний, при туберкулезе лёгких лабораторно выявляются \_\_\_\_\_\_\_\_ лейкоцитоз и \_\_\_\_\_\_\_\_ концентрации биомаркеров воспаления

незначительный; низкие

Для лечения пневмонии, вызванных «атипичными» возбудителями (микоплазмы, хламидии, легионеллы) из перечисленных антибиотиков показан

кларитромицин

Первоначальная оценка эффективности стартового режима антибактериальной терапии должна проводиться через \_\_\_\_ часа/часов после начала лечения

48

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ является основным возбудителем внебольничных пневмоний у лиц до 60 лет без сопутствующей патологии

Пневмококк

Рациональная антибактериальная терапия для данного пациента включает в себя

левофлоксацин

В течение \_\_\_\_ часов от поступления в стационар диагностированная пневмония считается внебольничной

48

При затяжном течении внебольничной пневмонии может развиться

абсцесс лёгкого

Пациентке для вторичной профилактики показано проведение вакцинации против \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и

гриппа; пневмококка

Согласно Международному консенсусу и российскому протоколу, в классификацию пневмоний входят \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пневмонии

внебольничная; внутрибольничная

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 32 лет, обратился к врачу общей практики.

**Жалобы**

На схваткообразные боли в животе, больше справа, усиливающиеся перед дефекацией и уменьшающиеся после нее вздутие живота, на учащение стула до 4 раз в сутки (стул жидкий, без патологических примесей). На болезненные язвы в ротовой полости, на потерю веса на 8 кг за последние 3 месяца, на субфебрильную температуру до 37,30С, преимущественно в вечернее время, на общую слабость.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение года, когда впервые появились боли в животе. К врачам не обращался, принимал спазмолитики с положительным эффектом. Неделю назад боли в животе усилились, стали беспокоить в ночное время, участился стул до 3-4 раз в сутки, повысилась температура тела до 38,50С, появились афтозные высыпания в ротовой полости. В течение нескольких дней принимал НПВС, на фоне чего температура снизилась до 36,8-37,00С. В связи с сохранением симптомов обратился к врачу общей практики по месту жительства.

**Анамнез жизни**

Работает водителем. У матери хронический калькулезный холецистит, хронический панкреатит. Аллергические реакции на пищевые продукты, медикаменты отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ (1-2 раз в год), аппендэктомия в 12 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Курит в течение 5 лет по 10 сигарет в день, алкоголь – преимущественно пиво, раз в 2-3 недели.

**Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести за счет болевого синдрома, слабости. Нормостенический тип конституции. Рост 177 см, вес 73 кг. Температура тела 37,10С. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности, отеков нет. При осмотре ротовой полости выявлены единичные афты слизистой оболочки. Костно-мышечная система без особенностей. В легких дыхание проводится по всем полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 56 уд/мин, ритм правильный. АД 115/70 мм рт ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной и надлобковой областях; печень, селезенка не увеличены, перкуторно – границы в пределах нормы. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное. Осмотр per rectum безболезненный, на перчатке кал обычного цвета.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся (выберите 3)

биохимический анализ крови

общий анализ крови

копрограмма

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся (выберите 2)

колоноскопия

эзофагогастродуоденоскопия

На основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования наиболее вероятным диагнозом является

Болезнь Крона, терминальный илеит

Для формулирования диагноза и определения тактики лечения в первую очередь необходимо определить

тяжесть текущего обострения (атаки)

Тяжесть атаки у данного пациента

среднетяжелая

Аутоиммунным проявлением, имеющимся у данного пациента, и связанным с активностью заболевания, является

афтозный стоматит

Пациенту показано питание

с повышенным содержанием белка, стандартным количеством жиров, ограничением легкоусвояемых углеводов

С целью достижения ремиссии необходимо назначить

глюкокортикостероиды

После проведенного курса индукционной терапии у пациента достигнута ремиссия заболевания. Поддерживающая противорецидивная терапия включает в себя назначение

иммуносупрессоров

При назначении данному пациенту иммуносупрессоров необходимо контролировать

уровень лейкоцитов и печеночных проб

Врачебная комиссия продлевает листок нетрудоспособности через \_\_\_\_ дней

15

Пациент относится к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

IIIа

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Участковый терапевт прибыл к пациенту 68-ми лет на 6-ый день болезни.

**Жалобы**

На повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель, кожные высыпания.

**Анамнез заболевания**

* Заболел с общего недомогания, слабости, мышечной и суставной боли, температура повысилась до 37,9℃. Отмечал головную боль, отсутствие аппетита.
* На следующий день появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа.
* Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, ибупруфен), амброксол, пил много жидкости (чай с лимоном, имбирем), мазал грудь бальзамом «звездочка» и «доктор Мом». В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,9℃, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул. В день вызова врача заметил на теле сыпь.

**Анамнез жизни**

* Пенсионер, не работает.
* Аллергоанамнез: не отягощен.
* Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), хронический бронхит (диагносцирован несколько лет назад, дату не помнит), артериальная гипертензия, стадию заболевания назвать не может (принимает эналаприл). Со слов пациента, в молодости болел краснухой, корью, дизентерией.
* Вредные привычки: отрицает.
* Анамнез жизни: вдовец, проживает в отдельной квартире вместе с дочерью и внучкой 5-ти лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери).
* Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжал. Питается дома, домашней пищей. Дочь и внучка здоровы. Посещает магазины, аптеки. Средствами индивидуальной защиты не пользуется.
* Прививочный анамнез: от гриппа не прививался. Дату последней прививки сказать не может.

**Объективный статус**

* Температура тела 38,9°С.
* Пациент повышенного питания. На коже туловища (грудной клетки, живота, бедер) визуализируется крупная пятнисто-папулезная, не зудящая сыпь. На лице, волосистой части головы сыпи нет.



* Склеры не инъецированы, слезотечения нет. Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами. Слизистая щек нормальной окраски, энантемы нет.
* Лимфатические узлы не увеличены.
* В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин.
* АД-105/70 мм рт. ст., ЧСС –92 уд. в мин.
* Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократный, полуоформленный. Мочеиспускание не нарушено.
* В сознании, адекватен, ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки на вирусные инфекции

Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)

компьютерная томография (КТ) легких

пульсоксиметрия

Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

При КТ‑1 примерный объем выявленных изменений легких (визуально) составляет \_\_\_\_\_ %

< 25

При проведении КТ ОГК к типичным рентгенологическим проявлениям вирусной пневмонии COVID-19 относят

симптом «матового стекла»

Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерно наличие

лихорадки выше 38,5℃, ЧДД более 22/мин, пневмонии, SpO2 <95%, изменений в легких КТ 1-2

Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

лимфопения

Тактика в отношении данного пациента с изменениями в легких, соответствующими КТ1, включает

обязательную госпитализацию

Этиотропным препаратом, который может быть использован при лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

фавипиравир

Пациенту, получающему эналаприл (препарат из группы ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано

продолжить прием препарата в той же дозировке

У взрослых из групп риска для медикаментозной профилактики COVID19 возможно применение

рекомбинантного ИФН-α

Применение умифеновира для медикаментозной профилактики COVID-19 лицам из группы риска назначают в течение

3-х недель

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Молодой человек 19 лет обратился к врачу-терапевту

**Жалобы**

На приступы учащенного сердцебиения, возникающие без видимой причины, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, эпизоды покалывающих болей в сердце, головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке.

**Анамнез заболевания**

С рождения наблюдался в поликлинике по месту жительства по поводу малой аномалии развития сердца. Вышеперечисленные жалобы беспокоят около полугода. В последнее время приступы сердцебиений участились, появились головокружение и предобморочные состояния при физической нагрузке, что и стало поводом для обращения к врачу.

**Анамнез жизни**

Хронические заболевания отрицает.

В 16 лет – оперативное лечение крипторхизма.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел.

Аллергоанамнез не отягощен.

Отец здоров, у матери открытое овальное окно.

**Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 180 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности, теплые, чистые. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, левая граница сердца смещена на 1.5 см кнаружи от среднеключичной линии, правая по правому краю грудины, верхняя по нижнему краю 3 ребра, ЧСС 76 в минуту, АД 125/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам обследования относятся (выберите 3)

суточное мониторирование ЭКГ

трансторакальное эхокардиографическое исследование

регистрация ЭКГ в 12 отведениях

Необходимым для исключения сердечной недостаточности лабораторным исследованием является определение уровня

мозгового натрийуретического пептида

Выявленное при холтеровском мониторировании ЭКГ нарушение ритма является

желудочковой тахикардией

Основным заболеванием является

Гипертрофическая кардиомиопатия

Для обструктивной гипертрофической кардиомиопатии характерно нарушение внутрисердечной гемодинамики развитием градиента давления в выходном тракте левого желудочка и/или реже в среднем отделе ЛЖ больше \_\_\_\_\_\_\_\_ мм. рт. ст.,

30

Для оценки риска внезапной сердечной смерти у данного пациента следует использовать шкалу

HCM Risk-SCD

Для определения и количественной оценки динамической обструкции выносящего тракта левого желудочка данному пациенту рекомендуется проведение

ЭХО-КГ в условиях нагрузки

В качестве первой линии фармакотерапии для симптоматического леченияданного пациента следует применять

бета-блокаторы

В случае развития побочных эффектов при приеме бета-блокаторов или невозможности достижения оптимального эффекта рекомендуется альтернативное назначение

верапамила

В случае отсутствия значимого симптоматического эффекта монотерапии β-АБ или верапамилом рекомендовано их комбинированное назначение с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в максимально переносимой дозе

дизопирамидом

 Имплантация кардиовертера-дефибрилятора может быть рекомендована пациента с ГКМП если 5-ти летний риск ВСС по шкале HCM Risk-SCD составляет \_\_\_\_\_\_ и более %

4

Переоценка риска ВСС осуществляется каждые \_\_\_\_\_\_\_\_ года/лет

1-2

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 42 лет, обратился к врачу общей практики для диспансерного осмотра с целью получения одобрения для занятий в тренажерном зале с подъемом тяжестей.

**Жалобы**

Не предъявляет.

**Анамнез заболевания**

Обращался к врачу только по поводу ОРВИ в осенне-зимний период. Диспансеризацию последний раз проходил год назад (по месту работы), без патологических изменений. Никакие лекарства не принимает.

**Анамнез жизни**

Банковский служащий, работа связана с пребыванием в теплом сухом помещении. Курит. Индекс курения 28 пачка/лет.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Кожа розовая, отеков нет. Рост 175 см, масса тела 89 кг. Окружность талии 105 см. Дыхание везикулярное, число дыханий. 16 в 1 мин., Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 140/80 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 74 в 1 мин. Носоглотка чистая розовая, живот безболезненный, печень по краю реберной дуги.

В рамках диспансерного осмотра для мужчин данного возраста показано проведение анализов крови на (выберите 2)

глюкозу

общий холестерин

В рамках диспансерного обследования пациенту показаны (выберите 2)

флюорография органов грудной клетки

ЭКГ в 12 стандартных отведениях

По данным обследования пациента, предполагаемым диагнозом является

Метаболический синдром

Относительный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE у данного пациента равен

2

Рациональное питание у данного пациента предусматривает прием пищи \_\_\_\_ раз/раза в день

3

Анкетирование при проведении диспансеризации включает в себя сбор жалоб, характерных для выявления

онкологических заболеваний

Минимальная продолжительность физических тренировок для обеспечения значимой пользы у данного пациента должна составлять \_\_\_ минут в неделю

150

Для того чтобы можно было рекомендовать занятия в тренажерном зале, данному пациенту требуется провести тест

с физической нагрузкой

Данному пациенту для облегчения отказа от курения табака запрещено использовать

антидепрессант бупропиона гидрохлорид в таблетках

Рациональное питание у данного пациента предусматривает обеспечение калорийности рациона с соотношением белков, жиров и углеводов в пропорции \_\_\_\_\_\_\_ %

15-30-55

Основным классом лекарственных препаратов, применяемых для лечения пациентов с дислипидемией, являются

статины

Целью для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском является достижение уровня холестерина липидов низкой плотности в плазме крови \_\_\_\_ ммоль/л

<1,8

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 40 лет на приеме у врача общей практики.

**Жалобы**

На головную боль давящего характера, преимущественно в затылочной области, повышение артериального давления до 150/100 мм рт. ст.

**Анамнез заболевания**

Вышеописанные жалобы отмечает в течение последнего года. Они усиливались после нервного перенапряжения. При повышении артериального давления выше 170/100 мм рт.ст. обращался за медицинской помощью, принимал коротко действующие иАПФ, однако рекомендованные на постоянной основе антигипертензивные препараты не принимал.

**Анамнез жизни**

Работает бухгалтером, курит около 20 сигарет в день на протяжении 20 лет, алкоголь употребляет умеренно. Хронических заболеваний нет. У отца инфаркт миокарда в анамнезе.

**Объективный статус**

Сознание ясное, общее состояние удовлетворительное, кожа и слизистые бледно-розового цвета. Рост 179, вес 75 кг, ИМТ 25 кг/м2, окружность талии 81см. Правая граница относительной сердечной тупости + 1 см от правого края грудины, левая граница + 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя граница –на уровне III ребра. ЧСС 74 в 1 минуту, АД 150/100 мм рт. ст. на обеих руках. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 в 1 минуту, отмечается акцент II тона над аортой. Шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков не выявлено.

Пациенту следует рекомендовать (выберите 4)

определение липидного спектра крови

общий (клинический) анализ крови

биохимический анализ крови с определением креатинина, глюкозы, электролитов

общий анализ мочи с определением наличия белка в суточной порции

Для выявления нарушения функции почек пациенту с артериальной гипертензией необходимо определить

скорость клубочковой фильтрации

У пациента на ЭКГ имеются признаки

гипертрофии левого желудочка

Данному пациенту на основании результатов обследования можно поставить диагноз

Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД, высокий риск

Для уточнения выраженности гипертрофии миокарда необходимо проведение

ЭхоКГ

У пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском рекомендовано

исследование глазного дня

Незамедлительная медикаментозная терапия артериальной гипертензии у данного пациента обусловлена

степенью повышения артериального давления

Для коррекции артериальной гипертензии данному пациенту целесообразно назначить

блокаторы ренин-ангиотензиновой системы + антагонисты кальция

У данного пациента целевым уровнем артериального давления является: САД \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт. ст., ДАД \_\_\_\_\_\_\_\_ мм рт. ст.

120-130, 70-80

Для коррекции артериального давления целесообразно рекомендовать

регулярные аэробные физические нагрузки

При лечении неосложненного гипертонического криза для своевременной коррекции терапии в соответствии с изменениями АД оптимальным представляется назначение \_\_\_\_\_\_\_\_\_ препарата с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ периодом полувыведения



в/в; коротким

Пациент относится к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

IIIа

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 25 лет обратилась в поликлинику к терапевту.

**Жалобы**

на

* постоянное сердцебиение, не связанное с физической нагрузкой и эмоциональным напряжением,
* похудание,
* одышку при умеренной физической нагрузке,
* неустойчивый стул,
* усиленное выпадение волос,
* нарушение сна.

**Анамнез заболевания**

Больной себя считает в течение 2 месяцев, когда стала отмечать сердцебиение, одышку при физической нагрузке. Также пациентка обеспокоена усиленным выпадением волос, беспричинной диареей, похуданием (за последний месяц потеряла 8 кг). Обратилась к терапевту в поликлинику, были назначены дополнительные лабораторные и инструментальные обследования, консультация кардиолога, эндокринолога.

**Анамнез жизни**

* Хронические заболевания отрицает.
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
* Профессиональных вредностей не имела.
* Аллергических реакций не было.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Эмоционально стабильна, плаксива. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела - 37,2 ̊ С. Индекс массы тела 20 кг/м2. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа при пальпации увеличена в размерах, видна при осмотре (зоб II степени по ВОЗ), однородная, умеренной плотности, безболезненная, подвижная. Отмечается тремор пальцев рук. При сравнительной перкуссии легких звук ясный, лёгочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. При осмотре прекардиальной области патологических деформаций не выявлено. При пальпации верхушечный толчок усилен, локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ясные, Частота сердечных сокращений — 108 ударов в минуту, пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Периферических отёков нет. Стул неустойчивый.

Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 3)

определение ТТГ

определение антител к рецептору ТТГ

определение Т3 свободного и Т4 свободного

Для постановки диагноза из инструментальных исследований необходимо выполнить

ультразвуковое исследование щитовидной железы

Наиболее вероятным диагнозом является

болезнь Грейвса, диффузный токсический зоб

Сцинтиграфия щитовидной железы чаще всего используется для

диагностики различных форм токсического зоба

Целью лечения болезни Грейвса – Базедова является

устранение клинических симптомов тиреотоксикоза, стойкая нормализация тиреоидных гормонов и ТТГ, иммунологическая ремиссия заболевания

Консервативная терапия болезни Грейвса-Базедова предусматривает назначение

тиреостатических препаратов

Наиболее опасным осложнением тиреостатической терапии является

агранулоцитоз

Длительность терапии тиамазолом составляет

12-18 месяцев

Тотальная тиреоидэктомия как метод выбора хирургического лечения болезни Грейвса-Базедова показана при

загрудинном расположении зоба, диффузных формах зоба с компрессионным синдромом, отказе пациента от РЙТ, отсутствии иммунологической ремиссии в течение 1,-2 лет

К показаниям для проведения терапии радиоактивным йодом относят

рецидив тиреотоксикоза, невозможность приема тиреостатических препаратов

Противопоказанием к терапии радиоактивным йодом (РЙТ) является

беременность

Контроль адекватности дозы левотироксина для заместительной терапии гипотиреоза осуществляется по уровню

тиреотропного гормона

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 59 лет обратилась в поликлинику к врачу терапевту участковому

**Жалобы**

на повышение температуры до 39,2º С, резкую слабость, утомляемость, сильный непродуктивный кашель, тахикардию, боли в грудной клетке.

**Анамнез заболевания**

* отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года, что связывали с заболеванием сахарным диабетом II типа
* в течение последней недели состояние прогрессивно ухудшилось, появились лихорадка, сильный непродуктивный кашель, боли в грудной клетке.

**Анамнез жизни**

* росла и развивалась по возрасту
* до 55 лет регулярно проходила регулярно флюорографическое обследование, патологические изменения в легких не выявлялись
* работала в школе учительницей, после выхода на пенсию рентгенологическое обследование органов грудной клетки регулярно не проходила
* вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет
* проживает в отдельной квартире с супругом, материально-бытовые условия жизни удовлетворительные

**Объективный статус**

* состояние тяжелое. Температура 39,2º С. Кожные покровы чистые, бледные, тургор снижен, акроцианоз
* больная пониженного питания рост 165 см, вес 60 кг.
* грудная клетка правильной формы, при дыхании отстает правая половина ЧДД – 34 в минуту
* при перкуссии грудной клетки – притупление перкуторного звука в надключичной, подключичной и межлопаточной областях справа.
* при аускультации – в этих областях дыхание бронхиальное с большим количеством звонких разнокалиберных влажных хрипов.
* тоны сердца приглушены. ЧСС – 120 уд.вмин., АД – 90/60 мм рт.ст.
* живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень у реберной дуги,селезенка не увеличена. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.
* при обследовании мокроты и промывных вод бронхов - обнаружены кислотоустойчивые микобактерии.

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л – отрицательная

Результат на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным – отрицательный

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят (выберите 2)

трехкратное исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии ( КУМ) методом прямой микроскопии по Цилю-Нильсену

общий анализ крови

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования на уровне первичного звена является

обзорная рентгенография органов грудной клетки

Отрицательный результат кожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у данной больной является проявлением

выраженного иммунодефицита

Достоверным методом обнаружения микобактерий туберкулеза является

бактериологическая диагностика

На основании полученных результатов обследования данной больной можно поставить диагноз

Казеозная пневмония правого легкого в фазе распада и обсеменения, МБТ +, легочно-сердечная недостаточность

Причинами развития и быстрого прогрессирования туберкулезного процесса является

снижение иммунной системы вследствие сахарного диабета

Легочно-сердечная недостаточность у больной казеозной пневмонией обусловлена

разрушением лёгочной ткани и резко выраженной интоксикацией

При казеозной пневмонии с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ, противотуберкулезные препараты целесообразно применять

первого ряда

Основным морфологическим отличием казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза является

отсутствие морфологических признаков отграничения казеозного некроза

Благоприятными исходами казеозной пневмонии являются

цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез

Дифференциальную диагностику казеозной пневмонии проводят с

крупозной пневмонией

По эпидемиологической опасности данный тип очага туберкулезной инфекции относится к очагу \_\_\_\_ степени

II

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациент Х., 66 лет, обратился на прием к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На одышку при физической нагрузке, кашель со слизисто-гнойной мокротой, сонливость днём, бессонницу ночью. В последние 5 дней также отмечает повышенную потливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры тела до 37,4°С.

**Анамнез заболевания**

Кашель беспокоит примерно с 50 лет. До 60-летнего возраста был неинтенсивным с небольшим количеством слизистой мокроты. Не лечился, связывал заболевание с курением. Однако за последние годы самочувствие ухудшилось: усилился кашель, характер мокроты стал слизисто-гнойным, присоединилась одышка, интенсивность которой со временем нарастала. Обратился к врачу в связи с повышением температуры тела, увеличением количества выделяемой мокроты, ограничением физической нагрузки из-за одышки (не может подняться выше 3 этажа без остановки).

**Анамнез жизни**

* хронические заболевания отрицает
* курил с 16 до 50 лет по пачке в день, после появления кашля старался ограничивать количество сигарет, на данный момент курит около 10 сигарет в день
* профессиональные вредности отрицает, работал инженером, сейчас на пенсии
* аллергические реакции: поллиноз, антибиотики пенициллиного ряда - сыпь (крапивница)
* отец умер в 70 лет, со слов больного имел какие-то проблемы с легкими

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Рост 178, вес 88 кг. ЧДД - 21 в минуту, одышка преимущественно экспираторного характера. Грудная клетка бочкообразная. Экскурсия нижнего края ограничена до 3-4 см и опущена на 2 см. Бронхофония и голосовое дрожание одинаковые с обеих сторон. По всем легочным полям выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, верхняя на уровне 3 ребра; левая совпадает с верхушечным толчком в 5 межреберье. Тоны сердца приглушены, соотношение тонов не изменено, ритм сердца правильный. Пульс - 76 ударов в минуту. АД - 124/85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги, селезенка не пальпируются. Температура тела субфебрильная, 37,5°С

Для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей целесообразно выполнить

спирометрию

Полученные при спирометрии данные свидетельствуют

о наличии у пациента обструкции средней степени тяжести

У данного пациента имеется

хроническая обструктивная болезнь легких

Как в проксимальных, так и в дистальных отделах дыхательных путей для ХОБЛ характерно повышение

нейтрофилов

Измерение концентрации α1-антитрипсина данному пациенту

показано в связи с наличием эмфиземы преимущественно в базальных отделах легких

По результатам осмотра по шкале mMRC– 3 балла, САТ-тест – 12 баллов. Пациент отмечает, что состояние ухудшается 1 раз в год. В соответствии с классификацией GOLD (2011г.) пациент относится к группе

В (низкий риск обострений, симптомы выражены)

Из антибактериальных препаратов пациенту следует рекомендовать

респираторные фторхинолоны

Преимуществом бета-2-агонистов по сравнению с антихолинергическими препаратами при лечении обострения ХОБЛ является

более быстрое развитие эффекта

После установления диагноза пациенту следует назначить комбинацию длительно действующего антихолинергического препарата и

длительно действующего бета-2-агониста

Данному пациенту показана вакцинация от гриппа и

пневмококка

Одним из показаний для хирургического лечения ХОБЛ – проведения трансплантации легких является

ОФВ1< 15-20% должных

В качестве реабилитационного лечения пациенту следует рекомендовать

обучение в школе для больных, отказ от курения

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Пациентка 35 лет обратилась к врачу общей практики.

**Жалобы**

на

* постоянные тянущие боли в поясничной области, без четкой связи с изменением положения тела,
* общую слабость,
* быструю утомляемость,
* отсутствие аппетита,
* непостоянную тошноту,
* сухость кожи,
* кожный зуд,
* головную боль в затылочной области, давящего характера на фоне повышения артериального давления до 160 и 90 мм рт.ст.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение последних 2-х лет, когда появился непостоянный дискомфорт в поясничной области, головная боль, периодически отмечала кратковременное изменение цвета мочи (красный). За медицинской помощью не обращалась. Ухудшение самочувствия в течение последних 2-3 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы.

**Анамнез жизни**

* Хронические заболевания отрицает.
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
* Профессиональных вредностей нет.
* Аллергологический анамнез без особенностей.
* Наследственность отягощена: мать умерла в возрасте 42 лет (острое нарушение мозгового кровообращения, получала заместительную почечную терапию (гемодиализ).
* Беременность 2, роды 2 (в срок, без осложнений).

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 166 см вес 87кг, ИМТ 32кг/м2 Кожный покров бледный, сухой. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно: в легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. При перкуссии: границы сердца расширены влево, акцент II тона над аортой, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 76 в мин. АД 170 и 100 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации в правом и левом подреберьях пальпируются объемные образования, подвижные с бугристой поверхностью, умеренно болезненные. Печень не выступает из под края правой реберной дуги. Поясничная область при осмотре - без особенностей. Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон. Мочеиспускания свободные, безболезненные. Диурез (со слов пациентки) сохранен. Стул регулярный, оформленный.

Лабораторное обследование пациентки с подозрением на заболевание почек должно включать (выберите 2)

анализ крови биохимический общетерапевтический

общий анализ мочи

С целью оценки функции почек у данной пациентки необходимо использовать

расчет СКФ

Расчетная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD EPI у данной пациентки составляет 19 мл/мин, что соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ стадии хронической болезни почек

4

У пациентки с уровнем креатинина сыворотки 270 мкмоль/л для визуализации почек следует использовать

ультразвуковое исследование почек

Диагноз пациентки может быть сформулирован как

Поликистозная болезнь почек

В данной клинической ситуации осложнением основного заболевания является

артериальная гипертензия

Рекомендации по изменению образа жизни пациентки включают в себя

коррекцию массы тела за счет снижения калорийности рациона и достаточной физической активности

Дальнейшее обследование и лечение данного пациента должно проводиться в условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ стационара

нефрологического

В представленной клинической ситуации назначение ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II не рекомендуется в связи с наличием

гиперкалиемии

Для коррекции артериального давления в данной клинической ситуации рекомендован приём

амлодипина

К немодифицируемым факторам риска развития ХБП относят

наследственность

Основанием для консультации нефролога являются

выявленные впервые и подтвержденные при повторном исследовании протеинурия, гематурия

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Женщина 30 лет обратилась к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На периодический кашель (больше в ночное время) с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, иногда переходящий в приступ удушья (около 3-4 раз в неделю), купирующийся при ингаляции сальбутамолом, небольшую слабость, чувство заложенности в грудной клетке.

**Анамнез заболевания**

Из анамнеза известно, что с детства пациентка отмечает наличие аллергических реакций в виде крапивницы на цитрусовые, шоколад. Также, отмечала появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). Ситуационно принимала антигистаминные препараты с положительным эффектом.

Считает себя больной около 3 лет, когда стала отмечать возникновение приступов кашля, часто по ночам, эпизоды дыхательного дискомфорта при физической нагрузке, ограничивающие активность. По этому поводу обращалась в частный медицинский центр, где был назначен сальбутамол в ингаляциях с рекомендацией применять во время приступов, что пациентка и делала.

При контакте с кошками и собаками – приступы удушья, в связи с чем избегает всевозможных контактов с животными.

В течение последнего месяца обратила внимание на нарастание одышки, кашля, свистящих хрипов и заложенности в грудной клетке. Ввиду появления ночных приступов кашля, иногда переходящего в приступ удушья, пациентка чаще прибегает к препаратам скорой помощи (сальбутамол) для купирования данных эпизодов.

**Анамнез жизни**

Работает менеджером. Семейный анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Наличие вредных привычек отрицает.

**Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Отеков нет. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива. Форма грудной клетки правильная. При перкуссии звук ясный легочный с обеих сторон. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью легких, удлинение фазы выдоха. SрO2 95%. ЧД 19 в минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 уд. в мин., пульс 70 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, симметричный на обеих руках. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Лабораторное обследование пациентки, необходимое для постановки диагноза включает

общий анализ мокроты

Набор инструментальных методов обследования, которые необходимо провести пациентке, включает (выберите 2)

спирометрию

 бронходилатационный тест

По результатам проведённого обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

Аллергическая бронхиальная астма

Тяжесть впервые выявленной (без постоянной поддерживающей терапии) БА у пациентки соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ степени тяжести

средней персистирующей

Ухудшение респираторной симптоматики пациентка отмечает на протяжении последнего месяца, что свидетельствует об обострении БА. Степень тяжести настоящего обострения может быть расценена как



легкая

Стартовая терапия, показанная данной пациентке, должна включать

низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов (ИГКС) + длительно действующих β2-агонистов (ДДБА), короткодействующих β2-агонистов (КДБА) по потребности

Оценка контроля симптомов БА включает

ночные пробуждения из-за БА

При достижении контроля над симптомами БА говорить о переходе на более низкую ступень терапии можно через

3 месяца

Повышение фракции NO в выдыхаемом воздухе наблюдается у пациентов с обострением аллергической БА, а также у лиц, страдающих

аллергическим ринитом

 Показанием для проведения аллерген-специфической иммунотерапии является

невозможность избегать контакта с клинически значимым аллергеном

Бронходилатационный тест считается положительным при увеличении ОФВ1≥ \_\_\_\_ % и абсолютном приросте ОФВ1≥ \_\_\_\_ мл

12; 200

Показанием для проведения бронхоконстрикторных тестов у больных с подозрением на наличие БА является сочетание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ показателей спирометрии и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бронходилатационного теста

нормальных; отрицательного

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная Ж., 73 лет обратилась в поликлинику

**Жалобы**

* на приступы одышки с преимущественным нарушением вдоха и чувства нехватки воздуха при бытовых физических нагрузках,
* сжимающие боли за грудиной, при бытовых физических нагрузках, продолжающиеся до 10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина,
* перебои в работе сердца

**Анамнез заболевания**

Более 30 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 240/120 ммрт.ст. В течение 12-13 лет периодически беспокоили приступы сжимающих, давящих болей за грудиной, первоначально при значительных физических нагрузках, подъемах АД. Затем толерантность к физической нагрузке стала снижаться. Около 6 лет беспокоят перебои в работе сердца, с этого времени для постоянного приема рекомендованы метопролол 50 мг и аспирин 100 мг. Десять лет страдает сахарным диабетом 2 типа, последние 4 года постоянно принимает пероральные сахароснижающие препараты, диету не соблюдает. В течение последнего полугода приступы одышки и стенокардии нарушают бытовую активность больной, возникают при ходьбе по ровной местности не более 200 м, при подъеме на 1 лестничный пролет

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась нормально.
* Работала директором фабрики до 65 лет.
* Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа, отец – ХОБЛ. Умерли в возрасте более 70 лет.
* Замужем. Имеет 2 взрослых детей.
* В возрасте 40 лет перенесла ампутацию матки с придатками по поводу миомы.
* Не курит. Алкоголь не употребляет.

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 105 кг, окружность талии 102 см, ИМТ - 38,57 кг/м². На коже верхних век плоские, слегка возвышающиеся образования жёлтого цвета. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево до левой переднее-подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС 90 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен, 84 в минуту. Дефицит пульса около 6 в мин. АД 160/90 ммрт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

клинический анализ крови

биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или Т, КФК и ее МВ-фракция)

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

ЭКГ в 12 отведениях

Эхо-КГ

Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Трепетание предсердий, перманентная форма. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. ХСН I ст., III ФК NYHA. Ожирение 2 ст.

Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной

трепетание предсердий с неправильным (вариабельным) проведением. Гипертрофия левого желудочка

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

короткодействующие нитраты

Терапия больной ИБС, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, наряду с антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами должна включать

ингибиторы АПФ

При лечении пациентов со стабильной стенокардией напряжения бета-адреноблокаторами необходимо достигнуть целевые значения ЧСС \_\_\_\_\_ в минуту

55-60

Целевые значения ЛПНП у данной больной при назначении ей статинов составляют

менее 1,5 ммоль/л

При недостижении целевых уровней холестерина пациентам со стабильной стенокардией, получающим статины, следует добавить

эзетимиб

Для оценки риска кардиоэмболического осложнения у данной пациентки с неклапанной фибрилляцией предсердий следует использовать



шкалу CHA2DS2-VASc

Для профилактики тромбоэмолических осложнений данной пациентке показано назначение

оральных антикоагулянтов

При неэффективности консервативной антиангинальной терапии пациентке может быть рекомендовано проведение

чрезкожного коронарного вмешательства

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Девушка 23 лет поступила в стационар.

**Жалобы**

* Одышка
* Боль в грудной клетке при дыхании
* Повышение температуры тела до 39℃
* Кашель со слизисто-гнойной мокротой
* Общая слабость

**Анамнез заболевания**

Около недели назад повысилась температура до 37,5℃ после переохлаждения, появилась незначительная одышка. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с помощью Арбидола и Терафлю, без значительного эффекта. Через пару дней появился кашель, лихорадка и одышка нарастали. В связи с ухудшением состояния обратилась за медицинской помощью к участковому терапевту, была направлена на госпитализацию в стационар.

**Анамнез жизни**

Росла и развивалась соответственно возрасту и полу.

Гинекологический анамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: хронический гастрит вне обострения.

Хирургические вмешательства: аппендэктомия в возрасте 21 года.

Аллергоанамнез: без особенностей.

Семейный анамнез: не отягощен.

Условия быта: удовлетворительные.

Прием пищи: регулярный, пища полноценная.

Профессия: не работает, студентка медицинского института.

Курение: не курит.

Алкоголь: отрицает.

Прочие вредные привычки: отрицает.

**Объективный статус**

Общее состояние: средней степени тяжести. Телосложение: нормостеническое. Рост: 164 см. Вес: 62 кг. ИМТ: 23 кг/м2. Температура тела: 39,2ºС. Кожные покровы: бледные, чистые, влажные. Подкожная жировая клетчатка: развита умеренно. Периферических отеков нет. Пальпация грудной клетки: безболезненная. ЧДД 31 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Аускультация легких: дыхание равномерно ослаблено, выслушивается крепитация, больше в нижних отделах. Границы относительной тупости сердца не расширены. Аускультация сердца: Тоны сердца: ясные, ритмичные, соотношение тонов сердца не изменено. ЧСС: 78 в минуту. Артериальное давление справа и слева: 90/60 мм рт. ст. Осмотр живота: обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Размеры печени по Курлову: 9 см, 8 см, 7 см. Область почек не изменена, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей.

Лабораторное обследование пациентки должно включать (выберите 4)

СРБ

общий анализ крови

биохимический анализ крови

бактериоскопия и культуральное исследование мокроты

В план инструментального обследования пациентки необходимо включить (выберите 2)

пульсоксиметрию

обзорную рентгенографию органов грудной полости

На основании проведённого обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

Внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония

Осложнением основного заболевания в данном случае является дыхательная недостаточность \_\_\_\_ степени

I

Согласно шкале CRB-65, данной пациентке показано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лечение

стационарное

Препаратом выбора в данном случае является

цефтриаксон

Для данной пациентки наиболее предпочтительным путем введения антибактериальных препаратов является

парентеральный

Эффективность назначенной эмпирической антибактериальной терапии следует оценить через \_\_\_\_\_\_\_ суток

2-3

Критерием эффективности антимикробной химиотерапии у пациентки будет являться стойкое (не менее 48 часов) снижение температуры < \_\_\_\_\_\_ ºС

37,2

При неэффективности стартовой терапии и подозрении на наличие «атипичных» возбудителей внебольничной пневмонии пациентке показано назначение

кларитромицина

Для вторичной профилактики развития внебольничной пневмонии рекомендуется применение

пневмококковой вакцины

Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ всем госпитализированным пациентам с внебольничной пневмонией рекомендуется использовать шкалу

SMART-COP

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 48 лет обратилась в поликлинику к терапевту.

**Жалобы**

на

* сухость кожных покровов,
* избыточный вес,
* одышку при умеренной физической нагрузке,
* снижение температуры тела,
* снижение аппетита,
* запоры,
* ухудшение памяти,
* сонливость.

**Анамнез заболевания**

Указанные симптомы нарастали постепенно, в течение нескольких лет, без видимых причин.

**Анамнез жизни**

* Страдает ЖКБ, 2 года назад перенесла холецистэктомию.
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
* Профессиональных вредностей не имела.
* Аллергических реакций не было.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Речь замедленная, голос грубый. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Температура тела - 36,2 ̊ С. Отечность лица. Индекс массы тела 30 кг/м2. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа при пальпации уменьшена в размерах, однородная, безболезненная, подвижная. При сравнительной перкуссии легких звук ясный, лёгочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 16 в минуту. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов не выявлено. Частота сердечных сокращений — 58 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом, на боковых поверхностях видны отпечатки зубов. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Голени пастозны. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 48 лет обратилась в поликлинику к терапевту.

**Жалобы**

на

* сухость кожных покровов,
* избыточный вес,
* одышку при умеренной физической нагрузке,
* снижение температуры тела,
* снижение аппетита,
* запоры,
* ухудшение памяти,
* сонливость.

**Анамнез заболевания**

Указанные симптомы нарастали постепенно, в течение нескольких лет, без видимых причин.

**Анамнез жизни**

* Страдает ЖКБ, 2 года назад перенесла холецистэктомию.
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет.
* Профессиональных вредностей не имела.
* Аллергических реакций не было.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Речь замедленная, голос грубый. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Температура тела - 36,2 ̊ С. Отечность лица. Индекс массы тела 30 кг/м2. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа при пальпации уменьшена в размерах, однородная, безболезненная, подвижная. При сравнительной перкуссии легких звук ясный, лёгочный. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 16 в минуту. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов не выявлено. Частота сердечных сокращений — 58 ударов в минуту, Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, слабого наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом, на боковых поверхностях видны отпечатки зубов. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Голени пастозны. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 3)

определение антител к тиреопероксидазе

анализ крови на тиреоидные гормоны

определение антител к тиреоглобулину

Для постановки диагноза из инструментальных исследований необходимо выполнить

ультразвуковое исследование щитовидной железы

Наиболее вероятным диагнозом является

аутоиммунный тиреоидит

Клинические проявления аутоиммунного тиреоидита (АИТ) зависят от

функционального состояния щитовидной железы

При установленном диагнозе первичного гипотиреоза в исходе аутоиммунного тиреоидита больной показано назначение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в качестве заместительной терапии

левотироксина натрия

Начальная доза L –тироксина для заместительной терапии гипотиреоза зависит от

возраста пациента, тяжести гипотиреоза и наличия сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний

Полная доза L –тироксина для заместительной терапии гипотиреоза у молодых пациентов без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мкг

1,6-1,8

Начальная доза L –тироксина для заместительной терапии гипотиреоза у пожилых пациентов с наличием сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мкг

12,5 – 25

Применение глюкокортикоидных препаратов, иммунодепрессантов, плазмафереза, лазерной терапии следует считать

неэффективным и нецелесообразным

Контроль адекватности дозы тироксина для заместительной терапии гипотиреоза осуществляется по уровню

тиреотропного гормона

Заместительная терапия L –тироксином при первичном гипотиреозе проводится

пожизненно

Необходимость оперативного лечения возникает в связи с

развитием компрессионного синдрома

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту.

**Жалобы**

На слабость, обильное мочеотделение преимущественно в ночное время.

**Анамнез заболевания**

Более 15 лет страдает подагрой с ежегодными рецедивами артрита первого плюснефалангового сустава. Для купирования принимал индометацин, с эффектом. Диету с низким содержанием пуринов не соблюдал, приверженности к терапии аллопуринолом нет. Более 5 лет артериальная гипертензия с подъемами АД до 160/100 мм рт ст, принимает амлодипин. Последние полгода появились никтурия, полиурия. Со слов больного год назад выявлено повышение креатинина в моче.

**Анамнез жизни**

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

**Объективный статус**

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

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

клинический анализ крови

В качестве скринингового инструментального метода обследования пациенту необходимо выполнить

расчётную СКФ

Клиническая картина в наибольшей степени соответствует

хронической болезни почек

Возможные варианты уратного поражения почек при подагре включают

уратный нефролитиаз, иммунный гломерулонефрит

Наиболее вероятным диагнозом у больного является

Хронический уратный тубулоинтерстициальный нефрит с нарушением функции почек

Хроническую болезнь почек у пациента с уратным тубулоинтерстициальным нефритом следует дифференцировать с

острым почечным повреждением

Показаниями к госпитализации при подагре являются

олиго-анурия, нарушение функции почек, почечная колика, гипертонический криз, некупируемый приступ артрита

Показаниями для назначения урикостатиков являются

персистирующая гиперурикемия, в том числе в сочетании с подагрческой артропатией, тофусами, уратным нефролитиазом и уратной нефропатией

Общими немедикаментозными принципами лечения подагры с поражением почек являются соблюдение

питьевого режима, низкопуриновой диеты

К нефропротективному препарату с дополнительным урикозурическим эффектом относится

лозартан

К препаратам, способствующим развитию вторичной гиперурикемии, относятся

тиазидные и петлевые диуретики, салицилаты, противотуберкулезные средства, циклоспорин

К заболеваниям, при которых часто наблюдается вторичная гиперурикемия, относятся

ХПН, хроническая свинцовая интоксикация

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная 44 года, обратилась к участковому врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

**Жалобы**

На периодический приступообразный практически сухой кашель; на неприятные ощущения в эпигастральной области, возникающие примерно через час после еды.

**Анамнез заболевания**

Впервые неприятные ощущения в эпигастральной области возникли несколько месяцев назад, появление их связывает со стрессовой ситуацией на работе. Так как отмечалась связь появления боли с приемом пищи, стала ограничивать себя в еде, на фоне чего сильно похудела. По рекомендации коллег по работе, при болях принимала антациды, отмечала положительный эффект. Сухой кашель возник примерно тогда же, прием противокашлевых препаратов оказался неэффективным.

**Анамнез жизни**

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ. Профессиональный анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает, потребление алкоголя умеренное. Любит горячий крепкий чай, кофе. Семейный анамнез: у матери – бронхиальная астма. Гинекологический и аллергологический анамнез не отягощен.

**Объективный статус**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,6о С. Больная нормостенического телосложения. Рост 162, вес 58 кг, ИМТ – 22,1 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, высыпаний нет. Грудная клетка правильной формы, при пальпации эластична, безболезненна. Голосовое дрожание не изменено. Частота дыхания 16 в мин. При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии – границы легких в пределах нормы. При аускультации легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. SpO2 – 97%. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. При аускультации сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс 70 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 125/75 мм рт. ст. Язык без особенностей. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, чувствительный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпация кишечника без особенностей. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Селезенка не увеличена. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Первым этапом диагностики будет выполнение (выберите 3)

рентгенологического исследования легких

ЭГДС

спирометрии

Для верификации клинического диагноза и исключения других возможных патологий, целесообразно выполнить (выберите 2)

бронхоконстрикторные тесты

определение уровня эозинофилов в мокроте

Помимо клинического анализа крови, необходимым лабораторным обследованием будет

анализ кала на скрытую кровь

Для верификации клинического диагноза и определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

исследование на наличие инфекции H.pylori

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

ГЭРБ, эрозивный эзофагит 1 стадии. Хронический Helicobacter pylori-ассоциированный гастрит в фазе обострения. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения (язва пилорического отдела желудка диаметром 6 мм)

Приоритетным будет назначение следующей схемы лечения

тройной схемы эрадикации Helicobacter pylori + Итоприда гидрохлорида в стандартной дозе

В качестве эрадикационной терапии первой линии при непереносимости препаратов группы пенициллина следует назначить

классическую четырехкомпонентную схему: висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки) + ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки) + тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки) + метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки)

При неэффективности лечения пациентов с ГЭРБ в течение 4 недель следует

подтвердить наличие гастроэзофагеального рефлюкса с помощью объективного метода исследования - 24-часовой рН-импедансометрии

В качестве неинвазивных методов первичной диагностики инфекции H. pylori используют (выберите 2)

уреазный дыхательный тест

определение антигена H. pylori в кале

Одним из факторов риска язвенного кровотечения является

инфекция H. pylori

Возможный ложноотрицательный результат диагностики инфекции H. pylori обусловлен тем, что

исследование выполнялось на фоне терапии ингибиторами протонной помпы или вскоре после нее

При язвенной болезни у беременных назначают

невсасывающиеся антациды и адсорбенты

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больная Н., 62 лет обратилась в поликлинику

**Жалобы**

на боли в левой руке, возникающие при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, при эмоциональных переживаниях, быстро проходящие в покое и после приема нитроглицерина

**Анамнез заболевания**

Более 10 лет страдает артериальной гипертензией с подъемами АД до 180/100 мм рт.ст. На фоне терапии амлодипином 5 мг/сут и гипотиазидом 25 мг/сут удается достичь АД 140/90 мм рт.ст., но при эмоциональном стрессе, перемене погоды отмечает повышения АД, сопровождающиеся головными болями, головокружениями. Наблюдается в поликлинике, ежегодно проходит обследования: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, консультация гинеколога и терапевта. В течение последних 5 лет на основании гипергликемии до 6,5 ммоль/л был установлен диагноз нарушения толерантности к углеводам, рекомендована диетотерапия и метформин. Около года назад по результатам орального глюкозотолерантного теста был установлен диагноз сахарного диабета, была увеличена доза метформина и добавлены препараты сульфонилмочевины, проводит самоконтроль гликемии.

В течение последних 3-4 месяцев обратила внимание на появление болей в левой руке, которые возникали при физической нагрузке (работа в саду). Первоначально пациентка приняла их за явления остеохондроза и мышечного перенапряжения, однако прием НПВС не оказал эффекта. В последующем боли в левой руке стали возникать при ходьбе в умеренном темпе до 200 метров, эмоциональных переживаниях, быстро проходили в покое и после приема нитроглицерина, попробовать который ей посоветовала соседка, страдающая ИБС. Пациентка обратилась в поликлинику для обследования и подбора терапии.

**Анамнез жизни**

* Росла и развивалась нормально.
* Домохозяйка.
* Мать больной страдала сахарным диабетом 2 типа и гипертонической болезнью, отец – раком легких. Умерли в возрасте более 70 лет.
* Замужем. Имеет 4 взрослых детей.
* В течение длительного времени наблюдается гинекологом по поводу множественной миомы матки.
* Вредные привычки отрицает.

**Объективный статус**

Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 88 кг, ИМТ 32,2 кг/м2, окружность талии 90 см. Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. Т 36,60С. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены вверх до II межреберья, влево на 2 см от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 70 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжен. АД 160/100 мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12x10x9 см. Почки не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или Т, КФК и ее МВ-фракция)

клинический анализ крови

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

ЭКГ в 12 отведениях

Эхо-КГ

Какой предполагаемый основной диагноз?

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, очень высокого риска. Сахарный диабет 2 типа. Абдоминальное ожирение 1 ст.

Изменения на ЭКГ, выявленные у данной больной

признаки гипертрофии левого желудочка

Для уточнения диагноза ИБС при отсутствии явных ишемических изменений на ЭКГ покоя у больной с ФР ИБС и атипичной локализацией болей в грудной клетке, необходимо проведение

проб с дозированной физической нагрузкой

При сомнительных результатах обычной нагрузочной пробы в ходе первоначальной диагностики ИБС пациентам показано выполнение

стресс—​ЭхоКГ с физической нагрузкой

Стандартная терапия ИБС антиагрегантами, бета-адреноблокаторами и статинами у данной пациентки, страдающей гипертонической болезнью и сахарным диабетом, должна быть усилена назначением

ингибитора АПФ

Для контроля безопасности терапии ингибиторами АПФ необходим динамический контроль биохимичекого анализа крови определением   


уровня креатинина и расчетом СКФ

Для профилактики ССО в качестве антитромбоцитарного средства пациентке рекомендуется назначить

ацетилсалициловую кислоту в низких дозах

Пациентке назначен бисопролол, антиангинальное действие которого заключается в

снижении потребности миокарда в кислороде

Препаратами выбора для купирования приступов стенокардии у больной являются

короткодействующие нитраты (нитроглицерин)

Благоприятное действие нитроглицерина у больных со стенокардией обусловлено

снижением преднагрузки

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

Больной Н, 59 лет, поступил в неотложном порядке в приемно-диагностическое отделение из поликлиники.

**Жалобы**

* на одышку при ходьбе до 10 м, усиливающуюся в положении лежа, уменьшающуюся в покое;
* на симметричные отеки голеней и стоп;
* на невозможность спать, лежа на спине, только сидя (в положении ортопноэ);
* на повышение АД до 170/100 мм рт. ст., сопровождаемое головной болью и головокружением.

**Анамнез заболевания**

Впервые почувствовал себя больным в 49 лет, когда на фоне хорошего самочувствия появилась резкая давящая боль за грудиной. Был диагностирован острый инфаркт миокарда.

Регулярно наблюдался у кардиолога и терапевта по месту жительства.

Месяц назад «простыл» по дороге домой (в электричке), после чего в течение недели сохранялись симптомы простуды в виде заложенности носа, общей слабости, першения в горле. После этого начал отмечать появление одышки при небольшой физической нагрузке с последующим присоединением ортопноэ. Пришел на плановый прием к участковому терапевту, откуда, учитывая выраженные жалобы на одышку, был направлен в приемно-диагностическое отделение.

**Анамнез жизни**

Работал слесарем-монтажником. Перенесенные заболевания – пневмония (11 лет назад), ОРВИ 1-2 раза в год. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный, гипертоническая болезнь. Туберкулез, инфекционные заболевания, травмы, операции отрицает. Семейный анамнез – мать страдает гипертонической болезнью. Вредные привычки – не курит, алкоголь употребляет умеренно (некрепкие напитки). Аллергические реакции отрицает.

Инвалидность – 2 группа, бессрочная по общему заболеванию.

**Объективный статус**

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Рост 165 см, масса тела 76 кг. ИМТ 27,9кг/м2. Температура тела 36,9°С. Кожные покровы бледные. Щитовидная железа не увеличена. Отеки на лице в области глаз, возникающие по утрам. Симметричные периферические отеки на ногах до уровня средней трети голени. При сравнительной перкуссии в верхних симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук, в нижних отделах – притупление перкуторного звука. В верхних отделах легких при аускультации дыхание жесткое, в нижних выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости: правая – по левому краю грудины, левая – в V межреберье по переднее-подмышечной линии, верхняя - по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 72 уд. в мин. Пульс – 72 уд. в мин. АД – 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

Лабораторными исследованиями, которые нужно выполнить данному пациенту при поступлении в стационар, являются (выберите 4)

гликозилированный гемоглобин

натрийуретические пептиды

клинический анализ крови

биохимический анализ крови

Для постановки диагноза при инструментальном обследовании необходимо проведение (выберите 3)

электрокардиографии в 12 отведениях

рентгенографии органов грудной клетки

трансторакальной эхокардиографии

У пациента СКФ (по CKD-EPI) = 12,83 мл/мин/1.73 м2, что соответствует ХБП

С5

Предполагаемый основной диагноз следует сформулировать как прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность \_\_\_\_ стадии (по Стражеско-Василенко), \_\_\_\_ функциональный класс (NYHA)

II Б; 3

Целевой уровень систолического артериального давления при условии хорошей переносимости у данного пациента должен быть \_\_\_\_\_ мм рт. ст

≥ 120 и < 130

Данному пациенту противопоказаны препараты из группы

Данному пациенту необходимо уменьшить дозу ингибиторов АПФ на \_\_\_\_ %

75

Для купирования отечного синдрома данному пациенту рекомендуется применять

петлевые диуретики

Для коррекции анемии пациенту рекомендуется

назначение стимуляторов эритропоэза

Пациенту рекомендована гипогликемическая терапия в виде

инсулина

К препаратам, влияющим на прогноз при хронической сердечной недостаточности, относятся

ингибиторы АПФ

Для хронической сердечной недостаточности не характерна (-о)

брадикардия

**УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ**

**Ситуация**

В кардиологическое отделение стационара госпитализирован пациент 59 лет.

**Жалобы**

Учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, возникающие внезапно, без четкой связи с нагрузкой, сопровождающиеся головокружением, чувством нехватки воздуха, предобморочным состоянием; некупирующиеся самостоятельно.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больным около 9 лет, когда впервые стали возникать эпизоды неритмичного сердцебиения, «трепетания» сердца в груди, которые купировались самостоятельно. 1,5 года назад проходил стационарное лечение, где было выявлено нарушение сердечного ритма (не помнит, какое именно) проведено восстановление ритма с помощью электроимпульсной терапии (ЭИТ). После госпитализации в течение месяца принимал амиодарон, в результате чего три месяца данные симптомы пациента не беспокоили. В течение последних 3 месяцев отмечает ухудшение самочувствия, связанное со «срывом ритма», получал верапамил, ривароксабан, дигоксин (ничего не принимает последние 10 дней). С вышеописанными жалобами обратился в поликлинику, по направлению которой госпитализирован в кардиологическое отделение с диагнозом нарушение ритма с пресинкопальными состояниями.

**Анамнез жизни**

* Перенесенные заболевания: хронический тонзиллит, аппендэктомия в 20 лет. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета, инсультов отрицает.
* Профессиональный анамнез: офисный работник в банковской сфере
* Аллергологический анамнез – аллергия на ампициллин в форме крапивницы
* Наследственный анамнез – у отца гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда
* Не курит, алкоголь не употребляет

**Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,5°С. Рост 179 см, масса тела 79 кг. ИМТ 24,7 кг/м2. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной влажности, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без видимой патологии. Легкие: аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем полям. ЧДД 16 в минуту. Сердце ‒ границы относительной тупости: правая – по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя – третье межреберье. Аускультативно тоны ясные, аритмичные, шумов нет. АД - слева и справа 125/90 мм рт. ст., ЧСС=Ps= 79 в мин. Язык влажный, чистый, зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления: не нарушены (со слов). Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 4)

холтеровское мониторирование электрокардиографии

трансторакальная эхокардиография

электрокардиография

электрофизиологическое исследование

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)

тиреоидные гормоны

биохимический анализ крови с определением глюкозы крови, электролитов, трансаминаз, креатинина, общего белка

коагулограмма

Предполагаемый диагноз: нарушения ритма сердца

Персистирующая форма фибрилляции предсердий

Фатальным осложнением фибрилляции предсердий может стать

тромбоэмболия

Для оценки риска развития инсульта и системных тромбоэмболий у данного пациента (с фибрилляцией предсердий без поражения клапанного аппарата сердца) следует использовать шкалу

CH2DS2-VASc

Тактика дальнейшего лечения у данного пациента будет заключаться в



подготовке к плановой ЭИТ для восстановления ритма

Для сохранения синусового ритма, в случае успешной электрической кардиоверсии, пациенту необходимо назначить

Антиаритмики

У данного пациента сумма баллов по шкале CHA2DS2-VASc составляет 2 и более, поэтому ему показано назначение

пероральных антикоагулянтов

В данном случае пациенту с длительностью ФП более 48 часов планируется проведение отсроченной электрической кардиоверсии, поэтому следует назначить лечение антикоагулянтами на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_ до кардиоверсии

не менее 3 недель

Пациенту со структурными заболеваниями сердца (ГЛЖ, ИБС, систолическая дисфункция) для профилактики пароксизмов ФП следует назначить

амиодарон

В случае неэффективности медикаментозной терапии по контролю за частотой сердечного ритма пациентам с симптомной ФП следует рассмотреть проведение

катетерной абляции АВ-узла с имплантацией искусственного водителя ритма

Применение варфарина в качестве антикоагулянтной терапии требует контроля

МНО в диапазоне 2,0-3,0