

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской терапии

Рабочая программа

ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по направлению подготовки (специальность)

31.08.49 ТЕРАПИЯ

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	3 з.е. / 108 ч..
в том числе:	
контактная работа	72 ч.
самостоятельная работа	36 ч.
Итоговая аттестация, форма/семестр	Государственный экзамен / 4 семестр

Тверь, 2025

I. Разработчики:

профессор кафедры факультетской терапии, д-р. м. н., доцент Фомина Л.А.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской терапии «15» апреля 2025 г. (протокол № 6)

Рассмотрена на заседании Методического совета по обучению в ординатуре (протокол №1 от «26» августа 2025 г.)

Рекомендована к утверждению на заседании Центрального координационно-методического совета (протокол №1 от «27» августа 2025 г.)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа **Государственной итоговой аттестации** разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности **31.08.49 Терапия**, утвержденного приказом Минобрнауки России от 09.01.2023 № 15, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- сформировать знания, умения, навыки критического и системного анализа, определения возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;
- сформировать знания, умения, навыки руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организации процесса оказания медицинской помощи населению;
- сформировать знания, умения, навыки выстраивания взаимодействий в рамках своей профессиональной деятельности
- сформировать знания, умения, навыки по использованию информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности и соблюдению правил информационной безопасности
- сформировать знания, умения, навыки по проведению клинической диагностики и обследования пациентов
- сформировать знания, умения, навыки по назначению лечения пациентам при заболеваниях / состояниях, контролю его эффективности и безопасности
- сформировать знания, умения, навыки по проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- сформировать знания, умения, навыки по проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
- сформировать знания, умения, навыки по участию в оказании неотложной медицинской помощи пациентам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
- сформировать знания, умения, навыки по оказанию медицинской помощи
- сформировать знания, умения, навыки по проведению медицинского обследования с целью установления диагноза.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Основание
Универсальные компетенции			
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Критически оценивает возможности применения достижений в методах и технологиях научной коммуникации в области медицины и фармации УК-1.2. Анализирует различные способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном	Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации),

		контексте	
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Разрабатывает концепцию и план проекта на основе обозначенной проблемы УК-2.2. Осуществляет мониторинг хода реализации проекта, предлагает процедуры и механизмы оценки качества проекта	утверждённый приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09 января 2023 г. № 15
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Организует и корректирует командную работу врачей, среднего и младшего персонала УК-3.2. Планирует и организует процесс оказания медицинской помощи населению	
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Выстраивает взаимодействие с пациентами в рамках своей профессиональной деятельности УК-4.2. Выстраивает взаимодействие с коллегами в рамках своей профессиональной деятельности	
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1. Планирует приоритеты собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории УК-5.2. Решает задачи собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории	

Общепрофессиональные компетенции

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Использует информационно-коммуникационные технологии для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Использует информационную базу исследований и нормативно-методическую базу в	Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.49
--	--	---	---

		профессиональной деятельности и соблюдает правила информационной безопасности	Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённый приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09 января 2023 г. № 15
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует, подготавливает, реализует необходимые условия образовательного процесса ОПК-3.2 Осуществляет педагогическую деятельность у обучающихся по программам среднего профессионального и высшего медицинского образования	
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями на лабораторные и инструментальные обследования	
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или)	

	<p>медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>ОПК-6.2 Проводит контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	
	<p>ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу</p> <p>ОПК-7.2 Организует и проводит медицинскую экспертизу</p>	
	<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ОПК-8.1 Проводит просветительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому обучению среди населения</p> <p>ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением</p>	
	<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9.1 Проводит анализ медико-статистической информации</p> <p>ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию</p> <p>ОПК-9.3 Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	
	<p>ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного</p>	<p>ОПК-10.1 Проводит диагностику неотложных состояний</p> <p>ОПК-10.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь</p>	

	медицинского вмешательства	при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	
Профессиональные компетенции			
Медицинская деятельность	<p>ПК-1. Способен проводить медицинское обследование пациентов с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования</p>	<p>ПК-1.1. Проводит сбор жалоб и анамнеза, выполняет физикальное обследование по органам и системам у пациентов при заболеваниях внутренних органов, интерпретирует и анализирует полученные данные</p> <p>ПК-1.2 Обосновывает и планирует объем лабораторного и инструментального обследования, направление к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями внутренних органов, интерпретирует полученные результаты</p>	<p>Требования к профессиональным компетенциям, предъявляемым к выпускникам на рынке труда, обобщение отечественного и зарубежного опыта, проведение консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иные источники</p>
	<p>ПК-2. Способен назначить лечение пациентам при острых и хронических заболеваниях внутренних органов, в том числе требующих неотложной помощи, и осуществлять контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ПК-2.1 Назначает лечение пациентам при острых и хронических заболеваниях внутренних органов, в том числе требующих неотложной помощи в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями</p> <p>ПК-2.2 Проводит оценку эффективности и безопасности применяемой терапии у пациентов с заболеваниями внутренних органов</p>	
	<p>ПК-3. Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с различными заболеваниями внутренних органов, в том числе реализацию индивидуальных программ реабилитации инвалидов</p>	<p>ПК-3.1. Разрабатывает план реабилитационных мероприятий пациентам с заболеваниями внутренних органов, в том числе проводит выбор оптимальных индивидуальных реабилитационных программ</p> <p>ПК-3.2 Оценивает эффективность и безопасность</p>	

		мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов	
	ПК-4. Способен проводить медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу в отношении пациентов с заболеваниями внутренних органов	ПК-4.1 Выявляет признаки временной нетрудоспособности и стойкого нарушения функции внутренних органов, обусловленных заболеваниями и/или состояниями, последствиями травм или дефектов внутренних органов ПК-4.2 Выносит медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров при заболеваниях внутренних органов	

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТЕСТАЦИЯ» входит в Обязательную часть блока 3 ОПОП ординатуры.

4. Объём ГИА составляет 3 зачетных единиц, 108 академических часов, в том числе 72 часа, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 36 часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе преподавания дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

- задания в тестовой форме;
- решение ситуационных задач;
- освоение определённых разделов теоретического материала,
- подготовка к экзамену.

6. Формы промежуточной аттестации

В соответствие с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

III. Учебная программа дисциплины

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – выполнение заданий в тестовой форме;

2 этап – проверка освоения практических навыков;

3 этап – собеседование по ситуационным задачам.

**IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций
(Приложение № 1)**

1. Оценочные средства для контроля

Содержание государственной итоговой аттестации
1 этап – выполнение заданий в тестовой форме

Примеры заданий в тестовой форме:

Выберите один правильный ответ.

1. К пусковым факторам развития бронхиальной астмы относятся
1) наследственность и ожирение
2) дисбаланс в системе Т-лимфоцитов и артериальная гипертензия
3). гиперпродукция IgE и пневмофакторы
4) пневмофакторы и нарушение питания

Эталон ответа: 3

2. Основной этиологический фактор при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки -

- 1) употребление жирной пищи
- 2) курение
- 3) вирусная инфекция
- 4) хеликобактер пилори

Эталон ответа: 4

3. Для вариантной стенокардии характерно
- 1) длительность загрудинной боли около 40-60 минут
 - 2) давящие, сжимающие боли до 15-20 минут
 - 3) появление боли при физической нагрузке
 - 4) возникновение болей чаще при приеме пищи

Эталон ответа: 2

Критерии оценки выполнения заданий в тестовой форме:

- зачтено – правильных ответов 71-100%;
- не зачтено – правильных ответов менее 71%.

2 этап - проверка освоения практических навыков

Перечень проверяемых практических навыков:

1. Оценить принадлежность к группе здоровья;
2. Выделить среди пациентов группы риска;
3. Владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
4. Определить симптомы, требующие оказания неотложной помощи и оказать помощь;
5. Назначить лабораторно-инструментальные методы обследования, при необходимости, провести забор материала;
6. Уметь пользоваться необходимой медицинской аппаратурой;
7. Владеть принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
8. Оценить результаты лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС);
9. Оценить результаты функционального обследования органов дыхания, сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, ЦНС и др.;

10. Поставить клинический диагноз больному в соответствии с современной классификацией заболеваний и МКБ X;
11. Владеть методикой расчета питания по основным ингредиентам при хронических расстройствах ЖКТ, сахарном диабете, ожирении;
12. Назначить лечебные мероприятия при заболеваниях, патологических состояниях, в соответствии со стандартом медицинской помощи при данной патологии и принципами доказательной медицины;
13. Провести экстренные противоэпидемиологические мероприятия в инфекционном очаге;
14. Оформить и отправить в учреждение Роспотребнадзора экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания;
15. Определить показания к госпитализации и организовать ее;
16. Вести необходимую медицинскую документацию, составить план, отчет и провести анализ своей работы;
17. Провести анализ смертности, анализ эффективности диспансеризации;
18. Организовать стационар на дому;
19. Разработать индивидуальные программы реабилитации инвалидов и после перенесенных заболеваний.

Критерии оценки освоения практических навыков:

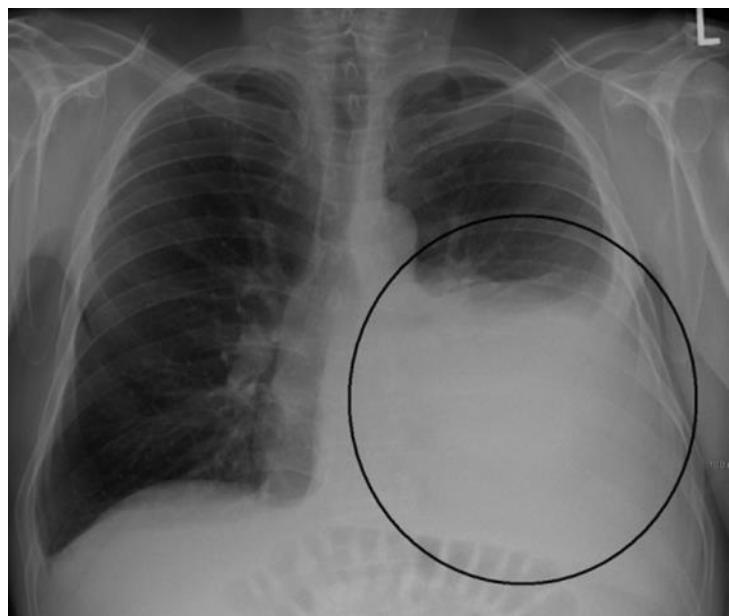
- зачтено: обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет

- не зачтено: обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировке диагноза заболевания, и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

3 этап – собеседование по ситуационным задачам

Примеры ситуационных задач:

Задача 1. В терапевтическое отделение госпитализирован больной 74 лет с нарастающей инспираторной одышкой. Страдает ИБС, стенокардией напряжения III функционального класса, артериальной гипертензией 3 степени, пять лет назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. Постоянно получает лекарственную терапию с ингибиторами АПФ (лизиноприл), β -блокаторами (метопролол), комбинацией нетиазидовых мочегонных (индапамид) и антагонистов альдостерона (верошпирон), нитратов (моносан). В течение последнего месяца помимо одышки стали прогрессировать и отеки на нижних конечностях. При поступлении выполнено рентгенологическое исследование грудной клетки.



Задание:

1. Дайте оценку выявленным изменениям на рентгенограмме грудной клетки.
2. Определите показания к торакоцентезу на момент госпитализации пациента.
3. Предположите характер изменений в плевральной жидкости.

Эталон ответа:

1. Левосторонний гидроторакс.
2. Экстренных показаний к плевральной пункции на момент поступления пациента нет. В первую очередь, показано усиление мочегонной терапии под контролем диуреза.
3. Поскольку, вероятно, плевральный выпот является проявлением декомпенсированной ХСН. То и плевральная жидкость – транссудат.

Задача 2. Больной 55 лет в течение месяца отмечает необычную утомляемость, сердцебиение при физической нагрузке. В прошлом много лет курил. 2 недели назад стали появляться сдавливающие боли за грудиной при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от интенсивных загрудинных болей сжимающего характера с иррадиацией в обе руки. Повторно, без эффекта, принимал нитроглицерин. Осмотрен врачом скорой помощи через 3 часа. Состояние тяжелое. Боли продолжаются, беспокойно. Повышенного питания. Конечности бледно-цианотичные, влажные, холодные. Пульс 120 в минуту, вялый, мягкий. Имеется пульсация в III межреберье по левой паракстernalной линии. Тоны сердца глухие, ритм галопа, единичные экстрасистолы, шумов нет. АД 75/50 мм рт. ст. ЧДД 24 в минуту. В легких хрипов нет. Температура тела 37°C. Шейные вены не набухшие. Бригадой СМП произведено: морфий 1% 1,0 мл п/к, затем дроперидол и фентанил п/к, строфантин 0,05 в/в, допамин в/в, начиная с 5 мкг/кг. Через 30 минут АД повысилось до 95/70 мм рт. ст. и больной был госпитализирован.

Задание:

1. Как оценить симптомы, появившиеся 2 недели назад?
2. Как оценить ночной приступ болей?
3. Осложнение?
4. Что ожидается на ЭКГ?
5. Оцените дефекты лечения бригадой СМП.

Эталон ответа:

1. Впервые возникшая (不稳定ная) стенокардия напряжения.
2. Острый инфаркт миокарда. Основания: ангинозный статус на фоне впервые возникшей стенокардии, признаки диссинергии миокарда (атипическая пульсация) и острой сердечной недостаточности.
3. Кардиогенный шок, возможно, болевой. Основания: выраженная гипотензия, тахикардия, периферические признаки шока.

4. Подъем интервала ST выпуклостью вверх, с переходом в зубец Т в I, aVL и грудных отведений. Патологические зубцы Q в первые 3 часа заболевания могут отсутствовать.

5. При шоке медикаменты должны вводиться внутривенно, а не подкожно или внутримышечно. Страфантин в первые часы инфаркта миокарда в отсутствие признаков застойной сердечной недостаточности не показан.

Задача 3. Больной 52 лет доставлен в БИТ в бессознательном состоянии. Со слов родственников, за 2 часа до поступления у больного возник приступ резких загрудинных болей, прием нитроглицерина эффекта не оказал. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные, цианотичные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 в минуту. АД 60/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Задание:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие исследования необходимы?
3. Что ожидается на ЭКГ?
4. Какое лечение показано?

Эталон ответа:

1. Инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.
2. ЭКГ, КФК - МВ-фракция, АсАТ, АЛТ, свертываемость крови, протромбиновый индекс.
3. Зубцы Q (QS), подъем сегмента ST.
4. Повышение сократимости миокарда. Допамин, в/в введение реологических растворов, преднизолона, оксигенотерапия.

Критерии оценки собеседования по ситуационным задачам:

- неудовлетворительно – выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьёзные ошибки при выполнении заданий;
- удовлетворительно – заслуживает обучающийся, показавший удовлетворительное освоение компетенций, предусмотренных программой, и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности;
- хорошо – заслуживает обучающийся, показавший хорошее освоение компетенций, предусмотренных программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;
- отлично – заслуживает обучающийся показавший отличное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций, а также умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

Критерии выставления итоговой оценки:

Итоговая оценка по ГИА соответствует оценке по результатам собеседования по ситуационным задачам при наличии за первые два этапа ГИА оценки «зачтено».

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

а) основная литература:

1. Кардиология : национальное руководство / ред. Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1232 с. – Текст : непосредственный.
2. Общая врачебная практика : национальное руководство. В 2-х томах / ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Текст : непосредственный. - Т. 1. – 973 с.; Т. 2. – 888 с.
3. Стандарты ведения больных : клинические рекомендации. Вып. 2. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1345 с. – Текст : непосредственный.
4. Стандарты оказания медицинской помощи. Кардиология : справочник для практических

врачей. – Москва : Ремедиум, 2013. – 215 с. –Текст : непосредственный.

6) дополнительная литература:

1. Внутренние болезни : справочник практикующего врача / сост. А. В. Тополянский, В. И. Бородулин. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2012. – 815 с. –Текст : непосредственный.
2. Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2-х томах. Т. 1 / ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 976 с.. - Текст : непосредственный.
3. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа : учебное пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. – Москва : МЕДпресс-информ, 2013. – 631 с. –Текст : непосредственный.
4. Ройтберг, Г. Е. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учебное пособие / Г. Е. Ройтберг. – 3-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2013. - 895 с. –Текст : непосредственный.

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);
Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
База данных «Российская медицина» (<http://www.scsml.rssi.ru/>)
Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
Российское образование. Федеральный образовательный портал. //<http://www.edu.ru>;
Клинические рекомендации: <http://cr.rosmiinzdrav.ru/>;
Электронный образовательный ресурс Web-медицина (<http://webmed.irkutsk.ru/>)

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;
 - Word 2016;
 - Publisher 2016;
 - OneNote 2016.
2. ABBYY FineReader 11.0
3. Карельская Медицинская информационная система К-МИС
- 4 Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro
5. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»
6. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS
7. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Руконтекст»
8. Справочно-правовая система Консультант Плюс

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru)
3. Электронная библиотечная система «elibrary» ([https://www.elibrary.ru/](http://www.elibrary.ru))

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления

образовательного процесса по дисциплине

См приложения № 2 .

VII. Научно-исследовательская работа

Научно-исследовательская работа (реферативные сообщения по различным терапевтическим патологиям) проводится в рамках научно-исследовательской работы кафедры факультетской терапии с возможными выступлениями на конференции молодых ученых, представление клинических случаев

VIII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 3

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте номер и содержание компетенции

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ БАКТЕРИУРИИ ПРИ АКТИВНЫХ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫДОЛЯЩИХ ПУТЕЙ ПРЕВЫШАЕТ

- 10 тыс. микробных тел в 1 мл мочи
- 50 тыс. микробных тел в 1 мл мочи
- 100 тыс. микробных тел в 1 мл мочи
- 1 млн. микробных тел в 1 мл мочи

Эталон ответа: 3.

2. БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВШАЯСЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА, ВЫЗВАНА

- 1) пневмококком
- 2) клебсиеллой пневмонии
- 3) стафилококком
- 4) микоплазмой

Эталон ответа: 2.

3. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

- непереносимости аспирина, хронического бронхита и полипов носа
- непереносимости аспирина, бронхиальной астмы и полипов носа
- непереносимости аспирина, конъюнктивита и вазомоторного ринита
- непереносимости аспирина, атопического дерматита и ринита

Эталон ответа: 2.

4. ОРГАНЫ-МИШЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- почки, печень, головной мозг, сердце
- сердце, почки, артерии, головной мозг
- сердце, скелетная мускулатура, сетчатка глаза
- печень, артерии, почки, сердце

Эталон ответа: 2.

5. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ

- 1) через 1–2 года
- 2) через 2–3 недели
- 3) через 1 месяц
- 4) через 5 месяцев
- 5) через 6 недель

Эталон ответа: 2.

6. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ СФОРМИРОВАТЬСЯ

- 1) при остром пиелонефрите
- 2) как вариант нефропатии беременных
- 3) при амилоидозе почек
- 4) при миеломной болезни

Эталон ответа: 3.

7. МАРКЕР РАННЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК КАК ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- микрогематурия
- протеинурия
- гипостенурия
- глюкозурия

Эталон ответа: 2.

8. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНЕСЕНЫ ГРАЖДАНЕ

- 1) практически здоровые
- 2) имеющие факторы риска хронических заболеваний
- 3) на ранних стадиях хронических заболеваний
- 4) нуждающиеся в высокотехнологичных видах медицинской помощи

Эталон ответа: 1.

9. 36-ЛЕТНИЙ ПАЦИЕНТ В 19-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕНЕС ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, В ДАЛЬНЕЙШЕМ РЕЦИДИВОВ НЕ БЫЛО. ФАКТОРЫ РИСКА: КУРЕНИЕ. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНЕСЕН К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- 1) больные язвенной болезнью диспансерно не наблюдаются
- 2) длительный период течения язвенной болезни без рецидивов
- 3) отсутствие осложнений язвенной болезни
- 4) не подлежит по возрасту оценке сердечно-сосудистых рисков

Эталон ответа: 2, 4.

10. ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ ЧЕЛОВЕК СЧИТАЕТСЯ

- 1) при отсутствии факторов риска и острых заболеваний
- 2) при отсутствии факторов риска и наличии хронических заболеваний в стадии рецидива
- 3) при отсутствии факторов риска и наличии хронических заболеваний без функциональной недостаточности органов
- 4) при наличии факторов риска и острых заболеваний в момент обследования

Эталон ответа: 1,3.

11. ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И ПЕРИОДИЧЕСКОГО ОСМОТРОВ ВОЗГЛАВЛЯЕТ

- 1) главный врач медицинской организации
- 2) врач-терапевт
- 3) врач-профпатолог
- 4) врач-невролог

Эталон ответа: 3.

Эталон ответа: 1.

12. для диагностики пневмонии принципиально важно наличие

- 1) рентгенологически подтвержденного легочного инфильтрата
- 2) температуры тела пациента выше 39°C
- 3) гнойной мокроты
- 4) одышки

Эталон ответа: 1.

13. К пусковым факторам развития бронхиальной астмы относятся

- 1) наследственность и ожирение
- 2) дисбаланс в системе Т-лимфоцитов и артериальная гипертензия
- 3) гиперпродукция IgE и пневмофакторы
- 4) пневмофакторы и нарушение питания

Эталон ответа: 3

14. Основной этиологический фактор при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

- 1) употребление жирной пищи
- 2) курение
- 3) вирусная инфекция
- 4) хеликобактер пилори

Эталон ответа: 4

Ситуационные задачи

1. Больной 40 лет, обратился с жалобами на частые изжоги и отрыжку воздухом после употребления пива, жирной пищи, занятий в тренажерном зале. Участились эпизоды икоты, делящейся по несколько часов. Жалобы появляются в течение многих лет, стали прогрессировать по частоте и выраженности. Для купирования изжоги использует антациды. Курит по 1 пачке сигарет в день, ведет малоподвижный образ жизни, существенно прибавил в весе за последний год. При осмотре гастроэнтеролога поликлиники отмечен только налет по спинке языка.

Задания:

Выскажитесь о предполагаемом диагнозе, обоснуйте его и дайте рекомендации по модификации образа жизни, предотвращающего рефлюксные события. Назначьте дообследование.

Эталон ответа: У больного имеется ГЭРБ, нуждается в исключении ГПОД. Вероятными причинами симптомов являются погрешности в диете, избыточная масса тела, курение и занятия физическими упражнениями, повышающими давление в брюшной полости.

Больному рекомендуется 3-4-х разовое питание без переедания и исключение продуктов, которые провоцируют изжогу. Ужин должен быть не позднее, чем за два часа до сна. Отказ от курения, нормализация массы тела. Также необходимо избегать ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление: ношения тугих поясов, бандажей, поднятия тяжестей более 8–10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса. При возникновении изжоги или регургитации в горизонтальном положении рекомендуется подъем изголовья кровати.

На первом этапе необходимо провести рентгенографию желудка с контрастным веществом, ЭГДС, клинический анализ крови.

2. Больной 57 лет обратился в поликлинику с жалобами на изжогу, упорную тошноту и периодически возникающую обильную рвоту съеденной накануне пищей, приносящую облегчение.

В возрасте 30 лет впервые была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Последние годы к врачам не обращался, не обследовался, самостоятельно принимал соду и омепразол в связи с участившимися изжогами. Последние два месяца появилась тошнота и тяжесть в эпигастрии, стал вызывать рвоту для облегчения самочувствия. Потерял в весе 5 кг, ослабел. Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 78 уд. в мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии определяется шум плеска натощак. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

Эталон ответа. У больного с большой долей вероятности имеется язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная рубцовым стенозом пилородуodenальной зоны.

Задание: Выскажитесь предположительно об основном заболевании и его осложнениях, предложите и обоснуйте очередь проведения инструментальных исследований желудка – эндоскопического или рентгенологического.

Эталон ответа: Благодаря отсутствию дисфагии лучше начать исследование с ЭГДС для получения максимума информации о состоянии желудка, начало исследования с контрастирования барием не позволит быстро провести ЭГДС в связи с возможной длительной задержкой контраста.

3. Женщина 39 лет, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на повышение температуры до 39 °C, одышку, малопродуктивный кашель. За последние 3 месяца второй раз болеет пневмонией, периодически возникает жидкий стул. После первой госпитализации одышка сохраняется постоянно.

Объективно: питание пониженное (за полгода потеряла в весе 10 кг). При осмотре полости рта — кандидоз слизистой. При перкуссии легочный звук, при аусcultации в легких дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. В общем анализе крови: лейкоциты — $2,1 \times 10^9/\text{л}$; лимфоциты — 12 %; Hb — 94 г/л; СОЭ — 30 мм/ч.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки признаки двусторонней полисегментарной пневмонии.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

4. Больная 32 лет страдает бронхиальной астмой. Базисную терапию получает нерегулярно. Ухудшение на фоне ОРВИ в течение последней недели, сальбутамол использовала до 20 вдохов в сутки. Поступила в стационар с затяжным приступом удушья. При поступлении наблюдалась тяжелая гипоксемия с PaO₂—53 мм рт.ст. и гиперкапния с PaCO₂ —55 мм рт.ст.

Состояние тяжелое, сидит, опираясь руками о край кровати, на расстоянии слышно шумное хриплое дыхание. При перкуссии коробочный звук, при аускультации дыхание резко ослаблено по всем полям. ЧДД 26 в минуту. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС 136 в минуту, АД 95/60 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

5. Мужчина 72 года, научный работник. На приеме у терапевта по поводу небольшого покашливания, колющущих болей в правом боку, субфебрильной температуры тела. Никаких других респираторных проявлений заболевания не было, не отмечалось переохлаждений или контактов с больными ОРЗ. Больной по 10 ч в сутки сидел за столом, писал книгу. Явления выраженной интоксикации отсутствовали. Участковый врач при аускультации выявил крепитирующие хрипы в нижних отделах по задней поверхности грудной клетки справа, выставил диагноз пневмонии, назначил макролиды, муколитики. Через 2 недели подобные явления повторились, но при аускультации хрипы выслушивались слева. Врач вновь поставил диагноз пневмонии. Еще через 10 дней самочувствие больного ухудшилось: возникла резкая боль в правом боку, одышка, появилось кровохарканье, повысилась температура тела до 37,5°C.

В течение нескольких лет у больного отмечается мерцательная аритмия и тяжелым варикозным поражением голеней.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

6. У мужчины 32 лет, ранее практически здорового, возник приступ кашля, на фоне которого появились резкие боли в грудной клетке слева, одышка.

При обследовании: слева перкуторно тимпанит, резкое ослабление дыхания, голосового дрожания и бронхопневмонии, справа без патологии. ЧДД 28 в минуту, сатурация кислорода 94%.

В анамнезе редкие ОРЗ

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

7 Мужчина, 55 лет был направлен участковым терапевтом в стационар по поводу приступов удушья. При поступлении предъявляет жалобы на выраженную одышку, которая появилась внезапно без видимых причин 4 дня назад. В анамнезе: ИБС, пароксизмальная форма мерцательной аритмии,

варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Состояние тяжелое, выраженный цианоз, кожа влажная. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 28 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушенны, ЧСС 112 в минуту, АД 145/85 мм.рт.ст.

При поступлении рентгенологическая картина без особенностей, РаO₂ — 50 мм рт.ст., На ЭКГ — правограмма, зубец S в I отведении, глубокий зубец Q в III отведении.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

8. Женщина 63 лет обратилась с жалобами на кашель с мокротой жёлто-зелёного цвета или бесцветной в основном по утрам до 50 – 100 мл в день. Иногда ощущает хрипы по утрам свистящего характера, затруднённое дыхание, тянувшие боли за грудиной. В молодости лечилась по поводу фиброзно-кавернозного туберкулёза. В последующем, особенно после 40 лет стали частыми бронхиты, в последние годы – ежесезонные. В периоды обострений всегда появлялась слизисто-гнойная мокрота до 100 мл в сутки. В последние шесть месяцев стали появляться свистящие хрипы по утрам, был назначен симбикорт с небольшим эффектом. Курила до 50 лет.

Представлены данные обследования: МСКТ лёгких: уменьшение в объёме верхней доли правого лёгкого, мелкие плотные очаги в S 1,2 и 8 слева и в S3 справа, цилиндрические бронхэкстазы в 5 и 10 сегментах справа и в 5 сегменте слева. Множественные очаги фиброза с обеих сторон. Анализ мокроты: слизисто-гнойная, лейкоциты до 50 в поле зрения. Посев мокроты: Staph. aureus 10 в 3 ст. Исследование ФВД: рестриктивный тип нарушений.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы с серым оттенком, небольшой акроцианоз. Пульс 74 в 1 мин, ритмичный. Sp O₂ – 98%. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, при перкуссии заук с коробочным оттенком, дыхание с удлиненным выдохом, ослаблено в верхних отделах справа, влажные мелкопузырчатые и рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушенны, ритмичные. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

9. Мужчина 54 лет, поступил в отделение реанимации в тяжелом состоянии с выраженными болями в верхних отделах живота, иррадиирующими в спину, рвотой, повышением температуры до фебрильных цифр, выставлен диагноз «Острый панкреатит». Через 3 дня у пациента появились жалобы на нарастающую одышку. Была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки. Все левое легочное поле затенено, структура затенения довольно однородная. В правом легочном поле патологических изменений не выявляется, смещение органов средостения вправо.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

10. У пациента 75 лет появилась постоянная интенсивная боль в правой половине грудной клетки, из-за которой он начал самостоятельно принимать нестероидные противовоспалительные средства. Учитывая хорошую ответную реакцию на терапию, к врачу не обращался. Однако боль вскоре возобновилась, в связи с чем к лечению добавил таблетки анальгина. Показавшийся терапевту его убедил сосед, поскольку боль сохранялась более 2 месяцев. Терапевтом была назначена обзорная рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме в среднем легочном поле правого легкого определяется округлое затенение однородной структуры, с неровными, нечеткими контурами. Целостность V и VI ребер нарушена.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

11. Пациентка Н., 23 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на частые приступы удушья в течение дня и ночью (до 20 раз в сутки), кашель с вязкой стекловидной мокротой, одышку в покое (затруднен выдох). После ингаляции сальбутамола наступало незначительное улучшение, но затем приступы удушья повторялись и перестали сниматься сальбутамолом. Бронхиальной астмой болеет пять лет. При обследовании у аллерголога выявлена сенсибилизация к аллергенам домашней пыли. Базисную терапию (ингаляции будесонида) самостоятельно прекратила принимать около двух месяцев назад в связи с хорошим самочувствием. Последний месяц приступы затрудненного дыхания беспокоили 3–4 раза в неделю, чаще ночью, проходили после ингаляции сальбутамола. Ухудшение состояния отмечает в течение суток и связывает с переездом в новую квартиру. При осмотре: состояние тяжелое, диффузный цианоз кожных покровов, экспираторная одышка в покое, речь словами. Пациентка возбуждена, находится в положении сидя с упором на верхние конечности, заметно участие в акте дыхания мышц грудной клетки и западение надключичных ямок, отмечаются громкие дистанционные свистящие хрипы на вдохе и выдохе. ЧД 32/мин, пульс 124 уд./мин. При перкуссии легких отмечается коробочный звук. При аусcultации легких — свистящие хрипы по всем легочным полям. ПСВ после ингаляции сальбутамола — 49 %, SatO₂— 88 %.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

12. Пациентка Н., 27 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на приступы удушья ежедневные и нередко ночью, кашель с вязкой стекловидной мокротой, одышку, усиливающуюся при быстрой ходьбе, чувство постоянной заложенности в груди с ощущением свиста. Бронхиальной астмой болеет шесть лет. Получает ингаляции серетида (сальметерол 25 мкг и флутиказол 50 мкг) по 2 вдоха 2 раза в день и при удушье. Две недели назад заболела ОРВИ (насморк, слабость, першение в горле, сухой кашель, субфебрильная температура тела), принимала арбидол, парацетамол и мукалтин. Явления ринита и фарингита практически исчезли, нормализовалась температура тела. Однако стала отмечать ухудшение течения астмы: приступы удушья стали возникать ежедневно, ночью спит плохо из-за затруднений дыхания, практически постоянное чувство заложенности в груди с ощущением свиста. По данным пикфлюметра отмечает снижение абсолютных показателей в среднем на 30 %. В дебюте бронхиальной астмы обследовалась у аллерголога, выявлена сенсибилизация к аллергенам домашней пыли, шерсти животных, около 2-х лет назад стала отмечать затруднение дыхания при приеме цитрамона и нимесулида.

При осмотре: состояние средней тяжести, кожа с серым оттенком, грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания, при перкуссии коробочный звук, при аускультации дыхание жесткое, множество сухих хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичны, граница относительной сердечной тупости несколько уменьшены по. ЧД 22/мин, пульс 104 уд./мин, АД 125/85 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

УК-3

Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов, их количество указано в скобках

1. Олигурия предполагает (1)

- 1) выделение за сутки менее 2000 мл мочи
- 2) выделение за сутки менее 1500 мл мочи
- 3) выделение за сутки менее 1000 мл мочи
- 4) выделение за сутки менее 500 мл мочи
- 5) выделение за сутки менее 300 мл мочи

2. Гипостенурия предполагает (1)

- 1) понижение минутного диуреза
- 2) монотонность удельной плотности мочи
- 3) снижение удельной плотности мочи
- 4) повышение удельной плотности мочи
- 5) понижение минутного диуреза при повышенной удельной плотности мочив

3. Поллакиурия это (1)

- 1) затрудненное мочеиспускание
- 2) болезненное мочеиспускание
- 3) редкое мочеиспускание
- 4) учащенное мочеиспускание
- 5) мочеиспускание в ночное время

4. Анализ мочи по Нечипоренко предполагает определение количества выделенных с мочой лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров (1)

- 1) за сутки
- 2) за час
- 3) за минуту
- 4) определение количества мочи, выделенное за 1 ми-нуту
- 5) в 1 мл мочи

5. Проба мочи по Зимницкому назначается (1)

- 1) для уточнения характера заболевания почек
- 2) для решения вопроса об этиологии заболевания почек
- 3) для решения вопроса о патогенезе заболевания почек
- 4) для оценки функции почек
- 5) для выявления скрытого поражения клубочков

6. У здоровых людей содержание белка в суточной моче не выше (1)

- 1) 10 мг
- 2) 30 мг
- 3) 50 мг
- 4) 100 мг;
- 5) 1,0 г

7. Возможный источник кровотечения при наличии терминальной гематурии (в последней порции мочи) (1)

- 1) мочевой пузырь;
- 2) мочеиспускателльный канал
- 3) паренхима почек, чашечно-лоханочная система или мочеточник

8. Бактериологическое исследование мокроты адекватно отражает характер микрофлоры нижних отделов респираторного тракта (1)

- 1) всегда
- 2) никогда
- 3) только собранной утром, не позже, чем через 1 час с момента ее откашливания до начала антибактериальной терапии
- 4) собранная в первые сутки после начала антибактериальной терапии

5) собранная в течение первой недели от начала антибактериальной терапии

9. Крупозную пневмонию вызывает (1)

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) пневмококк
- 4) пневмобацилла Фридлендера

10. Возбудитель бронхопневмонии, протекающей артритами и быстрым развитием экссудативного плеврита (1)

- 1) пневмококк
- 2) стафилококк
- 3) стрептококк
- 4) синегнойная палочка
- 5) палочка Фридлендера

11. Быстро прогрессирующая деструктивная пневмония, развившаяся в период эпидемии гриппа, вызвана (1)

- 1) пневмококком
- 2) палочкой Фридлендера
- 3) стафилококком
- 4) микоплазмой

12. Типичный рентгенологический признак стафилококковой пневмонии (1)

- 1) интенсивное гомогенное затемнение доли, множественные полости распада, содержащие жидкость
- 2) интенсивное гомогенное затемнение доли или сегмента
- 3) наличие негомогенных облаковидных слабоинтенсивных теней
- 4) наличие негомогенных полиморфных очагов затемнения; тонкостенных, не содержащих выпота, полостей, количество которых быстро меняется
- 5) наличие мелких, нежных, тяжистых теней в нижних отделах легких

13. При рентгенологическом исследовании легких у больных интерстициальной (вирусной или микоплазменной) пневмонией наблюдается (1)

- 1) усиление легочного рисунка
- 2) усиление легочного рисунка с гиповентиляцией, облаковидные негомогенные слабоинтенсивные тени
- 3) мелкие, нежные, пятнистые тени в нижних и паравертебральных отделах легких
- 4) интенсивное гомогенное затемнение доли или сегмента
- 5) негомогенные полиморфные очаги затемнения

14. При пневмококковой крупозной пневмонии на рентгенограммах легких отмечается (1)

- 1) интенсивное затемнение в форме треугольника с верхушкой, направленной к корню
- 2) интенсивное гомогенное затемнение доли, ранние множественные полости распада, содержащие жидкость
- 3) интенсивное гомогенное затемнение, долевое и сегментарное
- 4) усиление легочного рисунка
- 5) мелкие, нежные, пятнистые тени в нижних отделах легких

15. Рестриктивный тип нарушений вентиляции легких обусловлен (1)

- 1) нарушением проходимости дыхательных путей
- 2) наличием препятствий для нормального расправления легких на вдохе
- 3) легочной гипертензией
- 4) увеличением венозного возврата крови к сердцу

16. Обструктивный тип нарушений вентиляции легких обусловлен (1)

- 1) нарушением проходимости дыхательных путей

- 2) наличием препятствий для нормального расправления легких на вдохе
3) легочной гипертензией
4) высоким центральным венозным давлением
17. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это (1)
1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе
18. Направленность изменения индекса Тиффно при обструктивных заболеваниях легких (1)
1) снижение
2) увеличение
19. Направленность изменения индекса Тиффно при рестриктивных заболеваниях легких (1)
1) снижение
2) увеличение
20. Остаточный объем лёгких (ОО, RV) может быть определен (1)
1) методом спирометрии
2) методом пульсоксиметрии
3) методом пикфлюметрии
4) методом бодиплетизмографии
5) методом мультиспиральной компьютерной томографии лёгких

Ситуационные задачи

1. Мужчина 63 лет обратился с жалобами на головные боли, прогрессирующую общую слабость, чувство головокружения, отеки лица, стоп и голеней.

Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые появились отеки головные боли. Из анамнеза жизни известно, что при диспансеризации периодически выявлялись изменения в анализе мочи в виде микроальбуминурии, эритроцитурии, однако углубленное обследование пациент не проходил. Отмечал подъем артериального давления в пределах 150-170/100-110 мм рт. ст, гипотензивные препараты регулярно не принимал. В последнее время головные боли усилились, стал отмечать тошноту, кожный зуд, слабость, постепенное снижение диуреза.

Объективно: состояние средней тяжести. Заторможен. Пониженного питания (масса тела 61 кг, рост 177 см, ИМТ 19,4). Кожные покровы сухие, бледные, следы расчесов. Лицо одутловатое, отеки голеней и стоп, конечности на ощупь теплые. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон ослабленное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца приглушенны, ритмичны. ЧСС 86 в минуту. АД 190/110 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание 4-5 раз в сутки, моча темного цвета.

Данные дополнительных методов исследования: в клиническом анализе крови: гемоглобин – 74 г/л, эритроциты - 2,7*1012/л, лейкоциты – 8,9*109/л, тромбоциты – 190*109/л, СОЭ – 56 мм/ч. В об. ан. мочи: уд. вес 1006, белок – 0,7 г/л, лейк. – 3-8 в п/зр., эр. 30-40 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-2, зернистые 1-2. Креатинин крови 380 мкмоль/л, мочевина 10,9 ммоль/л. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, уменьшение вольтажа, сглаженность и двухфазность зубца Т, единичные желудочковые экстрасистолы.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Опишите клинические синдромы, имеющиеся у данного пациента.
4. Какими методами можно определить стадию хронической болезни почек? Какой метод является наиболее информативным для верификации основного клинического диагноза?
5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов.

1. Хроническая болезнь почек стадия С5 (терминальная), СКФ 14 мл/мин, в исходе хронического гломерулонефрита.
2. Дифференциальная диагностика проводится с острым почечным повреждением (состояние развивается быстро, развивается олигурия либо анурия, быстро нарастают уровни креатинина и

мочевины). Следует провести дифференциальную диагностику с ХСН (отеки «холодные», начинаются со стоп, отеки лица не характерны, в анамнезе заболевания сердца).

3. Анемический синдром, синдром артериальной гипертензии, отечный синдром, синдром уремической интоксикации.

4. Оценка скорости клубочковой фильтрации. Наиболее информативный метод – нефробиопсия.

5. Диета с ограничением белка, жидкости, поваренной соли. При данной стадии ХБП показана заместительная почечная терапия (перитонеальный диализ, гемодиализ, трансплантация почки). Посиндромная терапия: гипотензивные препараты, препараты эритропоэтина, аминокислоты («Кетостерил»).

2. Больная П., 67 лет, предъявляет жалобы на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. В течение 15 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, нерегулярно принимает метформин, уровень гликемии контролирует редко. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеупомянутые жалобы.

Объективно: повышенного питания, кожные покровы бледные, следы расчесов на туловище и конечностях, отеки стоп и голеней. Границы сердца расширены влево, тоны приглушенны, акцент II тона на аорте, АД - 180/110 мм рт.ст.

Клинический анализ крови: Нb - 94 г/л, эритроциты - 2,9x1012/л, лейкоциты - 5,6x109, СОЭ - 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза 11,2 ммоль/л, креатинин 160 мкмоль/л, мочевина 9,1 ммоль/л, гликированный гемоглобин 8,3%.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1009, лейкоциты -3-5 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения, глюкоза +, белок 0,4 г/л. Суточная протеинурия 500 мг.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить для подтверждения диагноза?

3. Каков патогенез развивающегося патологического состояния у данной пациентки?

4. Назначьте лечение.

Эталоны ответов.

1. Хроническая болезнь почек стадия С 4 (СКФ 29 мл/мин/1,73м²) в исходе сахарного диабета 2 типа.

2. Определение уровня гликированного гемоглобина, УЗИ почек, нефробиопсия

3. Микроангиопатия сосудов почек с развитием диффузного гломерулосклероза.

4. Нормализация гликемии (метформин, препараты сульфонилмочевины, ингибиторы α-глюкозидазы, инсулинотерапия по назначению эндокринолога). Гипотензивная терапия – предпочтительны иАПФ, БРА, диуретики тиазидные либо тиазидоподобные. Коррекция анемии – препараты железа, эритропоэтин. Подготовка к заместительной почечной терапии.

3. Пациент А., 70 лет, в течение длительного времени страдает аденомой простаты, хроническим обструктивным пиелонефритом. На момент осмотра предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, появление отеков на стопах и голенях, головные боли, снижение массы тела, перебои в работе сердца, уменьшение объема выделяемой мочи.

Объективно: состояние средней тяжести. Рост 178 см, масса тела 66 кг. Пониженного питания, правильного телосложения. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Отеки стоп и голеней. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца ясные, частые экстрасистолы, ЧСС 96 в минуту, АД 170/100 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Клинический анализ крови: эритроциты 2,9 *1012/л, гемоглобин 88 г/л, лейкоциты 8*109/л, тромбоциты 299*109/л, СОЭ 28 мм/ч, лейкоцитарная формула без особенностей. Общий анализ мочи: относительная плотность 1009 г/л, прозрачность – мутная, лейкоциты 30-40 в поле зрения, эритроциты единичные в поле зрения, белок 0,1 г/л, цилиндры отсутствуют, глюкоза – отр., бактерии +++, слизь +++.

Биохимический анализ крови: креатинин 179 мкмоль/л, мочевина 8,0 ммоль/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий белок 60 г/л, билирубин 14,2 ммоль/л, калий 5,6 ммоль/л.

УЗИ почек: двусторонняя пиелоэктазия.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Каков патогенез развивающегося состояния?

3. Дайте интерпретацию данным дополнительных методов исследования.

4. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?

5. Назначьте лечение.

Эталоны ответов.

1. Хроническая болезнь почек, стадия С 3б в исходе хронического вторичного пиелонефрита. Аденома предстательной железы. Артериальная гипертензия 2 степени.

2. Развитие ХБП обусловлено гибелю нефронов в исходе вторичного обструктивного пиелонефрита.

3. Анемия средней степени тяжести, повышение СОЭ. Гипостенурия, лейкоцитурия, микроальбуминурия, бактериурия. Гиперкреатининемия, гипопротеинемия, гиперкалиемия.

4. Острое почечное повреждение, анемии иного генеза (железодефицитная, В12 дефицитная, анемия хронических заболеваний), эссенциальная артериальная гипертензия.

5. Гипотензивная терапия – предпочтительны иАПФ, БРА, диуретики тиазидные либо тиазидоподобные. Коррекция анемии – препараты железа, эритропоэтина. Подготовка к заместительной почечной терапии. Антибиотикотерапия (фторхинолоны).

4. Пациентка В., 25 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в пояснице, преимущественно справа, озноб, повышение температуры тела до 38,5, рези при мочеиспускании. Из анамнеза: беременна, срок 25-26 недель, заболела накануне после переохлаждения, заболевание развилось в течение нескольких часов.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,3°C. Сознание ясное. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, без хрипов, частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 110/70 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный, шевеления плода ощущает, высота стояния дна матки соответствует сроку беременности. Симптом поколачивания по поясничной области положительный, в большей степени справа.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте необходимые дополнительные методы исследования и опишите наиболее вероятные изменения в них.

3. Назначьте лечение (немедикаментозное, лекарственные препараты, разрешенные при беременности).

4. Каков патогенез развития данного заболевания у беременных?

5. Каковы критерии эффективности антибиотикотерапии при данном заболевании?

Эталоны ответов.

1. Беременность 25-26 недель. Острый правосторонний пиелонефрит.

2. Общий анализ мочи (лейкоцитурия, бактериурия). Анализ мочи по Нечипоренко – лейкоцитурия. Клинический анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ (обусловленное беременностью и бактериальной инфекцией), возможно снижение гемоглобина и гематокрита, обусловленное беременностью. УЗИ почек: увеличение правой почки, возможно увеличение толщины и снижение эхогенности паренхимы почки, возможна пиелоэктазия.

3. Постельный режим, преимущественно на левом боку. Объем употребляемой жидкости около 2 л в сутки (при отсутствии признаков гестоза), брусничный лист, фитолизин, морсы из брусники и клюквы, канефрон, почечный чай. Из антибактериальных препаратов максимально безопасны пенициллины (амоксициллин, тикарциллин, пиперациллин) либо цефалоспорины 2-3 поколений (цефтриаксон, цефтазидим, цефотаксим, цефиксим).

4. Изменение уродинамики (спазм артериол, флебостаз, интерстициальный отек). Сдавление мочеточников беременной маткой. Снижение мышечного тонуса мочевого пузыря - влияние прогестерона.

5. Улучшение самочувствия, снижение температуры тела не выше субфебрильной через 48-72 часа от начала приема препаратов, исчезновение боли и дизурических явлений.

5. Врач скорой медицинской помощи осматривает мужчину 56 лет с жалобами на интенсивные боли в левом боку, с иррадиацией в половые органы, тошноту и рвоту, не приносящую облегчения, затрудненное мочеиспускание. Из анамнеза: во время диспансеризации при УЗИ в обеих почках были обнаружены конкременты, ранее подобных приступов не было.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациент беспокоен, возбужден. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Со стороны дыхательной и сердечно – сосудистой систем патологии не выявлено. Пальпация живота значительно затруднена ввиду выраженного болевого синдрома. Симптом поколачивания по поясничной области резко положительный слева.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Неотложная помощь при данном состоянии.
3. Опишите возможные изменения в общем анализе мочи при данной патологии.
4. Каковы показания к хирургическому лечению?

Эталоны ответов.

1. Мочекаменная болезнь, двусторонний нефролитиаз. Почечная колика слева.
2. Спазмолитические препараты: дротаверин, бускопан. Аналгетики (НПВС): кеторолак, диклофенак, напроксен, ибuproфен, кетопрофен. При неэффективности – госпитализация в урологическое отделение.
3. Макрогематурия, невыраженная лейкоцитурия.
4. Отсутствие эффекта от консервативной терапии, наличие крупных конкрементов, гнойных осложнений, выраженный гидронефроз.

УК-4

Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов, их количество указано в скобках

1. Обструктивный тип нарушений вентиляции легких обусловлен (1)
 - 1) нарушением проходимости дыхательных путей
 - 2) наличием препятствий для нормального расправления легких на вдохе
 - 3) легочной гипертензией
 - 4) высоким центральным венозным давлением
2. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – это (1)
 - 1) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
 - 2) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
 - 3) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе
3. Направленность изменения индекса Тиффно при обструктивных заболеваниях легких (1)
 - 1) снижение
 - 2) увеличение
4. Направленность изменения индекса Тиффно при рестриктивных заболеваниях легких (1)
 - 1) снижение
 - 2) увеличение
5. Остаточный объем лёгких (ОО, RV) может быть определен (1)
 - 1) методом спирометрии
 - 2) методом пульсоксиметрии
 - 3) методом пикфлюметрии
 - 4) методом бодиплетизмографии
 - 5) методом мультиспиральной компьютерной томографии лёгких
6. Жизненная емкость лёгких (ЖЕЛ, VC) состоит (3)
 - 1) из резервного объема вдоха (РОвд., IRV)
 - 2) из резервного объема выдоха (РОвыд., ERV)
 - 3) из функциональной остаточной емкости лёгких (ФОЕ, FRC)
 - 4) из остаточного объема (ОО, RV)
 - 5) из дыхательного объема (ДО, Vt)

7. Критерии дифференциального диагноза нестабильной стенокардии с инфарктом миокарда (3)

- 1) изменения комплекса QRS в сочетании с подъемом сегмента ST и последующей инверсией зубца Т
- 2) повышение активности трансаминаz
- 3) показатели состава периферической крови
- 4) регистрация желудочковых экстрасистол

8. В отделение неотложной кардиологии доставлен больной 32 лет с жалобами на давящие боли за грудиной, без иррадиации, субфебрильную температуру тела. На ЭКГ — подъем сегмента ST во всех отведениях. Заболевание связывает с переохлаждением. Наиболее вероятный диагноз (1)

- 1) миокардит
- 2) нестабильная стенокардия
- 3) перикардит
- 4) синдром Титце
- 5) трахеобронхит

9. ЭКГ-признак, отражающий ишемию миокарда (1)

- 1) снижение амплитуды зубцов R
- 2) высокий зубец R в V1
- 3) глубокий, уширенный зубец Q
- 4) депрессия сегмента ST в II, III, avF

10. Проявления острой коронарной недостаточности на ЭКГ (3)

- 1) подъем сегмента ST
- 2) горизонтальная депрессия сегмента ST на 0,15 — 0,2 мВ
- 3) замедление AV-проводимости
- 4) заставший отрицательный зубец Т во всех отведениях
- 5) появление патологического зубца Q
- 6) наличие патологического зубца Q в III отведении, исчезающего при вдохе

11. Доказательный ЭКГ-признак инфаркта миокарда (1)

- 1) депрессия сегмента ST
- 2) низкий вольтаж зубцов
- 3) высокий равносторонний зубец Т
- 4) зубец QS в сочетании с подъемом сегмента ST

12. Составляющие резорбционно-некротического синдрома при инфаркте миокарда (3)

- 1) повышение температуры
- 2) нейтрофильный лейкоцитоз
- 3) увеличение трансаминаz в сыворотке крови
- 4) шум трения перикарда
- 5) нарушение ритма сердца

13. Состояния, требующие неотложной госпитализации в кардиологический стационар (2)

- 1) впервые возникшая стенокардия
- 2) стабильная стенокардия, III функциональный класс
- 3) нестабильная стенокардия

14. Сахарный диабет первого типа следует лечить (1)

- 1) только диетотерапией
- 2) сульфаниламидными препаратами
- 3) инсулином на фоне диетотерапии
- 4) голоданием
- 5) бигуанидами

15. У юноши 18 лет после гриппа появились жажда, полиурия, общая слабость, уровень сахара в крови — 16 ммоль/л, в моче — 5%, ацетон в моче. Тип диабета у больного (1)

- 1) сахарный диабет 1 типа
- 2) сахарный диабет 2 типа
- 3) сахарный диабет 2 типа инсулинзависимый
- 4) сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY)
- 5) вторичный сахарный диабет

Ситуационные задачи

1. Больная 57 лет, жалобы на одышку, чувство нехватки воздуха. Ухудшение развилось резко после физической перегрузки. В течение 20 лет частые подъемы АД до высоких цифр.

Объективно: при осмотре ведет себя беспокойно, часто покашливает, стремится сесть. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, выражен цианоз губ и акроцианоз. В легких - мелкопузирчатые хрипы в умеренном количестве и больше в верхних отделах. ЧД 32 в 1 мин. Границы сердца расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии, тоны глухие, акцент II тона над легочной артерией; ЧСС 120 в 1 мин, АД 220/140 мм рт.ст. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. ЭКГ: синусовая тахикардия, депрессия ST в II, III, aVF, V5-V6, D; значительное снижение вольтажа зубца R и подъем сегмента ST в I, aVL, V3-V4.

Задание:

Выставите диагноз.

Укажите дифференцируемые состояния

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

- 1) ИБС. Крупноочаговый инфаркт миокарда передней стенки и верхушки левого желудочка, осложненный интерстициальным отеком легких. Гипертоническая болезнь III ст.
- 2) Дифференцировать с ТЭЛА, гипертоническим кризом.
- 3) В/в лазикс, наркотические аналгетики, ганглиоблокаторы (пентамин) или нейролептаналгезия, периферические вазодилататоры (1% р-р нитроглицерина).

2. Пациентка Т., 58 лет, предъявляет жалобы на тупые слабоинтенсивные боли в области поясницы, повышение температуры тела до 37,3-37,5°C, рези при мочеиспускании, некоторое уменьшение объема выделяемой мочи, мутность мочи. Заболела 2 дня назад после купания в реке. Из анамнеза: 7 лет назад был диагностирован сахарный диабет 2 типа. Во время беременности 30 лет назад переносила острый пиелонефрит.

Объективно: состояние средней тяжести. Телосложение правильное, тип конституции гиперстенический (рост 161 см, масса тела 82 кг, ИМТ 31,6). Температура тела 37,5°C. Кожные покровы бледные, отек стоп и голеней. В легких везикулярное дыхание, без хрипов, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушенны, ЧСС 86 в минуту, АД 150/100 мм рт ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Поколачивание по пояснице слабо болезненно с двух сторон.

Данные общего анализа мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачность – мутная, относительная плотность 1010. Белок – отр, глюкоза +, бактерии +++, слизь +++, эритроциты 2-3 в поле зрения, лейкоциты 20-30 в поле зрения, цилиндры - нет. Соли – оксалаты. В клиническом анализе крови – гемоглобин 96 г/л, эритроциты 3,0*1012, лейкоциты 10,6*109/л (палочкоядерные нейтрофилы 7%, сегментоядерные 61%, эозинофилы 2%, базофилы 1%, моноциты 8%, лимфоциты 21%), тромбоциты 250*109/л, СОЭ 25 мм/ч.

Вопросы.

1. Поставьте предварительный диагноз. Острым или хроническим является данное заболевание? Ответ обоснуйте.
2. Дайте интерпретацию данным дополнительных методов исследования.
3. Какие исследования необходимы для оценки функции почек?
4. Каков патогенез анемии у данной пациентки?
5. Назначьте лечение.

3. Больная В., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 38,5 °C, озноб, слабость. Из анамнеза: заболела впервые. Хронические заболевания отрицает.

Объективно: состояние средней тяжести. Правильного телосложения, нормостеник. В легких дыхание

везикулярное, хрипы не выслушиваются, ДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом поколачивания положителен справа. Почки не пальпируются. В общем анализе мочи макрогематурия (эритроциты до 100 в поле зрения), лейкоциты 40-50 в поле зрения, бактерии ++, цилиндры – нет, белок – отр., глюкоза – отр.

По данным УЗИ почек: левая почка обычных размеров и положения. Контуры четкие, ровные. Толщина паренхимы в пределах нормы (15-17 мм). Эхоструктура однородная, эхогенность обычна. Кортикомедуллярная дифференциация четкая, граница «паренхима-почечный синус» выражена обычно. Чашечно-лоханочный комплекс не расширен. Правая почка увеличена в размерах до 130*60 мм, паренхима утолщена до 20-22 мм, отмечается расширение чашечно-лоханочного комплекса (лоханка 24 мм, чашечки до 12 мм). В проекции лоханки в среднем сегменте правой почки визуализируется гиперэхогенное образование с четкими контурами, с четкой акустической тенью, размером 21 мм.

Вопросы.

1. Предполагаемый диагноз.
2. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Лечебная тактика (неотложная помощь и последующее лечение).

4. Больная Н., 32 лет, предъявляет жалобы на боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38,3оС, озноб. Заболела остро после переохлаждения.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы гиперемированы. В легких везикулярное дыхание, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. ЧСС 100 уд мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом поколачивания положителен справа.

Клинический анализ крови: эритроциты 4,3*1012/л, гемоглобин 127 г/л, лейкоциты 15*109/л (палочкоядерные нейтрофилы 10%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, эозинофилы 4%), тромбоциты 310*109/л, СОЭ 30 мм/ч.

Вопросы.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести для подтверждения диагноза? Опишите возможные изменения в общем анализе мочи при данной патологии.
3. Назначьте лечение.

5. Пациент Б., 20 лет, студент, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, разбитость, боли в поясничной области средней интенсивности, темный цвет мочи, головную боль разлитого характера. Три недели назад перенес фолликулярную ангину, принимал амоксициллин. Симптомы купировались, однако ощущалась слабость и головные боли. Последние 2 дня отмечает значительное снижение диуреза.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,0°C. Лицо одутловатое, стопы и голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 в минуту, АД 160/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области слабо болезненно с двух сторон.

В общем анализе мочи: цвет – мутно-красный. Относительная плотность – 1020, эритроциты 50-60 в поле зрения, лейкоциты 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 4-5 в поле зрения, белок 0,1 г/л, глюкоза – отр.

Вопросы.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие синдромы имеются у данного пациента?
3. С какими состояниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Патогенез артериальной гипертензии при данной патологии.
5. Назначьте и обоснуйте лечение (диета, питьевой режим, лекарственные препараты).

6. Пациентка К., 59 лет, жалуется на постепенное снижение объема выделяемой мочи, частые головные боли, слабость, отеки на лице и нижних конечностях. Несколько лет назад при профилактическом обследовании были обнаружены изменения в анализах мочи в виде микрогематурии,

микроальбуниурии.

Кожные покровы бледные, стопы и голени пастозные. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в минуту. АД 160/100 мм рт ст, ЧСС 78 в минуту, тоны сердца приглушенны, ритмичны, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

В анализе мочи: относительная плотность 1010, эритроциты 7-10 в поле зрения, лейкоциты 5-6 в поле зрения, цилинды гиалиновые 3-4, белок 0,4 г/л. Анализ мочи по Нечипоренко – эритроциты 5000 в 1 мл, лейкоциты 2000 в 1 мл, цилинды гиалиновые 45.

Вопросы:

1. Дайте интерпретацию анализа мочи общего и по Нечипоренко.
2. Какая форма гломерулонефрита у пациента?
3. Назовите наиболее достоверный способ установления точного диагноза.
4. Назначьте лечение.

ОПК-4

Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. РАМКАХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПРОВОДИТСЯ

- 1) краткое профилактическое консультирование
- 2) всестороннее инструментальное исследование
- 3) детальный онкопрофосмотр
- 4) составление генетической карты хромосом человека

Эталон ответа: 1.

2. ЦЕЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ

- 1) раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний
- 2) определение группы диспансерного наблюдения граждан с хроническими неинфекционными заболеваниями
- 3) выявление основных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний
- 4) раннее выявление хронических инфекционных заболеваний

Эталон ответа: 1, 2, 3.

3. К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНЕСЕНЫ ГРАЖДАНЕ

- 1) практически здоровые
- 2) имеющие факторы риска хронических заболеваний
- 3) на ранних стадиях хронических заболеваний
- 4) нуждающиеся в высокотехнологичных видах медицинской помощи

Эталон ответа: 1.

4. К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНЕСЕНЫ ГРАЖДАНЕ

- 1) имеющие факторы риска хронических заболеваний
- 2) нуждающиеся в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях
- 3) нуждающиеся в дообследовании и лечении в стационарных условиях
- 4) нуждающиеся в высокотехнологичных видах медицинской помощи

Эталон ответа: 1.

5. 36-ЛЕТНИЙ ПАЦИЕНТ В 19-ЛЕТНЕМ ВОЗРАСТЕ ПЕРЕНЕС ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, В ДАЛЬНЕЙШЕМ РЕЦИДИВОВ НЕ БЫЛО. ФАКТОРЫ РИСКА: КУРЕНИЕ. ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОТНЕСЕН К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ

- 1) больные язвенной болезнью диспансерно не наблюдаются
- 2) длительный период течения язвенной болезни без рецидивов
- 3) отсутствие осложнений язвенной болезни
- 4) не подлежит по возрасту оценке сердечно-сосудистых рисков

Эталон ответа: 2, 4.

6. ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫМ ЧЕЛОВЕК СЧИТАЕТСЯ

- 1) при отсутствии факторов риска и острых заболеваний
- 2) при отсутствии факторов риска и наличии хронических заболеваний в стадии рецидива
- 3) при отсутствии факторов риска и наличии хронических заболеваний без функциональной недостаточности органов
- 4) при наличии факторов риска и острых заболеваний в момент обследования

Эталон ответа: 1,3.

7. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ТЕРАПЕВТ

- 1) устанавливает диагноз и определяет группу здоровья
- 2) проводит краткое профилактическое консультирование
- 3) определяет показания к проведению высокотехнологичных видов медицинской помощи
- 4) определяет показания в рамках обследования на втором этапе диспансеризации

Эталон ответа: 1, 2, 4.

8. ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ЛИЦ СТАРШЕ 39 ЛЕТ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, измерение внутриглазного давления, УЗИ органов брюшной полости и малого таза
- 2) клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на скрытую кровь, ЭКГ в 12-отведениях
- 3) общий анализ мочи, исследование онкомаркеров, сахара крови и липидного спектра крови
- 4) клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование уровня сахара, измерение внутриглазного давления

Эталон ответа: 1.

9. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ОДИН РАЗ В ТРИ ГОДА

- 1) работающим гражданам
- 2) гражданам старше 40 лет
- 3) гражданам старше 50 лет
- 4) гражданам, обучающимся очно

Эталон ответа: 1, 4.

10. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА ГРАЖДАНИН ДОСТИГАЕТ ВОЗРАСТА

- 1) 18 лет
- 2) 21 года
- 3) 35 лет
- 4) 50 лет

Эталон ответа: 2.

11. ПОСТОЯННО ДЕЙСТВУЮЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ КОМИССИЮ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И ПЕРИОДИЧЕСКОГО ОСМОТРОВ ВОЗГЛАВЛЯЕТ

- 1) главный врач медицинской организации
- 2) врач-терапевт
- 3) врач-профпатолог
- 4) врач-невролог

Эталон ответа: 3.

12. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ПРИ УСТРОЙСТВЕ НА РАБОТУ ГОТОВИТ

- 1) главный врач медицинской организации
- 2) врач-терапевт
- 3) врач-профпатолог
- 4) врач-невролог

Эталон ответа: 2.

13. ПРОГРАММА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) в рамках системы обязательного медицинского страхования

- 2) в рамках системы добровольного медицинского страхования
 - 3) за счет средств работодателя
 - 4) за счет собственных средств гражданина
- Эталон ответа: 1.

Ситуационные задачи

1. Пациентка 67 лет обращается с болями в низу живота слева, метеоризмом. Склонна к запорам. Симптоматика возникла после задержки стула до 3-х суток. Было однократное повышение температуры тела до 38° С. При осмотре отмечена обложенность языка, выраженная пальпаторная болезненность в области сигмовидной кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпируемых образований в животе не определяется.

Задание: предложите оптимальный комплекс инструментальных методов исследования

Эталон ответа: Для исключения дивертикулярной болезни ободочной кишки и ее осложнения – дивертикулита без риска перфорации кишки начать исследование нужно с МСКТ органов брюшной полости, по мере стихания воспалительных явлений необходимо проведение ФКС.

2. Пациентка К., 37 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на боль в поясничной области справа, повышение температуры тела до 39 0С, озноб, головную боль, выраженную общую слабость. Считает себя больной в течение двух недель, когда впервые отметила появление боли в поясничной области и повышение температуры тела до 37,5 0С. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно Индометацином. В анамнезе вирус иммунодефицита человека, специфическую терапию не принимает. При объективном осмотре поколачивание по поясничной области болезненно справа. Температура 38,5 0С, частота сердечных сокращений и пульс – 98 удара в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости: правая почка увеличена в размере, деформирована за счет гипоэхогенного образования овоидной формы с нечеткими контурами без кровотока. В месте образования отмечается локальное выбухание контура почки с уплотнением и утолщением ее капсулы. Клинический анализ крови: лейкоциты 21*109/л, п/я 13%, с/я 65%, л 16%, м 6%, СОЭ 50 мм/ч. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок 56 мг/л. Общий анализ мочи: белок 0,99 г/л, лейкоциты 30-50 в п/зр., бактерии +++.

Задание: сформулируйте основной диагноз и его осложнение на основании клинических и лабораторно-инструментальных данных

Эталон ответа: Острый пиелонефрит. Карбункул почки.

3. Пациент Б., мужчина, 40 лет, жалоб не предъявляет, не курит. При проведении дополнительной диспансеризации при осмотре терапевта общее состояние удовлетворительное, пациент заметно волнуется. ЧСС 95 ударов в минуту. АД 160/95 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений. По данным ЭКГ и фундоскопии поражения органов-мишеней не выявлено. Клинический анализ крови, сахар, общий холестерин и липопротеиды в крови в пределах референсных значений. При повторном визите к терапевту АД 155/90 мм рт. ст., ЧСС 95 ударов в минуту, в остальном при объективном исследовании без отклонений. При расспросе терапевт выяснил, что пациент с детства опасается врачей после болезненной процедуры лечения зубов в 10 лет и всегда сильно волнуется при посещении поликлиники.

Задание: определите клиническую проблему и опишите тактику врача

Эталон ответа: у пациента можно заподозрить артериальную гипертензию «белого халата». Для уточнения диагноза следует назначить суточное мониторирование АД (при возможности) или домашнее мониторирование АД.

4. Пациент С., мужчина, 55 лет, жалоб не предъявляет, курит. При проведении дополнительной диспансеризации при осмотре терапевта общее состояние удовлетворительное. Граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 135/85 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений. По данным ЭКГ, выявлены признаки гипертрофии левого желудочка. По данным фундоскопии выявлены признаки

гипертонической ретинопатии. Общий холестерин 7,0 ммоль/л. Уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE 6%. При повторном визите к терапевту АД 135/80 мм рт. ст.
Задание: определите клиническую проблему и опишите тактику врача

Эталон ответа: высокое нормальное артериальное давление, измеренное в медицинском учреждении, у пациента с поражением органов-мишеней и высоким общим сердечно-сосудистым риском позволяет заподозрить маскированную артериальную гипертензию. Для уточнения диагноза следует назначить суточное мониторирование АД (при возможности) или домашнее мониторирование АД.

5. Пациент Д., мужчина, 40 лет, жалоб не предъявляет, курит. При проведении дополнительной диспансеризации при осмотре терапевта общее состояние удовлетворительное. Граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 155/95 мм рт. ст. Пульс 75 ударов в минуту, ритмичный, напряженный. В остальном по органам и системам без отклонений.

Задание: определите первичные тесты для выявление поражения органов-мишеней и оценки суммарного сердечно-сосудистого риска в данной клинической ситуации

Эталон ответа: пациенту необходимо назначить ЭКГ в 12 отведениях, креатинин крови и расчетную скорость клубочковой фильтрации, общий анализ мочи и отношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи, фундоскопию, общий холестерин крови.

6. ОПРЕДЕЛИТЕ КЛИНИЧЕСКУЮ ПРОБЛЕМУ И ОПИШИТЕ ТАКТИКУ ВРАЧА

Пациент Б., мужчина, 40 лет, жалоб не предъявляет, не курит. При проведении дополнительной диспансеризации при осмотре терапевта общее состояние удовлетворительное, пациент заметно волнуется. ЧСС 95 ударов в минуту. АД 160/95 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений. По данным ЭКГ и фундоскопии поражения органов-мишеней не выявлено. Клинический анализ крови, сахар, общий холестерин и липопротеиды в крови в пределах референсных значений. При повторном визите к терапевту АД 155/90 мм рт. ст., ЧСС 95 ударов в минуту, в остальном при объективном исследовании без отклонений. При расспросе терапевт выяснил, что пациент с детства опасается врачей после болезненной процедуры лечения зубов в 10 лет и всегда сильно волнуется при посещении поликлиники.

Эталон ответа: у пациента можно заподозрить артериальную гипертензию «белого халата». Для уточнения диагноза следует назначить суточное мониторирование АД (при возможности) или домашнее мониторирование АД.

7. Пациент С., мужчина, 55 лет, жалоб не предъявляет, курит. При проведении дополнительной диспансеризации при осмотре терапевта общее состояние удовлетворительное. Граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 135/85 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений. По данным ЭКГ, выявлены признаки гипертрофии левого желудочка. По данным фундоскопии выявлены признаки гипертонической ретинопатии. Общий холестерин 7,0 ммоль/л. Уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE 6%. При повторном визите к терапевту АД 135/80 мм рт. ст.
Задание: определите клиническую проблему и опишите тактику врача

Эталон ответа: высокое нормальное артериальное давление, измеренное в медицинском учреждении, у пациента с поражением органов-мишеней и высоким общим сердечно-сосудистым риском позволяет заподозрить маскированную артериальную гипертензию. Для уточнения диагноза следует назначить суточное мониторирование АД (при возможности) или домашнее мониторирование АД.

8. Пациент Д., мужчина, 40 лет, жалоб не предъявляет, курит. При проведении дополнительной диспансеризации при осмотре терапевта общее состояние удовлетворительное. Граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 155/95 мм рт. ст. Пульс 75 ударов в минуту, ритмичный, напряженный. В остальном по органам и системам без отклонений.

Задание: определите первичные тесты для выявление поражения органов-мишеней и оценки

суммарного сердечно-сосудистого риска в данной клинической ситуации

Эталон ответа: пациенту необходимо назначить ЭКГ в 12 отведений, креатинин крови и расчетную скорость клубочковой фильтрации, общий анализ мочи и отношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи, фундоскопию, общий холестерин крови.

9. Пациент С., мужчина, 40 лет, жалобы на периодические головные боли, курит. Работает программистом, физическая активность низкая. Питание нерегулярное с частым употреблением полуфабрикатов, консервов и копченостей. Рост 170 см, вес 85 кг. При повторных визитах к терапевту регистрируется АД 140-145/90-95 мм рт. ст. ЧСС 70 ударов в минуту. В остальном по органам и системам без отклонений. Общий холестерин 5,0 ммоль/л. Клинический анализ крови, сахар в пределах референсных значений. На ЭКГ признаков ГЛЖ не выявлено, результаты фундоскопии в норме. Уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE 1%.

Задание: определите тактику врача в данной клинической ситуации

Эталон ответа: пациенту с артериальной гипертензией 1 степени, относящемуся к категории низкого/умеренного риска без признаков поражения органов-мишеней следует рекомендовать мероприятия по изменению образа жизни с целью нормализации АД и коррекции факторов риска, а именно: уменьшение употребления поваренной соли менее 5 г/сутки, увеличение употребления свежих овощей и фруктов до 300-400 г/сут, а также полиненасыщенных жирных кислот, снижение массы тела до целевых показателей ИМТ 20-25 кг/м², регулярные аэробные физические упражнения не менее 30 минут ежедневно, прекращение курения. Целевой уровень АД составляет 120-130/70-79 мм рт. ст. При отсутствии эффекта от немедикаментозного лечения в течение 3 месяцев следует назначить медикаментозную гипотензивную терапию.

10. У мужчины 45 лет, впервые обратившегося в поликлинику с жалобами на упорный кожный зуд и желтушное окрашивание склер, в лабораторных тестах выявлено: общий билирубин – 35,2 мкмоль/л; общий холестерин 7,8 ммоль/л; ЛПНП – 4,4 ммоль/л; щелочная фосфатаза 180 Ед/л; ГГТП 84 Ед/л.

Задание: оцените возможность дальнейшего обследования и лечения в условиях дневного стационара для установления диагноза

Эталон ответа. Лабораторные тесты выявляют отчетливые отклонения в «печеночных пробах» и показателях липидного метаболизма, свидетельствующие о наличии синдрома холестаза, что требует уточнения диагноза инструментальными методами – УЗИ ОБП, МСКТ/МРТ ОБП. На начальном этапе обследования возможно обследование и лечение в амбулаторных условиях, в дальнейшем может возникнуть необходимость в выполнении биопсии печени и госпитализации.

11. Пациент К., мужчина, 51 года, жалобы на периодические головные боли, курит. Работает экономистом, физическая активность низкая. Питание нерегулярное с частым употреблением полуфабрикатов, консервов и копченостей. Рост 170 см, вес 85 кг. При повторных визитах к терапевту регистрируется АД 140-145/90-95 мм рт. ст. ЧСС 70 ударов в минуту. В остальном по органам и системам без отклонений. Общий холестерин 7,0 ммоль/л. Клинический анализ крови, сахар и липопротеиды в крови в пределах референсных значений. На ЭКГ выявлены признаки гипертрофии левого желудочка, при фундоскопии выявлены признаки ретинопатии. Уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE 6%.

Задание:

Выставите диагноз

Определите тактику врача в данной клинической ситуации

Эталон ответа: У пациента артериальная гипертензия 1 степени, относящемуся к категории высокого риска с поражением органов-мишеней

Ему следует рекомендовать мероприятия по изменению образа жизни с целью нормализации АД и коррекции факторов риска, а именно: уменьшение употребления поваренной соли менее 5 г/сутки, увеличение употребления свежих овощей и фруктов до 300-400 г/сут, а также полиненасыщенных жирных кислот, снижение массы тела до целевых показателей ИМТ 20-25 кг/м², регулярные аэробные физические упражнения не менее 30 минут ежедневно, прекращение курения. Также следует немедленно начать медикаментозную гипотензивную терапию. Целевой уровень АД составляет 120-

130/70-79 мм рт. ст. В качестве стартовой терапии предпочтительна фиксированная комбинация антигипертензивных препаратов, включающая блокатор ренин-ангиотензиновой системы (РААС) (ингибитор АПФ или БРА) и дигидропиридиновый антагонист кальция или диуретик.

12. Пациентка 63 лет обратилась в связи со слабостью, утомляемостью, сердцебиением и одышкой при подъеме на один этаж, снижением аппетита, массы тела на 7 кг, ломкостью ногтей и волос, неустойчивым стулом. В менопаузе с 50 лет.

Указанные жалобы в течение 5-6 месяцев. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Периферических отеков нет. Умеренно повышенного питания. Индекс массы тела 30,1. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные. Одышки в покое нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. При аусcultации легких выслушивается нормальное везикулярное дыхание по всем полям, хрипов нет. Границы сердца перкуторно в пределах нормы. При аускультации тоны несколько приглушены, ритмичные, ЧСС 80 в мин. Аксент II тона на аорте. Легкий sistолический шум на верхушке сердца. АД 145/80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правой подвздошной области и по правому фланку. Печень и селезенка не пальпируются. Пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. В анализе крови: Нв 89 г/л, эритроциты 3,1-1012/л, лейкоциты 8,4-10⁹/л, ЦП 0,7, СОЭ 26 мм/ч, Э - 1%, П - 6%, С - 69%, Л - 17%, М - 7%. Сывороточное железо 10,2 мкмоль/л.

Задание: Перечислите клинико-лабораторные признаки сидеропении и оцените тяжесть анемии

Эталон ответа. В числе признаков сидеропении – гипохромия эритроцитов и низкий уровень сывороточного железа, а также умеренная бледность кожных покровов, слабость, утомляемость, сердцебиение, одышка; ломкость ногтей и волос.

ОПК-5

Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

- 1) амоксициллин
- 2) цефтриаксон
- 3) пенициллин
- 4) гентамицин

Эталон ответа: 1.

2. ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА

- 1) активная иммунизация
- 2) коррекция водно-электролитных нарушений
- 3) лечение тромбоэмбологических и других осложнений
- 4) ранняя массивная и длительная антибактериальная терапия

Эталон ответа: 4.

3. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- антикоагулянты
- антиагреганты
- тромболитики
- ингибиторы фибринолиза

Эталон ответа: 1.

4. СТАНДАРТНАЯ ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ВКЛЮЧАЕТ

- ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин

Н2-гистаминоблокатор + кларитромицин + антацид
ингибитор протонной помпы + ампициллин + антацид
Н2-гистаминоблокатор + препарат висмута + антацид

Эталон ответа: 1.

5. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ УЛУЧШЕНИЯ СО СТОРОНЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОМ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

- 1) нормализация СОЭ
- 2) нормализация формы и величины эритроцитов
- 3) увеличение числа ретикулоцитов
- 4) увеличение числа эритроцитов и гемоглобина

Эталон ответа: 3.

6. ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВУЮ КИСЛОТУ ПРИНИМАЮТ

- 1) 1-2 недели
- 2) до 1 месяца
- 3) не более 3 месяцев
- 4) многие месяцы

Эталон ответа: 4.

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИВЕРТИКУЛИТА ПАЦИЕНТАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВКЛЮЧЕНИЕ В ПИЩЕВОЙ РАЦИОН

омега-3 жирных кислот
жирорастворимых витаминов
пищевых волокон
углеводов с низким гликемическим индексом

Эталон ответа: 3.

8. ПРИ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ

камнеобразующих солей
лейкоцитурии
гематурии
бактериурии

Эталон ответа: 1.

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

острый пиелонефрит
хронический пиелонефрит
рецидивирующий цистит
бессимптомная бактериурия

Эталон ответа: 4.

10. ЭКВИВАЛЕНТ ПРИСТУПА УДУШЬЯ У БОЛЬНЫХ БРОН-ХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

- 1) постоянный непродуктивный кашель
- 2) кашель с отделением слизистой мокроты
- 3) пароксизмальный непродуктивный кашель
- 4) одышка постоянного характера

Эталон ответа: 3.

11. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОВОДЯТ

- 1) до полной нормализации температуры тела и лабораторных показателей
- 2) до исчезновения вегетаций на клапане по данным ЭхоКГ
- 3) до восстановления внутрисердечной гемодинамики
- 4) до исчезновения внесердечных проявлений

Эталон ответа: 1.

12. ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГПОД

- 1) большие размеры грыж с компрессией соседних органов
- 2) сочетание симптомных аксиальных грыж с другой хирургической патологией органов брюшной полости
- 3) симптомные параэзофагеальные грыжи
- 4) бессимптомные параэзофагеальные грыжи

Эталон ответа: 1, 2

13. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ВНУТРИСФИНКТЕРНОЕ ТРАНСЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1) холинолитиков
- 2) ганглиоблокаторов
- 3) новокaina
- 4) ботулинического токсина

Эталон ответа: 4

Ситуационные задачи

1. Пациент К., мужчина, 57 лет, жалоб не предъявляет, не курит. В анамнезе перенесенный три года назад инфаркт миокарда. В настоящее время приступов стенокардии нет. По поводу артериальной гипертензии получает комбинацию бета-адреноблокатора с тиазидоподобным диуретиком, на фоне которой достигнут контроль АД с уровнем 125-130/75-80 мм рт. ст. ЧСС 60 ударов в минуту. В остальном по органам и системам без отклонений. При проведении планового диспансерного осмотра на ЭКГ выявлена АВ-блокада 2 степени.

Задание:

Выставите диагноз

Назначьте лечение

Эталон ответа:

- Диагноз: ИБС: ПИКС, нарушение ритма по типу блокады 2 степени

Артериальная гипертензия

- АВ-блокада 2 степени является абсолютным противопоказанием для назначения бета-адреноблокаторов, поэтому данный препарат должен быть немедленно отменен. Оптимальным выбором будет комбинация тиазидоподобного диуретика с блокатором ренин-ангиотензиновой системы (РААС) (ингибитором АПФ или БРА).

2. Больной 64 лет в 1997 г. перенес инфаркт миокарда и систематически обращался в связи с ежедневными (до 5 в день) ангинозными приступами, возникающими при повседневных нагрузках. После стрессовой ситуации впервые вместе с болью появилось чувство «нехватки воздуха», одышка, двигательное беспокойство. ЧСС 96 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные. АД 140/90 мм рт. ст. ЧД 22 в 1 мин. Дыхание жесткое.

Задание:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Перечислите дифференцируемые состояния.

Какова лечебная тактика?

Какое обследование позволит уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1) ИБС. Стенокардия III ФК. Постинфарктный кардиосклероз (1997). Сердечная астма.

2) Дифференцировать с острым коронарным синдромом, прогрессирующей стенокардией, инфарктом миокарда.

3) Лечебная тактика: срочная госпитализация в ПИТ кард. отд. В/в наркотики, лазикс до 80-100 мг, нитраты в/в капельно и рег ос.

4) Необходима динамика ЭКГ каждые 6 - 8 часов, ан. крови на КФК, тропонины.

3. Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38,5°C, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний легких не было. Курит по 10 сигарет в день. Аллергия на антибиотики пенициллинового ряда. При обследовании врач обнаружил признаки очаговой пневмонии слева в нижней доле. Пульс 82 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Температура тела 37,8°C.

Задание:

Выставите диагноз.

Оцените показания к госпитализации.

Назначьте лекарственную терапию первой линии

Эталон ответа: Клиническая картина соответствует легкому течению пневмонии, возможно лечение на дому с назначением антибактериальных препаратов для приема внутрь с исключением препаратов пенициллинового и цефалоспоринового ряда, возможно назначение макролидов (кларитромицин, азитромицин), фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин), тетрацикличес (доксициклин).

4. Больная М, 34 года, беспокоят колющие боли в правой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающиеся при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38,0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 7 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около 3 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хр гастрит.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аусcultации дыхание ослаблено, влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 102 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.

2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

4. Назначьте лечение.

5. Больная С, 29 лет беспокоят чувство тяжести и распирания в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5,0 С, анорексия.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и азитромицин с временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно выполняла внутримышечные инъекции диклофенака, на фоне которых боли практически исчезли, но появилось распирание в правой половине грудной клетки. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хр вирусный гепатит С.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аускультации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смешены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.

2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

4. Назначьте лечение.

6. Больной Л. 39 лет жалуется на кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, небольшую одышку при ходьбе, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие препараты (парацетамол), на фоне которых отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Участковым терапевтом направлен в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту, АД 100/65 мм.рт.ст. В анамнезе ВИЧ, получает комплексную терапию, не курит, наследственность отягощена по ИБС, сахарному диабету.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

7. Больная М, 58 лет беспокоят колющие боли в левой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающиеся при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38 0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 5 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около двух дней назад стали беспокоить колющие боли в левой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, ревматоидный артрит (получает сульфасалазин).

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Слева ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, шум трения плевры, влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 96 в минуту, АД 125/85 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

8. Больная А., 56 лет беспокоят тянущие неинтенсивные боли в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 0 С.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и кларитромицин по 0,5 дважды в день 5 дней с временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно принимала парацетамол по 0,5 три раза в день, на фоне которого боли в грудной клетке существенно уменьшились, но сохранялись фебрильная температура, и выраженная слабость. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, артериальная гипертензия.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла

лопатки при перкуссии тупость, при аусcultации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смешены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 155/95 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

9. Больной М. 67 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой густой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 10 дней, когда появились насморк, герпетические высыпания на губах, малопродуктивный кашель, выраженная одышка и заложенность в груди, повысилась температура до 37,50 С, слабость. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 10-20 сигарет в течение более 40 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз ХОБЛ (получает тиотропия бромид по 1 дозе ежедневно), страдает ИБС: стенокардия 3 ф кл.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрюканья по всем полям. Границы относительной тупости сердца не определяются, тоны глухие, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 140/875 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

10. Больной К. 54 года жалуется на выраженный малопродуктивный кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,0 0 С, при физической активности (ходьба) появляется одышка.

Заболел несколько дней назад, связывает с выраженным переохлаждением, до этого в течение 2 недель употреблял алкоголь. Вначале отмечал повышение температуры до фебрильных цифр и сухой кашель, через 2 дня присоединились слабость, исчез аппетит, появилась одышка. Вызвал участкового терапевта, был назначен азитромицин, муколтин и парацетамол. На фоне лечения самочувствие без улучшения, усилился кашель, и появилась желтая мокрота. Дано направление в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 20 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах слева по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких легочный звук и везикулярное дыхание с удлиненным выдохом. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 102 в минуту, АД 155/90 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, хронический панкреатит, курит, злоупотребляет алкоголем.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

ОПК-6

Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

1. ОБЩИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЮ

- 1) гипертоническая болезнь I стадии
 - 2) вегето-сосудистая дистония
 - 3) наличие кардиостимулятора
- Эталон ответа: 3.

2. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АМПЛИПУЛЬСТЕРАПИИ

- 1) желчнокаменная болезнь
- 2) бронхиальная астма
- 3) мочекаменная болезнь

Эталон ответа: 2.

3. ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ИНФРАКРАСНОГО ОБЛУЧЕНИЯ

- 1) острые гнойные процессы
 - 2) острая фаза хронических воспалительных процессов
 - 3) кровоточащие раны
 - 4) миозиты
- Эталон ответа: 4.

4. НАИБОЛЕЕ ИНТЕНСИВНОЕ МЕХАНИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КОЖУ ОКАЗЫВАЕТ

- душ Шарко
- дождевой душ
- пылевой душ
- циркулярный душ

Эталон ответа: 1.

5. ОБЩЕЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ ДЛЯ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ

- 1) острые воспалительные процессы
- 2) рубцовые и трофические изменения кожи
- 3) синдром раздраженного кишечника
- 4) эпилепсия
- 5) вегетососудистая дистония

Эталон ответа: 4.

6. НАПРАВЛЕНИЕ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО БОЛЬНЫМ

- с недостаточностью кровообращения II стадии
- гипертонической болезнью II стадии
- с невротическими состояниями
- с функциональными расстройствами органов пищеварения

Эталон ответа: 1.

7. ОСНОВНОЙ КУРОРТНЫЙ ФАКТОР ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

- талассотерапия
- бальнеотерапия
- гелиотерапия
- климатотерапия

Эталон ответа: 2.

8. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

- оптимальный эффект при острых заболеваниях
- оптимальный эффект при хронических заболеваниях
- редко развивается привыкание
- широкий спектр фармакологической активности
- узкий спектр фармакологической активности

Эталон ответа: 2, 3, 4.

9. МАССАЖ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

улучшает крово- и лимфообращение
показан при хроническом бронхите в стадии обострения
показан при экссудативном плевrite
противопоказан при дыхательной недостаточности I степени

Эталон ответа: 1, 2.

10. У БОЛЬНЫХ С I СТАДИЕЙ ХОБЛ ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ПРИНЦИПАМ

физические нагрузки малой интенсивности
физические нагрузки средней интенсивности
дыхательная гимнастика с активизацией абдоминального дыхания
дыхательная гимнастика с активизацией диафрагмального дыхания

Эталон ответа: 2, 4.

11. БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ К ПИЩЕ

не являются лекарственными средствами
оцениваются по безопасности употребления в пищу
оцениваются по двухэтапной схеме клинических испытаний
производятся в соответствии со стандартами

Эталон ответа: 1, 2.

12. ПРЕБИОТИКИ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ПРОБИОТИКОВ

не содержат живых микроорганизмов
содержат лиофилизированные микроорганизмы
представляют собой пищевые вещества
не ферментируются в кишечнике человека

Эталон ответа: 1, 3.

13. ПРОБИОТИК, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЙ В КАЧЕСТВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

является биологически активной добавкой к пище
является иммнобиологическим препаратом
содержит живые или лиофилизированные апатогенные микроорганизмы
может распространяться только через учреждения, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность

Эталон ответа: 2, 3, 4.

9. ВЫБЕРИТЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ФИЗИОТЕРАПЕТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Пациент 45 лет после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на тянувшие неприятные ощущения в правом подреберье. Холецистэктомия выполнена 3 недели назад в плановом порядке, консультирован хирургом, который констатировал, что послеоперационный период протекает без осложнений.

Эталон ответа: Показано применение ультразвуковой терапии, способствующей повышению эластичности рубцовых тканей и снижению выраженности спаечного процесса.

10. СДЕЛАЙТЕ НАЗНАЧЕНИЯ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Больному 67 лет, страдающему остеоартритом коленных суставов планируется проведение ультрафонофореза с гидрокортисоном на область коленных суставов

Эталон ответа: На область коленных суставов нанести 3 % мазь гидрокортисона с последующим воздействием ультразвука в течение 10 минут, курс 10 процедур

11. ОБОСНУЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР ПО ПОВОДУ

ТРУДНОЗАЖИВЛЯЮЩЕЙ ЯЗВЫ ГОЛЕНИ.

Пациент с хронической сердечной недостаточностью на фоне ИБС, постинфарктного кардиосклероза обратился к участковому терапевту. При осмотре больного выявлена трофическая язва голени. Со слов пациента язва появилась 2 месяца назад. Апликации с левомиколем не привели к ее заживлению.

Эталон ответа: Учитывая диагноз ИБС, электролечение противопоказано. В этом случае рекомендовано применение инфракрасного облучения, способствующего усилению метаболических и регенеративных процессов в тканях.

12. ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ В ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ИМУННОГО ОТВЕТА

Больной 36 лет находится на лечении в терапевтическом отделении клинической больницы по поводу нижнедолевой правосторонней пневмонии. На фоне лечения отмечалась нормализация температуры тела, однако сохраняются слабость и снижение аппетита.

Эталон ответа: показано применение длинноволнового ультрафиолетового воздействия с учетом его иммуномодулирующего эффекта

13. ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

Пациент 87 лет с остеопорозом и высокой вероятностью патологических переломов (при проведении денситометрии Т-критерий шейки бедра -3,5 ЗЕ) на приеме у участкового терапевта.

Эталон ответа: Показано применение средневолнового ультрафиолетового воздействия, учитывая его стимуляцию выработки хелекальцеферола в коже и как следствие этого увеличение плотности костной ткани и снижение риска патологических переломов

14. СДЕЛАЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО МЕТОДА ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ОСТРОМ ФАРИНГИТЕ

Больной 43 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на боли и першение в горле, субфебрильную температуру тела, недомогание. Болен второй день, на работе двое сотрудников заболели острой респираторной вирусной инфекцией.

Эталон ответа: Показано применение коротковолнового ультрафиолетового облучения с воздействием на слизистую оболочку зева, это связано с тем, что данный метод воздействия обладает бактерицидным эффектом на патогенные микроорганизмы.

15. СДЕЛАЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ БОЛЬНОМУ С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ЭНДОКАРДИТОМ ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИОТЕРАПЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

Больной 39 лет находится на лечении в кардиологическом отделении клинической больницы с диагнозом бактериальный эндокардит. Получает антибактериальную терапию в достаточном объеме.

Эталон ответа: Для активизации иммунной системы, снижения агрегации форменных элементов крови пациенту с бактериальным эндокардитом показано облучение крови коротковолновым ультрафиолетовым воздействием.

16. ОЦЕНИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОЛНЕЧНЫХ ВАНН.

Пациент 53 лет перенес ОИМ 6 месяцев назад, обратился к участковому терапевту. Жалоб активно не предъявляет, гемодинамика стабильная. Планирует санаторно-курортное лечение на побережье Черного моря.

Эталон ответа: Учитывая, что после ОИМ прошло 6 месяцев и стабильную гемодинамику в настоящее время, пациенту показаны общие и местные солнечные ванны с ослабленной радиацией в течении 30-40 минут.

17. ОБОСНУЙТЕ НАЗНАЧЕНИЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ

Больной с рожистым воспалением голени получает антибактериальное лечение. В течение года отмечал 3 рецидива рожи.

Эталон ответа: Пациенту показано применение средневолнового ультрафиолетового облучения на область поражения в субэритечных дозах. Курс лечения рекомендуется повторить через 1 месяц.

18. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ПИТАНИЯ:

Пациент В., 54 лет находится под наблюдением у участкового терапевта с диагнозом Ишемическая болезнь сердца: Стенокардия напряжения II ФК. Хроническая сердечная недостаточность I стадии, 2 ФК по NYHA. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени. Больной назначена адекватная медикаментозная терапия.

Эталон ответа: Основные требования к диете: 1) энергетическая ценность до 2000 ккал/сут; 2) содержание общего холестерина до 300 мг/сут; 3) обеспечение за счет жиров не более 30% энергетической ценности пищи. Целесообразно увеличить в пищевом рационе содержание свежих фруктов и овощей (более 200-300 г в сутки), пищевых волокон, цельных зерен, уменьшить употребления сладкого и сладких газированных напитков. Следует ограничить употребление жирных сортов мяса, вообще красного мяса и гастрономических продуктов. Целесообразно рекомендовать употребление рыбы 2 раза в неделю. Пациентам следует ограничивать употребление поваренной соли до 5 г в сутки. Возможно употребление 1-2 порций алкоголя в сутки. (Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации, 2020).

21. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБЩЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГИПОАЛЛЕРГЕННОЙ ДИЕТЕ:
Пациентка Л., 20 лет обратилась на прием к участковому терапевту с жалобами на кожные высыпания на лице по типу крапивницы, слабый зуд в области высыпаний. Считает себя больной в течение суток. Самостоятельно принимала Супрастин с положительным эффектом в виде уменьшения объема высыпаний. Возникновение заболевания связывает с застольем накануне болезни, где было много интересных блюд, которые пациентка ранее не пробовала. Не курит, алкоголь не употребляет. Хронических заболеваний нет. Аллергию отрицает. Status localis: на коже лица отмечаются высыпания в виде волдырей ярко-розового цвета различных размеров. По остальным органам и системам без особенностей. Больной назначена адекватная медикаментозная терапия.

Эталон ответа: Общая неспецифическая гипоаллергенная диета предполагает исключение высокоаллергенных продуктов: орехов, грибов, яиц, коровьего молока, рыбы и ракообразных, томатов, баклажанов, хрена, редиса, редьки, цитрусовых, клубники, земляники, дыни, ананаса, меда, шоколада, кофе, какао, инжира, гранатов, пряностей, приправ и специй.

22. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИЕТОТЕРАПИИ:

Пациентка Е., 37 лет в течение года проходит лечение по поводу рака полости носа и околоносовых пазух. На момент осмотра больная предъявляет жалобы на общую слабость, снижение массы тела на 7 кг за последний год. Мать пациентки очень обеспокоена ее похуданием и спрашивает совета по поводу коррекции питания.

Эталон ответа:-9704-6999-6. - Энергетическая ценность рациона должна составлять 3100–3600 ккал в день. Наиболее оптимальным является ежедневное поступление 20–35 ккал/кг за счет энтерального питания. Содержание белка в диете необходимо повысить до 2 г/кг идеальной массы тела (в среднем 130–140 г/сут.). Рацион должен включать животные и растительные белки: мясо, рыбу, молочные продукты, яйца (яичный белок), крупы (гречневую, овсяную, перловую), зерновые (с включением молочного и соевого белка), бобовые (чечевицу, фасоль, горох, соевые продукты). Белки животного происхождения должны составлять 55% от их общей потребности. Содержание жиров составляет 110–120 г/сут. (не менее 1/3 – растительные). В качестве их источника используют продукты животного (нежирные сорта мяса и птицы, речную и морскую рыбу, молочные продукты, сливочное масло) и растительного происхождения (подсолнечное, кукурузное масло). Количество углеводов должно быть в пределах 300–500 г/сут.. Их источником являются зерновые, крупы, овощи и фрукты. Целевой уровень потребления овощей и фруктов должен быть не менее 400 г/сут.. При отсутствии противопоказаний объем жидкости составляет 1,5–2 л в день за счет молока и кисломолочных напитков, овощных фруктовых и ягодных соков, чая, кофе, столовых минеральных вод. Блюда готовят путем отваривания, запекания и тушения. Режим питания – минимум 4-разовый с равномерным распределением пищи в течение дня.

23. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЯ

Женщина 35 лет 2 месяца назад перенесла крупозную пневмонию с исходом в пневмофиброз. В анамнезе миома матки небольших размеров, кистозно-фиброзная мастопатия, хронический гастродуоденит.

Эталон ответа: наличие доброкачественных опухолей (миома матки, мастопатия) являются противопоказанием для назначения электролечения.

24. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВДЕНИЯ ГАЛЬВАНИЗАЦИИ, НАЗОВИТЕ ОПТИМАЛЬНУЮ МЕТОДИКУ ГАЛЬВАНИЗАЦИИ.

Больная 40 лет наблюдалась по поводу гипертонической болезни II стадии. Принимает блокаторы рецепторов ангиотензина в комбинации с β-блокаторами. Адаптирована к АД 140/90 мм рт.ст. После перенесенной коронавирусной инфекции нарушился сон, появилось сердцебиение, периодическая головная боль, тревога.

Эталон ответа. Показания для гальванизации гипертоническая болезнь II стадии, постковидный сидром, вегетоневроз. Рекомендована гальванизация воротниковой зоны по А.Е. Щербаку.

25. ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛИ И МЕТОДИКУ ФИЗИОТЕРАПИИ

У больного невралгия тройничного нерва. Жалобы на боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду.

Эталон ответа. Цель физиотерапии — обезболивание. Назначение: 0,5 % новокаин-электрофорез на левую половину лица.

26. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ

У больного атопическая бронхиальная астма, легкое персистирующее течение, стадии неполной ремиссии. Жалобы на редкие приступы удушья, сухой кашель, чувство тревоги, нарушение сна, последнюю неделю слезотечение, зуд в области век, гноное отделяемое из глаз. В рамках реабилитационной программы ведения пациента планируется проведение электросонтерапии.

Эталон ответа. В настоящее время для проведения электросонтерапии имеются противопоказания в виде острого конъюктивита, т.к. электроды накладываются на сосцевидный отросток и глазничную область.

27. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТУ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МАГНИТОТЕРАПИИ

К участковому терапевту обратился мужчина 48 лет для консультации по поводу возможного применения магнитотерапии в домашних условиях, приобрел аппарат АЛМАГ-01. В анамнезе распространенный остеохондроз позвоночника, остеоартроз левого коленного сустава, хронический некалькулезный холецистит.

Эталон ответа. Противопоказаний для применения магнитотерапии не выявлено. Возможно применение процедур курсами по 10 дней ежедневно на позвоночник или коленный сустав по 10-15 минут, не более 20 минут. Повторный курс возможен через 1-1,5 месяца. При возникновении побочных явлений (артериальной гипертензии, выраженного болевого синдрома) сразу обратиться к врачу.

28. ОПРЕДЕЛИТЕ ОСНОВНОЙ ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЯ

Мужчина 58 лет, в анамнезе остеоартроз суставов нижних конечностей с ФН суставов 2 степени.

Эталон ответа. Основным лечебным эффектом электролечения при ДОА является трофостимулирующее действие.

29. ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛИ И МЕТОДИКИ ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЯ

Студентка 23 года страдает дисфункцией билиарного тракта по гипermоторному типу, Регулярно проходит лечение у гастроэнтеролога с короткими периодами ремиссии. Планируется назначение физиотерапии.

Эталон ответа. Цели физиотерапии – нормализация вегетативной регуляции ЖКТ и сократительной функции желчного пузыря и сфинктера Одди. Рекомендованы электросонтерапия, гальванизация воротниковой зоны, электрофорез спазмолитиков.

30. ОПРЕДЕЛИТЕ ЦЕЛИ И МЕТОДЫ ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЯ

У пациентки 38 лет длительное время СРК с запорами.

Эталон ответа. Для стимуляции моторной функции кишечника показаны импульсные токи (диадинамотерапия, амплипультерапия), гальванизация области живота.

31. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ И МЕТОД ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ.

Больной 52 года наблюдался по поводу хронического рецидивирующего панкреатита с умеренной внешнесекреторной недостаточностью. Обострение после злоупотребления алкоголем. В процессе медикаментозного лечения уменьшилась интенсивность болей, нормализовался стул и лабораторные показатели. Сохраняются умеренные боли в эпигастрии, левом подреберье.

Эталон ответа. Показанием для физиотерапии является стойкий болевой синдром. Рекомендованы диадинамические токи Бернера, обладающие ганглиоблокирующими и обезболивающим действием.

32. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОКАЗАНИЯ И МЕТОД ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЯ.

Мужчина 56 лет проходил лечение в стационаре по поводу ХОБЛ. На фоне медикаментозной терапии улучшение самочувствия, сохраняется малопродуктивный кашель с вязкой мокротой слизистого характера, редкие эпизоды дистанционных сухих хрипов, одышка при физической нагрузке.

Эталон ответа. Показаниями для физиотерапии является хронический воспалительный процесс в бронхах, бронхоспазм, снижение дренажной функции бронхов. Возможно назначение амплипульстериапии на межлопаточную область и проекцию надпочечников.

33. УКАЖИТЕ, ИМЕЮТСЯ ЛИ У ПАЦИЕНТА, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К САНАТОРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ? КАКОЙ РЕЖИМ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ НЕОБХОДИМ ПАЦИЕНТУ?

Пациент 56 лет. Два месяца назад перенес передний инфаркт миокарда. При коронарографии выявлен стеноз ствола левой коронарной артерии – 90%. Направлен на аортокоронарное шунтирование, которое выполнено пациенту 14 дней назад. Послеоперационный период без осложнений.

Эталон ответа:

Больным после хирургического лечения ИБС (эндоваскулярная ангиопластика и/или стентирование коронарных артерий - через 2 нед после операции, аорто-коронарное шунтирование и/или резекция аневризмы - через 2-3 нед после операции), при стенокардии напряжения I-II ФК, недостаточности кровообращения не выше I стадии, без нарушения сердечного ритма и проводимости через 2-3 мес после операции, при стабильной стенокардии I-III ФК, недостаточности кровообращения не выше I стадии, без нарушений сердечного ритма и проводимости показано лечение только в местных кардиологических санаториях, так как переезд в климато- и хроноконтрастную зону может вызвать ухудшение состояния здоровья.

Программа физических тренировок должна быть динамического характера и умеренной интенсивности (тренирующая нагрузка не более 50% от пороговой мощности больного по результатам ЭКГ-пробы с физической нагрузкой).

34. ПРЕДЛОЖИТЕ ПАЦИЕНТКЕ ФИЗИОТЕРАПЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СТРЕССА И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА.

Пациентка 52 лет, работает главным бухгалтером. В течение последних 5 лет отмечает повышение артериального давления до 170/90 мм.рт.ст. Регулярно наблюдается у участкового терапевта с диагнозом: Гипертоническая болезнь II стадии (гипертрофия ЛЖ, гипертоническая ретинопатия), медикаментозная нормотония, риск ССО 3 степени. Постоянно принимает периндоприл 5 мг/сутки в сочетании с индапамидом 1,5 мг/сутки. Несмотря на терапию, 2-3 раза в год случаются гипертонические кризы, как правило, индуцированные психоэмоциональным перенапряжением (годовой отчет, дедлайн), сопровождающиеся клиникой гипертонической энцефалопатии – тошнота, головная боль, «помутнение» зрения.

Эталон ответа:

Седативные методы.

Круглосуточная аэротерапия. Для курсового проведения процедур используют умеренный (до 3-4 ч) и интенсивный (до 6-8 ч) режимы воздействия. Курс 10-12 процедур

Электросонтерапия

Вегетокоррегирующие методы

Транскраниальная электроаналгезия. Применяют импульсные токи частотой 80-100 или 800-1000 Гц, в течение 15-20 мин, ежедневно. Курс 6-8 процедур.

Низкочастотная магнитотерапия. Применяют синусоидальное и полусинусоидальное магнитное поле по двухиндукторной методике, индукцией 20-30 мТл, частотой 50 Гц, в течение 15-20 мин, ежедневно. Курс 15 процедур.

36. ПРЕДЛОЖИТЕ ПАЦИЕНТУ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ. КАКИЕ ВАКЦИНЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РАССМОТРЕТЬ К ПРИМЕНЕНИЮ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА? ЦЕЛЬ КРАТКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА?

Пациент 68 лет. Стаж курения 50 лет. Последние 5 лет отмечает одышку при умеренной физической нагрузке – подъем на 3-й этаж. Курить не бросил, выкуривает по 10 сигарет в день. Регулярно по

назначению пульмонолога принимает индакатерол 150 мг, на этом фоне не отмечает прогрессирования одышки. Показатели ОФВ1 за последние 2 года колеблются в пределах 75-80%. За последние 2 года не отмечено ни одной госпитализации, ОРВи болеет не чаще 1 раза в год.

Эталон ответа:

Пациентку показана дыхательная гимнастика, тренировка диафрагмального дыхания, тренировки отдельных фаз дыхания с удвоенным выдохом, а также звуковая гимнастика. Плотность физических нагрузок невелика, с обязательными паузами для отдыха.

Пациентку показана вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции.

Краткие профилактические консультации должны быть направлены на убеждение пациента отказаться от курения.

Ситуационные задачи

1. Пациентка П., 37 лет находится на диспансерном наблюдении с диагнозом: Ревматоидный артрит, серопозитивный, АЦДП+, развернутая стадия, активность 2 (DAS28=3,5), эрозивный (рентгенологическая стадия II). ФК II. На момент осмотра предъявляет жалобы на периодически возникающую умеренную ноющую боль в мелких суставах кистей и стоп, лучезапястных суставах. При осмотре костно-суставной системы выявлена умеренная болезненность плюсне-фаланговых (I-V), лучезапястных и пястно-фаланговых (II-V) суставов с обеих сторон. По остальным органам и системам без особенностей. Пациентке назначена адекватная медикаментозная терапия.

Задание:

Изложите возможные методы реабилитации в данной клинической ситуации

Эталон ответа: рекомендуется проводить образование пациентов, в том числе в рамках школ пациентов, страдающих ревматоидным артритом. С момента установления диагноза пациентам рекомендуется назначение лечебной физической культуры, включая аэробные тренировки, сначала под руководством инструктора, затем дома с профессиональной поддержкой, которые могут сочетаться с силовыми упражнениями, комплексами для улучшения ловкости и моторики кистей. При функциональных ограничениях необходима эрготерапия, обучающаяциальному поведенческому стереотипу. При боли и/или деформациях суставов стопы рекомендуется использовать ортопедические стельки и ортопедическую обувь. Пациентам с низкой активностью заболевания в качестве дополнительного метода лечения возможно проведение бальнеотерапии, однако доказательной базы ее эффективности недостаточно.

2. Пациент 68 лет. Стаж курения 50 лет. Последние 5 лет отмечает одышку при умеренной физической нагрузке – подъем на 3-й этаж. Курить не бросил, выкуривает по 10 сигарет в день. Регулярно по назначению пульмонолога принимает индакатерол 150 мг, на этом фоне не отмечает прогрессирования одышки. Показатели ОФВ1 за последние 2 года колеблются в пределах 75-80%. За последние 2 года не отмечено ни одной госпитализации, ОРВи болеет не чаще 1 раза в год.

Задание:

Пациенту варианты лечебной физкультуры.

Какие вакцины целесообразно рассмотреть к применению у данного пациента?

Цель кратких профилактических консультаций у данного пациента?

Эталон ответа:

Пациентку показана дыхательная гимнастика, тренировка диафрагмального дыхания, тренировки отдельных фаз дыхания с удвоенным выдохом, а также звуковая гимнастика. Плотность физических нагрузок невелика, с обязательными паузами для отдыха.

Пациентку показана вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции.

Краткие профилактические консультации должны быть направлены на убеждение пациента отказаться от курения.

3. Женщина 45 лет с ожирением 2 степени (индекс массы тела 36) в течение 2-х лет жалуется на частую изжогу 1-2 раза в неделю. Курит. При рентгеноскопии пищевода и желудка выявлена аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы размерами 2-3 см. По данным эзофагогастродуоденоскопии, выполненной 6 месяцев назад, признаки катарального рефлюкс-эзофагита. От предложенного оперативного лечения пациентка отказалась. На фоне применения ингибиторов протонной помпы

(использовала пантопразол, омепразол, эзомепразол) изжога купируется, однако после отмены препаратов возвращается в течение недели.

Задание:

Какие немедикаментозные методы реабилитации показаны пациентке?

Определите показания и противопоказания к лечебной физкультуре у пациентки. какой режим применения ингибиторов протонной помпы показан пациентке?

Эталон ответа:

Немедикаментозная коррекция включает: диетическое питание, снижение массы тела, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих повреждающим действием на слизистую оболочку пищевода и снижающих барьерную функцию пищеводно-желудочного перехода, нормализацию режима труда и отдыха, использование клиновидной подушки, физиотерапия, санаторно-курортное лечение. Среди физиотерапевтических методов используют вегетокорригирующие методы (транскраниальная электростимуляция, транскраниальная низкочастотная магнитотерапия), репаративно-регенеративные методы (инфракрасная лазеротерапия, ДМВ-терапия), прокинетические методы (питьевое лечение минеральными водами, интерференцтерапия), седативные методы (йодобромные ванны, хвойные ванны, электросонтерапия, гальванизация воротниковой области).

У пациентки отсутствуют противопоказания к лечебной физкультуре. Со стороны патологии эзофагогастродуodenальной зоны к ним относятся: острые воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта; наличие каллезной язвы желудка; полипоз желудка; кровотечения и склонность к кровоточивости; индивидуальная непереносимость физического фактора, ахалазия кардии.

Лечебная физкультура для пациентки включает терренкур. Дыхание на маршрутах терренкура должно быть равномерным, через нос. Необходимо сочетать дыхание с ритмом ходьбы и темпом (по ровной дороге примерно на 2-4 шага - вдох, на 3-5 шагов - выдох, на подъеме на 2-3 шага - вдох, на 3-4 шага - выдох). Шаг на подъемах должен быть более коротким, в пути не рекомендуется разговаривать и курить. Независимо от ощущения утомления необходимо делать остановки на 1-3 мин для отдыха, во время которых рекомендуется выполнить 2-3 дыхательных упражнения и упражнения на расслабление мышц ног. По окончании маршрута полезен отдых в положении сидя в течение 15-30 мин. Протяженность маршрута терренкура за день до 3000 метров.

В отсутствие эрозий пищевода для лечения неэрозивного эзофагита возможно назначение половинной дозы ИПП (рабепразол 10 мг, эзомепразол 20 мг). Поддерживающую терапию после заживления эрозий пищевода следует проводить, как минимум, в течение 16–24 недель, у данной пациентки с учетом грыжи ПОД – неопределенно долго.

4. Пациент 56 лет, бывший военный, не курить. Год назад перенес COVID-19 с двухсторонней вирусной пневмонией (объем поражение КТ-3 – 70%). Находился в реанимационном отделении на неинвазиной ИВЛ в течение 2-х недель. Спустя 2 месяца, а затем 6 месяцев по данным компьютерной томографии фиксируется двусторонний умеренно выраженный нижнедолевой фиброз без положительной динамики. Сатурация кислородом стабильно – 92-94%. При спирографии выявлены рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания. ЖЕЛ -80 % от должного, ОФВ1 – без изменений – 90%.

Задание:

Какие физиотерапевтические методы показаны пациенту?

Предложите пациенту варианты санаторно-курортного лечения.

Эталон ответа:

Больному показаны репаративно-регенеративные методы физиотерапии:

Пелоидотерапия. Лечебную грязь накладывают ровным слоем толщиной 3-4 см на грудную клетку, затем этот участок укутывают непроницаемым материалом и одеялом. Температура иловых грязей 40 °C, торфяных - 40-42 °C. Парафин нагревают соответственно до 55-65 и 50 °C в водяной бане, термостате или в парафинонагревателе. Применяется 5-10 процедур длительностью 25-30 мин.

Инфракрасная лазеротерапия. Методика контактная по зонам: середина грудины, зоны Кренига, межлопаточная область паравертебрально и на зону проекции воспалительного очага (имеются другие схемы зон). Используют инфракрасное лазерное излучение (длина волны 0,89-1,2 мкм): непрерывное мощностью 40-60 мВт, импульсное мощностью 3-5 Вт, частотой 80 Гц, по 1-2 мин на одну зону, до 12-

15 мин, ежедневно. Курс 10 процедур.

Низкочастотная магнитотерапия. Используют магнитные поля с магнитной индукцией не более 100 мТл и частотой 0,125-1000 имп./с; на поверхности индукторов магнитная индукция 10-33 мТл. ПуМП в частотном диапазоне 0,17-30 имп./с с магнитной индукцией не более 30 мТл, генерирующее магнитное поле с частотой 12-25 имп./с и индукцией до 30 мТл. Индукторы устанавливают в проекции легких продольно или поперечно, дозируя процедуры по величине магнитной индукции. Проводят 15-20 ежедневных процедур продолжительностью по 15-20 мин.

На санаторное-курортное лечение больные направляются в климатолечебные приморские курорты (Анапа, Геленджик, Ейск, Зеленогорск), курорты с сухим климатом (Байрам-Али, Чинабад), лесостепной зоны (Вешенский, Карабарово, Молтаево), горные курорты (Кармадон, Теберда).

5. У пациентки Р., 63 лет в ходе планового обследования выявлены изменения по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости: ультразвуковые признаки диффузных изменений печени по типу жирового гепатоза. На момент осмотра жалоб не предъявляет. В анамнезе: Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск ССО 3 (высокий); Экзогенно-конституциональное ожирение I степени. Хронический аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз. Вирусные гепатиты, злоупотребление алкоголем, контакт с токсическими веществами, употребление биологически активных веществ отрицает. Лекарственный анамнез: Лозартан, Аторвастатин, Кардиомагнил, L-тироксин. Больной назначены обследование и медикаментозная терапия.

Задание:

Дайте рекомендации по коррекции питания.

Измените образ жизни больной с уточнением физической активности и периодичности обследования

Эталон ответа: Пациентам с неалкогольной жировой болезнью печени следует рекомендовать средиземноморскую диету, включающую в себя оливковое масло, овощи, фрукты, орехи, бобовые, цельнозерновые, рыбу и морепродукты. Больным необходимо ограничить содержание красного мяса, обработанных пищевых продуктов, сахара и рафинированных углеводов. В связи с наличием избыточной массы тела рекомендована гипокалорийная диета (ежедневная калорийность питания должна быть снижена на ≥ 500 ккал/день от физиологической потребности).

6. Из детской поликлиники под Ваше диспансерное наблюдение перешел пациент Ш., 18 лет с диагнозом: Целиакия с преобладанием диареи. Проведите с пациентом беседу об особенностях диеты при его заболевании.

Задание:

Назначьте диетотерапию

Эталон ответа: Основным и единственным методом лечения данного заболевания является пожизненная строжайшая диета с исключением всех продуктов, содержащих глютен — ячменя, овса, пшеницы, ржи. Больные целиакией могут безопасно употреблять в пищу рис, бобовые, гречку, кукурузу, мясо, рыбу, птицу, овощи, фрукты, яйца и молочные продукты. Особого внимания заслуживают продукты, содержащие в составе скрытый глютен. Скрытый глютен содержится в колбасах, сосисках, мясных полуфабрикатах и консервах, рыбных полуфабрикатах и консервах; в пастах и соусах; йогуртах, майонезах и маргаринах с глютен-содержащими стабилизаторами; концентрированных сухих супах и бульонных кубиках; некоторых видах растворимых напитков и продуктов быстрого приготовления; кукурузных хлопьях при использовании ячменной патоки; в имитированных морепродуктах (крабовые палочки и др.); квасе и некоторых алкогольных напитках. Полные перечни разрешенных для употребления больными целиакией продуктов обычно публикуются на специальных официальных сайтах обществ больных целиакией в каждой стране после проведения специального анализа продукта на содержание в нем скрытого глютена. Недопустимыми для больных целиакией являются продукты с содержанием глютена более 1 мг на 100 г продукта. Однако безглютеновая диета, исключающая из рациона злаковые компоненты, приводит к дефициту микроэлементного состава и витаминов, требующего своевременной коррекции.

7. Пациентка С., 30 лет явилась на повторный прием к участковому терапевту после курса медикаментозной терапии по поводу Желчнокаменной болезни: Билиарного сладжа. На контрольном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости патология не выявлена. Однако, несмотря на

эффективность проведенного лечения, больная высказывает переживания по поводу возможности повторного возникновения билиарного сладжа и интересуется методами немедикаментозной профилактики заболевания.

Задание: дайте рекомендации по коррекции питания и образа жизни

Эталон ответа: калорийность рациона должна быть умеренной, прием пищи — дробным (5–6 раз в день с перерывами не более 4–5 ч, за исключением ночи). Целесообразно употреблять продукты, обогащенные пищевыми волокнами (свежие фрукты и овощи), злаками (зерновой хлеб, овес, коричневый рис, продукты с отрубями), полезны фасоль и чечевица, из мясных продуктов следует отдавать предпочтение содержащим меньшее количество жира — курице, индейке (без кожи), потребляемая рыба должна быть не слишком жирной. Кисломолочные продукты лучше выбирать с пониженным содержанием жира, а употребление молочных продуктов свести к минимуму. Следует избегать жареных блюд, копченостей, выпечки и пищи, богатой простыми углеводами. Также необходима регулярная физическая активность для предотвращения увеличения массы тела.

8. Пациент А., 30 лет обратился с жалобами на периодически возникающую изжогу, которая купируется после приема Ренни, периодически возникающий привкус кислого во рту. Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые стал отмечать редкие эпизоды изжоги, частота которых существенно увеличилась в последние полгода. За этот год пациент прибавил в весе 7 кг (рост 180 см, вес 95 кг), в связи с чем начал тренироваться в спортивном зале. Курит в течение 7 лет по 10-15 сигарет в день. Других хронических заболеваний нет. При объективном осмотре живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. По остальным органам и системам без особенностей. Больному даны рекомендации по обследованию и медикаментозной терапии.

Задание: дайте рекомендации по коррекции питания и образа жизни

Эталон ответа: необходимо нормализовать массу тела и отказаться от курения. Следует избегать переедания, последний прием пищи должен быть не позднее, чем за два часа до сна. Питание должно быть трех-, четырехразовое, необходимо избегать «перекусов». Важно максимально избегать ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление (например, ношения тугих поясов, бандажей, поднятия тяжестей более 8–10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса). Поднятие изголовья кровати необходимо, если изжога беспокоит в лежачем положении. Целесообразно избегать употребления томатов в любом виде, кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жирной пищи, шоколада, кофе. Необходимо максимально ограничить употребление алкоголя, очень горячей или холодной пищи и газированных напитков.

9. Пациентка М., 52 лет находится на диспансерном наблюдении с диагнозом: Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск ССО 3 (высокий). Из анамнеза известно, что больная курит в течение 20 лет по 3-5 сигарет в день. Пациентке назначена адекватная медикаментозная терапия.

Задание: дайте рекомендации по коррекции питания и образа жизни

Эталон ответа: пациентке следует рекомендовать ограничение употребления соли (< 5 г/сут.) и алкоголя (<8 ед./нед.). Необходимо увеличить употребление овощей и свежих фруктов (300-400 г/сут.), рыбы (не реже 2 раз/нед.), орехов, ненасыщенных жирных кислот (оливкового масла), молочных продуктов низкой жирности и уменьшить употребление мяса. Следует поддерживать нормальную массу тела. Рекомендуются регулярные аэробные физические упражнения длительностью не менее 30 мин умеренной интенсивности 5-7 дней в неделю (ходьба, скандинавская ходьба, езда на велосипеде, плавание, фитнес). Необходимо отказаться от курения. (Клинические рекомендации Артериальная гипертензия у взрослых, 2022).

10. Пациентка 26 лет обратилась к участковому терапевту для решения вопроса о возможности прохождения ей санаторно-курортного лечения хронического пиелонефрита. На момент осмотра жалоб не предъявляет. Больная страдает хроническим пиелонефритом в течение 10 лет, последнее обострение год назад. Результаты анализов и ультразвукового исследования почек в норме.

Задание: выскажитесь о возможности санаторно-курортного лечения, показаниях и противопоказаниях

к его проведению

Эталон ответа: возможно проведение санаторно-курортного лечения. Санаторно-курортное лечение хронического пиелонефрита показано вне обострения и при отсутствии хронической почечной недостаточности в Трускавце, Ессентуках, Железноводске, Саирме.

11. Пациентка 19 лет обратилась к участковому терапевту сразу после выписки из стационара, где она проходила лечение по поводу Язвенной болезни желудка. Считается себя больной в течения 5 лет, когда впервые был установлен диагноз. Заболевание протекает с рецидивами 1-2 раза в год, без осложнений. На момент осмотра жалоб не предъявляет. На контрольной эзофагогастроудоденоскопии язва не определяется. Больная интересуется возможностью прохождения санаторно-курортного лечения.

Задание: выскажитесь о возможности санаторно-курортного лечения, показаниях и противопоказаниях к его проведению

Эталон ответа: санаторно-курортное лечение следует отложить на 2-3 месяца. Пациентам с язвенной болезнью рекомендуется прохождение санаторно-курортного лечения через 2–3 месяца после стихания обострения в санаториях Дорохово, Ессентуки, Железноводск, которое включает в себя грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, питье щелочных минеральных вод. Противопоказаниями к санаторно-курортному лечению являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом привратника, повторными кровотечениями, пенетрацией язвы, имевшими место в предыдущие 8-10 месяцев, подозрение на малигнизацию язвы, болезнь Золлингера-Эллисона.

12. У пациентки К., 33 лет в биохимическом анализе крови выявлено повышение глюкозы (до 6,7 ммоль/л). На момент осмотра жалоб не предъявляет. Не курит, алкоголь не употребляет, с токсическими веществами не контактирует. Хронические заболевания отрицает. Лекарственные препараты и биологически активные добавки не принимает. При объективном осмотре рост 165 см, вес 120 кг. Живот мягкий, безболезненный, печень по Курлову 12x11x10 см, селезенка не увеличена. По остальным органам и системам без особенностей. HBsAg, Ат к HCV – отрицательные. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости: ультразвуковые признаки диффузных изменений в печени по типу жирового гепатоза, диффузные изменения поджелудочной железы по типу липоматоза. Больной даны рекомендации по обследованию и медикаментозной терапии.

Задание: дайте рекомендации по физической активности

Эталон ответа: пациентке может быть рекомендована скандинавская ходьба 2–3 раза в неделю по 30–60 мин. на протяжении 6 месяцев и более. Также имеются данные об эффективности высокointенсивных интервальных тренировок на велоэргометре 3 раза в неделю в течение 12 недель.

13. Пациент С., 20 лет находится на диспансерном наблюдении с диагнозом: Бронхиальная астма, аллергическая (бытовая, грибковая, пищевая аллергия), средней степени тяжести, персистирующая, контролируемая. Большой высказывает желание поехать на санаторно-курортное лечение и интересуется какие курорты показаны при его заболевании.

Задание: выскажитесь о возможности санаторно-курортного лечения, показаниях и противопоказаниях к его проведению

Эталон ответа: возможно проведение санаторно-курортного лечения. Больных бронхиальной астмой (аллергической, неаллергической, смешанной, легкого и среднетяжелого течения, контролируемой и частично контролируемой, при наличии дыхательной недостаточности не выше I степени) направляют в санаторно-курортные организации, на климатические и бальнеологические (с углекислыми, хлоридно-натриевыми водами) курорты. Противопоказания к санаторно-курортному лечению служат бронхиальная астма с часто повторяющимися и тяжелыми приступами, а также купируемыми приступами средней тяжести, без стойкой стабилизации процесса даже на фоне базисной терапии.

ОПК-7

Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

Задания в тестовой форме
Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ
1) в виде электронного документа
2) на бумажном носителе
3) в виде электронного документа и на бумажном носителе

Эталон ответа: 3

2. ПРИЧИНОЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОГУТ БЫТЬ
1) проведение медико-социальной экспертизы
2) проведение судебно-медицинской экспертизы
3) лечение в санаторно-курортных организациях
4) смерть родственника первой линии

Эталон ответа: 1, 3

3. СВЯЩЕНОСЛУЖИТЕЛЯМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
1) выдается
2) не выдается

Эталон ответа: 1

4. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЮТ
1) лечащие врачи
2) врачи скорой помощи
3) врачи скорой специализированной помощи
4) зубные врачи

Эталон ответа: 1, 4

5. ФОРМИРОВАНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОНОГО ДОКУМЕНТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ
1) паспорта
2) водительского удостоверения
3) страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
4) полиса обязательного медицинского страхования

Эталон ответа: 1, 3

6. ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ
1) паспорта
2) водительского удостоверения
3) страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
4) обязательного медицинского страхования (ОМС)

Эталон ответа: 1

7. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ФОРМИРУЕТСЯ
1) в день признания его временно нетрудоспособным
2) на следующий день признания его временно нетрудоспособным
3) по окончании его временной нетрудоспособности

Эталон ответа: 1

8. В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ ГРАЖДАН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ЗА ГРАНИЦЕЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМ
1) выдается
2) не выдается

Эталон ответа: 1

9. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ФОРМИРУЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ ДО ___ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- 1) 7
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

Эталон ответа: 3

10. ФЕЛЬДШЕР ИЛИ ЗУБНОЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ФОРМИРУЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ НА ___ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- 1) 7
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

Эталон ответа: 2

11. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ___ МЕСЯЦЕВ

- 1) 6
- 2) 8
- 3) 10
- 4) 14

Эталон ответа: 3

12. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, НАПРАВИВШАЯ ГРАЖДАНИНА ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ДРУГУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ФОРМИРУЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ С УЧЕТОМ ЧИСЛА ДНЕЙ, НЕОБХОДИМЫХ, ЧТОБЫ

- 1) доехать в другую медицинскую организацию
- 2) вернуться домой
- 3) провести курс лечения в другой медицинской организации

Эталон ответа: 1

13. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ЕЖЕГОДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА

- 1) выдается
- 2) не выдается

Эталон ответа: 1

14. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1) только на проезд туда и обратно
- 2) только на период лечения в санаторно-курортной организации
- 3) на время лечения и проезда к месту лечения и обратно

Эталон ответа: 3

15. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ___ МЕСЯЦА(ЕВ)

- 1) одного
- 2) двух
- 3) трех
- 4) четырех

Эталон ответа: 4

16. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (БМСЭ) ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ДАТОЙ

НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ДАТЕ

- 1) направления документов в БМСЭ
- 2) регистрации документов в БМСЭ
- 3) проведения заседания БМСЭ
- 4) установления группы инвалидности

Эталон ответа: 2

17. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ НЕ УСТАНОВЛЕНА, А ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СОХРАНЯЕТСЯ, ТО ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ РЕШЕНИЕМ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- 1) до восстановления трудоспособности
- 2) до повторного направления на медико-социальную экспертизу
- 3) по желанию пациента
- 4) на срок не более 1 месяца

Эталон ответа: 1, 2

18. ПРИ ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЭТОТ ДЕНЬ

- 1) продлевается на 1 мес.
- 2) не продлевается
- 3) закрывается к труду
- 4) продлевается на 15 дней

Эталон ответа: 2

19. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА НА ЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- 1) стационара
- 2) санаторно-курортной организации
- 3) поликлиники

Эталон ответа: 2

20. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРАЖДАНИНА, ПОСТРАДАВШЕГО В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) на весь период медицинской реабилитации
- 2) на срок проезда к месту лечения и обратно
- 3) до восстановления трудоспособности
- 4) до направления на медико-социальную экспертизу

Эталон ответа: 1, 2

21. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ РЕШЕНИЕМ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- 1) стационара
- 2) санаторно-курортной организации
- 3) поликлиники

Эталон ответа: 2

22. В СЛУЧАЕ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ЛИЦУ, ФАКТИЧЕСКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД,

- 1) одному из членов семьи
- 2) соседям
- 3) иному родственнику
- 4) знакомым

5) опекуну или попечителю

6) сотрудникам

Эталон ответа: 1, 3, 5

23. ЕСЛИ ЧЛЕНУ СЕМЬИ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ, ТО ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ВЫДАЕТСЯ НЕ БОЛЕЕ ____ ДНЕЙ

1) 3

2) 5

3) 7

4) 9

Эталон ответа: 3

24. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ВЫДАЕТСЯ НА ВЕСЬ ПЕРИОД

1) одному человеку

2) попеременно разным лицам

3) одному или попеременно разным лицам

Эталон ответа: 3

25. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ОДНОВРЕМЕННО ДВУХ И БОЛЕЕ ДЕТЕЙ ФОРМИРУЕТСЯ ____ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1) один

2) для каждого отдельный

Эталон ответа: 1

Ситуационные задачи

Задача 1

Оформите листок нетрудоспособности пациентке Кочкиной Надежде Павловне, 48 лет, ткачихе ОАО «Тверская мануфактура», находящейся под наблюдением участкового терапевта поликлиники №1 ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665) по поводу бронхиальной астмы с 21 сентября по 15 октября 2023 г.

Особенности оформления ЛН

Оформляются два ЛН, так все дни на одном не умещаются.

Первый ЛН

В графе освобождение от работы указываются даты за подписью лечащего врача:

1) в первой строке пишутся даты, например, 21.09.23 – 25.09.23

2) во второй строке пишутся даты 26.09.23 – 30.09.23

3) в третьей строке пишутся даты 01.10.23 – 05.10.23

На приеме 05.10.23 в строке «Иное» – указать код (31), что продолжает болеть, и дату 05.10.23.

В строке «Выдан листок нетрудоспособности (продление)» указать номер нового ЛН.

ЛН закрывается.

Второй ЛН

В строке продолжение ЛН указывается номер первого ЛН.

В графе «Освобождение от работы» за подписью лечащего врача и председателя ВК в первой строке пишутся даты 06.10.23 – 15.10.23.

Остальные две строки зачеркиваются.

В строке «Приступить к работе» указывается 16.10.24 г.

Задача 2

Оформите ЛН пациентке Васиной Инне Никитичне, 52 лет, бухгалтеру ОАО «Тверская мануфактура», находящейся на лечении в дневном стационаре ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5 ОГРН 1026900546639) с 22 по 29 августа (врач А.И. Дудин), далее под Вашим наблюдением (участковый терапевт той же медицинской организации) по поводу ревматоидного

артрита. Выписана к труду 11 октября 2023 г.

Особенности оформления ЛН

Дата выдачи ЛН – это дата выписки больного из стационара.

Заполняется графа «Находился в стационаре».

В графе «Освобождение от работы» пишутся даты:

- 1) в первой строке 22.10.23 и 29.10.23 за подписью лечащего врача
- 2) во второй строке 30.10.23 по 31.10.23 за подписью лечащего врача и председателя ВК
- 3) в третьей строке 01.11.23 и 05.10.23 за подписью участкового врача-терапевта.

На приеме 05.11.23 в строке «Иное» – указать код, что продолжает болеть, и дата 05.11.23.

В строке «Выдан листок нетрудоспособности (продление)» указать номер нового ЛН.

ЛН закрывается.

Второй ЛН

В строке продолжение ЛН указывается номер первого ЛН.

В графе освобождение от работы за подписью лечащего врача и председателя ВК в первой строке пишутся даты 06.11.23 – 11.11.23.

Остальные две строки зачеркиваются.

В строке «Приступить к работе» ставится 12.11.24 г.

Задача 3

Оформите ЛН пациенту Богданову Григорию Степановичу, 42 лет, слесарю ООО УК «Еськи» по поводу гриппа средней тяжести с 13 сентября по 22 сентября 2023 г. в качестве участкового терапевта поликлиники №1 ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665), если 17 сентября на назначенный прием он явился нетрудоспособным в состоянии алкогольного опьянения легкой степени.

Особенности оформления ЛН

В строке «Нарушение режима» указывается код нарушения (23) и дата 17.09.23.

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 13.09.23 и 17.09.23 за подписью лечащего врача
- 2) во второй строке 18.09.23 и 22.09.23 за подписью лечащего врача
- 3) в строке три – прочерк.

ЛН закрывается. В строке «Приступить к работе» ставится 23.09.23 г.

Задача 4

Матвеев Алексей Станиславович, 37 лет, инженер ОАО «Метсвармаш», 9 сентября 2023 г. обратился к участковому терапевту поликлиники №1 ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665). Установлен диагноз: ОРВИ с ведущим катаральным синдромом, средней степени тяжести. Оформите ЛН с 9 по 16 сентября 2022 г., если на назначенный прием 12 сентября он не явился, а явился 13 сентября нетрудоспособным.

Особенности оформления ЛН

В графе «Нарушение режима» указывается код нарушения (24) и дата 12.09.23.

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 09.09.23 и 12.09.23 за подписью лечащего врача
- 2) во второй строке 13.09.23 и 16.09.23 за подписью лечащего врача
- 3) в третьей строке – прочерк.

ЛН закрывается. В строке «Приступить к работе» ставится 23.09.23.

Задача 5

Оформите ЛН гражданке Савельевой Варваре Викторовне, 44 лет, учителю МОУ СОШ №15 по уходу за отцом Полетаевым Виктором Ильичом, 68 лет, который проходил стационарное лечение по поводу острого инфаркта миокарда, выписан под амбулаторное наблюдение участкового терапевта и нуждается в постороннем уходе с 14 сентября по 21 сентября 2022 г. Вы – участковый терапевт МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665), а председателем ВК является И.И. Потифарова.

Особенности оформления ЛН

По уходу за взрослым членом семьи допустимо оформление ЛН до 7 дней. Поэтому в первой строке указывается с 14 по 20.09.2022 г. за подписью лечащего врача. К труду с 21.09.2022 г. Подпись председателя ВК не нужна, а вторая и третья строки зачеркиваются.

Задача 6

В поликлинику ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) 15 сентября 2022 г. обратилась Смирнова Илона Алексеевна, 28 лет, инспектор Межрайонной инспекции ФНС РФ №5 по Тверской области, по поводу заболевания сына, Смирнова Константина Вадимовича, 7 лет. Был установлен диагноз: ОРВИ, средней степени тяжести, ребенок является инвалидом детства. Вы работаете врачом общей практики в поликлинике. Оформите ЛН по уходу за ребенком с 15 по 22 сентября 2023 г.

Особенности оформления ЛН

Делаются отметки в строке по уходу, заполняются поля ФИО, возраст ребенка, родственная связь.

В графе освобождение от работы за подписью лечащего врача указывается:

- 1) в первой строке 15.09.23 – 19.09.23.
- 2) вторая строка 20.09.23 – 22.09.23.
- 3) третья строка зачеркивается.

В строке «Приступить к работе» указывается 23.10.23 г.

Задача 7

Соловьев Денис Андреевич, 34 лет, инженер ЗАО «Вымпел», обратился 10 ноября 2023 г. к участковому терапевту ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) в связи с утратой ЛН, выданного ему по поводу очаговой левосторонней нижнедолевой пневмонии средней степени тяжести с 28 сентября по 14 октября 2023 г. (проходил амбулаторное лечение). Оформите дубликат ЛН для представления его к оплате.

Особенности оформления

В квадрате Дубликат пишется знак «V».

В строке дата выдачи указывается 10.11.23.

В графе освобождение от работы одной строкой указываются даты 28.09.23 и 14.10.23 за подписью лечащего врача и председателя ВК. Остальные строки зачеркиваются.

В графе «Приступить к работе» – 15.10.23.

Задача 8

9 сентября 2023 г. к участковому терапевту ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) обратился Прядкин Савелий Александрович, 46 лет, безработный, состоящий на учете в территориальных органах труда и занятости населения. Был установлен диагноз: первичная фолликулярная ангина, средней степени тяжести. Оформите ЛН с 9 по 15 сентября 2023 г. для представления его к оплате.

Особенности оформления ЛН

Безработным, в том числе состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения, ЛН не выдается.

Задача 9

Больной Комков Юрий Алексеевич, 49 лет, инженер ОАО «Импульс», находился на лечении в стационаре МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665) с 21.06.23 г. по 04.07.23 г. с явкой к участковому врачу-терапевту 06.07.23 г., так как трудоспособность не восстановилась. 10.07 признан трудоспособным. Оформите ЛН для получения пособия. Вы – участковый терапевт.

Особенности оформления ЛН

В графе «Находился в стационаре» указываются даты 21.06.23 и 04.07.23. Они же указываются и в первой строке графы «Освобождение от работы» за подписью лечащего врача.

Во второй строке графы «Освобождение от работы» указываются даты 05.07.23 и 06.07.23 за подписью лечащего врача и председателя ВК.
В третьей строке графы «Освобождение от работы» указываются даты 07.07.23 и 10.07.23. за подписью участкового врача-терапевта и пред. ВК поликлиники.
Выписать к труду с 11.07.23 г.

Задача 10

К Вам на прием 18.09.2023 обратилась Иванова Мария Сергеевна, 23 лет, швея ООО «Силуэт», беременная в сроке 29 недель. Беременность протекает физиологически. Взята на учет по беременности в сроке 9 недель. Определите дату выхода в отпуск по беременности и родам, оформите ЛН. Вы – врач общей практики МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665).

Особенности оформления ЛН

ЛН оформляется при сроке 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов) за подписью врача общей практики (без ВК).

ОПК-8

Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Синдром мальдигестии характеризуется (2)

- 1) снижением уровня кальция в крови, остеопорозом
- 2) метеоризмом, урчанием, распирающими болями в области пупка
- 3) гипопротеинемией и анемией
- 4) непереносимостью молока, полифекалией

Эталон ответа: 3, 4

2. Для энтерального копрологического синдрома характерно (1)

- 1) сочетание стеатореи, креатореи и амилореи с полифекалией
- 2) отсутствие пищевых остатков, кишечный эпителий, лейкоциты, обильная йодофильная флора
- 3) ахоличный стул, много жирных кислот, мыл
- 4) стул в виде мелены

Эталон ответа: 2

3. При колоноскопии у больных язвенным колитом чаще всего обнаруживают (1)

- 1) проктосигмоидит
- 2) парапроктит
- 3) тотальный колит
- 4) спринктерит

Эталон ответа: 1

4. Клинические критерии тяжести язвенного колита (4)

- 1) развитие кишечных и внекишечных осложнений
- 2) выраженность колитического синдрома
- 3) лихорадочная реакция
- 4) степень интоксикации

5) наличие спринктерита

Эталон ответа: 1, 3, 4, 5

5. Мегаколон, болезнь Гиршпунга - это (1)

- 1) удлинение толстого кишечника, дополнительные петли
- 2) гранулематозно-воспалительно-язвенное поражение различных отделов пищеварительной тракта, чаще всего илеит
- 3) хроническое заболевание с язвенно-деструктивными изменениями прямой и ободочной кишки с прогрессирующим течением
- 4) врожденное или приобретенное значительное расширение диаметра толстой кишки

Эталон ответа: 1

6. Болезнь Крона - это (1)

- 1) удлинение толстого кишечника, дополнительные петли
- 2) гранулематозно-воспалительно-язвенное поражение различных отделов пищеварительной тракта, чаще всего илеит
- 3) хроническое заболевание с язвенно-деструктивными изменениями прямой и ободочной кишки с прогрессирующим течением
- 4) врожденное или приобретенное значительное расширение диаметра толстой кишки

Эталон ответа: 2

7. Копрологические изменения, типичные для синдрома секреторной желудочной недостаточности (1)

- 1) полифекалия, стеато-, креато-, амилорея
- 2) ахоличный кал, много жирных кислот, мыл
- 3) зловонный кал, разнощелочной реакции, переваренная клетчатка, мышечные волокна, бактерии
- 4) пенистый кал резко кислой реакции, амилорея, дрожжи
- 5) в большом количестве переваренная клетчатка, обильная иодофильная флора

Эталон ответа: 3

8. Для синдрома панкреатической недостаточности характерно (1)

- 1) кал плохо смывается, креато-, стеаторея
- 2) ахоличный кал, много жирных кислот, мыл
- 3) зловонный кал, разнощелочной реакции, переваренная клетчатка, мышечные волокна, бактерии
- 4) в большом количестве переваренная клетчатка, обильная иодофильная флора

Эталон ответа: 1

9. Для синдрома бродильной диспепсии характерно (1)

- 1) зловонный кал, разнощелочной реакции, переваренная клетчатка, мышечные волокна, бактерии
- 2) пенистый кал резко кислой реакции, амилорея, дрожжи
- 3) полифекалия, стеато-, креато-, амилорея
- 4) в большом количестве переваренная клетчатка, обильная иодофильная флора
- 5) слизь, кишечный эпителий, иногда кровь, пище-вых остатков нет

Эталон ответа: 2

10. При болезни Крона эндоскопическое исследование обнаруживает (1)

- 1) картину слизистой в виде «бульжной мостовой»
- 2) отсутствие сосудистого рисунка
- 3) точечные геморрагии слизистой
- 4) просовидные абсцессы слизистой

Эталон ответа: 1

11. Наиболее часто ВЗК заболевают (1)

- 1) дети
- 2) 20-30-летние лица
- 3) люди пожилого и старческого возраста.

Эталон ответа: 2

12. Препараты с антидиарейным действием (1)

- 1) церукал
- 2) имодиум
- 3) реасек

- 4) бисакодил
- 5) сенадексин
- 5) мотилиум

Эталон ответа: 1

13. Препараты с послабляющим действием (3)

- 1) церукал
- 2) имодиум
- 3) бисакодил
- 4) сенадексин
- 5) сернокислая магнезия
- 6) мотилиум

Эталон ответа: 3, 4, 5

14. «Шум плеска» над желудком, выявленный спустя 8 часов после приема пищи - признак (2)

- 1) гипо-, атонии желудка
- 2) пилоростеноза
- 3) дуоденальной язвы
- 3) кишечной непроходимости

Эталон ответа: 1, 2

15. Основные проявления недостаточности кардии (2)

- 1) изжога
- 2) ощущение переполнения желудка
- 3) регургитация
- 4) «голодные» боли в эпигастрии

Эталон ответа: 1, 3

16. Клинические симптомы, свидетельствующие о секреторной недостаточности желудка (3)

- 1) отрыжка тухлым
- 2) снижение аппетита
- 3) непереносимость молока
- 4) изжога

Эталон ответа: 1, 2

17. Противопоказания к проведению ЭГДС (2)

- 1) предполагаемое желудочное кровотечение
- 2) шок, коллапс, острые фазы инфаркта миокарда
- 3) выраженный рвотный рефлекс
- 4) аневризма аорты

Эталон ответа: 2, 4

18. Для функциональных расстройств желудка характерно (2)

- 1) преобладание диспептических расстройств
- 2) «голодные» боли в эпигастрии
- 3) локализованная болезненность в пилородуоденальной области
- 4) гиперемия, отек и утолщение складок слизистой желудка
- 5) возникновение заболевания в молодом возрасте

Эталон ответа: 1, 5

19. При перфорации гастродуоденальной язвы желудка (3)

- 1) рентгенологически определяется свободный газ в брюшной полости
- 2) рентгенологически обнаруживаются «чаши Клойбера» с уровнем жидкости
- 3) перкуссия живота выявляет феномен исчезновения печеночной тупости
- 4) картина разлитого перитонита развивается через 6—8 часов после прободения

Эталон ответа: 1, 3, 4

20. Предупредить НПВП-гастропатию при длительном применении нестероидных противовоспалительных средств можно (2)
- 1) не принимая их натощак
 - 2) принимая их одновременно с ингибиторами протонной помпы
 - 3) принимая их одновременно с синтетическими простагландинами
 - 4) принимая их одновременно с антацидами

Эталон ответа: 1, 2

Контрольные задания

1. УКАЖИТЕ НЕОБХОДИМЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ, ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ.

Женщина 36 лет, мастер маникюра. С детства страдает пищевой аллергией на цитрусовые и орехи. 2 года назад поставлен диагноз «бронхиальная астма», получает сальбутамол ингаляционно. Муж пациентки курильщик.

Эталон ответа. Учитывая аллергическую природу бронхиальной астмы и работу мастером маникюра (контакт с пылью, лаками, кремами) необходимо рекомендовать смену профессиональной деятельности для исключения прогрессирования и декомпенсации бронхиальной астмы. Также необходимо провести беседу с супругом пациентки о прекращении курения, а при невозможности отказа от этой вредной привычки.

2. ВЫЯВИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБРАЗУ ЖИЗНИ И ВЫБОРУ ПРОФЕССИИ С УЧЕТОМ ДАННЫХ АНАМНЕЗА

Молодой человек 22 лет проходит профосмотр перед трудоустройством на работу водителем автобуса. Известно, что мама и тетя гипертоники, бабушка умерла в 59 лет от ишемического инсульта. У отца язвенная болезнь ДПК. Сам обследуемый имеет массу тела 96 кг, ведет малоактивный образ жизни, мало спит, два-три раза в неделю выпивает по бутылке пива.

Эталон ответа. У данного молодого человека отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы и язвенной болезни; избыточный вес, гиподинамия, вредные привычки. При выборе профессии нужно учитывать эти факторы: водитель автобуса работает в условиях с психоэмоциональным перенапряжением, нерегулярным режимом питания, статичным положением тела на протяжении многих часов. Рекомендуется снизить вес, продумать спортивные нагрузки, отказаться от вредных привычек и нормализовать сон.

3. ДАЙТЕ СОВЕТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПО ВЫБОРУ МЕТОДА КОНТРАЦЕПЦИИ.

У женщины 38 лет при проведении УЗИ органов брюшной полости выявлен конкремент диаметром 7 мм в желчном пузыре. С целью контрацепции принимает эстрогенсодержащие препараты. Имеет 2-х детей, в следующих беременностях не заинтересована. Матери пациентки проведена лапароскопическая ХЭ по поводу ЖКБ.

Эталон ответа. Эффект эстрогенов заключается в изменении липидного состава желчи. Они стимулируют печеночные липопротеиновые рецепторы, что ведет к усиленному захвату холестерина из пищи, и угнетают секрецию желчных кислот в желчь, что способствует формированию камней. Учитывая наличие камненосительства и отягощенную наследственность по ЖКБ, пациентка должна наблюдаваться у гастроэнтеролога и гинеколога. Должен быть предложен иной способ контрацепции. Например, барьерная (использование презервативов) или установка внутриматочной спирали.

4. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ С УЧЕТОМ ДАННЫХ АНАМНЕЗА

М., 71 год, пенсионерка, инвалид 3 группы, много лет страдает фибрилляцией предсердий, гипертонической болезнью. Ежедневно принимает 100 мг аспирин-содержащий препарат (Тромбо Acc). Последние 3 недели стали беспокоить боли в эпигастрии и постоянная плохо купируемая антацидами изжога, при ЭГДС выявлены множественные эрозии антрального отдела желудка.

Эталон ответа. Для снижения риска осложнений лекарственной терапии, в первую очередь, желудочно-кишечного кровотечения, М. должна быть направлена к кардиологу для решения вопроса о коррекции дозы и необходимости замены Тромбо Acca. Также пациентке должны быть назначены ингибиторы протонной помпы (пантопразол или рабепразол), гастропротекторы – аналоги простагландинов Е

(мизопростол) либо стимуляторы его выработки (ребамипид).

5. УКАЖИТЕ ИМЕЮЩИЕСЯ ФАКТОРЫ РИСКА И ПОРЕКОМЕНДУЙТЕ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИХ УСТРАНЕНИЕ.

Мужчине 49 лет, программисту, в 2020 году установлен диагноз «Дивертикулярная болезнь ободочной кишки». Употребляет много красного мяса и алкоголя, ведет малоподвижный образ жизни, страдает ожирением – вес 113 кг при росте 179 см. Дважды проводились полостные операции на брюшной полости.

Эталон ответа. Факторы риска: ожирение, малоподвижный образ жизни, употребление большого количества мяса и алкоголя, наличие полостных операций (спаечный процесс в брюшной полости), возраст (в возрасте 40-50 лет частота дивертикулярной болезни примерно 10%). Рекомендовано скорректировать пищевой рацион – добавить большое количество клетчатки, пищевых волокон, снизить вес, подобрать оптимальную физическую и спортивную нагрузку, ограничить прием алкоголя.

6. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, УСТАНОВИТЕ ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ.

Женщина 55 лет, парикмахер, страдает деформирующими артрозом коленных суставов. Подобные жалобы отмечает около 3 лет, связывает с набором веса в менопаузу. В 34 года в ДТП получила травму правого коленного сустава с наличием гемартроза. Масса тела 88 кг, рост 163 см, ходит с тростью.

Эталон ответа. Нужно рекомендовать снижение веса, избегать травм суставов. Ежедневная суставная гимнастика, ЛФК, посещение бассейна 2-3 раза в неделю. Возможно санаторно-курортное лечение в санатории, специализирующемся на лечении заболеваний опорно-двигательной системы. Учитывая, что парикмахер работает стоя, страдает ожирением, ее необходимо направить на МСЭК для установления группы инвалидности в связи со стойкой утратой трудоспособности. Показано детальное обследование для планирования операции эндопротезирования коленных суставов.

7. ВЫДЕЛИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ДАННОГО ПАЦИЕНТА И ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА ПО КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ.

У мужчины 55 лет два месяца назад во время диспансерного осмотра впервые выявлено повышение АД до 160/100 мм рт. ст., общий ХС 8,9 ммоль/л, ТГ 3,6 ммоль/л, сахар крови 4,9 ммоль/л. Мать и отец страдали артериальной гипертензией. Назначенную антигипертензивную терапию принимает от случая к случаю, курит по пачке в день. Индекс массы тела 30,8 кг/м².

Эталон ответа. К факторам риска относятся: наследственность по артериальной гипертензии, дислипидемия, ожирение, вредные привычки (курение). Пациенту нужно рекомендовать постоянный прием антигипертензивных средств в соответствии с назначениями врача, гиполипидемическую диету, снижение массы тела, отказ от курения.

8. УКАЖИТЕ, КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НУЖНО ПРОВЕСТИ ПАЦИЕНТКЕ Р., А ТАКЖЕ ПРОФИЛАКТИКУ УКУСОВ КЛЕЩА В ДАЛЬНЕЙШЕМ.

В травмпункт обратилась женщина Р., 30 лет, которая около 5 часов назад, после прогулки на природе обнаружила на шее присосавшегося клеща. Самочувствие удовлетворительное, жалоб нет. Клеща удалили самостоятельно.

Эталон ответа. Необходимо провести экстренную профилактику противоклещевым иммуноглобулином; организовать диспансерное наблюдение в течение 21 день с ежедневной термометрией; снятого клеща нужно сдать на исследование в вирусологическую лабораторию; при появлении симптомов заболевания (повышение температуры, недомогание) экстренная госпитализация в инфекционное отделение.

В дальнейшем, собираясь на природу, нужно одеваться в светлую одежду с длинными рукавами, длинные брюки и закрытую обувь. Пользоваться репеллентами от клещей. Тщательно осматривать одежду и открытые участки тела, собираясь домой. При выезде в эндемичные территории за 2,5 месяца прививаться от клещевого энцефалита.

9. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ, ВЫЗВАВШИЕ ПОДАГРУ. КАКИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДОТВРАЩЕНИЮ РЕЦИДИВОВ ВЫ ПОРЕКОМЕНДУЕТЕ И.

Мужчина И., 51 года, в прошлом хоккеист, неделю назад впервые перенес острый приступ подагры, сейчас беспокоит припухлость и боль большого пальца левой стопы. В анамнезе – частые

профессиональные травмы стоп, переломы пальцев. Гипертензион. Рост 180 см, вес 94 кг. Вредные привычки отрицают. Для поддержания спортивной формы несколько раз в неделю посещает бассейн. Эталон ответа. Предполагаемый триггерный фактор подагры: многочисленные травмы стопы в анамнезе, частые посещения бассейна (влажная среда), избыточный вес. Нужно настойчиво рекомендовать И. снизить вес, подобрать иные виды физической активности (йога, кардиотренировки).

10. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРУДОВОЙ ПРОГНОЗ.

Пациент Б., 58 лет, дальнобойщик, 6 месяцев назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка, стентирование ствола правой коронарной артерии. По данным ЭХО-КГ отмечается нарушение локальной сократимости в нижней стенке левого желудочка, снижение фракции выброса до 48%. Биохимический анализ крови: глюкоза 6,2 ммоль/л, общий холестерин 6,8 ммоль/л, холестерин ЛПНП 4,0 ммоль/л.

Эталон ответа: Вторичная профилактика включает диету с низким содержанием животных жиров, быстрых углеводов. Показана антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота, клопидогрел), гиполипидемическая терапия (аторвастатин, розувастатин), анализ крови на гликированный гемоглобин, консультация эндокринолога. Рекомендовано сменить сферу деятельности ввиду высокой физической и эмоциональной нагрузки.

11. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пациентка М., 75 лет, в течение 2 лет страдает постоянной формой фибрилляции предсердий. Год назад перенесла инфаркт мозга в бассейне левой СМА кардиоэмболического генеза. В анамнезе артериальная гипертензия 2 степени, сахарный диабет в течение 10 лет (принимает метформин).

Эталон ответа: Необходимо оценить риск тромбоэмбологических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc и риск кровотечений по шкале HAS-BLED. Риск тромбоэмбологических осложнений высок, т.к. сумма баллов по шкале CHA2DS2-VASc составляет 7 баллов. Необходимо назначить пероральные антикоагулянты (варфарин под контролем МНО, целевой уровень МНО 2-3), либо новые оральные антикоагулянты (дабигатрана этексилат, ривароксабан). С целью контроля ЧСС – бетаадреноблокаторы (бисопролол, метопролол), контроль гликемии, гиполипидемические средства.

12. ПЕРЕЧИСЛите МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЭНДОКАРДИТА ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА

Пациент Т., 76 лет, прооперирован по поводу приобретенного порока сердца (стеноз устья аорты и недостаточность аортального клапана). Проведено протезирование клапана аорты. Порок развился вследствие ревматизма. Страдает артериальной гипертензией 2 степени. По данным ЭХО-КГ гипертрофия левого желудочка.

Эталон ответа: С целью профилактики развития септического эндокардита рекомендована санация очагов хронической инфекции. Обязательно посещение стоматолога не реже 2 раз в год, гигиеническая чистка зубов 2 раза в сутки. При инвазивных стоматологических манипуляциях (экстракция зуба, интралигаментарная анестезия, имплантация зубов), урологических вмешательствах необходимо проведение антибиотикопрофилактики (амоксициллин однократно 2 грамма либо клиндамицин 600 мг однократно, либо кларитромицин 500 мг однократно).

13. ПЕРЕЧИСЛите МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ АТЕРОСКЛЕРОЗА ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

Пациентка О., 69 лет, в течение 8 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает метформин. Достичь нормального уровня гликемии не удается, в течение дня колебания гликемии составляют 7-15 ммоль/л. При проведении ЭХО-КГ обнаружено уплотнение стенок начального отдела аорты. При УЗДГ экстракраниальных артерий визуализируются гиперэхогенные атеросклеротические бляшки в общих и внутренних сонных артериях со стенозом по диаметру до 60%.

Эталон ответа: Необходима консультация эндокринолога с целью коррекции сахароснижающей терапии. Гиполипидемическая терапия (статины: аторвастатин, розувастатин). Диета №9. Контроль массы тела, артериального давления.

14. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИЮ ПО РАЦИОНАЛЬНОМУ ТРУДОУСТРОЙСТВУ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ДЛЯ ДАННОГО ПАЦИЕНТА

Пациент А., 55 лет, строитель. Работа связана с физическими нагрузками, подъемом и переносом тяжестей. В течение месяца отмечает появление загрудинных болей при физической нагрузке (подъем на 3 этаж). Боли сопровождаются иррадиацией в шею и левую руку, проходят самопроизвольно при

прекращении нагрузки. Ранее не обследовался, лекарственные препараты не принимает. Наследственность отягощена: отец умер в возрасте 57 лет от инфаркта миокарда. Эталон ответа: Необходимо обследование в условиях стационара (вероятен диагноз впервые возникшая стенокардия). Рекомендована велоэргометрия, ЭКГ, ЭХО-КГ, при наличии технической возможности – коронароангиография с возможным стентированием. Рекомендовано сменить сферу деятельности, исключить подъем тяжестей. При установлении диагноза – антиагрегантная терапия, бетаадреноблокаторы, статины, иАПФ.

15. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пациент Г., 58 лет. Жалобы на одышку преимущественно экспираторного характера, приступы кашля с отделением малого количества слизистой мокроты, чувство нехватки воздуха. Курит с 16 лет по 1 пачке в день. По данным спирометрии выявлено нарушение функции внешнего дыхания по смешанному типу, проба с бронхолитиком отрицательная (коэффициент бронходилатации 7%). По данным обзорной рентгенографии органов грудной клетки – эмфизема легких.

Эталон ответа: Диагноз пациента – ХОБЛ. Вторичная профилактика состоит в отказе от курения, своевременном назначении медикаментозной терапии (ингаляционные глюкокортикоиды, М-холинолитики). Рекомендовано проведение дыхательной гимнастики. Обязательна ежегодная рентгенография органов грудной клетки с целью своевременного выявления опухолевых заболеваний (риск для данного пациента высок ввиду большого стажа курения).

16. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЦИОНАЛЬНОМУ ТРУДОУСТРОЙСТВУ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ

Пациентка Д., 48 лет, профессия – дворник. В течение нескольких лет страдает хроническим пиелонефритом, нефрогенной артериальной гипертензией. СКФ 60 мл/мин/1.73 м². Обострение заболевания отмечаются в осенне-зимний период.

Эталон ответа: Необходимо сменить род деятельности, так как работа пациентки связана с переохлаждением. Для профилактики прогрессирования ХБП необходимо лечение артериальной гипертензии (оптимально иАПФ, БРА), контроль креатинина крови и СКФ, по возможности отказ от нефротоксичных методов диагностики и лечения (контрастные диагностические средства на основе гадолиния, антибиотики группы аминогликозидов и т.д.). Своевременное лечение обострений заболевания, диспансерное наблюдение у терапевта, нефролога.

17. ДАЙТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА

Пациент В., 30 лет. 12 лет назад после стрептококкового тонзиллита перенес острый гломерулонефрит. На профилактическом осмотре обнаружены изменения в анализе мочи (микрогематурия, цилиндрурия, микроальбуминурия). Артериальное давление 140/100 мм рт ст. СКФ 80 мл/мин/1.73 м².

Эталон ответа: У пациента вероятно развитие хронического гломерулонефрита. Для уточнения диагноза показана нефробиопсия. Своевременное назначение медикаментозной терапии (глюкокортикоиды, гипотензивные средства). Контроль анализа мочи, креатинина, СКФ. Нефропротективные мероприятия: отказ от нефротоксичных методов диагностики и лечения (контрастные диагностические средства на основе гадолиния, антибиотики группы аминогликозидов и т.д.).

18. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА

Пациент Н., 56 лет. На профилактическом осмотре у терапевта впервые зафиксировано повышение АД до 150/90 мм рт ст, при повторном приеме через 1 неделю АД 155/95 мм рт ст. Пациент курит с 20 лет по половине пачки сигарет в день. ИМТ 29 кг/м². Профессия – индивидуальный предприниматель, отмечает высокий уровень стресса. Оба родителя страдали от гипертонической болезни, отец умер в возрасте 60 лет от ОНМК.

Эталон ответа: Необходимо дообследование с целью уточнения стадии артериальной гипертензии и стратификации риска осложнений. Немедикаментозная терапия артериальной гипертензии: нормализация массы тела, отказ от курения, снижение уровня стресса. Рациональная гипотензивная медикаментозная терапия (при неэффективности немедикаментозной). Коррекция дислипидемии при ее обнаружении.

19. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА У ПАЦИЕНТКИ

Пациентка Т., 63 года, предъявляет жалобы на боли в правом коленном суставе, небольшое ограничение его подвижности и хруст при движениях. ИМТ 31,1 кг/м². В настоящее время пенсионерка, выполняет тяжелую сезонную работу на огороде (подъем и перенос тяжестей, работа в согнутом положении).

Эталон ответа: Коррекция массы тела (умеренные физические нагрузки, гипокалорийная диета с ограничением животных жиров, быстрых углеводов). ЛФК. Диспансерное наблюдение у участкового терапевта и травматолога-ортопеда. Рациональное обезболивание (селективные НПВС по возможности короткими курсами).

Ситуационные задачи

1. Пациент Д., мужчина, 53 лет, без анамнеза сердечно-сосудистых заболеваний испытывал боль и психоэмоциональный стресс в связи с лечением вросшего ногтя, осложнившегося развитием панариция, у хирурга поликлиники. В процессе хирургического лечения у пациента появилась интенсивная загрудинная боль с иррадиацией в левую руку, в связи с чем в хирургический кабинет была вызван дежурный терапевт. При расспросе установлено, что подобные болевые приступы впервые в жизни стали беспокоить в течение последних 2 недель и возникали как при умеренных физических нагрузках, так и при эмоциональном напряжении.

При осмотре: общее состояние пациента средней тяжести, в сознании. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений.

Задание:

Определите диагноз.

Опишите тактику врача

Эталон ответа: у пациента развился приступ стенокардии при ИБС: впервые возникшей стенокардии. Неотложная помощь заключается в обеспечении физического и эмоционального покоя и приеме нитроглицерина сублингвально. Прием нитроглицерина при недостаточном эффекте первой дозы можно повторять каждые 5 минут трехкратно. Поскольку впервые возникшая стенокардия является нестабильной и расценивается как острый коронарный синдром необходимо вызвать скорую помощь для экстренной госпитализации пациента в кардиологическое отделение.

2. Пациент Г., 55 лет, много лет страдающий стабильной стенокардией напряжения 2 функционального класса, испытывал боль и психоэмоциональный стресс в связи с лечением у стоматолога городской поликлиники. В процессе хирургического лечения у пациента появилась интенсивная загрудинная боль с иррадиацией в левую руку, в связи с чем в хирургический кабинет была вызван дежурный терапевт. При расспросе установлено, что болевой приступ по своим характеристикам похож на приступы, которые возникали у пациента ранее. За последний месяц болевые приступы возникали раз в два-три дня при умеренных физических нагрузках (подъем на третий этаж), их частота и интенсивность оставались стабильными.

При осмотре: общее состояние пациента средней тяжести, в сознании. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений.

Задание: Определите клиническую проблему и опишите тактику врача

Эталон ответа: у пациента развился приступ стенокардии при ИБС: стабильной стенокардии напряжения 2 функционального класса.

Неотложная помощь заключается в обеспечении физического и эмоционального покоя и приеме нитроглицерина сублингвально. Прием нитроглицерина при недостаточном эффекте первой дозы можно повторять каждые 5 минут трехкратно. При отсутствии эффекта необходимо вызвать скорую помощь.

3. Пациент С., мужчина, 40 лет, жалобы на периодические головные боли, курит. Работает программистом, физическая активность низкая. Питание нерегулярное с частым употреблением полуфабрикатов, консервов и копченостей. Рост 170 см, вес 85 кг. При повторных визитах к терапевту регистрируется АД 140-145/90-95 мм рт. ст. ЧСС 70 ударов в минуту. В остальном по органам и системам без отклонений. Общий холестерин 5,0 ммоль/л. Клинический анализ крови, сахар в пределах

референсных значений. На ЭКГ признаков ГЛЖ не выявлено, результаты фундоскопии в норме. Уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE 1%.

Задание: Дайте рекомендации по коррекции образа жизни

Эталон ответа: пациенту с артериальной гипертензией 1 степени, относящемуся к категории низкого/умеренного риска без признаков поражения органов-мишеней следует рекомендовать мероприятия по изменению образа жизни с целью нормализации АД и коррекции факторов риска, а именно: уменьшение употребления поваренной соли менее 5 г/сутки, увеличение употребления свежих овощей и фруктов до 300-400 г/сут, а также полиненасыщенных жирных кислот, снижение массы тела до целевых показателей ИМТ 20-25 кг/м², регулярные аэробные физические упражнения не менее 30 минут ежедневно, прекращение курения. Целевой уровень АД составляет 120-130/70-79 мм рт. ст. При отсутствии эффекта от немедикаментозного лечения в течение 3 месяцев следует назначить медикаментозную гипотензивную терапию.

4. Работает экономистом, физическая активность низкая. Питание нерегулярное с частым употреблением полуфабрикатов, консервов и копченостей. Рост 170 см, вес 85 кг. При повторных визитах к терапевту регистрируется АД 140-145/90-95 мм рт. ст. ЧСС 70 ударов в минуту. В остальном по органам и системам без отклонений. Общий холестерин 7,0 ммоль/л. Клинический анализ крови, сахар и липопротеиды в крови в пределах референсных значений. На ЭКГ выявлены признаки гипертрофии левого желудочка, при фундоскопии выявлены признаки ретинопатии. Уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE 6%.

Задание:

Определите тактику врача в данной клинической ситуации

Эталон ответа: пациенту с артериальной гипертензией 1 степени, относящемуся к категории высокого риска с поражением органов-мишеней следует рекомендовать мероприятия по изменению образа жизни с целью нормализации АД и коррекции факторов риска, а именно: уменьшение употребления поваренной соли менее 5 г/сутки, увеличение употребления свежих овощей и фруктов до 300-400 г/сут, а также полиненасыщенных жирных кислот, снижение массы тела до целевых показателей ИМТ 20-25 кг/м², регулярные аэробные физические упражнения не менее 30 минут ежедневно, прекращение курения. Также следует немедленно начать медикаментозную гипотензивную терапию. Целевой уровень АД составляет 120-130/70-79 мм рт. ст. В качестве стартовой терапии предпочтительна фиксированная комбинация антигипертензивных препаратов, включающая блокатор ренин-ангиотензиновой системы (РААС) (ингибитор АПФ или БРА) и дигидропиридиновый антагонист кальция или диуретик.

5. Больная Т., 55 лет, предъявляет жалобы на слабость, головные боли в затылочной области, тошнота, снижение количества выделяемой мочи. Около 10 лет назад при профилактическом медицинском осмотре были выявлены изменения в моче в виде микрогематурии, (гематурия), после чего больная не обследовалась и не лечилась. В течение последних 6 месяцев отмечает стойкое повышение АД, снижение остроты зрения.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, Кожные покровы бледные сухие, со следами расчесов. ЧД - 18 в мин. В лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 170/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 84 в минуту. Пальпация живота безболезненная, перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания отрицательный.

Общий анализ крови: эритроциты - 3,2×1012/л, гемоглобин - 106 г/л, цветовой показатель - 0,78, лейкоциты - 7,2×109/л (лейкоцитарная формула без особенностей), СОЭ - 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1009, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты 5-7 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения, белок 0,2 г/л. Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,5 ммоль/л, мочевина - 10,7 ммоль/л, креатинин - 270

ммоль/л, общий белок - 56 г/л, калий - 5,7 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте его.
2. Назначьте дополнительные методы исследования, дайте интерпретацию имеющимся данным.
3. Назначьте лечение.
4. Какие группы гипотензивных препаратов показаны для данной пациентки?

5. Определите прогноз болезни.

6. Пациентка В., 55 лет, предъявляет жалобы на появление отеков на нижних конечностях, на лице, повышение артериального давления до 160-170/100-110 мм рт ст, увеличение массы тела. 2 года назад был поставлен диагноз хронический гломерулонефрит, смешанная форма. По поводу заболевания получает преднизолон в поддерживающей дозе 10 мг в сутки.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Гипертензион. Рост 162 см, масса тела 83 кг. Кожные покровы бледные. Лицо «бледное», пастозность стоп и голеней. На коже передней брюшной стенки стрии багрового цвета. В легких дыхание везикулярное, без хрипов, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 86 в минуту, АД 170/100 мм рт ст. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет избыточного развития подкожной жировой клетчатки. Поколачивание по поясничной области безболезненное.

Вопросы

1. Объясните возникшие у пациентки симптомы.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Проведите коррекцию лечения.

7. В стационар бригадой скорой помощи доставлена пациентка Д., 69 лет, в тяжелом состоянии. Со слов родственников, пациентка в течение длительного времени страдает сахарным диабетом и артериальной гипертензией, сахароснижающие лекарственные препараты принимает нерегулярно, из гипотензивных средств получает лизиноприл в дозе 10 мг в сутки. В течение нескольких дней появились и нарастили жалобы на выраженную общую слабость, онемение лица и конечностей. Около часа назад возникли судороги конечностей, тошнота и многократная рвота без ощущения облегчения.

Объективно: состояние тяжелое. Повышенного питания (рост 164 см, масса тела 98 кг). Сознание – сопор. ЧСС 32 в минуту, тоны сердца приглушены. АД 100/60 мм рт ст. На ЭКГ: источник ритма достоверно определить не удается. ЧСС 32 в минуту. Во всех отведениях комплекс QRS уширен до 240 мс, в грудных отведениях высокий заостренный зубец Т. Проведен тропониновый тест, результат отрицательный.

В биохимическом анализе крови: креатинин 210 мкмоль/л, мочевина 10,6 ммоль/л, калий 7,5 ммоль/л, глюкоза 14,8 ммоль/л, общий билирубин 15,6 ммоль/л, общий белок 56 г/л.

Вопросы.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какое осложнение основного диагноза развилось у пациентки?
3. Оцените функцию почек.
4. Дайте интерпретацию данным дополнительных методов исследования.
5. Неотложная помощь.

8. Мужчина 43 лет предъявляет жалобы на общую слабость, отеки на лице и ногах, стойкое повышение артериального давления до 160-170/100-110 мм рт ст, уменьшение объема выделяемой мочи. Известно, что отец больного скончался в возрасте 50 лет от ХБП.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, отеки лица, стоп, голеней. В легких везикулярное дыхание, без хрипов, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, ЧСС 96 в минуту, АД 170/100 мм рт ст. При пальпации живота болезненности, перитонеальных симптомов не выявлено. Поколачивание по поясничной области безболезненное.

УЗИ почек: почки расположены типично. Увеличены в размерах за счет множественных анэхогенных округлых образований размером до 40*40 мм, без кровотока. На этом фоне ткань почек практически не визуализируется.

В биохимическом анализе крови: креатинин 340 мкмоль/л, мочевина 10,8 ммоль/л, общий белок 57 г/л. В клиническом анализе крови: лейкоциты 5,8*10⁹/л, гемоглобин 85 г/л, эритроциты 2,9*10¹²/л, цветовой показатель 0,88.

Вопросы.

1. Какие клинические синдромы имеются у данного пациента?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Оцените функцию почек.
4. Назначьте лечение, определите показания к заместительной почечной терапии.

9. Больной О., 24 года, поступил с жалобами на отеки на лице, на ногах, в области поясницы, нарастающую слабость, снижение работоспособности, быструю утомляемость, головную боль и головокружение, одышку при ходьбе.

Анамнез заболевания. В детстве неоднократно болел ангиной. В 18-летнем возрасте во время службы в армии после охлаждения были боли в пояснице и отеки на лице, после лечения был демобилизован. Последнее ухудшение возникло месяц назад после перенесенного гриппа.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, отеки на лице, ногах, пояснице и передней брюшной стенке. Со стороны дыхательной системы без видимой патологии. Пульс 88 в мин, ритмичный, напряженный, полный. АД 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, симптом поколачивания отрицательный.

Общий анализ крови : Эр-3,1 x 109 /л, гемоглобин -92 г/л, Ц.П. -1,0, Л -7,0 x 109/л, СОЭ - 38 мм/ч, общий белок 45 г/л, альб.-39,4%, глоб.- 60,6%, холестерин 8,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи : цвет соломенно-желтый, уд.вес 1009, белок 3,7 г/л, эр. 7-10 в п/зр., л – 2-3 в п/зр., цилиндры гиалиновые единичные, восковидные 4-6 в п/зр. СКФ 32 мл/ мин, суточная протеинурия 9 г.

Вопросы.

1. Выделите клинические синдромы.
2. Предварительный диагноз.
3. План обследования, ожидаемые результаты.
4. План лечения.

10 Больной А., 25 лет, доставлен в больницу в крайне тяжелом шоковом состоянии, развившемся в результате травмы, полученной в автомобильной катастрофе, массивной кровопотере. При осмотре: состояние тяжелое, уровень сознания – кома. АД 80/60 мм.рт.ст, ЧСС 140 в минуту. Диурез резко снижен, в моче белок 0,66 г/л, относительная плотность мочи 1,029. В биохимическом анализе крови: креатинин 340 мкмоль/л, мочевина крови – 24 ммоль/л.

1. Какой патологический процесс можно предположить в данном случае, причины?
2. Патогенез развивающегося состояния.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

11. Больная 49 лет, доставлена бригадой «скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на повышение тела до 38,5°C, частое и болезненное мочеиспускание, тупые, ноющие боли в поясничной области справа без иррадиации, головную боль, слабость ,озноб.

Из анамнеза: 25 лет назад, во время беременности, перенесла острый пиелонефрит. Периодически отмечалось повышенное АД (максимальные значения 180/110 мм рт ст). По этому поводу специально не обследовалась, эпизодически принимала эналаприл, бисопролол.

Состояние пациентки средней степени тяжести. Отеки лица, поясницы, стоп и голеней. При перкуссии сердца – расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1 см. АД 190/110 мм рт. ст. Положительный симптом поколачивания справа. Общий анализ мочи: относительная плотность 1007, белок – 0,099 г/л, лейкоциты – 40 – 60 в п/зр; Эр. – 1-2 в п/зр, цилиндры отсутствуют, глюкоза отсутствует.

Вопросы.

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Составьте план обследования и дайте интерпретацию общего анализа мочи.
5. Составьте план лечения.

12. Пациент К., 58 лет, в течение длительного времени отмечает повышение АД до 160-180/100-110 ммрт.ст, регулярно лекарственные препараты не принимает. В течение 5 лет страдает мочекаменной болезнью, несколько раз в анамнезе отмечалась почечная колика.

Объективный статус: рост 177 см, вес 96 кг. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы нормальной влажности, обычной окраски; высыпания отсутствуют. Язык влажный, чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Пастозность стоп и голеней. Щитовидная железа не увеличена. Органы дыхания: аускультация – дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: аускультация – тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 уд. в мин., АД 160/90ммрт.ст.

Органы пищеварения: живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Органы мочевыделения: почки не пальпируются, болезненность отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободно, безболезненно. Диурез в норме. Проведено обследование:

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачность – прозрачная, белок 0,03 г/л, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, эпителий переходный – нет, эпителий почечный – нет, соли - оксалаты. слизь – ++, бактерии – +++, лейкоциты 10-15 в поле зрения, дрожжевые грибы – не обнаружены.

Креатинин сыворотки крови – 160 мкмоль/л; глюкоза сыворотки крови – 7,6 ммоль/л.

Липидограмма: общий холестерин – 8,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов высокой плотности – 1,2 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,4ммоль/л.

Вопросы.

1. Оцените функцию почек.
2. Дайте интерпретацию дополнительных методов исследования.
3. Какие факторы риска развития ХБП выявлены у данного пациента?
4. Назначьте обследование и лечение.

13. Больная К., 45 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 12 лет. При поступлении в ревматологическое отделение больницы предъявляла жалобы на слабость, жажду, боли в области сердца, боли при движении и в покое в лучезапястных, коленных, проксимальных межфаланговых суставах кистей, опухание суставов запястья.

Объективно: общее состояние среднетяжелое, пастозность голеней и стоп, отечность век. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушенны, АД 160/90 мм рт. ст., пульс 66 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптом поколачивания отрицательный.

Общий анализ крови: гемоглобин 85 г/л; эритроциты 3,5 x 1012 /л; лейкоциты 6,3 x 109 /л; СОЭ 60 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, общий холестерин 9,1 ммоль/л, триглицериды 3,55 ммоль/л. Анализ мочи: относительная плотность 1009, глюкоза отсутствует, ацетон отсутствует. Суточная протеинурия 3,5 г/сут. Микроскопическое исследование осадка: лейкоциты — единичные в поле зрения; эритроцитов — нет; зернистые, гиалиновые, восковидные цилиндры. В биоптате почечной ткани выявлены амилоидные массы.

Вопросы.

1. Какой синдром осложнил течение ревматоидного артрита?
2. Сформулируйте дифференциально-диагностический ряд.
3. Дайте интерпретацию данных дополнительных методов исследования.
4. Лечебная тактика.

ОПК-9

Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ ФОРМИРУЕТСЯ
1) врачом акушером-гинекологом
2) врачом общей практики (семейным врачом)
3) участковым врачом-терапевтов
4) фельдшером
Эталон ответа: 1,2,4
2. ФОРМИРОВАНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОИЗВОДИТСЯ ПРИ СРОКЕ ____ НЕДЕЛЬ
1) 28
2) 29
3) 30

4) 32

Эталон ответа: 3

3. ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ЕДИНОВРЕМЕННО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ __ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

1) 120

2) 130

3) 140

4) 150

Эталон ответа: 3

4. ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ЕДИНОВРЕМЕННО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ __ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

1) 174

2) 184

3) 194

Эталон ответа: 3

5. ПРИ РОДАХ, НАСТУПИВШИХ В ПЕРИОД ОТ 22 ДО 30 НЕДЕЛЬ, В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ГДЕ ПРОИЗОШЛИ РОДЫ, ФОРМИРУЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ НА __ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ С ДАТЫ РОДОВ

1) 136

2) 146

3) 156

4) 166

Эталон ответа: 3

6. ПРИ УСЫНОВЛЕНИИ ОДНОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 3-Х МЕСЯЦЕВ ФОРМИРУЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СО ДНЯ УСЫНОВЛЕНИЯ РЕБЕНКА НА ПЕРИОД ДО __ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ

1) 30

2) 50

3) 70

4) 90

Эталон ответа: 3

7. ПРИ КАРАНТИНЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ РАБОТАЮЩИМ ГРАЖДАНАМ

1) врачом-инфекционистом

2) лечащим врачом

3) фельдшером

4) медсестрой

Эталон ответа: 1, 2, 3

8. ПРИ КАРАНТИНЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ РАБОТАЮЩИМ ГРАЖДАНАМ НА СРОК

1) 3 дней

2) 5 дней

3) 7 дней

4) всего периода карантина

Эталон ответа: 4

9. ПРИ КАРАНТИНЕ В ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ, ЕСЛИ ЕМУ НЕ БОЛЕЕ __ ЛЕТ

1) 5

2) 6

3) 7

4) 8

Эталон ответа: 3

10. ПРИ КАРАНТИНЕ В ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ВЫДАЕТСЯ

1) врачом-инфекционистом

2) врачом-педиатром

3) фельдшером

4) медсестрой

Эталон ответа: 2, 3

11. ГРАЖДАНАМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ РАБОТНИКАМИ ОТДЕЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ, ПРОИЗВОДСТВ И ОРГАНИЗАЦИЙ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ ПРОВОДЯТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ (ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА РАБОТУ) И ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ГЕЛЬМИНТЫ, ПРИ НАЛИЧИИ У НИХ ГЕЛЬМИНТОЗА ФОРМИРУЕТСЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК

1) 3 дней

2) 5 дней

3) периода дегельминтизации

Эталон ответа: 3

12. ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1) усиленная квалифицированная подпись медицинской организации

2) усиленные квалифицированные подписи медицинских работников, проводивших экспертизу временной нетрудоспособности

3) усиленная квалифицированная подпись председателя врачебной комиссии медицинской организации

4) усиленная неквалифицированная подпись медицинской организации

5) усиленные неквалифицированные подписи медицинских работников, проводивших экспертизу временной нетрудоспособности

6) усиленная неквалифицированная подпись председателя врачебной комиссии медицинской организации

Эталон ответа: 1, 2, 3

13. В ПОЛЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «ПЕРВИЧНЫЙ» ДЕЛАЕТСЯ СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОТМЕТКА «V» В СЛУЧАЕ

1) если листок нетрудоспособности является первичным

2) оформления дубликата первого листка нетрудоспособности

3) оформления дубликата второго листка нетрудоспособности

4) оформления дубликата третьего листка нетрудоспособности

Эталон ответа: 1, 2

14. В ПОЛЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «М» И «Ж» ВНОСИТСЯ СООТВЕТСТВУЮЩАЯ ОТМЕТКА В ВИДЕ БУКВЫ

1) «V»

2) «X»

Эталон ответа: 1

15. В ПОЛЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «ДАТА» УКАЗЫВАЕТСЯ ДАТА НАРУШЕНИЯ, ДАННЫЕ СВЕДЕНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ

1) усиленной квалифицированной электронной подписью лечащего врача

2) усиленной квалифицированной электронной подписью фельдшера

3) усиленной квалифицированной электронной подписью зубного врача

4) усиленной неквалифицированной электронной подписью лечащего врача

- 5) усиленной неквалифицированной электронной подписью
 - 6) усиленной неквалифицированной электронной подписью зубного врача
- Эталон ответа: 1, 2, 3

16. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ТАБЛИЦЕ «ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ» В ПОЛЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «ПО КАКОЕ ЧИСЛО» ВНОСИТСЯ ДАТА

- 1) направления в бюро МСЭ
- 2) предшествующая дата направления в бюро МСЭ

Эталон ответа: 2

17. ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ В ПОЛЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ «ИНВАЛИДНОСТЬ» ПРОСТАВЛЯЮТСЯ ЦИФРЫ

- 1) арабские (1, 2, 3)
- 2) римские (I, II, III)

Эталон ответа: 1

18. ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ДОПУСКАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РУЧКИ

- 1) гелевой
- 2) капиллярной
- 3) перьевой
- 4) шариковой

Эталон ответа: 1, 2, 3

19. ЕСЛИ ГРАЖДАНИН ПОСЛЕ ВЫДАЧИ ИЛИ ПРОДЛЕНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА ПРИЕМ НЕ ЯВИЛСЯ, А ПРИ ОЧЕРЕДНОМ ПОСЕЩЕНИИ ПРИЗНАН НЕТРУДОСПОСОБНЫМ, ТО ПЕРИОД НЕЯВКИ (В РАМКАХ ОДНОГО СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, НО НЕ БОЛЕЕ 7 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ) В ОБЩИЙ ПЕРИОД НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) включается
- 2) не включается

Эталон ответа: 1

20. ГРАЖДАНАМ, НАПРАВЛЕННЫМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ПРОТЕЗИРОВАНИЕ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ

- 1) направившей медицинской организацией
- 2) медицинской организацией, осуществляющей протезирование
- 3) направившей медицинской организацией и медицинской организацией, осуществляющей протезирование

Эталон ответа: 3

21. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ФОРМИРУЕТСЯ С УЧЕТОМ

- 1) проезда к месту протезирования
- 2) времени протезирования
- 3) проезда к месту жительства
- 4) реабилитационного периода
- 5) сроков направления на МСЭ
- 6) сроков установления группы инвалидности

Эталон ответа: 1, 2, 3:

Задача 1

2 сентября 2023 г. к участковому терапевту ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) обратилась пациентка Истомина Алина Богдановна, 28 лет, кассир магазина

«Продукты №20». Установлен диагноз: грипп, средней степени тяжести. Ей был выдан листок нетрудоспособности со 2 по 5 сентября 2023 г., а затем продлен с 6 по 9 сентября 2023 г, после чего она была выписана к труду. Оформите ЛН для получения пособия.

Особенности оформления ЛН

Оформляется стандартно. Необходимо зачеркнуть последнюю строку в графе «Освобождение от работы».

Задача 2

Исаев Никита Платонович, 47 лет, токарь ОАО «ТВЗ» обратился к участковому терапевту ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) с диагнозом грипп средней степени тяжести 9 сентября 2023 г. С 22 августа по 11 сентября находился в отпуске без сохранения заработной платы. 12 сентября при повторной явке продолжает болеть, является нетрудоспособным. Выписан к труду 16.09.2022 г. Оформите ЛН для получения пособия.

Особенности оформления ЛН

Так как больной находился в отпуске без сохранения заработной платы, то ЛН оформляется после его окончания с 12.09.23 г.

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 12.09.23 и 15.09.23
- 2) вторая и третья строчка зачеркиваются.

В строке «Приступить к работе» – 16.09.23.

Задача 3

Волкова Лилия Андреевна, 32 лет, инженер ОАО «Тверь РОС Строй», обратилась 13 сентября 2023 г. к врачу общей практики ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) с ребенком 9 лет, Волковым Игорем Марковичем, которому был установлен диагноз первичная лакунарная ангина средней степени тяжести. Оформите ЛН по уходу за больным членом семьи с 13 по 20 сентября 2023 г.

Особенности оформления ЛН

В строке «По уходу» указывается информация о ребенке, родственной связи.

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 13.09.23 и 16.09.23
- 2) во второй строке 17.09.23 и 20.09.23
- 3) в третьей строке – прочерк.

В строке «Приступить к работе» – 21.09.23.

Задача 4

Учительница МОУ СОШ №97 Ивлева Анна Степановна, находясь в очередном отпуске обратилась к участковому терапевту ГБУЗ Калининская ЦРКБ (пос. Химинститута, д. 59, ОГРН 1036900017153) 19 июля 2023 г. по поводу заболевания ОРВИ легкой степени тяжести. Отпуск закончился 20 июля, нетрудоспособность – 25 июля 2023 г. Оформите ЛН для получения пособия.

Особенности оформления ЛН

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 19.07.23 и 22.07.23
- 2) во второй строке 23.07.23 и 25.07.23
- 3) в третьей строке – прочерк

В строке «Приступить к работе» – 26.07.23.

Задача 5

Больная Азарова Анна Андреевна, 28 лет, ткачиха АО «Тверская мануфактура» обратилась к участковому терапевту ГБУЗ Калининская ЦРКБ (пос. Химинститута, д. 59, ОГРН 1036900017153) 2 февраля 2023 г. Был установлен диагноз: грипп, средней степени тяжести. Выдан листок нетрудоспособности со 2 по 4 февраля 2023 г., а затем продлен с 5 по 8 февраля 2023 г. На назначенный

прием 8 февраля 2023 г. не явилась. Обратилась к врачу только 17 февраля 2022 г. без симптомов заболевания. Оформите ЛН для получения пособия.

Особенности оформления ЛН

В строке «Нарушение режима» указывается код нарушения (24) и дата 08.02.2023 г.

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 02.02.23 и 04.02.23
- 2) во второй строке 05.02.23 и 08.02.23
- 3) в третьей строке – прочерк.

Строка «Приступить к работе» не заполняется.

В строке «Иное» указывается код 36 и дата 17.02.23.

Задача 6

К врачу общей практики МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665) 15 февраля 2023 г. обратилась Иванова Алиса Алексеевна, 35 лет, работает кассиром в магазине «Магнит у дома», по поводу заболевания сына Иванова Андрея Олеговича, 7 лет. Был установлен диагноз: ОРВИ, средней степени тяжести и выдан ЛН по уходу с 15 по 18 февраля. На назначенный на 18 февраля 2023 г. прием явилась уже с двумя детьми. Младшему сыну, Иванову Арсению Олеговичу, 4-х лет, также был установлен диагноз: ОРВИ, средней степени тяжести. Старший сын выздоровел 21 февраля, младший – 24 февраля 2023 г. Оформите ЛН.

Особенности оформления ЛН

В графе «По уходу» вначале прописывается первый заболевший сын, а потом – второй.

В графе «Освобождение от работы» указываются дни:

- 1) в первой строке 15.02.23 и 18.02.23
- 2) во второй строке 19.02.23 и 21.02.23
- 3) в третьей строке 22.02.23 и 24.02.24

ЛН закрывается, к труду с 25.02.23.

Задача 7

Кудрявцевой Анастасии Петровне, 50 лет, ткачихе АО «Тверская мануфактура», длительно находящейся под наблюдением участкового врача-терапевта и ревматолога по поводу ревматоидного артрита, 14 февраля 2023 г. был открыт ЛН. В связи с неблагоприятным трудовым прогнозом она была направлена 21 марта 2023 г. на заседание бюро МСЭ. Больная явилась на прием к участковому врачу-терапевту 22 марта и сообщила, что отказывается от освидетельствования в бюро МСЭ. Оформите ЛН для получения пособия с 07.03.23 г.

Особенности оформления ЛН

В строке «Продолжение листка нетрудоспособности» вписать номер предыдущего ЛН.

В графе «Нарушение режима» указать соответствующий код (26) и дату 22.03.23.

В графе о бюро МСЭ в строке «Дата направления в бюро МСЭ» проставить дату 21.03.23.

В графе «Освобождение от работы» проставляются даты:

- 1) в первой строке с 07.03.23 по 15.03.23 за подписью лечащего врача
- 2) во второй строке с 16.03.23 по 21.03.23, лечащий врач и председатель ВК
- 3) третья строки – прочерк.

Строка «Приступить к работе» не заполняется.

В строке «Иное» пишется код 35 и дата 22.03.23.

Задача 8

Больной Степановой Ларисе Викторовне, 52 лет, ткачиха АО «Тверская мануфактура», находящейся под наблюдением участкового врача-терапевта по поводу ревматоидного артрита, 26 января 2023 г. был открыт ЛН. В связи с неблагоприятным трудовым прогнозом 11 марта ей было оформлено направление в бюро МСЭ, и 13 марта 2023 г. она была признана инвалидом III группы. Вы – участковый терапевт МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665). Оформите ЛН для получения пособия с 7 марта 2023 г.

Особенности оформления ЛН

В строке «Продолжение листка нетрудоспособности» вписать номер предыдущего б/л.
В графе о МСЭ:

- 1) «Дата направления» – 11.03.23
- 2) «Дата регистрации» – 12.03.23
- 3) «Дата освидетельствования» – 13.03.23
- 4) «Группа инвалидности» – 3
- 5) «Подпись руководителя бюро МСЭ – знак «V»
- 6) печать бюро МСЭ (кружок).

В графе «Освобождение от работы» проставляются:

- 1) в первой строке пишутся даты 07.03.23 и 11.03.23. за подписью лечащего врача и председателя ВК
- 2) вторая и третья строки – прочерк.

Строка «Приступить к работе» не заполняется.

В строке «Иное» ставится код 32 и дата 12.03.23.

Задача 9

Приехавший в служебную командировку инженер Кустов Кирилл Михайлович заболел гриппом и был нетрудоспособен с 15 по 21 февраля 2023 г. Оформите ЛН для получения пособия. Вы – врач общей практики МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665).

Особенности оформления ЛН

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 15.02.23 и 18.02.23
- 2) в второй строке 19.02. и 21.02.23
- 3) в третьей строке – прочерк.

ЛН закрывается.

В строке «Приступить к работе» – 22.02.23.

Задача 10

Инженер ЗАО «Стройдорсервис» Юрков Иван Сергеевич, 52 лет, работает по скользящему графику, обратился на прием к участковому врачу-терапевту 15.05.2023 г. Диагностирован грипп средней тяжести. Накануне, 14.05.23 г., пациент вызывал СМП. Помощь была оказана, рекомендовано обратиться к терапевту по месту жительства. Номер вызова скорой помощи 11445 в регистрационном журнале. Вы – участковый терапевт МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665). Пациент находился на лечении у Вас на лечении, был выписан и приступил к труду 23.05.2023 г. Оформите ЛН.

Особенности оформления ЛН

В графе «Освобождение от работы» указать даты:

- 1) в первой строке 14.05.23 и 14.05.23 за подписью лечащего врача и председателя ВК
- 2) во второй строке 15.05.23 и 18.05.23 за подписью лечащего врача
- 3) в третьей строке 19.05.23 и 22.05.23 за подписью лечащего врача

ЛН закрывается.

В строке «Приступить к работе» – 23.05.2023.

ОПК-10

Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. У больного язвенной болезнью периодические, четко связанные с приемом пищи боли в эпигастрии

становятся постоянными вследствие (2)

- 1) пенетрации язвы
- 2) развития демпинг-синдрома
- 3) малигнизации язвы
- 4) развития стеноза превратника

Эталон ответа: 1, 3

2. Подозрение на пенетрацию гастродуodenальной язвы возникает (2)

- 1) при появлении рвоты «кофейной гущей»
- 2) при постепенном в течение 1-3 дней усилении болей в животе с утратой связи болей с приемом пищи
- 3) при внезапной «кинжалной» боли в эпигастрии
- 4) при присоединении симптомов поражения других органов брюшной полости

Эталон ответа: 2, 4

3. Демпинг-синдром - это (1)

- 1) симптомокомплекс функциональных расстройств, возникающих у больных с резецированным желудком, вскоре после еды
- 2) образование пептической язвы вблизи операционного анастомоза
- 3) развитие острого панкреатита в послеоперационном периоде
- 4) рецидивирующая динамическая кишечная непроходимость у больных с оперированным желудком

Эталон ответа: 1

4. Наиболее типичный характер боли при дуоденальной язве (1)

- 1) тупая давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
- 2) схваткообразная боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо
- 3) постоянная разлитая боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи
- 4) боль в эпигастрии и справа выше пупка, возникающая натощак и спустя 2-3 часа после еды

Эталон ответа: 4

5. Основа диетотерапии при демпинг-синдроме (1)

- 1) частый дробный прием углеводов с высоким гликемическим индексом и ограничение белковых блюд
- 2) частый дробный прием высококалорийных белковых блюд, ограничение молочных и сладких блюд
- 3) диета стола 1 по Певзнеру

Эталон ответа: 2

6. Рациональное питание предполагает соотношение энергетических субстратов (1)

- 1) белки – 20%, жиры – 30%, углеводы – 50%
- 2) белки – 25%, жиры – 35%, углеводы – 40%
- 3) белки – 45%, жиры – 35%, углеводы – 20%
- 4) белки – 35%, жиры – 10%, углеводы – 55%

Эталон ответа: 4

7. Для местной обработки ран у пациентов с синдромом диабетической стопы оптимально применение (1)

- 1) физиологического раствора
- 2) медицинского спирта
- 3) раствора бриллиантового зеленого
- 4) спиртового раствора йода

Эталон ответа: 4

8. Суточная потребность в йоде взрослого человека составляет (1)

- 1) 150-200 мкг
- 2) 60-80 мкг
- 3) 150-200 мг
- 4) 1-2 г

Эталон ответа: 1

9. Для профилактики остеоартроза коленных суставов 50-летней женщине-продавцу следует рекомендовать (2)

- 1) снизить избыточную массу тела
- 2) организовать рабочее место сиденьем
- 3) ношение наколенников
- 4) использование ортопедических стелек

Эталон ответа: 1, 3

10. Первичная профилактика остеоартроза предполагает

- 1) исключение возможности травм суставов
- 2) поддержание оптимальной массы тела
- 3) профилактический прием хондропротекторов
- 4) профилактический прием нестероидных противовоспалительных препаратов

Эталон ответа: 1, 2, 3

11. МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

- 1) пульсионный
- 2) тракционный
- 3) экзогенный
- 4) эндогенный

Эталон ответа: 1,2.

12. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ БАКТЕРИУРИИ ПРИ АКТИВНЫХ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРЕВЫШАЕТ

1. 10 тыс. микробных тел в 1 мл мочи
2. 50 тыс. микробных тел в 1 мл мочи
3. 100 тыс. микробных тел в 1 мл мочи
4. 1 млн. микробных тел в 1 мл мочи

Эталон ответа: 3.

13. ПРИ РАЗВИТИИ АМИЛОИДОЗА ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ОТМЕЧАЕТСЯ

1. изолированная массивная протеинурия
2. сочетание массивной протеинурии и скучного мочевого осадка
3. сочетание массивной протеинурии и микрогематурии
4. сочетание массивной протеинурии и цилиндурии

Эталон ответа: 2.

14. НЕОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОГО ТРАКТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО АССОЦИИРОВАНО

1. с золотистым стафилококком
2. с кишечной палочкой
3. с зеленящим стрептококком
4. с грибами

Эталон ответа: 2.

15. БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВШАЯСЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА, ВЫЗВАНА

- 1) пневмококком
- 2) клебсиеллой пневмонии
- 3) стафилококком
- 4) микоплазмой

Эталон ответа: 2.

16. ДЛЯ АСПИРИНОВОЙ ТРИАДЫ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ

1. непереносимости аспирина, хронического бронхита и полипов носа

2. непереносимости аспирина, бронхиальной астмы и полипов носа
3. непереносимости аспирина, конъюнктивита и вазомоторного ринита
4. непереносимости аспирина, атопического дерматита и ринита

Эталон ответа: 2.

17. РИСК ВТОРИЧНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВОЗРАСТАЕТ У ПАЦИЕНТА

1. с нарушением внутрисердечной гемодинамики
2. с синдромом WPW
3. при тупой травме грудной клетки
4. при инфаркте миокарда

Эталон ответа: 1.

18. ОРГАНЫ-МИШЕНИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1. почки, печень, головной мозг, сердце
2. сердце, почки, артерии, головной мозг
3. сердце, скелетная мускулатура, сетчатка глаза
4. печень, артерии, почки, сердце

Эталон ответа: 2.

19. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ВОЗНИКАЕТ

- 1) через 1–2 года
- 2) через 2–3 недели
- 3) через 1 месяц
- 4) через 5 месяцев
- 5) через 6 недель

Эталон ответа: 2.

20. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) избыточная масса тела
- 2) потребление алкогольных напитков
- 3) избыточное потребление белка
- 4) уровень ежегодного употребления поваренной соли

Эталон ответа: 1,4.

21. ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

- 1) истощение, сахарный диабет, повышенные физические нагрузки
- 2) ожирение, сахарный диабет, низкая физическая активность
- 3) курение, употребление алкоголя, полипрагмазия
- 4) беременность, лекарственная непереносимость в анамнезе, нарушение сна

Эталон ответа: 2.

22. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ МОЖЕТ СФОРМИРОВАТЬСЯ

- 1) при остром пиелонефрите
- 2) как вариант нефропатии беременных
- 3) при амилоидозе почек
- 4) при миеломной болезни

Эталон ответа: 3.

23. МАРКЕР РАННЕГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК КАК ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

- 7) микрогематурия
- 8) протеинурия
- 9) гипостенурия

10) глюкозурия

Эталон ответа: 2.

Ситуационные задачи

1 Пациентка Л., 55 лет, много лет страдающая гипертонической болезнью с привычным АД 140-150/90-95 мм рт. ст., испытывала боль и психоэмоциональный стресс в связи с лечением панариция у хирурга поликлиники. В процессе хирургического лечения у пациентки появилась интенсивная головная боль, головокружение, тошнота, была однократная рвота, ухудшилось зрение. В связи с вышеуказанными жалобами пациентка была направлена к дежурному терапевту.

При осмотре: общее состояние пациентки средней тяжести, в сознании. В окружающей обстановке ориентирована полностью, движения в конечностях сохранены. Кожа гиперемированная, влажная. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Пульс 106 в 1 мин., ритмичный, напряженный. При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При аусcultации сердца тоны ритмичные, акцент 2 тона над аортой, шумов нет. АД 200/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Задание: Определите клиническую проблему и опишите неотложную помощь

Эталон ответа: у пациентки развился симпатоадреналовый гипертонический криз (осложненный).

Первая линия терапии – сублингвальный прием каптоприла 12,5-50 мг, существенное снижение АД наступает уже через 10 минут. Учитывая наличие признаков осложнений в виде энцефалопатии (ТИА?), показана экстренная госпитализации в терапевтическое или кардиологическое отделение и немедленное снижение АД на 20-25% от исходного. Для лечения может быть использовано парентеральное введение следующих препаратов: нитропруссид натрия, или метопролол, или эналаприлат, или фуросемид.

2. Пациентка А., 35 лет, 32 недели беременности, обратилась к дежурному участковому терапевту с жалобами на головную боль и повышение АД. Беременность вторая, ранее артериальной гипертензии не отмечалось. В течение данной беременности после 20 недели стала отмечать периодическое повышение АД до 140-150 мм рт. ст.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, в сознании. В окружающей обстановке ориентирована полностью, движения в конечностях сохранены. Кожа обычного цвета и влажности. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. При аускультации сердца тоны ритмичные, акцент 2 тона над аортой, шумов нет. АД 175/110 мм рт. ст.

Задание: Определите клиническую проблему и опишите неотложную помощь.

Эталон ответа: у пациентки развился гипертонический криз как осложнение гестационной артериальной гипертензии.

Неотложная помощь заключается в срочной госпитализации и контролируемом снижении АД до уровня менее 160/105 мм рт. ст. Препаратами выбора являются метилдопа или нифедипин замедленного высвобождения.

3. Пациент Д., мужчина, 53 лет, без анамнеза сердечно-сосудистых заболеваний испытывал боль и психоэмоциональный стресс в связи с лечением вросшего ногтя, осложнившегося развитием панариция, у хирурга поликлиники. В процессе хирургического лечения у пациента появилась интенсивная загрудинная боль с иррадиацией в левую руку, в связи с чем в хирургический кабинет была вызван дежурный терапевт. При расспросе установлено, что подобные болевые приступы впервые в жизни стали беспокоить в течение последних 2 недель и возникали как при умеренных физических нагрузках, так и при эмоциональном напряжении.

При осмотре: общее состояние пациента средней тяжести, в сознании. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений.

Задание:

Выставите диагноз

Назначьте лечение

Эталон ответа: у пациента развился приступ стенокардии при ИБС: впервые возникшей стенокардии. Неотложная помощь заключается в обеспечении физического и эмоционального покоя и приеме нитроглицерина сублингвально. Прием нитроглицерина при недостаточном эффекте первой дозы можно повторять каждые 5 минут трехкратно. Поскольку впервые возникшая стенокардия является нестабильной и расценивается как острый коронарный синдром необходимо вызвать скорую помощь для экстренной госпитализации пациента в кардиологическое отделение.

4. Пациентка Л., 55 лет, много лет страдающая гипертонической болезнью с привычным АД 140-150/90-95 мм рт. ст., испытывала боль и психоэмоциональный стресс в связи с лечением панариция у хирурга поликлиники. В процессе хирургического лечения у пациентки появилась интенсивная головная боль, головокружение, тошнота, была однократная рвота, ухудшилось зрение. В связи с вышеуказанными жалобами пациентка была направлена к дежурному терапевту.

При осмотре: общее состояние пациентки средней тяжести, в сознании. В окружающей обстановке ориентирована полностью, движения в конечностях сохранены. Кожа гиперемированная, влажная. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Пульс 106 в 1 мин., ритмичный, напряженный. При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При аусcultации сердца тоны ритмичные, акцент 2 тона над аортой, шумов нет. АД 200/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Задание:

Выставите диагноз

Назначьте лечение

Эталон ответа: у пациентки развился симпатоадреналовый гипертонический криз (осложненный).

Первая линия терапии – сублингвальный прием каптоприла 12,5-50 мг, существенное снижение АД наступает уже через 10 минут. Учитывая наличие признаков осложнений в виде энцефалопатии (ТИА?), показана экстренная госпитализации в терапевтическое или кардиологическое отделение и немедленное снижение АД на 20-25% от исходного. Для лечения может быть использовано парентеральное введение следующие препаратов: нитропруссид натрия, или метопролол, или эналаприлат, или фуросемид.

5 К терапевту обратился больной 35 лет с жалобами на периодические боли в правой половине грудной клетки, чередующиеся с чувством жжения, дурной запах изо рта. В течение последних месяцев иногда появляется дисфагия. Часто болеет воспалением лёгких. Для подтверждения диагноза в условиях поликлиники в первую очередь необходимо провести: 1) электрокардиографию. 2) рентгеноскопию пищевода. 3) анализ крови на гемоглобин. 4) гастроскопию. 5) рентгеноскопию органов грудной клетки.

6 Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, при диспансеризации обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, 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 приглушенны, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставить диагноз.

2. Провести дифференциальную диагностику.

3. Наметить план обследования.

4. Наметить план лечения.

7. Больной 50 лет, рабочий мучной фабрики, предъявляет участковому терапевту жалобы на

приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание. Из анамнеза: курит 25 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи "простудных" заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию. Объективно: темп. тела 37,30С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, стяженностя над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 15 ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

8. Больная А., 18 лет, студентка, жалуется на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), "свист в груди", приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость. Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося "свистом в груди" и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до 37,50С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки. Объективно: темп. 37,30С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты, сухие. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

1. Установите предварительный диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

9. Большой К., 53 лет, шофер, при проведении диспансеризации предъявил жалобы на слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, изменение цвета мочи, небольшой зуд кожи. Заболевание началось постепенно в начале октября с появления большей, чем обычно, усталости после рабочего дня. Затем стал отмечать снижение аппетита, потерю веса, зуд кожи, темный цвет мочи. Объективно: состояние средней степени тяжести, умеренная желтушность кожи с единичными расчесами. В легких - без патологии. Пульс - 60 в мин., АД - 130/80 мм рт. ст. Язык обложен. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см (размеры по Курлову 16, 16 12,11 см). Край мягкоэластической консистенции, заострен, гладкий, слегка болезненный. Селезенку пальпировать не удалось. Моча темнокоричневого цвета, кал обесцвечен. Сознание ясное, настроение плохое, считает, что неизлечимо болен. Эпиданамнез: месяца назад длительно лечился у стоматолога. Госпитализирован с подозрением на вирусный гепатит. В стационаре при исследовании функциональных печеночных проб выявлены следующие показатели: билирубин общий - 80 мкмоль/л, связанный - 50 мкмоль/л, АСТ - 930, АЛТ - 1460 нмоль/с л, тимоловая проба - ед., суплементарная - 1,8 мл, холестерин - 9,5 ммоль/л. При серологическом исследовании крови обнаружены HbsAG, антитела к ядерному АГ класса M, HbsAG.

1. Поставьте диагноз, продифференцируйте.
2. Дайте оценку тяжести состояния.
3. Определите терапевтическую тактику.
4. Перечислите свои мероприятия в очаге.

10. Больной В., 45 лет, обратился к врачу повторно 08.01 с жалобами на кашель со скучной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38°C. Считает себя больным с 04.01, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 37,8°C, отмечалась ломота в теле. С 05.01 присоединились скучные выделения из носа, боль в области грудины. Обратился к врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, рутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 07.01 температура тела была нормальная. 08.01 появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38°C. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе небольшая зернистость. Число дыханий - 26 в мин. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксилярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушенны, пульс соответствует температуре. АД - 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Решите вопрос о необходимости госпитализации.
3. План лечения.

11. Больной В., 15 лет, ученик 10 класса, обратился к школьному врачу с жалобами на сильную головную боль, озноб, позывы к рвоте. Болен 2-й день, 17 отвечает небольшую боль в горле. Температура тела 39,9°C. Состояние довольно тяжелое. Была повторная рвота, не приносящая облегчения. Обращали внимание бледность, вялость, светобоязнь. Кожа без сыпи, пульс - 104 в мин., АД - 140/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Язык густо обложен белым налетом, влажный. При осмотре ротоглотки - небольшая гиперемия дужек и миндалин, яркая гиперемия и шероховатость задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет, стул нормальный. Отмечается умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные. Эпидемиологический анамнез - в школе имеются случаи заболевания ОРЗ. Школьный врач поставил предположительный диагноз "грипп. пищевая токсикоинфекция".

1. Каково ваше мнение.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Какой должна быть врачебная тактика.

12. Мужчина 30 лет, инженер, жалуется на ноющие боли области сердца, одышку, отеки на ногах, общую слабость. Заболел 3 месяца назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 39°C, через 10 дней почувствовал себя здоровым, вышел на работу, но периодически отмечал субфебрилитет. Две недели назад появились боли в груди, нарастала слабость, затем присоединились отеки ног. В анамнезе - бронхoadенит. Объективно: акроцианоз, набухшие шейные вены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы относительной и абсолютной тупости совпадают: правая - на 3 см кнаружи от края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ослаблены, короткий систолический шум на верхушке, никуда не проводится. Пульс - 112 в минуту, ритмичный. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Печень выступает на 6 см, уплотнена.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план дообследования.
4. Назначьте лечение.

13. Больная 52 лет, жалуется на одышку с затрудненным выдохом, кашель с выделением

небольшого количества вязкой, слегка желтоватой мокроты, субфебрильную температуру. С детства страдает хроническим бронхитом. С 30-летнего возраста стали беспокоить приступы экспираторного удушья. Последнее ухудшение состояния началось несколько дней назад в связи с перенесенной ОРВИ : усилился кашель, длительно держалась субфебрильная 18 температура, наросла экспираторная одышка. 2 часа назад развелся тяжелый приступ экспираторного удушья. Объективно: общее состояние тяжелое. Вынужденное положение сидя с фиксированным плечевым поясом. Эспираторная одышка с ЧД - 22 в 1 мин. Дистанционные сухие хрипы. Сглаженность над- и подключичных ямок. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Диффузный цианоз, выраженный акроцианоз. Умеренные отеки ног. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Абсолютная сердечная тупость не определяется. Правая граница относительной сердечной тупости по правой параптернальной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс - 115 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, слегка болезненная, край заострен.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ПК-1.

Способен проводить медицинское обследование пациентов с целью установления диагноза на основании сбора и анализа жалоб, данных анамнеза, объективного статуса, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько ответов

1. Для диагностики пневмонии принципиально важно наличие
 - 1) рентгенологически подтвержденного легочного инфильтрата
 - 2) температуры тела пациента выше 39°C
 - 3) гнойной мокроты
 - 4) одышки

Эталон ответа: 1.

2. К пусковым факторам развития бронхиальной астмы относятся
 - 1) наследственность и ожирение
 - 2) дисбаланс в системе Т-лимфоцитов и артериальная гипертензия
 - 3). гиперпродукция IgE и пневмофакторы
 - 4) пневмофакторы и нарушение питания

Эталон ответа: 3

3. Основной этиологический фактор при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки -
 - 1) употребление жирной пищи
 - 2) курение
 - 3) вирусная инфекция
 - 4) хеликобактер пилори

Эталон ответа: 4

004. Анализ мочи по Нечипоренко предполагает определение количества выделенных с мочой лейкоцитов, эритроцитов и цилиндров (1)

- 1) за сутки
- 2) за час
- 3) за минуту
- 4) определение количества мочи, выделенное за 1 минуту
- 5) в 1 мл мочи

Эталон ответа: 5

5. Проба мочи по Зимницкому назначается (1)
 - 1) для уточнения характера заболевания почек
 - 2) для решения вопроса об этиологии заболевания почек

- 3) для решения вопроса о патогенезе заболевания почек
- 4) для оценки функции почек
- 5) для выявления скрытого поражения клубочков

Эталон ответа:4

6. У здоровых людей содержание белка в суточной моче не выше (1)

- 1) 10 мг
- 2) 30 мг
- 3) 50 мг
- 4) 100 мг;
- 5) 1,0 г

Эталон ответа:4

7. Возможный источник кровотечения при наличии терминальной гематурии (в последней порции мочи) (1)

- 1) мочевой пузырь;
- 2) мочеиспускательный канал
- 3) паренхима почек, чашечно-лоханочная система или мочеточник

Эталон ответа:1

8. Пусковой механизм развития артериальной гипертензии при остром гломерулонефrite (1)

- 1) гиперреактивность нервных центров регуляции АД
- 2) гипергидратация , задержка натрия и воды
- 3) гиперреактивность симпато-адреналовой системы
- 4) увеличение секреции прессорных аминов (акти-вация прессорной системы)
- 5) снижение активности депрессорной системы почек (калликреин-кининовой системы и простагландинов)

Эталон ответа:

9. В патогенезе отеков при нефротическом синдроме играют роль (4)

- 1) повышение сосудистой проницаемости
- 2) увеличение секреции альдостерона
- 3) повышение артериального давления
- 4) снижение онкотического давления сыворотки крови
- 5) увеличение реабсорбции натрия

Эталон ответа:1, 2, 4, 5

10. Главные клинические признаки поражения канальцев (4)

- 1) ацидоз
- 2) глюкозурия
- 3) гипоизостенурия
- 4) артериальная гипертензия
- 5) цилиндрурия

Эталон ответа:1, 2, 3, 5

011. Для нефротического синдрома характерно (1)

- 1) эритроцитурия по 101-108/л
- 2) лейкоцитурия более 106/л
- 3) протеинурия более 100 мг/сутки
- 4) бактериурия более 105/мл
- 5) протеинурия более 3,5 г/сутки

Эталон ответа:5

012. Совокупность отеков, высокой протеинурии, гипопротеинемии, диспротеинемии, гиперлипидемии составляет (1)

- 1) нефротический синдром
- 2) мочевой
- 3) метаболический
- 4) синдром инфекционных осложнений

5) хроническую почечную недостаточность

Эталон ответа:1

013. Нефротический синдром характерен (4)

- 1) для острого гломерулонефрита
- 2) для мочекаменной болезни
- 3) для хронического гломерулонефрита
- 4) для системной красной волчанки
- 5) для диабетического гломерулосклероза

Эталон ответа:1, 3, 4, 5

014. Патологические процессы, непосредственно формирующие ХПН (1)

- 1) склерозирование большей части нефронов
- 2) некроз клубочков
- 3) васкулит почечных артерий
- 4) воспаление клубочков
- 5) дистрофия канальцев
- 6) некроз канальцев

Эталон ответа:1

015. Наиболее характерное для интерстициальной (вирусной, микоплазменной) пневмонии изменение в анализе крови (1)

- 1) анемия
- 2) лейкопения
- 3) умеренный нейтрофильный лейкоцитоз
- 4) высокий (значительный) нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево;
- 5) агранулоцитоз

Эталон ответа: 2

016. Типичные клинические признаки хронического бронхита (3)

- 1) кашель
- 2) выделение мокроты
- 3) одышка
- 4) боли в грудной клетке

Эталон ответа:1, 2, 3

017. Быстро прогрессирующая деструктивная пневмония, развившаяся в период эпидемии гриппа, вызвана (1)

- 1) пневмококком
- 2) палочкой Фридлендера
- 3) стафилококком
- 4) микоплазмой

Эталон ответа: 1, 2, 3, 5

018. Для хронического обструктивного бронхита характерно (1)

- 1) инспираторная одышка
- 2) экспираторная одышка
- 3) приступы инспираторного удушья
- 4) приступы экспираторного удушья

Эталон ответа:2

019. Плевриты заболевания листков плевры, при которых происходит выпот в плевральную полость (2)

- 1) воспалительного характера
- 2) вследствие нарушения крово- и лимфообращения
- 3) в результате снижения коллоидно-осмотического давления плазмы крови
- 4) при нарушении целостности плевральных листков

Эталон ответа:1, 4

020. Парапневмонический плеврит возникает (1)

- 1) на фоне разрешения пневмонии
- 2) в процессе развития пневмонии
- 3) вне связи с пневмонией

Эталон ответа:2

021. В зависимости от характера экссудата выделяют виды плевритов (4)

- 1) фибринозного
- 2) туберкулезного
- 3) серозного
- 4) хилезного
- 5) геморрагического

Эталон ответа:1, 3, 4, 5

022. Эмпиема это воспалительное поражение листков плевры с накоплением в плевральной полости жидкости (1)

- 1) серозного характера
- 2) хилезного характера
- 3) гнойного характера
- 4) геморрагического характера
- 5) фибринозного характера

Эталон ответа:3

023. Плевральный экссудат - это (1)

- 1) плевральная жидкость с содержанием белка < 20г/л и плотностью < 1015
- 2) плевральная жидкость с содержанием белка > 30 г/л и плотностью > 1018
- 3) скопление крови в плевральной полости
- 4) скопление лимфы в плевральной полости

Эталон ответа:2

024. Наиболее характерные клинические признаки экссудативного плеврита (3)

- 1) нарастающая одышка
- 2) отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания
- 3) расширение и выбухание межреберных промежутков
- 4) тупой перкуторный звук
- 5) подкожная эмфизема

Эталон ответа:2, 3, 4

025. На рентгенограммах грудной клетки больных с плевральным выпотом наблюдается (1)

- 1) гомогенное затемнение доли легкого
- 2) гомогенное затемнение сегмента легкого
- 3) гомогенное затемнение со скошенной книзу и внутрь верхней границы
- 4) гомогенное затемнение с верхушкой, направленной к корню

Эталон ответа:3

026. Плевральный транссудат - это (1)

- 1) плевральная жидкость с содержанием белка < 20 г/л и относительной плотностью < 1015;
- 2) плевральная жидкость с содержанием белка > 30 г/л и относительной плотностью более 1018
- 3) скопление крови в плевральной жидкости
- 4) скопление гноя в плевральной жидкости

Эталон ответа:1

Практические навыки

Обследование больного:

- Установить контакт с пациентом и родственниками больного.
- Владеть медицинской этикой и деонтологией.
- Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Владеть алгоритмом постановки клинического диагноза, наметить план обследования больного и сформулировать развернутый клинический диагноз по МКБ X.
- Оформить карту стационарного больного, амбулаторную карту, заполнить лист назначений.

2. Практические вопросы:

- Основные документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и общие правила их выдачи и заполнения.
- Снятие и расшифровка ЭКГ.

- Интерпретация протоколов эхокардиографии.
 - Интерпретация обзорных рентгенограмм органов грудной клетки.
 - Оценка протоколов спирографии.
 - Техника, показания для пункции плевральной полости.
 - Подготовка больного, показания и противопоказания для бронхографии.
 - Показания и противопоказания для бронхоскопии.
 - Показания и противопоказания для промывания желудка.
 - Подготовка больного и оценка данных рентгенологического обследования системы пищеварения в обычных условиях.
 - Интерпретация протоколов УЗИ исследования печени, желчных путей и поджелудочной железы.
 - Подготовка больного к эндоскопическому исследованию - эзофагогастродуоденоскопии. Оценка результатов.
 - Показания для колоноскопии и ирригографии. Оценка результатов.
 - Назначение диетотерапии при болезнях органов пищеварения.
 - Показания к проведению компьютерной томографии и МРТ органов брюшной полости, оценка результатов.
 - Оценка данных УЗИ почек.
 - Показания к катетеризации мочевого пузыря.
 - Оценка коагулограммы.
 - Показания к костномозговой пункции и трепанобиопсии. Оценка миелограммы.
 - Определение группы крови и резус-фактора.
3. Трактовка лабораторных исследований:
- Анализ крови клинический.
 - Анализ мочи: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому.
 - Анализ мокроты.
 - Анализ мочи на желчные пигменты, α -амилазу.
 - Анализ крови на липидный спектр, билирубин, белковый спектр.
 - Пробы на активность ревматического и воспалительного процесса (СРБ, ДФА, АСЛ-О).
 - Биохимический анализ крови на остаточный азот, мочевину, креатинин, электролитный состав, КЩР.
 - Оценка биохимических показателей крови, определяющих функциональное состояние печени: холестаз, воспаление, печеночная недостаточность.

Ситуационные задачи

1. Больной К. 27 лет жалуется на малопродуктивный кашель с небольшим количеством желтой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно парацетамол, отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы. При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аусcultации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 105/60 мм.рт.ст.

В анамнезе редкие простудные заболевания, не курит, наследственность отягощена по артериальной гипертензии.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

Эталон ответа:

1. При объективном обследовании выявлены изменения в нижних отделах правого легкого, о чем свидетельствует следующее: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аусcultации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузирчатые хрипы. Данные изменения сопровождаются дыхательной недостаточностью (ЧДД 22 в минуту), синдромом интоксикации.

2. Пневмония с локализацией в нижних отделах правого легкого. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на малопродуктивный кашель с небольшим количеством желтой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до фебрильных цифр;
- анамнеза: заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, принимал самостоятельно парацетамол, отмечал снижение температуры, но наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия;
- данных объективного обследования: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузирчатые хрипы.

3. План обследования:

- клинический анализ крови (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, может быть лейкопения при вирусной этиологии пневмонии, ускорение СОЭ);
- биохимический анализ крови: СРБ (увеличение), фибриноген (увеличение), прокальцитонин (увеличение);
- рентгенография грудной клетки (прямая и правая боковая проекции) – инфильтрация в нижней доле справа либо очаговая, либо занимающая всю нижнюю долю;
- микроскопическое исследование мокроты – нейтрофиллы, отсутствие ВК (микобактерии) и АК (атипичные клетки);
- бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам;
- ЭКГ – тахикардия.

4. Обильное питье;

Антибактериальная терапия: амоксициллин по 0,5 в/м 3 раза в день 7-10 дней в зависимости от самочувствия и состояния больного;

Муколитики: бромгексин по 1 таблетке (0,008) 3 раза в день 2 недели;

Антиоксиданты: аскорбиновая кислота 5% 2 мл в/м 10 дней;

Парацетамол 1-2 таблетки (0,5-1,0) при повышении температуры.

2. Больной Н. 66 лет жалуется на кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, выраженную слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие средства, отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы. При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 24 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны приглушенны, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, артериальная гипертензия (принимает эналаприл, амлодипин), не курит.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.

3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

3. Мужчина 56 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 7 дней, когда после переохлаждения появились малопродуктивный кашель, одышка, повысилась температура до 37,5-37,8 0 С, слабость, стал отмечаться свист в груди. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 15-20 сигарет в течение более 30 лет, по утрам отмечает небольшой кашель с малым количеством светлой мокроты, при быстрой ходьбе стала беспокоить одышка. За последние 2-3 года стал отмечать частые простудные заболевания, сопровождающиеся усилением одышки и заложенностью в груди.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аусcultации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрюканья по всем полям. Границы сердца не изменены, тоны приглушенны ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 125/75 мм.рт.ст.

Выполнены: Rg-графия грудной клетки: эмфизема, пневмосклероз;

Анализ крови клинический: Нв 165 г/л, эрит 6,2 *1012, лейк 11,7*109 (э 2, б 2, п 4, с 72, л 16, м 4), СОЭ 20 мм/ч

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

4. Больная М, 34 года, беспокоят колющие боли в правой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающиеся при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38 0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 7 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около 3 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хронический гастрит.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, влажные мелкопузырчатые хрюканья. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушенны, ритмичны, ЧСС 102 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

5. Больная С, 29 лет беспокоят чувство тяжести и распирания в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 0 С, анорексия.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и азитромицин с времененным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно выполняла внутримышечные инъекции диклофенака, на фоне которых боли практически исчезли, но появилось распирание в правой половине грудной клетки. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хронический гепатит С.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аусcultации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смещены влево на 2 см. Тоны сердца приглушенны, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

6. Больной Л. 39 лет жалуется на кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, небольшую одышку при ходьбе, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие препараты (парацетамол), на фоне которых отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Участковым терапевтом направлен в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту, АД 100/65 мм.рт.ст.

В анамнезе ВИЧ, получает комплексную терапию, не курит, наследственность отягощена по ИБС, сахарному диабету.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

7. Больная М, 58 лет беспокоят колющие боли в левой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающие при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38 0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 5 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около двух дней назад стали беспокоить колющие боли в левой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, ревматоидный артрит (получает сульфасалазин).

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Слева ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, шум трения плевры, влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушенны, ритмичны, ЧСС 96 в минуту, АД 125/85 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

8. Больная А., 56 лет беспокоят тянущие неинтенсивные боли в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 0 С.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и кларитромицин по 0,5 дважды в день 5 дней с временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно принимала парацетамол по 0,5 три раза в день, на фоне которого боли в грудной клетке существенно уменьшились, но сохранялись фебрильная температура, и выраженная слабость. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, артериальная гипертензия.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аусcultации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смешены влево на 2 см. Тоны сердца приглушенны, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 155/95 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

9. Больной М. 67 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой густой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 10 дней, когда появились насморк, герпетические высыпания на губах, малопродуктивный кашель, выраженная одышка и заложенность в груди, повысилась температура до 37,50 С, слабость. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 10-20 сигарет в течение более 40 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз ХОБЛ (получает тиотропия бромид по 1 дозе ежедневно), страдает ИБС: стенокардия 3 ф кл.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрипы по всем полям. Границы относительной тупости сердца не определяются, тоны глухие, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 140/875 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

10. Больной К. 54 года жалуется на выраженный малопродуктивный кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,0 0 С, при физической активности (ходьба) появляется одышка.

Заболел несколько дней назад, связывает с выраженным переохлаждением, до этого в течение 2 недель употреблял алкоголь. Вначале отмечал повышение температуры до фебрильных цифр и сухой кашель, через 2 дня присоединились слабость, исчез аппетит, появилась одышка. Вызвал участкового терапевта, был назначен азитромицин, мукалтин и парацетамол. На фоне лечения самочувствие без улучшения, усилился кашель, и появилась желтая мокрота. Дано направление в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 20 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах слева по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких легочный звук и везикулярное дыхание с удлиненным выдохом. Границы сердца не изменены, тоны приглушенны, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 102 в минуту, АД 155/90 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, хронический панкреатит, курит, злоупотребляет алкоголь.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

11. Мужчина 22 года обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на периодическую заложенность в груди, сопровождающуюся сухим приступообразным кашлем. За последние 3 месяца такие состояния отмечал 1-2 раза в неделю, появляются при любых резких запахах (табачный дым, парфюм, средства для уборки), проходят после прекращения контакта с источником запаха.

В анамнезе ОРВИ, в детстве страдал атопическим дерматитом.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аусcultации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

12. Мужчина 37 лет обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на приступообразный сухой кашель, появляющийся при вдыхании табачного дыма, в помещениях с высокой влажностью и сильной запыленностью. Периодический кашель беспокоит около 2-3 лет, дважды обращался к терапевту, выполнялись лабораторные исследования и ФЛГ грудной клетки (без патологии), был выставлен диагноз аллергический ринит.

В анамнезе ОРВИ, не переносит антибиотики пеницилинового ряда (сыпь).

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

13. Женщина 29 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз бронхиальная астма легкой степени тяжести, начало заболевания связывает с ремонтом в квартире, когда появились приступы удушья, обследовалась у аллерголога и пульмонолога, был назначен комбинированный препарат серетид – сальметерол 25 мкг, флутиказон 50 мкг. Препарат получала 2 раза в сутки и по потребности при приступах удушья. После окончания ремонта в квартире затруднений дыхания и приступов удушья не было, препарат принимала нерегулярно, а потом отменила самостоятельно, к врачу не обращалась.

Ухудшение около 2 месяцев, перенесла вирусную инфекцию, сменила работу (работает в архиве), начала использовать препарат, назначенный ранее, однако приступы удушья беспокоят практически ежедневно, отмечает сухой кашель, особенно днем.

В анамнезе ОРВИ, у брата полиноз.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипы единичные сухие по передней поверхности грудной клетки, отчетливо слышны при глубоком дыхании. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

14. Женщина 22 года, обратилась к участковому терапевту по рекомендации аллерголога. Отмечает приступы сухого кашля ежегодно в течение 1,5-2 месяцев (конец апреля-май-начало июня), когда проходит цветение бересклета, обследовалась у аллерголога и пульмонолога, была выявлена аллергия на пыльцу сосны, бересклета. Подобные состояния около 4 лет, специально планирует отпуск на май и старается уехать в Архангельск к родителям, сама проживает в Твери. Лекарственные препараты не применяла.

В анамнезе ОРВИ, у брата атопический дерматит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аусcultации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

15. Женщина 32 года, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, диагноз выставлен в 16 лет. За последний год на фоне стандартной терапии (сальметерол 25 мкг и флутиказон 125 мкг ежедневно два раза в день) стала отмечать частое затруднение дыхания, использовала сальбутамол. Около 2-х месяцев назад на фоне простуды отмечалось обострение бронхиальной астмы, по поводу которого находилась на лечении в терапевтическом отделении, где получала дексаметазон в/в капельно. После выписки через 3 недели вновь стала применять сальбутамол ежедневно дополнительно к стандартной своей терапии (сальметерол 25 мкг, флутиказон 125 мкг. два раза в день).

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 18 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипы единичные сухие по передней поверхности грудной клетки, отчетливо слышны при глубоком дыхании. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

16. Мужчина 25 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, диагноз выставлен около 5 лет назад. За последний год на фоне стандартной терапии (сальметерол 25 мкг и флутиказон 125 мкг ежедневно два раза в день) приступов удушья и затруднений дыхания не отмечает, активен, занимается в спортзале. Стабилизацию состояния связывает с переходом на новую работу.

В анамнезе простудные, хр гастрит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 68 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

17. Женщина 30 лет. Около полугода стала отмечать «невозможность» глубокого вдоха и ощущение нехватки воздуха после приема обезболивающих средств (парацетамол при головной боли). Обратилась у участковому терапевту по месту жительства, было назначено обследование: клинический и биохимический анализы крови, ФЛГ, ЭхоКГ, спирометрия – без патологии.

Обращалась к ЛОР-врачу – полипы носа, была предложена полипэктомия, от которой пока воздержалась.

В анамнезе ОРВИ, у отца атопический дерматит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аусcultации везикулярное дыхание, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

18. Женщина 57 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести в течение более 30 лет, последние 3-4 года получает ИГКС (беклометазон по 400 мкг два раза в день) и сальбутамол по потребности (до трех раз в день), За последний год на фоне стандартной терапии стала отмечать частые серцебиения и перебои в работе сердца. Обратилась к кардиологу, было выявлено увеличение ЧСС до 96 в минуту и экстрасистолы до 2-3 в минуту. Проводилось холтер-ЭКГ, где отмечены эпизоды ишемии, тахикардии до 112 в минуту и наджелудочковые экстрасистолы. Кардиолог выставил диагноз ИБС и рекомендовал бисопролол по 0,005 в сутки.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 18 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1,5 см, тоны приглушенны, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 92 в минуту, АД 135/80 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз (основной).
3. Какую форму ИБС можно предположить
4. Дайте обоснование назначениям кардиолога и их правильности.
5. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

19. Мужчина 56 лет, обратился на прием к терапевту с жалобами на одышку, малопродуктивный кашель с трудноотделяемой густой желтой мокротой, снижение переносимости физической нагрузки, субфебрильную температуру тела. Ухудшение около 7 дней, связывает с ОРВИ. Подобные жалобы возникают периодически 3-5 раз в год, в таких случаях самостоятельно принимает азитромицин/ципрфлоксацин, отхаркивающие средства и эуфиллин. Курит много лет по 1 пачки в день. Два года назад при диспансеризации было рекомендовано обследование по поводу одышки, на ЭКГ выявлялась гипертрофия правых отделов сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, кожа с серо-фиолетовым оттенком. Переднезадний размер грудной клетки увеличен, ребра располагаются горизонтально, надключичные ямки выбухают. При перкуссии над всей поверхностью легких звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание ослаблено с удлиненным выдохом, рассеянные сухие хрипы, единичные влажные в межлопаточной области. Границы относительной тупости сердца уменьшены, при аускультации тоны сердца ритмичны, приглушенны. ЧСС 92 в минуту, АД 140/85 мм.рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

На обзорной рентгенограмме легочные поля повышенной прозрачности. Диафрагма уплощена и смещена вниз, тень сердца уменьшена. Тени ребер расположены более горизонтально, чем обычно.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

20. Мужчина 57 лет доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на кровохарканье., которое появилось несколько часов назад. В течении последнего месяца отмечал слабость, снижение аппетита, головокружение, около трех дней невыраженный сухой кашель и субфебрильная температура тела. Похудел на 3 кг за последний месяц. Свое состояние связывает с увеличением объема работы и простудой.

Объективно: состояние средней тяжести. Вес 72 кг, рост 183 см. Кожа чистая, несколько бледная. Пальпируются подмышечные л/у справа, плотные, безболезненные, до 3 см. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при перкуссии по передней поверхности справа укорочение перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, единичные влажные мелкопузирчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. Границы сердца не изменены, тоны сердца ритмичны, несколько приглушены, ЧСС 78 в минуту, АД 125/85 мм.рт.ст.

В анамнезе ОРВИ, пневмония, не курит, алкоголь не употребляет, занимается спортом 2-3 раза в неделю.

На обзорной рентгенограмме в среднем легочном поле справа определяется гомогенное затемнение, прилежащее к тени правого корня.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.

ПК-2

Способен назначить лечение пациентам при острых и хронических заболеваниях внутренних органов, в том числе требующих неотложной помощи, и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

- 1) амоксициллин
- 2) цефтриаксон
- 3) пенициллин
- 4) гентамицин

Эталон ответа: 1.

2. ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭН-ДОКАРДИТА

- 1) активная иммунизация
- 2) коррекция водно-электролитных нарушений
- 3) лечение тромбоэмбологических и других осложнений
- 4) ранняя массивная и длительная антибактериальная терапия

Эталон ответа: 4.

3. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) антикоагулянты
- 2) антиагреганты
- 3) тромболитики
- 4) ингибиторы фибринолиза

Эталон ответа: 1.

4. СТАНДАРТНАЯ ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИИ HELICOBACTER PYLORI ВКЛЮЧАЕТ

- 8) ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин
- 9) H2-гистаминблокатор + кларитромицин + антацид
- 10) ингибитор протонной помпы + ампициллин + антацид
- 11) H2-гистаминблокатор + препарат висмута + антацид

Эталон ответа: 1.

5. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ УЛУЧШЕНИЯ СО СТОРОНЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОМ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

- 1) нормализация СОЭ
- 2) нормализация формы и величины эритроцитов
- 3) увеличение числа ретикулоцитов
- 4) увеличение числа эритроцитов и гемоглобина

Эталон ответа: 3.

6. ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВУЮ КИСЛОТУ ПРИНИМАЮТ

- 1) 1-2 недели
- 2) до 1 месяца
- 3) не более 3 месяцев
- 4) многие месяцы

Эталон ответа: 4.

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИВЕРТИКУЛИТА ПАЦИЕНТАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВКЛЮЧЕНИЕ В ПИЩЕВОЙ РАЦИОН

- 11) омега-3 жирных кислот
- 12) жирорастворимых витаминов
- 13) пищевых волокон
- 14) углеводов с низким гликемическим индексом

Эталон ответа: 3.

8. ПРИ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ

- 8) камнеобразующих солей
- 9) лейкоцитурии
- 10) гематурии
- 11) бактериурии

Эталон ответа: 1.

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- 12) острый пиелонефрит
- 13) хронический пиелонефрит
- 14) рецидивирующий цистит
- 15) бессимптомная бактериурия

Эталон ответа: 4.

10. ЭКВИВАЛЕНТ ПРИСТУПА УДУШЬЯ У БОЛЬНЫХ БРОН-ХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

- 1) постоянный непродуктивный кашель
- 2) кашель с отделением слизистой мокроты
- 3) пароксизмальный непродуктивный кашель
- 4) одышка постоянного характера

Эталон ответа: 3.

11. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОВОДЯТ

- 1) до полной нормализации температуры тела и лабораторных показателей
- 2) до исчезновения вегетаций на клапане по данным ЭхоКГ
- 3) до восстановления внутрисердечной гемодинамики
- 4) до исчезновения внесердечных проявлений

Эталон ответа: 1.

12. ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГПОД

- 1) большие размеры грыж с компрессией соседних органов

- 2) сочетание симптомных аксиальных грыж с другой хирургической патологией органов брюшной полости
 - 3) симптомные паразофагеальные грыжи
 - 4) бессимптомные паразофагеальные грыжи
- Эталон ответа: 1, 2

13. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ВНУТРИСФИНКТЕРНОЕ ТРАНСЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1) холинолитиков
- 2) ганглиоблокаторов
- 3) новокаина
- 4) ботулинического токсина

Эталон ответа: 4

14. Острый или хронический характер лейкоза определяется (2)

- 1) характером начала болезни (быстрое, постепенное)
- 2) характером и длительностью течения
- 3) эффективностью или устойчивостью к цитостатической терапии
- 4) видом и особенностями клеток, составляющих суб-страт опухоли (видом подавляющего большинства лейкозных клеток)
- 5) видом клеток-родоначальников опухолевого клона

Эталон ответа: 4, 5

15. Наиболее частые виды острого лейкоза (2)

- 1) миелобластный
- 2) лимфобластный
- 3) миеломонобластный
- 4) моноblastный
- 5) недифференцируемый
- 6) промиелоцитарный
- 7) эритромиелоз

Эталон ответа: 1, 2

16. При остром лейкозе основные поражения локализуются (1)

- 1) в коже; подкожной клетчатке
- 2) в лимфоузлах
- 3) во внутренних органах
- 4) в нервной системе
- 5) в костно-мышечной системе
- 6) в костном мозге

Эталон ответа: 6

17. Внекостномозговые поражения (лейкозные инфильтраты) при остром лейкозе локализуются (4)

- 1) в коже; подкожной клетчатке
- 2) в лимфоузлах
- 3) во внутренних органах
- 4) в нервной системе
- 5) в костно-мышечной системе

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4

18. Начальные клинические проявления острых лейкозов (3)

- 1) характерных, тем более патогномоничных симптомов нет
- 2) любые жалобы и объективные симптомы общего или/и местного характера со стороны любых органов и систем
- 3) анемический синдром
- 4) геморрагический синдром

- 5) лимфоаденопатия
 - 6) сплено- и/или гепатомегалия
 - 7) общие и/или местные септико-некротические явления
- Эталон ответа: 1, 2 4

19. Основные и характерные гематологические признаки острых лейкозов со стороны периферической крови (4)

- 1) лейкоцитоз
- 2) нормальное количество лейкоцитов
- 3) наличие эозинофилов и базофилов
- 4) отсутствие эозинофилов и базофилов
- 5) тромбоцитопения
- 6) «лейкемический провал» при острых миелозах
- 7) большое количество бластов (десятки процентов)

Эталон ответа: 4, 5, 6, 7

20. «Лейкемический провал» - это (1)

- 1) отсутствие миелобластов при наличии всех других миелоидных форм
- 2) отсутствие полиморфноядерных гранулоцитов при наличии их предшественников
- 3) отсутствие промиелоцитов, миелоцитов, метамиелоцитов при наличии миелобластов и полиморфноядерных гранулоцитов
- 4) отсутствие моноцитов при наличии всех генераций гранулоцитов
- 5) значительное уменьшение или полное отсутствие нейтрофильных лейкоцитов

Эталон ответа: 3

21. Основные и характерные для острых лейкозов изменения со стороны костного мозга (1)

- 1) лейкоцитоз
- 2) лейкопения
- 3) отсутствие эозинофилов и базофилов
- 4) тромбоцитоз
- 5) тромбоцитопения
- 6) «лейкемический провал» при острых миелозах
- 7) большое количество бластов (десятки процентов)

Эталон ответа: 7

22. При острых лейкозах выраженность поражения лимфоузлов, печени, селезенки (их увеличение) и нервной системы обусловлены, главным образом (1)

- 1) степенью анемии
- 2) характером и тяжестью вторичной инфекции
- 3) характером и тяжестью нарушений иммунной системы
- 4) наличием и степенью их лейкозной инфильтрации
- 5) степенью нарушения нормального кроветворения

Эталон ответа: 4

23. Терминальная стадия острых лейкозов определяется преимущественно (4)

- 1) длительностью времени с момента появления клинических признаков болезни
- 2) тяжестью и характером септико-некротических явлений
- 3) тяжестью и характером геморрагических явлений
- 4) поликлоновостью опухоли
- 5) резким угнетением нормального кроветворения
- 6) наличием и степенью лейкозной инфильтрации вне костного мозга
- 7) резистентностью к цитостатической терапии

Эталон ответа: 4, 5, 6, 7

24. Более доброкачественное течение острого лейкоза свойственно (1)

- 1) миелобластному
- 2) лимфобластному

- 3) миеломонобластному
- 4) моноblastному
- 5) недифференцируемому
- 6) промиелоцитарному
- 7) эритромиелозу

Эталон ответа: 2

25. Непосредственные причины смерти при остром лейкозе (4)

- 1) дыхательная недостаточность
- 2) сердечная недостаточность
- 3) почечно-печеночная недостаточность
- 4) инфекционные гнойно-септические осложнения
- 5) геморрагии в ЦНС
- 6) нейролейкемия
- 7) опухлевая интоксикация

Эталон ответа: 4, 5, 6, 7

26. Гематологическая ремиссия острого лейкоза характеризуется (1)

- 1) уменьшением количества бластов в крови и костном мозге по сравнению с исходным количеством до лечения
- 2) исчезновением бластов из периферической крови при сохранении в ней других изменений, несмотря на повышенное число бластов в костном мозге
- 3) полной нормализацией морфологического состава периферической крови вне зависимости от состава костного мозга
- 4) нормализацией периферической крови и снижением количества бластов в костном мозге (не более 5%)

Эталон ответа: 4

27. Верификация диагноза острого лейкоза ставится на основании (2)

- 1) типичных общеклинических признаков
- 2) морфологического исследования периферической крови
- 3) морфологического исследования костного мозга
- 4) биопсии лимфоузлов, печени или других тканей

Эталон ответа: 2, 3

28. Основание для диагноза острого лейкоза по данным исследования костного мозга (1)

- 1) лейкоцитоз
- 2) наличие бластов
- 3) наличие эозинофилов и базофилов
- 4) отсутствие эозинофилов и базофилов
- 5) тромбоцитоз
- 6) тромбоцитопения
- 7) «лейкемический провал» при острых миелозах
- 8) большое количество бластов (десятки процентов)

Эталон ответа: 8

29. Гистологическое исследование костного мозга (трепанобиоптата) необходимо (2)

- 1) для верификации диагноза ОЛ, поставленного по данным исследования крови и/или пункта грудины
- 2) при невозможности добыть костный мозг пункцией грудины
- 3) для верификации полной гематологической ремиссии болезни

Эталон ответа: 2, 3

30. Клетки костного мозга или периферической крови, похожие на лейкозные бласты, могут и должны рассматриваться как бласты, если (1)

- 1) они даже единичные в препарате
- 2) их содержание составляет 1-2%

- 3) их содержание составляет до 10%
- 4) их содержание составляет несколько десятков процентов
- 5) при наличии их в крови и в костном мозге в любом количестве

Эталон ответа: 4

31. Бластоподобные клетки встречаются (2)

- 1) при мононуклеозе
- 2) при коллагенозах
- 3) при сепсисе
- 4) после лечения цитостатиками
- 5) после лечения преднизолоном по любому поводу

Эталон ответа: 4, 5

32. Основными направлениями комплексной терапии острых лейкозов являются (4)

- 1) подавление вторичной инфекции
- 2) стимуляция механизмов инфекционного и клеточного гомеостатического иммунитета
- 3) торможение лейкозной пролиферации для замедления прогрессирования болезни
- 4) лечение анемии
- 5) лечение геморрагических явлений
- 6) максимально возможное уничтожение лейкозных бластов (эрадикация) для последующего восстановления нормального клеточного состава костного мозга и крови

Эталон ответа: 1, 4, 5, 6

33. Смысл комплексности лечения острых лейкозов (2)

- 1) в сочетании лекарственных и хирургических методов ликвидации опухолевого процесса
- 2) в одновременном применении препаратов различных по механизму, направленности цитостатического действия и влиянию на разные фазы митотического цикла клеток
- 3) в одновременном применении лечебных воздействий на основной (лейкозный) процесс, его непосредственные последствия (анемию, кровоточивость, инфекцию, нейролейкемию) и другие проявления болезни
- 4) в сочетании лекарственной терапии со специальной диетой, физиотерапевтическим и санаторно-курортным лечением

Эталон ответа: 2, 3

34. Непосредственное противоопухолевое воздействие при лечении острых лейкозов (1)

- 1) радиоационные воздействия
- 2) хирургическая операция
- 3) лейкоферез
- 4) плазмоферез
- 5) лечение цитостатиками
- 6) трансфузии лейковзвеси
- 7) трансплантация костного мозга

Эталон ответа: 5

35. Цитостатическая терапия острого лейкоза состоит из следующих этапов (программ) (4)

- 1) индивидуальный подбор препаратов в эффективных дозах
- 2) постепенное увеличение доз и их снижение по достижении лечебного эффекта или при возникновении побочных эффектов
- 3) индукция ремиссии болезни;
- 4) закрепление ремиссии (поддерживающая терапия)
- 5) профилактика нейролейкемии
- 6) лечение рецидивов болезни

Эталон ответа: 3, 4, 5, 6

36. Там, где это возможно, ремиссия острого лейкоза достигается в срок (1)

- 1) 1-7 суток
- 2) 1-2 месяца

- 3) 1 год
- 4) 5 лет
- 5) более 5 лет

Эталон ответа: 2

37. Поддерживающая терапия острого лейкоза продолжается в течение (1)

- 1) 1-7 суток
- 2) 1-2 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 5 лет
- 5) более 5 лет

Эталон ответа: 5

38. Миелопролиферативные гемобластозы (2)

- 1) эритремия
- 2) хронический миелолейкоз
- 3) волосатоклеточный лейкоз
- 4) плазмоцитома
- 5) лимфогранулематоз
- 6) миелофиброз

Эталон ответа: 1, 2

39. Лимфопролиферативные гемобластозы (5)

- 1) хронический миелолейкоз
- 2) острый лимфолейкоз
- 3) хронический лимфолейкоз
- 4) волосатоклеточный лейкоз
- 5) панмиелофтиз
- 6) лимфогранулематоз
- 7) лимфосаркома

Эталон ответа: 2, 3, 4, 6, 7

40. Хронический миелолейкоз развивается (1)

- 1) из клеток ранних предшественников миелопоэза, не способных дифференцироваться до зрелых форм
- 2) из клеток ранних предшественников миелопоэза, дифференцирующихся до зрелых форм
- 3) из полипотентных клеток гемопоэза, не способных к созреванию
- 4) клеток костного мозга, с ранним развитием мие- лофиброза и остеомиелосклероза
- 5) из клеток предшественников миелопоэза, сохраняющих способность дифференцироваться до зрелых форм с преимущественной пролиферацией эритроидного костного мозга
- 6) из зрелых форм лимфоцитов
- 7) из В-лимфоцитов

Эталон ответа: 2

Практические навыки

Обследование больного:

- Установить контакт с пациентом и родственниками больного.
 - Владеть медицинской этикой и деонтологией.
 - Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аусcultация).
 - Владеть алгоритмом постановки клинического диагноза, наметить план обследования больного и сформулировать развернутый клинический диагноз по МКБ X.
 - Назначить лечение согласно принципам доказательной медицины при заболеваниях внутренних органов.
 - Оформить карту стационарного больного, амбулаторную карту, заполнить лист назначений.
2. Практические вопросы:

- Техника переливания компонентов крови, кровезаменителей.
 - Основные документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и общие правила их выдачи и заполнения.
 - Снятие и расшифровка ЭКГ.
 - Интерпретация протоколов эхокардиографии.
 - Интерпретация обзорных рентгенограмм органов грудной клетки.
 - Оценка протоколов спирографии.
 - Техника, показания для пункции плевральной полости.
 - Подготовка больного, показания и противопоказания для бронхографии.
 - Показания и противопоказания для бронхоскопии.
 - Показания и противопоказания для промывания желудка.
 - Подготовка больного и оценка данных рентгенологического обследования системы пищеварения в обычных условиях.
 - Интерпретация протоколов УЗИ исследования печени, желчных путей и поджелудочной железы.
 - Подготовка больного к эндоскопическому исследованию - эзофагогастродуоденоскопии. Оценка результатов.
 - Показания для колоноскопии и ирригографии. Оценка результатов.
 - Назначение диетотерапии при болезнях органов пищеварения.
 - Показания к проведению компьютерной томографии и МРТ органов брюшной полости, оценка результатов.
 - Оценка данных УЗИ почек.
 - Показания к катетеризации мочевого пузыря.
 - Оценка коагулограммы.
 - Показания к костномозговой пункции и трепанобиопсии. Оценка миелограммы.
 - Определение группы крови и резус-фактора.
3. Трактовка лабораторных исследований:
- Анализ крови клинический.
 - Анализ мочи: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому.
 - Анализ мокроты.
 - Анализ мочи на желчные пигменты, α -амилазу.
 - Анализ крови на липидный спектр, билирубин, белковый спектр.
 - Пробы на активность ревматического и воспалительного процесса (СРБ, ДФА, АСЛ-О).
 - Биохимический анализ крови на остаточный азот, мочевину, креатинин, электролитный состав, КЩР.
 - Оценка биохимических показателей крови, определяющих функциональное состояние печени: холестаз, воспаление, печеночная недостаточность.

Ситуационные задачи

1. Больной К. 27 лет жалуется на малопродуктивный кашель с небольшим количеством желтой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно парацетамол, отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы. При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аусcultации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 105/60 мм.рт.ст.

В анамнезе редкие простудные заболевания, не курит, наследственность отягощена по артериальной гипертензии.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.

2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа:

1. При объективном обследовании выявлены изменения в нижних отделах правого легкого, о чем свидетельствует следующее: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аусcultации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузирчатые хрипы. Данные изменения сопровождаются дыхательной недостаточностью (ЧДД 22 в минуту), синдромом интоксикации.

2. Пневмония с локализацией в нижних отделах правого легкого. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на малопродуктивный кашель с небольшим количеством желтой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до фебрильных цифр;
- анамнеза: заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, принимал самостоятельно парацетамол, отмечал снижение температуры, но наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия;
- данных объективного обследования: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком, влажные мелкопузирчатые хрипы.

3. План обследования:

- клинический анализ крови (лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, может быть лейкопения при вирусной этиологии пневмонии, ускорение СОЭ);
- биохимический анализ крови: СРБ (увеличение), фибриноген (увеличение), прокальцитонин (увеличение);
- рентгенография грудной клетки (прямая и правая боковая проекции) – инфильтрация в нижней доле справа либо очаговая, либо занимающая всю нижнюю долю;
- микроскопическое исследование мокроты – нейтрофиллы, отсутствие ВК (микобактерии) и АК (атипичные клетки);
- бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам;
- ЭКГ – тахикардия.

4. Обильное питье;

Антибактериальная терапия: амоксициллин по 0,5 в/м 3 раза в день 7-10 дней в зависимости от самочувствия и состояния больного;

Муколитики: бромгексин по 1 таблетки (0,008) 3 раза в день 2 недели;

Антиоксиданты: аскорбиновая кислота 5% 2 ml в/м 10 дней;

Парацетамол 1-2 таблетки (0,5-1,0) при повышении температуры.

2. Больной Н. 66 лет жалуется на кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, затруднение дыхания при подъеме по лестнице, выраженную слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 3 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие средства, отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Самостоятельно обратился в приемное отделение больницы. При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 24 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны приглушенны, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, артериальная гипертензия (принимает эналаприл, амлодипин), не курит.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

3. Мужчина 56 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 7 дней, когда после переохлаждения появились малопродуктивный кашель, одышка, повысилась температура до 37,5-37,8 5 0 С, слабость, стал отмечаться свист в груди. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 15-20 сигарет в течение более 30 лет, по утрам отмечает небольшой кашель с малым количеством светлой мокроты, при быстрой ходьбе стала беспокоить одышка. За последние 2-3 года стал отмечать частые простудные заболевания, сопровождающиеся усилением одышки и заложенностью в груди.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аусcultации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрюканья по всем полям. Границы сердца не изменены, тоны приглушенны ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 125/75 мм.рт.ст.

Выполнены: Rg-графия грудной клетки: эмфизема, пневмосклероз;

Анализ крови клинический: Нв 165 г/л, эрит 6,2 *1012, лейк 11,7*109 (э 2, б 2, п 4, с 72, л 16, м 4), СОЭ 20 мм/ч

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

4. Больная М, 34 года, беспокоят колющие боли в правой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающиеся при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38 0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 7 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около 3 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хронический гастрит.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, влажные мелкопузырчатые хрюканья. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушенны, ритмичны, ЧСС 102 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

5. Больная С, 29 лет беспокоят чувство тяжести и распирания в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 0 С, анорексия.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и азитромицин с временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно выполняла внутримышечные инъекции диклофенака, на фоне которых боли практически исчезли, но появилось распирание в правой половине грудной клетки. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, хронический гепатит С.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аусcultации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смешены влево на 2 см. Тоны сердца приглушенны, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 105/65 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

6. Больной Л. 39 лет жалуется на кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, небольшую одышку при ходьбе, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 38,5 0 С.

Заболел остро 4 дня назад, после переохлаждения, когда появились слабость, насморк, сухой кашель, снизился аппетит, к врачу не обращался, принимал самостоятельно жаропонижающие препараты (парацетамол), на фоне которых отмечал снижение температуры. Однако общее самочувствие ухудшилось: наросла слабость, усилился кашель, появилась анорексия. Участковым терапевтом направлен в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 22 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах справа по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аускультации дыхание с бронхиальным оттенком. Над остальной поверхностью легких ясный легочный звук и везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту, АД 100/65 мм.рт.ст.

В анамнезе ВИЧ, получает комплексную терапию, не курит, наследственность отягощена по ИБС, сахарному диабету.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

7. Больная М, 58 лет беспокоят колющие боли в левой половине грудной клетки по боковой поверхности и ниже угла лопатки, усиливающие при движениях и глубоком дыхании, слабость, потливость, редкий кашель, повышение температуры до 38 0 С, снижение аппетита.

Больна в течение 5 дней, когда повысилась температура до фебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость и потливость. Принимала парацетамол. Около двух дней назад стали беспокоить колющие боли в левой половине грудной клетки, появился сухой кашель. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, ревматоидный артрит (получает сульфасалазин).

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 22 в минуту. Слева ниже угла лопатки при перкуссии притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, шум трения плевры, влажные мелкопузырчатые хрипы. Граница относительной сердечной тупости не изменены, тоны сердца приглушенны, ритмичны, ЧСС 96 в минуту, АД

125/85 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

8. Больная А., 56 лет беспокоят тянувшие неинтенсивные боли в правой половине грудной клетки ниже угла лопатки, слабость, потливость, сухой кашель, повышение температуры до 38,5 0 С.

Больна около 10 дней, когда повысилась температура до субфебрильных цифр, снизился аппетит, появилась слабость. Принимала парацетамол и кларитромицин по 0,5 дважды в день 5 дней с временным улучшением. Около 4-5 дней назад стали беспокоить колющие боли в правой половине грудной клетки, появился сухой кашель, самостоятельно принимала парацетамол по 0,5 три раза в день, на фоне которого боли в грудной клетке существенно уменьшились, но сохранялись фебрильная температура, и выраженная слабость. Обратилась к участковому терапевту, направлена в стационар.

Из анамнеза: не курит, алкоголь не употребляет, перенесенные заболевания: простудные, артериальная гипертензия.

Данные объективного исследования: состояние средней тяжести, при осмотре: кожа чистая, обычной окраски, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, ЧД 24 в минуту. Справа ниже угла лопатки при перкуссии тупость, при аусcultации дыхание резко ослаблено. Правая и левая границы относительной сердечной тупости смешены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 108 в минуту, АД 155/95 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

9. Больной М. 67 лет беспокоят кашель с небольшим количеством желто-зеленой густой мокроты, затруднение дыхания, одышка, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 37,5 0 С.

Ухудшение в течение 10 дней, когда появились насморк, герпетические высыпания на губах, малопродуктивный кашель, выраженная одышка и заложенность в груди, повысилась температура до 37,50 С, слабость. Обратился в поликлинику, госпитализирован.

Из анамнеза: курит 10-20 сигарет в течение более 40 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз ХОБЛ (получает тиотропия бромид по 1 дозе ежедневно), страдает ИБС: стенокардия 3 ф кл.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа чистая с серым оттенком, ЧДД 24 в минуту, увеличение передне-заднего размера грудной клетки, обе ее половинки симметрично участвуют в акте дыхания, отсутствует западение надключичных ямок, при сравнительной перкуссии грудной клетки звук с коробочным оттенком, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом и сухие хрипы по всем полям. Границы относительной тупости сердца не определяются, тоны глухие, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 140/875 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

10. Больной К. 54 года жалуется на выраженный малопродуктивный кашель с небольшим количеством светло-желтой мокроты, слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39,0 0 С, при физической активности (ходьба) появляется одышка.

Заболел несколько дней назад, связывает с выраженным переохлаждением, до этого в течение 2 недель употреблял алкоголь. Вначале отмечал повышение температуры до фебрильных цифр и

сухой кашель, через 2 дня присоединились слабость, исчез аппетит, появилась одышка. Вызвал участкового терапевта, был назначен азитромицин, муколтин и парацетамол. На фоне лечения самочувствие без улучшения, усилился кашель, и появилась желтая мокрота. Дано направление в стационар с диагнозом пневмония.

При объективном обследовании выявлено следующее: кожа горячая, ЧДД 20 в минуту, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в нижних отделах слева по задней поверхности притупление перкуторного звука, там же при аусcultации дыхание ослаблено, крепитация. Над остальной поверхностью легких легочный звук и везикулярное дыхание с удлиненным выдохом. Границы сердца не изменены, тоны приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 102 в минуту, АД 155/90 мм.рт.ст.

В анамнезе простудные заболевания, хронический панкреатит, курит, злоупотребляет алкоголем.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

11. Мужчина 22 года обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на периодическую заложенность в груди, сопровождающуюся сухим приступообразным кашлем. За последние 3 месяца такие состояния отмечал 1-2 раза в неделю, появляются при любых резких запахах (табачный дым, парфюм, средства для уборки), проходят после прекращения контакта с источником запаха.

В анамнезе ОРВИ, в детстве страдал атопическим дерматитом.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

12. Мужчина 37 лет обратился к терапевту в поликлинику с жалобами на приступообразный сухой кашель, появляющийся при вдыхании табачного дыма, в помещениях с высокой влажностью и сильной запыленностью. Периодический кашель беспокоит около 2-3 лет, дважды обращался к терапевту, выполнялись лабораторные исследования и ФЛГ грудной клетки (без патологии), был выставлен диагноз аллергический ринит.

В анамнезе ОРВИ, не переносит антибиотики пеницилинового ряда (сыпь).

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

13. Женщина 29 лет, 7 лет назад был выставлен диагноз бронхиальная астма легкой степени тяжести, начало заболевания связывает с ремонтом в квартире, когда появились приступы удушья, обследовалась у аллерголога и пульмонолога, был назначен комбинированный препарат серетид – сальметерол 25 мкг, флутиказон 50 мкг. Препарат получала 2 раза в сутки и по потребности при приступах удушья. После окончания ремонта в квартире затруднений дыхания и приступов удушья не было, препарат принимала нерегулярно, а потом отменила самостоятельно, к врачу не обращалась.

Ухудшение около 2 месяцев, перенесла вирусную инфекцию, сменила работу (работает в архиве), начала использовать препарат, назначенный ранее, однако приступы удушья беспокоят

практически ежедневно, отмечает сухой кашель, особенно днем.

В анамнезе ОРВИ, у брата полиноз.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аусcultации везикулярное дыхание, хрипы единичные сухие по передней поверхности грудной клетки, отчетливо слышны при глубоком дыхании. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

14. Женщина 22 года, обратилась к участковому терапевту по рекомендации аллерголога. Отмечает приступы сухого кашля ежегодно в течение 1,5-2 месяцев (конец апреля-май-начало июня), когда проходит цветение березы, обследовалась у аллерголога и пульмонолога, была выявлена аллергия на пыльцу сосны, березы. Подобные состояния около 4 лет, специально планирует отпуск на май и старается уехать в Архангельск к родителям, сама проживает в Твери. Лекарственные препараты не применяла.

В анамнезе ОРВИ, у брата атопический дерматит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 72 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

15. Женщина 32 года, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, диагноз выставлен в 16 лет. За последний год на фоне стандартной терапии (сальметерол 25 мкг и флутиказон 125 мкг ежедневно два раза в день) стала отмечать частое затруднение дыхания, использовала сальбутамол. Около 2-х месяцев назад на фоне простуды отмечалось обострение бронхиальной астмы, по поводу которого находилась на лечении в терапевтическом отделении, где получала дексаметазон в/в капельно. После выписки через 3 недели вновь стала применять сальбутамол ежедневно дополнительно к стандартной своей терапии (сальметерол 25 мкг, флутиказон 125 мкг. два раза в день).

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 18 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипы единичные сухие по передней поверхности грудной клетки, отчетливо слышны при глубоком дыхании. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

16. Мужчина 25 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести, диагноз выставлен около 5 лет назад. За последний год на фоне стандартной терапии (сальметерол 25 мкг и флутиказон 125 мкг ежедневно два раза в день) приступов удушья и затруднений дыхания не отмечает, активен, занимается в спортзале. Стабилизацию состояния связывает с переходом на новую работу.

В анамнезе простудные, хр гастрит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аусcultации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 68 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

17. Женщина 30 лет. Около полугода стала отмечать «невозможность» глубокого вдоха и ощущение нехватки воздуха после приема обезболивающих средств (парацетамол при головной боли). Обратилась у участковому терапевту по месту жительства, было назначено обследование: клинический и биохимический анализ крови, ФЛГ, ЭхоКГ, спирометрия – без патологии. Обращалась к ЛОР-врачу – полипы носа, была предложена полипэктомия, от которой пока воздержалась.

В анамнезе ОРВИ, у отца атопический дерматит.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 16 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет.

Границы сердца не изменены, тоны ясные, ритмичные, ЧСС 70 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

18. Женщина 57 лет, страдает бронхиальной астмой средней степени тяжести в течение более 30 лет, последние 3-4 года получает ИГКС (беклометазон по 400 мкг два раза в день) и сальбутамол по потребности (до трех раз в день), За последний год на фоне стандартной терапии стала отмечать частые сердебиения и перебои в работе сердца. Обратилась к кардиологу, было выявлено увеличение ЧСС до 96 в минуту и экстрасистолы до 2-3 в минуту. Проводилось холтер-ЭКГ, где отмечены эпизоды ишемии, тахикардии до 112 в минуту и наджелудочковые экстрасистолы. Кардиолог выставил диагноз ИБС и рекомендовал бисопролол по 0,005 в сутки.

При объективном обследовании кожа чистая, обычной окраски, ЧДД 18 в минуту, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1,5 см, тоны приглушенны, ритмичные, акцент II тона на аорте, ЧСС 92 в минуту, АД 135/80 мм.рт.ст.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз (основной).
3. Какую форму ИБС можно предположить
4. Дайте обоснование назначениям кардиолога и их правильности.
5. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
6. Назначьте лечение по основной и сопутствующей патологии.

19. Мужчина 56 лет, обратился на прием к терапевту с жалобами на одышку, малопродуктивный кашель с трудноотделяемой густой желтой мокротой, снижение переносимости физической нагрузки, субфебрильную температуру тела. Ухудшение около 7 дней, связывает с ОРВИ. Подобные жалобы возникают периодически 3-5 раз в год, в таких случаях самостоятельно принимает азитромицин/ципрфлоксацин, отхаркивающие средства и эуфиллин. Курит много лет по 1 пачки в день. Два года назад при диспансеризации было рекомендовано обследование по

поводу одышки, на ЭКГ выявлялась гипертрофия правых отделов сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, кожа с серо-фиолетовым оттенком. Переднезадний размер грудной клетки увеличен, ребра располагаются горизонтально, надключичные ямки выбухают. При перкуссии над всей поверхностью легких звук с коробочным оттенком, при аусcultации дыхание ослаблено с удлиненным выдохом, рассеянные сухие хрипы, единичные влажные в межлопаточной области. Границы относительной тупости сердца уменьшены, при аускультации тоны сердца ритмичны, приглушенны. ЧСС 92 в минуту, АД 140/85 мм.рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

На обзорной рентгенограмме легочные поля повышенной прозрачности. Диафрагма уплощена и смещена вниз, тень сердца уменьшена. Тени ребер расположены более горизонтально, чем обычно.

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

20. Мужчина 57 лет доставлен в клинику бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на кровохарканье, которое появилось несколько часов назад. В течении последнего месяца отмечал слабость, снижение аппетита, головокружение, около трех дней невыраженный сухой кашель и субфебрильная температура тела. Похудел на 3 кг за последний месяц. Свое состояние связывает с увеличением объема работы и простудой.

Объективно: состояние средней тяжести. Вес 72 кг, рост 183 см. Кожа чистая, несколько бледная. Пальпируются подмышечные л/у справа, плотные, безболезненные, до 3 см. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при перкуссии по передней поверхности справа укорочение перкуторного звука, при аускультации дыхание ослаблено, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. Границы сердца не изменены, тоны сердца ритмичны, несколько приглушенны, ЧСС 78 в минуту, АД 125/85 мм.рт.ст.

В анамнезе ОРВИ, пневмония, не курит, алкоголь не употребляет, занимается спортом 2-3 раза в неделю.

На обзорной рентгенограмме в среднем легочном поле справа определяется гомогенное затемнение, прилежащее к тени правого корня.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

Задание:

1. Дайте интерпретацию объективных данных.
2. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Назначьте план обследования и предположительные его результаты.
4. Назначьте лечение.

ПК-3. Способен проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с различными заболеваниями внутренних органов, в том числе реализацию индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

Задание в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

- 1) амоксициллин
- 2) цефтриаксон
- 3) пенициллин
- 4) гентамицин

Эталон ответа: 1.

2. ГЛАВНЫЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА

- 1) активная иммунизация
 - 2) коррекция водно-электролитных нарушений
 - 3) лечение тромбоэмбологических и других осложнений
 - 4) ранняя массивная и длительная антибактериальная терапия
- Эталон ответа: 4.

3. ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) антикоагулянты
- 2) антиагреганты
- 3) тромболитики
- 4) ингибиторы фибринолиза

Эталон ответа: 1.

4. СТАНДАРТНАЯ ТРЕХКОМПОНЕНТНАЯ СХЕМА ЭРАДИКАЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* ВКЛЮЧАЕТ

- 8) ингибитор протонной помпы + кларитромицин + амоксициллин
- 9) H2-гистамиnobлокатор + кларитромицин + антацид
- 10) ингибитор протонной помпы + ампициллин + антацид
- 11) H2-гистамиnobлокатор + препарат висмута + антацид

Эталон ответа: 1.

5. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ УЛУЧШЕНИЯ СО СТОРОНЫ КРОВИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОМ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

- 1) нормализация СОЭ
- 2) нормализация формы и величины эритроцитов
- 3) увеличение числа ретикулоцитов
- 4) увеличение числа эритроцитов и гемоглобина

Эталон ответа: 3.

6. ПРИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВУЮ КИСЛОТУ ПРИНИМАЮТ

- 1) 1-2 недели
- 2) до 1 месяца
- 3) не более 3 месяцев
- 4) многие месяцы

Эталон ответа: 4.

7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДИВЕРТИКУЛИТА ПАЦИЕНТАМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВКЛЮЧЕНИЕ В ПИЩЕВОЙ РАЦИОН

- 11) омега-3 жирных кислот
- 12) жирорастворимых витаминов
- 13) пищевых волокон
- 14) углеводов с низким гликемическим индексом

Эталон ответа: 3.

8. ПРИ ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ

- 8) камнеобразующих солей
- 9) лейкоцитурии
- 10) гематурии
- 11) бактериурии

Эталон ответа: 1.

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ВАРИАНТ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

- 12) острый пиелонефрит
- 13) хронический пиелонефрит

- 14) рецидивирующий цистит
 - 15) бессимптомная бактериурия
- Эталон ответа: 4.

10. ЭКВИВАЛЕНТ ПРИСТУПА УДУШЬЯ У БОЛЬНЫХ БРОН-ХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

- 1) постоянный непродуктивный кашель
- 2) кашель с отделением слизистой мокроты
- 3) пароксизмальный непродуктивный кашель
- 4) одышка постоянного характера

Эталон ответа: 3.

11. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОВОДЯТ

- 1) до полной нормализации температуры тела и лабораторных показателей
- 2) до исчезновения вегетаций на клапане по данным ЭхоКГ
- 3) до восстановления внутрисердечной гемодинамики
- 4) до исчезновения внесердечных проявлений

Эталон ответа: 1.

12. ПОКАЗАНИЯ К ПЛАНОВОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГПОД

- 1) большие размеры грыж с компрессией соседних органов
- 2) сочетание симптомных аксиальных грыж с другой хирургической патологией органов брюшной полости
- 3) симптомные паразофагеальные грыжи
- 4) бессимптомные паразофагеальные грыжи

Эталон ответа: 1, 2

13. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ВНУТРИСФИНКТЕРНОЕ ТРАНСЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ

- 1) холинолитиков
- 2) ганглиоблокаторов
- 3) новокаина
- 4) ботулинического токсина

Эталон ответа: 4

14. У больного язвенной болезнью периодические, четко связанные с приемом пищи боли в эпигастрин становятся постоянными вследствие (2)

- 1) пенетрации язвы
- 2) развития демпинг-синдрома
- 3) малигнизации язвы
- 4) развития стеноза превратника

Эталон ответа: 1, 3

15. Подозрение на пенетрацию гастродуоденальной язвы возникает (2)

- 1) при появлении рвоты «кофейной гущей»
- 2) при постепенном в течение 1-3 дней усилении болей в животе с утратой связи болей с приемом пищи
- 3) при внезапной «кинжалной» боли в эпигастрин
- 4) при присоединении симптомов поражения других органов брюшной полости

Эталон ответа: 2, 4

16. Демпинг-синдром - это (1)

- 1) симптомокомплекс функциональных расстройств, возникающих у больных с резецированным желудком, вскоре после еды
- 2) образование пептической язвы вблизи операционного анастомоза
- 3) развитие острого панкреатита в послеоперационном периоде
- 4) рецидивирующая динамическая кишечная непроходимость у больных с оперированным желудком

Эталон ответа: 1

17. Наиболее типичный характер боли при дуоденальной язве (1)

- 1) тупая давящая боль в эпигастрии, усиливающаяся при приеме пищи
- 2) схваткообразная боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо
- 3) постоянная разлитая боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи
- 4) боль в эпигастрии и справа выше пупка, возникающая натощак и спустя 2-3 часа после еды

Эталон ответа: 4

18. Основа диетотерапии при демпинг-синдроме (1)

- 1) частый дробный прием углеводов с высоким гликемическим индексом и ограничение белковых блюд
- 2) частый дробный прием высококалорийных белковых блюд, ограничение молочных и сладких блюд
- 3) диета стола 1 по Певзнеру

Эталон ответа: 2

19. Для демпинг-синдрома характерно (1)

- 1) слабость, потливость, сердцебиение, снижение АД вскоре после приема пищи
- 2) слабость, сердцебиение, снижение АД перед временем приема пищи
- 3) прием пищи не оказывает существенного влияния на ЧСС и АД

Эталон ответа: 1

20. Параметры патологического гастроэзофагеального рефлюкса (1)

- 1) pH в пищеводе снижается до 5,0 на срок свыше 5 минут
- 2) pH в пищеводе снижается до 4,0 на срок свыше 5 минут
- 3) pH в пищеводе снижается до 5,0 на срок свыше 10 минут
- 4) pH в пищеводе снижается до 4,0 на срок свыше 10 минут

Эталон ответа: 2

21. Внепищеводные проявления ГЭРБ (3)

- 1) бронхиальная астма
- 2) бронхэкстатическая болезнь
- 3) аспирационная пневмония
- 4) ларингиты и фарингиты

Эталон ответа: 1, 3, 4

22. «Пищевод Барретта» - это (1)

- 1) рефлюкс-эзофагит с цилиндрической метаплазией пищеводного эпителия
- 2) тяжелый эрозивный рефлюкс-эзофагит
- 3) рефлюкс-эзофагит с множественными пептическими язвами
- 4) рефлюкс-эзофагит с исходом в структуру пищевода

Эталон ответа: 1

23. В происхождении грыж пищеводного отверстия диафрагмы имеют значение (3)

- 1) соединительнотканые дисплазии
- 2) заболевания и состояния, протекающие с повышением внутрибрюшного давления
- 3) дискинезии пищевода
- 4) травмы и заболевания диафрагмы
- 5) облитерация плевральной полости

Эталон ответа: 1,2, 3

24. Осложнения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (2)

- 1) варикозное расширение вен пищевода
- 2) ущемление
- 3) стеноз пищевода
- 4) расширение пищевода

Эталон ответа: 2, 3

25. Лучшей визуализации грыж пищеводного отверстия диафрагмы при контрастном исследовании верхних отделов пищеварительного тракта способствует (3)

- 1) тугое заполнение желудка барием
- 2) осмотр больного в положении тела с приподнятым тазовым концом туловища
- 3) исследование в условиях двойного контрастирования
- 4) использование фармакологической пробы с атропином

Эталон ответа: 2, 3, 4

26. Эндоскопическое исследование при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы обнаруживает (3)

- 1) смещение Z-линии в направлении пищевода
- 2) смещение Z-линии в направлении желудка
- 3) ретроградный желудочно-пищеводный пролапс
- 4) спазм кардии
- 5) зияние кардии

Эталон ответа: 1, 3, 5

27. Наиболее информативный метод диагностики дивертикулов пищевода (1)

- 1) контрастное рентгенологическое исследование
- 2) эндоскопическое исследование
- 3) эзофагоманометрия
- 4) сцинтиграфия пищевода с ^{99m}Tc

Эталон ответа: 1

28. Наиболее частые осложнения дивертикулов пищевода (2)

- 1) пищевод Барретта
- 2) дивертикулит
- 3) эзофагит
- 4) рак пищевода

Эталон ответа: 2, 3

29. Для ахалазии кардии характерно (2)

- 1) неуклонно прогрессирующее течение заболевания
- 2) течение болезни со спонтанными ремиссиями
- 3) многолетняя стабилизация процесса на этапе функциональных нарушений проходимости пищевода
- 4) самоизлечение

Эталон ответа: 1, 2

30. Дисфагия при ахалазии кардии характеризуется (1)

- 1) является единственным признаком болезни
- 2) возникает при глотании твердой пищи
- 3) возникает при глотании твердой и жидкой пищи
- 4) начинается при глотании твердой пищи, а при прогрессировании болезни присоединяются нарушения глотания жидкой пищи

Эталон ответа: 3

31. Доказательный рентгенологический признак развернутой стадии ахалазии кардии (1)

- 1) сужение дистального отдела пищевода по типу «птичьего клюва»
- 2) супрастенотическое расширение пищевода
- 3) отсутствие газового пузыря желудка
- 4) наличие уровня жидкости в пищеводе
- 5) сочетание указанных признаков с проявлениями аспирационных поражений легких

Эталон ответа: 5

32. При поверхностной пальпации живота у лиц с дискинезиями желчевыводящих путей чаще

всего определяется (1)

- 1) положительный симптом Ортнера
- 2) незначительная болезненность в правом подреберье
- 3) положительный симптом Кера
- 4) положительный симптом Мюсси

Эталон ответа: 2

33. В диагностике дискинезий желчевыводящих путей наиболее существенно (1)

- 1) наличие дуоденогастрального рефлюкса
- 2) утолщение стенки желчного пузыря и наличие конкрементов
- 3) приступообразный характер болей
- 4) отсутствие воспалительных изменений в желчи

Эталон ответа: 4

34. Псевдомембранный колит обусловлен избыточным размножением в кишечнике (1)

- 1) гемолитического стафилококка
- 2) клостридий
- 3) патогенных микробов семейства кишечной палочки
- 4) цитробактера

Эталон ответа: 2

35. В клинической картине синдрома бактериальной контаминации тонкой кишки выявляются признаки (3)

- 1) запора
- 2) диареи секреторного типа
- 3) энтерита
- 4) метаболических расстройств

Эталон ответа: 2, 3, 4

36. Микотические наложения на слизистой оболочке пищевода у больных кандидозом пищевода при эзофагоскопии (3)

- 1) имеют вид желтовато-белых творожистых масс
- 2) окружены зоной гиперемии слизистой оболочки
- 3) располагаются преимущественно в дистальном отделе пищевода
- 4) плотно фиксированы к слизистой оболочке

Эталон ответа: 1, 2, 3

37. Внешнесекреторная панкреатическая недостаточность развивается (1)

- 1) при многолетнем течении хронического панкреатита
- 2) при высоком гидростатическом давлении желчи
- 3) при деструкции большей части ацинарного аппарата поджелудочной железы
- 4) при развитии псевдокист поджелудочной железы

Эталон ответа: 3

38. Особенность абдоминального болевого синдрома при хроническом панкреатите (1)

- 1) появление болей вне связи с приемом пищи
- 2) иррадиация болей в спину
- 3) максимальная болезненность в проекции солнечного сплетения
- 4) пальпаторные признаки раздражения брюшины

Эталон ответа: 2

39. Наиболее совершенные методы визуализации поджелудочной железы (2)

- 1) ультразвуковое сканирование
- 2) компьютерная томография
- 3) магнитно-резонансная томография
- 4) радионуклидная сцинтиграфия

Эталон ответа: 2, 3

40. Классическая диагностическая триада хронического панкреатита (1)
- 1) стеаторея, креаторея, амилорея
 - 2) кальциноз поджелудочной железы, стеаторея, сахарный диабет
 - 3) панкреатические поносы, гетерогенное увеличение эхогенности поджелудочной железы, сахарный диабет
 - 4) экзо- и эндокринная панкреатическая недостаточность, кальциноз поджелудочной железы
- Эталон ответа:2

41. Критерий адекватности подобранный дозировки ферментных препаратов (3)
- 1) частота дефекации менее трех раз в сутки
 - 2) объем каловых масс менее 400 г за сутки
 - 3) увеличение массы тела
 - 4) отсутствие гипогликемических состояний
- Эталон ответа: 1, 2, 3

42. Доказательные диагностические признаки хронического панкреатита при ультразвуковом исследовании (3)
- 1) гетерогенное повышение эхогенности ткани поджелудочной железы
 - 2) изменение размеров отделов поджелудочной железы
 - 3) неравномерное расширение главного панкреатического протока
 - 4) деформация селезеночной и воротной вен
- Эталон ответа: 1, 2, 3

43. Диарея при синдроме раздраженного кишечника (1)
- 1) начинается в ночное время суток
 - 2) сопровождается полифекалией
 - 3) характеризуется наличием тенезмов
 - 4) возникает преимущественно в первую половину дня
- Эталон ответа: 4

Практические навыки

Обследование больного:

- Установить контакт с пациентом и родственниками больного.
- Владеть медицинской этикой и деонтологией.
- Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
- Владеть алгоритмом постановки клинического диагноза, наметить план обследования больного и сформулировать развернутый клинический диагноз по МКБ X.
- Назначить лечение согласно принципам доказательной медицины при заболеваниях внутренних органов.
- Оформить карту стационарного больного, амбулаторную карту, заполнить лист назначений.

2. Практические вопросы:

- Снятие и расшифровка ЭКГ.
- Интерпретация протоколов эхокардиографии.
- Интерпретация обзорных рентгенограмм органов грудной клетки.
- Оценка протоколов спирографии.
- Показания и противопоказания для бронхоскопии.
- Подготовка больного и оценка данных рентгенологического обследования системы пищеварения в обычных условиях.
- Интерпретация протоколов УЗИ исследования печени, желчных путей и поджелудочной железы.
- Подготовка больного к эндоскопическому исследованию - эзофагогастродуоденоскопии. Оценка результатов.
- Показания для колоноскопии и ирригографии. Оценка результатов.
- Назначение диетотерапии при болезнях органов пищеварения.

- Показания к проведению компьютерной томографии и МРТ органов брюшной полости, оценка результатов.
 - Оценка данных УЗИ почек.
 - Оценка коагулограммы.
 - Показания к костномозговой пункции и трепанобиопсии. Оценка миелограммы.
 - Определение группы крови и резус-фактора.
3. Трактовка лабораторных исследований:
- Анализ крови клинический.
 - Анализ мочи: общий, по Нечипоренко, по Зимницкому.
 - Анализ мокроты.
 - Анализ мочи на желчные пигменты, α - амилазу.
 - Анализ крови на липидный спектр, билирубин, белковый спектр.
 - Пробы на активность ревматического и воспалительного процесса (СРБ, ДФА, АСЛ-О).
 - Биохимический анализ крови на остаточный азот, мочевину, креатинин, электролитный состав, КЩР.
 - Оценка биохимических показателей крови, определяющих функциональное состояние печени: холестаз, воспаление, печеночная недостаточность.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1 Женщина 45 лет с ожирением 2 степени (индекс массы тела 36) в течение 2-х лет жалуется на частую изжогу 1-2 раза в неделю. Куриет. При рентгеноскопии пищевода и желудка выявлена аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы размерами 2-3 см. По данным эзофагогастродуоденоскопии, выполненной 6 месяцев назад, признаки катарального рефлюкс-эзофагита. От предложенного оперативного лечения пациентка отказалась. На фоне применения ингибиторов протонной помпы (использовала пантопразол, омепразол, эзомепразол) изжога купируется, однако после отмены препаратов возвращается в течение недели.

Задания и вопросы:

Какие немедикаментозные методы реабилитации показаны пациентке? определите показания и противопоказания к лечебной физкультуре у пациентки. какой режим применения ингибиторов протонной помпы показан пациентке?

Эталон ответа:

Немедикаментозная коррекция включает: диетическое питание, снижение массы тела, прекращение курения и злоупотребления алкоголем, отказ от приема препаратов, обладающих повреждающим действием на слизистую оболочку пищевода и снижающих барьерную функцию пищеводно-желудочного перехода, нормализацию режима труда и отдыха, использование клиновидной подушки, физиотерапия, санаторно-курортное лечение. Среди физиотерапевтических методов используют вегетокорригирующие методы (транскраниальная электростимуляция, транскраниальная низкочастотная магнитотерапия), репаративно-регенеративные методы (инфракрасная лазеротерапия, ДМВ-терапия), прокинетические методы (питьевое лечение минеральными водами, интерференцтерапия), седативные методы (йодобромные ванны, хвойные ванны, электросонтерапия, гальванизация воротниковой области). У пациентки отсутствуют противопоказания к лечебной физкультуре. Со стороны патологии эзофагогастродуodenальной зоны к ним относятся: острые воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта; наличие каллезной язвы желудка; полипоз желудка; кровотечения и склонность к кровоточивости; индивидуальная непереносимость физического фактора, ахалазия кардии.

Лечебная физкультура для пациентки включает терренкур. Дыхание на маршрутах терренкура должно быть равномерным, через нос. Необходимо сочетать дыхание с ритмом ходьбы и темпом (по ровной дороге примерно на 2-4 шага - вдох, на 3-5 шагов - выдох, на подъеме на 2-3 шага - вдох, на 3-4 шага - выдох). Шаг на подъемах должен быть более коротким, в пути не рекомендуется разговаривать и курить. Независимо от ощущения утомления необходимо делать остановки на 1-3 мин для отдыха, во время которых рекомендуется выполнить 2-3 дыхательных

упражнения и упражнения на расслабление мышц ног. По окончании маршрута полезен отдых в положении сидя в течение 15-30 мин. Протяженность маршрута терренкура за день до 3000 метров.

В отсутствие эрозий пищевода для лечения незерозивного эзофагита возможно назначение половинной дозы ИПП (рабепразол 10 мг, эзомепразол 20 мг). Поддерживающую терапию после заживления эрозий пищевода следует проводить, как минимум, в течение 16–24 недель, у данной пациентки с учетом грыжи ПОД – неопределенно долго.

2. Пациент А., 30 лет обратился с жалобами на периодически возникающую изжогу, которая купируется после приема Ренни, периодически возникающий привкус кислого во рту. Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые стал отмечать редкие эпизоды изжоги, частота которых существенно увеличилась в последние полгода. За этот год пациент прибавил в весе 7 кг (рост 180 см, вес 95 кг), в связи с чем начал тренироваться в спортивном зале. Курит в течение 7 лет по 10-15 сигарет в день. Других хронических заболеваний нет. При объективном осмотре живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. По остальным органам и системам без особенностей. Больному даны рекомендации по обследованию и медикаментозной терапии.

Вопросы и задания: Дайте рекомендации по коррекции питания и образа жизни:

Эталон ответа: необходимо нормализовать массу тела и отказаться от курения. Следует избегать переедания, последний прием пищи должен быть не позднее, чем за два часа до сна. Питание должно быть трех-, четырехразовое, необходимо избегать «перекусов». Важно максимально избегать ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление (например, ношения тугих поясов, бандажей, поднятия тяжестей более 8–10 кг на обе руки, работ, сопряженных с наклоном туловища вперед, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса). Поднятие изголовья кровати необходимо, если изжога беспокоит в лежачем положении. Целесообразно избегать употребления томатов в любом виде, кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также жирной пищи, шоколада, кофе. Необходимо максимально ограничить употребление алкоголя, очень горячей или холодной пищи и газированных напитков.

3. У пациентки К., 33 лет в биохимическом анализе крови выявлено повышение глюкозы (до 6,7 ммоль/л). На момент осмотра жалоб не предъявляет. Не курит, алкоголь не употребляет, с токсическими веществами не контактирует. Хронические заболевания отрицает. Лекарственные препараты и биологически активные добавки не принимает. При объективном осмотре рост 165 см, вес 120 кг. Живот мягкий, безболезненный, печень по Курлову 12x11x10 см, селезенка не увеличена. По остальным органам и системам без особенностей. HBsAg, At к HCV – отрицательные. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости: ультразвуковые признаки диффузных изменений в печени по типу жирового гепатоза, диффузные изменения поджелудочной железы по типу липоматоза. Больной даны рекомендации по обследованию и медикаментозной терапии.

Задание: Дайте рекомендации по физической активности

Эталон ответа: пациентке может быть рекомендована скандинавская ходьба 2–3 раза в неделю по 30–60 мин. на протяжении 6 месяцев и более. Также имеются данные об эффективности высокоинтенсивных интервальных тренировок на велоэргометре 3 раза в неделю в течение 12 недель.

4. Пациент С., 20 лет находится на диспансерном наблюдении с диагнозом: Бронхиальная астма, аллергическая (бытовая, грибковая, пищевая аллергия), средней степени тяжести, персистирующая, контролируемая. Больной высказывает желание поехать на санаторно-курортное лечение и интересуется какие курорты показаны при его заболевании.

Задание: Выскажитесь о возможности санаторно-курортного лечения, показаниях и противопоказаниях к его проведению

Эталон ответа: возможно проведение санаторно-курортного лечения. Больных бронхиальной астмой (аллергической, неаллергической, смешанной, легкого и среднетяжелого течения,

контролируемой и частично контролируемой, при наличии дыхательной недостаточности не выше I степени) направляют в санаторно-курортные организации, на климатические и бальнеологические (с углекислыми, хлоридно-натриевыми водами) курорты. Противопоказания к санаторно-курортному лечению служат бронхиальная астма с часто повторяющимися и тяжелыми приступами, а также купируемыми приступами средней тяжести, без стойкой стабилизации процесса даже на фоне базисной терапии.

5. Пациент В., 54 лет находится под наблюдением у участкового терапевта с диагнозом Ишемическая болезнь сердца: Стенокардия напряжения II ФК. Хроническая сердечная недостаточность I стадии, 2 ФК по NYHA. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени. Больной назначена адекватная медикаментозная терапия.

Задание: дайте рекомендации по коррекции питания

Эталон ответа: Основные требования к диете: 1) энергетическая ценность до 2000 ккал/сут; 2) содержание общего холестерина до 300 мг/сут; 3) обеспечение за счет жиров не более 30% энергетической ценности пищи. Целесообразно увеличить в пищевом рационе содержание свежих фруктов и овощей (более 200-300 г в сутки), пищевых волокон, цельных зерен, уменьшить употребления сладкого и сладких газированных напитков. Следует ограничить употребление жирных сортов мяса, вообще красного мяса и гастрономических продуктов. Целесообразно рекомендовать употребление рыбы 2 раза в неделю. Пациентам следует ограничивать употребление поваренной соли до 5 г в сутки. Возможно употребление 1-2 порций алкоголя в сутки.

6. У пациентки Р., 63 лет в ходе планового обследования выявлены изменения по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости: ультразвуковые признаки диффузных изменений печени по типу жирового гепатоза. На момент осмотра жалоб не предъявляет. В анамнезе: Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск ССО 3 (высокий); Экзогенно-конституциональное ожирение I степени. Хронический аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз. Вирусные гепатиты, злоупотребление алкоголем, контакт с токсическими веществами, употребление биологически активных веществ отрицает. Лекарственный анамнез: Лозартан, Аторвастатин, Кардиомагнил, L-тироксин. Больной назначены обследование и медикаментозная терапия.

Задание: дайте рекомендации по коррекции питания

Эталон ответа: Пациентам с неалкогольной жировой болезнью печени следует рекомендовать средиземноморскую диету, включающую в себя оливковое масло, овощи, фрукты, орехи, бобовые, цельнозерновые, рыбу и морепродукты. Больным необходимо ограничить содержание красного мяса, обработанных пищевых продуктов, сахара и рафинированных углеводов. В связи с наличием избыточной массы тела рекомендована гипокалорийная диета (ежедневная калорийность питания должна быть снижена на ≥ 500 ккал/день от физиологической потребности).

7. Из детской поликлиники под Ваше диспансерное наблюдение перешел пациент Ш., 18 лет с диагнозом: Целиакия с преобладанием диареи. Проведите с пациентом беседу об особенностях диеты при его заболевании.

Задание: Назначьте диетотерапию

Эталон ответа: Основным и единственным методом лечения данного заболевания является пожизненная строжайшая диета с исключением всех продуктов, содержащих глютен — ячменя, овса, пшеницы, ржи. Больные целиакией могут безопасно употреблять в пищу рис, бобовые, гречку, кукурузу, мясо, рыбу, птицу, овощи, фрукты, яйца и молочные продукты. Особого внимания заслуживают продукты, содержащие в составе скрытый глютен. Скрытый глютен содержится в колбасах, сосисках, мясных полуфабрикатах и консервах, рыбных полуфабрикатах и консервах; в пастах и соусах; йогуртах, майонезах и маргаринах с глютен-содержащими стабилизаторами; концентрированных сухих супах и бульонных кубиках; некоторых видах растворимых напитков и продуктов быстрого приготовления; кукурузных хлопьях при использовании ячменной патоки; в имитированных морепродуктах (крабовые палочки и др.);

квасе и некоторых алкогольных напитках. Полные перечни разрешенных для употребления больными целиакией продуктов обычно публикуются на специальных официальных сайтах обществ больных целиакией в каждой стране после проведения специального анализа продукта на содержание в нем скрытого глютена. Недопустимыми для больных целиакией являются продукты с содержанием глютена более 1 мг на 100 г продукта. Однако безглютеновая диета, исключающая из рациона злаковые компоненты, приводит к дефициту микроэлементного состава и витаминов, требующего своевременной коррекции.

8. Пациент 56 лет. Два месяца назад перенес передний инфаркт миокарда. При коронарографии выявлен стеноз ствола левой коронарной артерии – 90%. Направлен на аортокоронарное шунтирование, которое выполнено пациенту 14 дней назад. Послеоперационный период без осложнений.

Вопросы: Укажите, имеются ли у пациента, показания и противопоказания к санаторному лечению? какой режим лечебной физкультуры необходим пациенту?

Эталон ответа:

Больным после хирургического лечения ИБС (эндovаскулярная ангиопластика и/или стентирование коронарных артерий - через 2 нед после операции, аорто-коронарное шунтирование и/или резекция аневризмы - через 2-3 нед после операции), при стенокардии напряжения I-II ФК, недостаточности кровообращения не выше I стадии, без нарушения сердечного ритма и проводимости через 2-3 мес после операции, при стабильной стенокардии I-III ФК, недостаточности кровообращения не выше I стадии, без нарушений сердечного ритма и проводимости показано лечение только в местных кардиологических санаториях, так как переезд в климато- и хроноконтрастную зону может вызвать ухудшение состояния здоровья.

Программа физических тренировок должна быть динамического характера и умеренной интенсивности (тренирующая нагрузка не более 50% от пороговой мощности больного по результатам ЭКГ-пробы с физической нагрузкой).

9. Пациентка 52 лет, работает главным бухгалтером. В течение последних 5 лет отмечает повышение артериального давления до 170/90 мм.рт.ст. Регулярно наблюдается у участкового терапевта с диагнозом: Гипертоническая болезнь II стадии (гипертрофия ЛЖ, гипертоническая ретинопатия), медикаментозная нормотония, риск ССО 3 степени. Постоянно принимает периндоприл 5 мг/сутки в сочетании с индапамидом 1,5 мг/сутки. Несмотря на терапию, 2-3 раза в год случаются гипертонические кризы, как правило, индуцированные психоэмоциональным перенапряжением (годовой отчет, дедлайн), сопровождающиеся клиникой гипертонической энцефалопатии – тошнота, головная боль, «помутнение» зрения.

Задание: Предложите пациентке физиотерапевтические методы коррекции стресса и профилактики гипертонического криза

Эталон ответа:

1. Седативные методы.

a. Круглосуточная аэротерапия. Для курсового проведения процедур используют умеренный (до 3-4 ч) и интенсивный (до 6-8 ч) режимы воздействия. Курс 10-12 процедур

b. Электросонтерапия

2. Вегетокоррегирующие методы

a. Транскраниальная электроаналгезия. Применяют импульсные токи частотой 80-100 или 800-1000 Гц, в течение 15-20 мин, ежедневно. Курс 6-8 процедур.

b. Низкочастотная магнитотерапия. Применяют синусоидальное и полусинусоидальное магнитное поле по двухиндукторной методике, индукцией 20-30 мТл, частотой 50 Гц, в течение 15-20 мин, ежедневно. Курс 15 процедур.

10. Пациент 56 лет, бывший военный, не курить. Год назад перенес COVID-19 с двухсторонней вирусной пневмонией (объем поражение КТ-3 – 70%). Находился в реанимационном отделении на неинвазиной ИВЛ в течение 2-х недель. Спустя 2 месяца, а затем 6 месяцев по данным компьютерной томографии фиксируется двухсторонний умеренно выраженный нижнедолевой фиброз без положительной динамики. Сатурация кислородом стабильно – 92-94%. При спирографии выявлены рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания. ЖЕЛ -80 % от должного, ОФВ1 – без изменений – 90%.

Задание: Какие физиотерапевтические методы показаны пациенту? предложите пациенту варианты санаторно-курортного лечения

Эталон ответа:

Больному показаны репаративно-регенеративные методы физиотерапии:

1. Пелоидотерапия. Лечебную грязь накладывают ровным слоем толщиной 3-4 см на грудную клетку, затем этот участок укутывают непроницаемым материалом и одеялом. Температура иловых грязей 40 °C, торфяных - 40-42 °C. Парфин нагревают соответственно до 55-65 и 50 °C в водяной бане, термостате или в парофирнагревателе. Применяется 5-10 процедур длительностью 25-30 мин.

2. Инфракрасная лазеротерапия. Методика контактная по зонам: середина грудины, зоны Кренига, межлопаточная область паравертебрально и на зону проекции воспалительного очага (имеются другие схемы зон). Используют инфракрасное лазерное излучение (длина волны 0,89-1,2 мкм): непрерывное мощностью 40-60 мВт, импульсное мощностью 3-5 Вт, частотой 80 Гц, по 1-2 мин на одну зону, до 12-15 мин, ежедневно. Курс 10 процедур.

3. Низкочастотная магнитотерапия. Используют магнитные поля с магнитной индукцией не более 100 мТл и частотой 0,125-1000 имп./с; на поверхности индукторов магнитная индукция 10-33 мТл. ПуМП в частотном диапазоне 0,17-30 имп./с с магнитной индукцией не более 30 мТл, генерирующее магнитное поле с частотой 12-25 имп./с и индукцией до 30 мТл. Индукторы устанавливают в проекции легких продольно или поперечно, дозируя процедуры по величине магнитной индукции. Проводят 15-20 ежедневных процедур продолжительностью по 15-20 мин. На санаторно-курортное лечение больные направляются в климатолечебные приморские курорты (Анала, Геленджик, Ейск, Зеленогорск), курорты с сухим климатом (Байрам-Али, Чинабад), лесостепной зоны (Вешенский, Карабарово, Молтаево), горные курорты (Кармадон, Теберда).

11. Пациент 68 лет. Стаж курения 50 лет. Последние 5 лет отмечает одышку при умеренной физической нагрузке – подъем на 3-й этаж. Курить не бросил, выкуривает по 10 сигарет в день. Регулярно по назначению пульмонолога принимает индакатерол 150 мг, на этом фоне не отмечает прогрессирования одышки. Показатели ОФВ1 за последние 2 года колеблются в пределах 75-80%. За последние 2 года не отмечено ни одной госпитализации, ОРВИ болеет не чаще 1 раза в год.

Задание: Предложите пациенту варианты лечебной физкультуры. какие вакцины целесообразно рассмотреть к применению у данного пациента? цель кратких профилактических консультаций у данного пациента?

Эталон ответа:

Пациентку показана дыхательная гимнастика, тренировка диафрагмального дыхания, тренировки отдельных фаз дыхания с удвоенным выдохом, а также звуковая гимнастика. Плотность физических нагрузок невелика, с обязательными паузами для отдыха.

Пациентку показана вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции.

Краткие профилактические консультации должны быть направлены на убеждение пациента отказаться от курения.

12. Пациентка Л., 55 лет, много лет страдающая гипертонической болезнью с привычным АД 140-150/90-95 мм рт. ст., испытывала боль и психоэмоциональный стресс в связи с лечением панариция у хирурга поликлиники. В процессе хирургического лечения у пациентки появилась интенсивная головная боль, головокружение, тошнота, была однократная рвота, ухудшилось зрение. В связи с вышеуказанными жалобами пациентка была направлена к дежурному терапевту. При осмотре: общее состояние пациентки средней тяжести, в сознании. В окружающей обстановке ориентирована полностью, движения в конечностях сохранены. Кожа гиперемированная, влажная. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Пульс 106 в 1 мин., ритмичный, напряженный. При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При аусcultации сердца тоны ритмичные, акцент 2 тона над аортой, шумов нет. АД 200/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Задание: Определите клиническую проблему и опишите неотложную помощь

Эталон ответа: у пациентки развился симптоадреналовый гипертонический криз (осложненный). Первая линия терапии – сублингвальный прием каптоприла 12,5-50 мг, существенное снижение АД наступает уже через 10 минут. Учитывая наличие признаков осложнений в виде энцефалопатии (ТИА?), показана экстренная госпитализации в терапевтическое или кардиологическое отделение и немедленном снижении АД на 20-25% от исходного. Для лечения может быть использовано парентеральное введение следующих препаратов: нитропруссид натрия, или метопролол, или эналаприлат, или фуросемид.

13. Пациентка А., 35 лет, 32 недели беременности, обратилась к дежурному участковому терапевту с жалобами на головную боль и повышение АД. Беременность вторая, ранее артериальной гипертензии не отмечалось. В течение данной беременности после 20 недели стала отмечать периодическое повышение АД до 140-150 мм рт. ст.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, в сознании. В окружающей обстановке ориентирована полностью, движения в конечностях сохранены. Кожа обычного цвета и влажности. Периферических отеков нет. В легких везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. При аусcultации сердца тоны ритмичные, акцент 2 тона над аортой, шумов нет. АД 175/110 мм рт. ст.

Задание: определите клиническую проблему и опишите неотложную помощь

Эталон ответа: у пациентки развился гипертонический криз как осложнение гестационной артериальной гипертензии.

Неотложная помощь заключается в срочной госпитализации и контролируемом снижении АД до уровня менее 160/105 мм рт. ст. Препаратами выбора являются метилдопа или нифедипин замедленного высвобождения.

14. Пациент Б., мужчина, 40 лет, жалоб не предъявляет, не курит. При проведении дополнительной диспансеризации при осмотре терапевта общее состояние удовлетворительное, пациент заметно волнуется. ЧСС 95 ударов в минуту. АД 160/95 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений. По данным ЭКГ и фундоскопии поражения органов-мишеней не выявлено. Клинический анализ крови, сахар, общий холестерин и липопротеиды в крови в пределах референсных значений. При повторном визите к терапевту АД 155/90 мм рт. ст., ЧСС 95 ударов в минуту, в остальном при объективном исследовании без отклонений. При расспросе терапевт выяснил, что пациент с детства опасается врачей после болезненной процедуры лечения зубов в 10 лет и всегда сильно волнуется при посещении поликлиники.

Задание: определите клиническую проблему и опишите тактику врача

Эталон ответа: у пациента можно заподозрить артериальную гипертензию «белого халата». Для уточнения диагноза следует назначить суточное мониторирование АД (при возможности) или домашнее мониторирование АД.

15. Пациент С., мужчина, 55 лет, жалоб не предъявляет, курит. При проведении дополнительной диспансеризации при осмотре терапевта общее состояние удовлетворительное. Граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 135/85 мм рт. ст. В остальном по органам и системам без отклонений. По данным ЭКГ, выявлены признаки гипертрофии левого желудочка. По данным фундоскопии выявлены признаки гипертонической ретинопатии. Общий холестерин 7,0 ммоль/л. Уровень суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE 6%. При повторном визите к терапевту АД 135/80 мм рт. ст.

Задание: определите клиническую проблему и опишите тактику врача

Эталон ответа: высокое нормальное артериальное давление, измеренное в медицинском учреждении, у пациента с поражением органов-мишеней и высоким общим сердечно-сосудистым риском позволяет заподозрить маскированную артериальную гипертензию. Для уточнения диагноза следует назначить суточное мониторирование АД (при возможности) или домашнее мониторирование АД.

ПК-4. Способен проводить медицинское освидетельствование и медицинскую экспертизу в отношении пациентов с заболеваниями внутренних органов

Задания в тестовой форме

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1) в виде электронного документа
- 2) на бумажном носителе
- 3) в виде электронного документа и на бумажном носителе

Эталон ответа: 3

2. ПРИЧИНОЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) проведение медико-социальной экспертизы
- 2) проведение судебно-медицинской экспертизы
- 3) лечение в санаторно-курортных организациях
- 4) смерть родственника первой линии

Эталон ответа: 1, 3

3. СВЯЩЕНОСЛУЖИТЕЛЯМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) выдается
- 2) не выдается

Эталон ответа: 1

4. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЮТ

- 1) лечащие врачи
- 2) врачи скорой помощи
- 3) врачи скорой специализированной помощи
- 4) зубные врачи

Эталон ответа: 1, 4

5. ФОРМИРОВАНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОНОГО ДОКУМЕНТА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ

- 1) паспорта
- 2) водительского удостоверения
- 3) страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
- 4) полиса обязательного медицинского страхования

Эталон ответа: 1, 3

6. ВЫДАЧА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ

- 1) паспорта
- 2) водительского удостоверения
- 3) страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
- 4) обязательного медицинского страхования (ОМС)

Эталон ответа: 1

7. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНИНУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) в день признания его временно нетрудоспособным
- 2) на следующий день признания его временно нетрудоспособным
- 3) по окончании его временной нетрудоспособности

Эталон ответа: 1

8. В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ ГРАЖДАН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ЗА ГРАНИЦЕЙ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМ

- 1) выдается
- 2) не выдается

Эталон ответа: 1

9. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ФОРМИРУЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ ДО ___ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- 1) 7
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

Эталон ответа: 3

10. ФЕЛЬДШЕР ИЛИ ЗУБНОЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ФОРМИРУЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СРОКОМ НА ___ КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО

- 1) 7
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

Эталон ответа: 2

11. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ___ МЕСЯЦЕВ

- 1) 6
- 2) 8
- 3) 10
- 4) 14

Эталон ответа: 3

12. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, НАПРАВИВШАЯ ГРАЖДАНИНА ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ В ДРУГУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ФОРМИРУЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ С УЧЕТОМ ЧИСЛА ДНЕЙ, НЕОБХОДИМЫХ, ЧТОБЫ

- 1) доехать в другую медицинскую организацию
- 2) вернуться домой
- 3) провести курс лечения в другой медицинской организации

Эталон ответа: 1

13. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ЕЖЕГОДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА

- 1) выдается
- 2) не выдается

Эталон ответа: 1

14. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОФОРМЛЯЕТСЯ

- 1) только на проезд туда и обратно
- 2) только на период лечения в санаторно-курортной организации
- 3) на время лечения и проезда к месту лечения и обратно

Эталон ответа: 3

15. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ ___ МЕСЯЦА(ЕВ)

- 1) одного
- 2) двух
- 3) трех
- 4) четырех

Эталон ответа: 4

16. ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (БМСЭ) ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЗАВЕРШАЕТСЯ ДАТОЙ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ДАТЕ

- 1) направления документов в БМСЭ
- 2) регистрации документов в БМСЭ
- 3) проведения заседания БМСЭ
- 4) установления группы инвалидности

Эталон ответа: 2

17. В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ НЕ УСТАНОВЛЕНА, А ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СОХРАНЯЕТСЯ, ТО ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ РЕШЕНИЕМ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- 1) до восстановления трудоспособности
- 2) до повторного направления на медико-социальную экспертизу
- 3) по желанию пациента
- 4) на срок не более 1 месяца

Эталон ответа: 1, 2

18. ПРИ ОТКАЗЕ БОЛЬНОГО ОТ НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ЭТОТ ДЕНЬ

- 1) продлевается на 1 мес.
- 2) не продлевается
- 3) закрывается к труду
- 4) продлевается на 15 дней

Эталон ответа: 2

19. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ГРАЖДАНИНА НА ЛЕЧЕНИЕ В САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ПОСЛЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПО РЕШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- 1) стационара
- 2) санаторно-курортной организации
- 3) поликлиники

Эталон ответа: 2

20. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРАЖДАНИНА, ПОСТРАДАВШЕГО В СВЯЗИ С ТЯЖЕЛЫМ НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ НА ПРОИЗВОДСТВЕ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ

- 1) на весь период медицинской реабилитации
- 2) на срок проезда к месту лечения и обратно
- 3) до восстановления трудоспособности
- 4) до направления на медико-социальную экспертизу

Эталон ответа: 1, 2

21. ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРОДЛЕВАЕТСЯ РЕШЕНИЕМ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

- 1) стационара
- 2) санаторно-курортной организации
- 3) поликлиники

Эталон ответа: 2

22. В СЛУЧАЕ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ЛИЦУ, ФАКТИЧЕСКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД,

- 1) одному из членов семьи

- 2) соседям
- 3) иному родственнику
- 4) знакомым
- 5) опекуну или попечителю
- 6) сотрудникам

Эталон ответа: 1, 3, 5

23. ЕСЛИ ЧЛЕНУ СЕМЬИ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ, ТО ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ВЫДАЕТСЯ НЕ БОЛЕЕ ____ ДНЕЙ

- 1) 3
- 2) 5
- 3) 7
- 4) 9

Эталон ответа: 3

24. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ВЫДАЕТСЯ НА ВЕСЬ ПЕРИОД

- 1) одному человеку
- 2) попеременно разным лицам
- 3) одному или попеременно разным лицам

Эталон ответа: 3

25. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ОДНОВРЕМЕННО ДВУХ И БОЛЕЕ ДЕТЕЙ ФОРМИРУЕТСЯ ____ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1) один
- 2) для каждого отдельный

Эталон ответа: 1

Ситуационные задачи

Задача 1

Оформите листок нетрудоспособности пациентке Кочкиной Надежде Павловне, 48 лет, ткачихе ОАО «Тверская мануфактура», находящейся под наблюдением участкового терапевта поликлиники №1 ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665) по поводу бронхиальной астмы с 21 сентября по 15 октября 2023 г.

Особенности оформления ЛН

Оформляются два ЛН, так все дни на одном не умещаются.

Первый ЛН

В графе освобождение от работы указываются даты за подписью лечащего врача:

- 1) в первой строке пишутся даты, например, 21.09.23 – 25.09.23
- 2) во второй строке пишутся даты 26.09.23 – 30.09.23
- 3) в третьей строке пишутся даты 01.10.23 – 05.10.23

На приеме 05.10.23 в строке «Иное» – указать код (31), что продолжает болеть, и дату 05.10.23.

В строке «Выдан листок нетрудоспособности (продление)» указать номер нового ЛН.

ЛН закрывается.

Второй ЛН

В строке продолжение ЛН указывается номер первого ЛН.

В графе «Освобождение от работы» за подписью лечащего врача и председателя ВК в первой строке пишутся даты 06.10.23 – 15.10.23.

Остальные две строки зачеркиваются.

В строке «Приступить к работе» указывается 16.10.24 г.

Задача 2

Оформите ЛН пациентке Васиной Инне Никитичне, 52 лет, бухгалтеру ОАО «Тверская

мануфактура», находящейся на лечении в дневном стационаре ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5 ОГРН 1026900546639) с 22 по 29 августа (врач А.И. Дудин), далее под Вашим наблюдением (участковый терапевт той же медицинской организации) по поводу ревматоидного артрита. Выписана к труду 11 октября 2023 г.

Особенности оформления ЛН

Дата выдачи ЛН – это дата выписки больного из стационара.

Заполняется графа «Находился в стационаре».

В графе «Освобождение от работы» пишутся даты:

- 1) в первой строке 22.10.23 и 29.10.23 за подписью лечащего врача
- 2) во второй строке 30.10.23 по 31.10.23 за подписью лечащего врача и председателя ВК
- 3) в третьей строке 01.11.23 и 05.10.23 за подписью участкового врача-терапевта.

На приеме 05.11.23 в строке «Иное» – указать код, что продолжает болеть, и дата 05.11.23.

В строке «Выдан листок нетрудоспособности (продление)» указать номер нового ЛН.

ЛН закрывается.

Второй ЛН

В строке продолжение ЛН указывается номер первого ЛН.

В графе освобождение от работы за подписью лечащего врача и председателя ВК в первой строке пишутся даты 06.11.23 – 11.11.23.

Остальные две строки зачеркиваются.

В строке «Приступить к работе» ставится 12.11.24 г.

Задача 3

Оформите ЛН пациенту Богданову Григорию Степановичу, 42 лет, слесарю ООО УК «Еськи» по поводу гриппа средней тяжести с 13 сентября по 22 сентября 2023 г. в качестве участкового терапевта поликлиники №1 ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665), если 17 сентября на назначенный прием он явился нетрудоспособным в состоянии алкогольного опьянения легкой степени.

Особенности оформления ЛН

В строке «Нарушение режима» указывается код нарушения (23) и дата 17.09.23.

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 13.09.23 и 17.09.23 за подписью лечащего врача
- 2) во второй строке 18.09.23 и 22.09.23 за подписью лечащего врача
- 3) в строке три – прочерк.

ЛН закрывается. В строке «Приступить к работе» ставится 23.09.23 г.

Задача 4

Матвеев Алексей Станиславович, 37 лет, инженер ОАО «Метсвармаш», 9 сентября 2023 г. обратился к участковому терапевту поликлиники №1 ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665). Установлен диагноз: ОРВИ с ведущим катаральным синдромом, средней степени тяжести. Оформите ЛН с 9 по 16 сентября 2022 г., если на назначенный прием 12 сентября он не явился, а явился 13 сентября нетрудоспособным.

Особенности оформления ЛН

В строке «Нарушение режима» указывается код нарушения (24) и дата 12.09.23.

В графе «Освобождение от работы» указываются даты:

- 1) в первой строке 09.09.23 и 12.09.23 за подписью лечащего врача
- 2) во второй строке 13.09.23 и 16.09.23 за подписью лечащего врача
- 3) в третьей строке – прочерк.

ЛН закрывается. В строке «Приступить к работе» ставится 23.09.23.

Задача 5

Оформите ЛН гражданке Савельевой Варваре Викторовне, 44 лет, учителю МОУ СОШ №15 по уходу за отцом Полетаевым Виктором Ильичом, 68 лет, который проходил стационарное лечение

по поводу острого инфаркта миокарда, выписан под амбулаторное наблюдение участкового терапевта и нуждается в постороннем уходе с 14 сентября по 21 сентября 2022 г. Вы – участковый терапевт МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665), а председателем ВК является И.И. Потифарова.

Особенности оформления ЛН

По уходу за взрослым членом семьи допустимо оформление ЛН до 7 дней. Поэтому в первой строке указывается с 14 по 20.09.2022 г. за подписью лечащего врача. К труду с 21.09.2022 г. Подпись председателя ВК не нужна, а вторая и третья строки зачеркиваются.

Задача 6

В поликлинику ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) 15 сентября 2022 г. обратилась Смирнова Илона Алексеевна, 28 лет, инспектор Межрайонной инспекции ФНС РФ №5 по Тверской области, по поводу заболевания сына, Смирнова Константина Вадимовича, 7 лет. Был установлен диагноз: ОРВИ, средней степени тяжести, ребенок является инвалидом детства. Вы работаете врачом общей практики в поликлинике. Оформите ЛН по уходу за ребенком с 15 по 22 сентября 2023 г.

Особенности оформления ЛН

Делаются отметки в строке по уходу, заполняются поля ФИО, возраст ребенка, родственная связь. В графе освобождение от работы за подписью лечащего врача указывается:

- 1) в первой строке 15.09.23 – 19.09.23.
- 2) вторая строка 20.09.23 – 22.09.23.
- 3) третья строка зачеркивается.

В строке «Приступить к работе» указывается 23.10.23 г.

Задача 7

Соловьев Денис Андреевич, 34 лет, инженер ЗАО «Вымпел», обратился 10 ноября 2023 г. к участковому терапевту ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) в связи с утратой ЛН, выданного ему по поводу очаговой левосторонней нижнедолевой пневмонии средней степени тяжести с 28 сентября по 14 октября 2023 г. (проходил амбулаторное лечение). Оформите дубликат ЛН для представления его к оплате.

Особенности оформления

В квадрате Дубликат пишется знак «V».

В строке дата выдачи указывается 10.11.23.

В графе освобождение от работы одной строкой указываются даты 28.09.23 и 14.10.23 за подписью лечащего врача и председателя ВК. Остальные строки зачеркиваются.

В графе «Приступить к работе» – 15.10.23.

Задача 8

9 сентября 2023 г. к участковому терапевту ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №8» (ул. Виноградова, 5, ОГРН 1026900546639) обратился Прядкин Савелий Александрович, 46 лет, безработный, состоящий на учете в территориальных органах труда и занятости населения. Был установлен диагноз: первичная фолликулярная ангина, средней степени тяжести. Оформите ЛН с 9 по 15 сентября 2023 г. для представления его к оплате.

Особенности оформления ЛН

Безработным, в том числе состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения, ЛН не выдается.

Задача 9

Больной Комков Юрий Алексеевич, 49 лет, инженер ОАО «Импульс», находился на лечении в стационаре МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665) с 21.06.23 г. по 04.07.23 г. с явкой к участковому врачу-терапевту 06.07.23 г., так как трудоспособность не восстановилась. 10.07 признан трудоспособным. Оформите ЛН для

получения пособия. Вы – участковый терапевт.

Особенности оформления ЛН

В графе «Находился в стационаре» указываются даты 21.06.23 и 04.07.23. Они же указываются и в первой строке графы «Освобождение от работы» за подписью лечащего врача.

Во второй строке графы «Освобождение от работы» указываются даты 05.07.23 и 06.07.23 за подписью лечащего врача и председателя ВК.

В третьей строке графы «Освобождение от работы» указываются даты 07.07.23 и 10.07.23. за подписью участкового врача-терапевта и пред. ВК поликлиники.

Выписать к труду с 11.07.23 г.

Задача 10

К Вам на прием 18.09.2023 обратилась Иванова Мария Сергеевна, 23 лет, швея ООО «Силуэт», беременная в сроке 29 недель. Беременность протекает физиологически. Взята на учет по беременности в сроке 9 недель. Определите дату выхода в отпуск по беременности и родам, оформите ЛН. Вы – врач общей практики МУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (пр. Ленина, 6, ОГРН 1026900550665).

Особенности оформления ЛН

ЛН оформляется при сроке 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов) за подписью врача общей практики (без ВК).

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины

(название дисциплины, модуля, практики)

№ п\п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
	Учебная комната №2 кафедра факультетской терапии КБ СМП	<ul style="list-style-type: none"> - Ноутбук - Проектор - Негатоскоп - Набор ЭКГ - Набор лабораторных исследований - Набор рентгенограм, протоколов УЗИ, ФГДС

**Лист регистрации изменений и дополнений
в рабочую программу дисциплины
на _____ учебный год**

(название дисциплины, модуля, практики)

для обучающихся,

специальность: _____
(название специальности)

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры «_____» 202____ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)
подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
1				
2				
3				