



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечников
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

« 25 » января 2019 г. / С.А. Артюшкин /



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)**

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность;

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Формы оценочных средств, в соответствии с формируемыми компетенциями

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 3 ФОС)
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Контрольные вопросы	13, 18, 61, 81, 84, 105, 107, 109, 110, 115, 119, 128-130, 132, 139, 140
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Контрольные вопросы	2, 3, 10, 21, 47, 89, 133-135
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Контрольные вопросы	1-10, 133-135

ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Контрольные вопросы	2-9, 22, 71, 82, 100, 121, 123
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Контрольные вопросы	2-9, 11, 16, 27, 36, 48-50, 124, 146, 148, 149, 157-160, 221-223, 226, 227
		Ситуационные задачи	4, 35, 62
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Контрольные вопросы	231-235
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Контрольные вопросы	2, 3, 11, 21
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Контрольные вопросы	12, 22, 23, 29-31, 33, 35, 40, 42, 43, 45, 46, 51, 54, 60, 61, 66, 67, 70, 72, 75, 77-80, 82, 92, 108-110, 111-114, 116-119, 122, 126, 127, 131, 136, 144, 145, 147, 150, 152, 154, 155, 157, 158, 161, 162, 166, 167, 169, 170, 172-175, 178, 179, 181, 191, 192, 194, 195, 198, 202-208, 210
		Ситуационные задачи	1-62
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины)	Контрольные вопросы	11,13, 15-21, 24,25, 27, 36-39, 47-50, 53, 55-59, 62-64, 68, 70, 71, 80, 81, 83-85, 88-92, 97-99, 102-107, 109, 110, 115-119, 123, 124, 128-130, 137-140; 141-143, 146, 148, 149, 151, 153, 156; 163-165, 168, 171,

			176, 177, 180, 182-190 193, 196, 197, 199-201, 209, 211-220
		Ситуационные задачи	1-62
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Контрольные вопросы	231-235
		Ситуационные задачи	63-65
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Контрольные вопросы	6, 7, 24, 41, 71, 74, 228, 229
		Ситуационные задачи	6, 9, 10, 13, 17, 21, 27-31, 37, 38, 46, 50, 51, 59
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Контрольные вопросы	4-9, 24, 71, 74, 224, 230
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Контрольные вопросы	2, 3, 10, 21, 47, 89, 138
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Контрольные вопросы	2, 3, 10, 21, 47, 89, 225
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Контрольные вопросы	231-235
		Ситуационные задачи	63-65

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;

- глубина изучения дополнительной литературы;

- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации, а также использовать материалы, имеющиеся в электронном ресурсе на платформе moodle.szgmu.ru, в том числе – материалы лекций и семинаров.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 3 месяца до государственной итоговой аттестации.

Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

5.2.1. Вопросы для собеседования

1. Перечислите основные характеристики специальности «общая врачебная практика/семейная медицина»
2. Перечислите содержание мероприятий по диспансеризации в соответствии с порядками проведения диспансеризации
3. Перечислите группы и контингенты больных для наблюдения по результатам диспансеризации в соответствии с порядками проведения диспансеризации
4. Назовите параметры нормального содержания общего холестерина в крови, целевые уровни для здоровых людей и для больных ССЗ
5. Перечислите основные факторы риска развития ССЗ
6. Перечислите основные составляющие и количество порций рационального рациона питания здорового человека
7. Перечислите положительные влияния, которые оказывает физическая нагрузка на организм человека
8. Перечислите те меры по прекращению курения, которые являются доказанно эффективными
9. Перечислите основные факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний
10. Перечислите основные направления профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача)
11. Назовите целевой уровень АД при лечении больных АГ, целевой уровень АД при лечении больных АГ и сахарным диабетом
12. Назовите основные исследования для диагностики вторичной АГ
13. На чем должен быть основан выбор тактики лечения пациентов с артериальной гипертензией?
14. Назовите основные критерии стратификации сердечно-сосудистого риска у пациентов с артериальной гипертензией
15. Перечислите классы гипотензивных препаратов и принципы лечения артериальной гипертензии в ОВП
16. Какие рекомендации по изменению образа жизни необходимо дать пациенту с артериальной гипертензией?
17. Назовите препараты, показанные для лечения гипертензии у беременных
18. Тактика ведения пациентов с дислипидемией
19. Перечислите основные классы липидснижающих препаратов
20. Какие рекомендации по нормализации дислипидемии у пациентов после АКШ существуют?
21. Перечислите критерии качества помощи больному с сердечной недостаточностью
22. Назовите исследование, являющееся скрининговым, и исследование, являющееся «золотым стандартом» диагностики сердечной недостаточности
23. Назовите и опишите способы проверки функционального статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью
24. Перечислите возможные способы и формы физических тренировок у больных с сердечной недостаточностью

25. Перечислите основные классы препаратов для лечения больных сердечной недостаточностью
26. Противопоказания к проведению электрокардиографии с нагрузкой
27. Назовите основные показатели и параметры, которые необходимо контролировать при диспансерном наблюдении у больных ИБС
28. Перечислите основные виды проб с нагрузкой для больных ИБС и показания к ним
29. Перечислите показания к коронарографии
30. Перечислите современные способы исследования сосудов в комплексной оценке риска ССЗ
31. Какое неинвазивное исследование позволяет оценить не только проходимость коронарных сосудов, но и состояние их стенок, наличие атеросклеротических бляшек?
32. Перечислите способы реваскуляризации миокарда
33. Перечислите основные пробы с нагрузкой для больных ССЗ и показания к ним
34. Какие заболевания приводят к развитию миокардита?
35. Основные способы диагностики инфекционного эндокардита
36. Перечислите основные задачи семейного врача в наблюдении больного после реваскуляризации миокарда
37. Назовите основные стратегии в ведении больных с мерцательной аритмией
38. Перечислите препараты, показанные для лечения фибрилляции предсердий
39. Назовите факторы, повышающие риск развития инсульта у больных фибрилляцией предсердий
40. Перечислите основные этапы диагностики нарушений ритма
41. Что включается в понятие кардиологической реабилитации?
42. Назовите наиболее достоверный биохимический маркер острого инфаркта миокарда, при наличии болевого синдрома 12-часовой давности, протекающего с подъемом сегмента ST
43. Назовите наиболее достоверный биохимический маркер острого инфаркта, при наличии острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST
44. Опишите алгоритм действий при подозрении на острый коронарный синдром
45. Назовите основной метод диагностики, позволяющий в начальные часы дифференцировать медикаментозную тактику ведения больных с острым коронарным синдромом
46. Какие жалобы можно отнести к проявлениям атипичной симптоматики ОКС?
47. Перечислите критерии качества помощи больному острым инфарктом миокарда
48. Какова длительность назначения клопидогреля больным после коронарного шунтирования и баллонной ангиопластики?
49. Перечислите классы медикаментов, которые должны принимать больные после коронарного шунтирования?
50. Какова цель назначения бета-блокаторов больным после коронарного шунтирования?
51. Основные диагностические критерии острой пневмонии.
52. Назовите наиболее частых возбудителей, приводящих к развитию внебольничной пневмонии.
53. Перечислите основные группы антибактериальных препаратов для лечения внебольничной пневмонии
54. Каковы внепищевые (экстраэзофагеальные) проявления при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни?
55. Назовите основные лечебные мероприятия при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
56. Принципы ведения пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в ОВП
57. Какие препараты обязательно назначаются в качестве дополнения к терапии больным с остеопорозом независимо от выбранного основного класса?
58. Назовите клинически и экономически эффективный метод третичной профилактики остеопороза
59. Назовите основные группы препаратов для лечения остеопороза
60. Какие переломы наиболее часто осложняют остеопороз?
61. Принципы диагностики остеопороза и выбора тактики ведения пациентов с остеопорозом
62. Какие критерии используются для оценки эффективности препарата при остеопорозе?
63. Показания для фармакотерапии остеопороза

64. Основные принципы ведения пациентов с ожирением
65. Перечислите показания к назначению анализа мочи на микроальбуминурию
66. Перечислите возможные причины развития железодефицитной анемии
67. Перечислите возможные проявления сидеропенического синдрома и способы его диагностики
68. Принципы ведения пациента с анемическим синдромом в амбулаторных условиях
69. Перечислите основные клинические проявления синдрома гипертиреоза
70. Перечислите группы препаратов для лечения ХОБЛ
71. Перечислите рекомендации по немедикаментозному лечению и профилактике обострений ХОБЛ
72. Назовите основные компоненты комплексной гериатрической оценки
73. Принципы лечения остеоартроза в условиях ОВП
74. Перечислите основные нефармакологические методы лечения остеоартроза
75. Перечислите основные клинические признаки ревматоидного артрита
76. Перечислите последовательно стадии нарушений венозного кровотока
77. Способ диагностики заболеваний периферических артерий на догоспитальном этапе в первичной сети?
78. Назовите оптимальный способ инструментальной диагностики венозной недостаточности
79. Какой процесс лежит в основе гиперпигментации кожи в начальной стадии нарушения венозного кровотока?
80. Принципы дифференциальной диагностики синдрома «острый живот» в амбулаторных условиях
81. Тактика врача общей практики при подозрении на острый живот на догоспитальном этапе
82. Основные скрининговые исследования для выявления онкологических заболеваний в амбулаторных условиях
83. Принципы обезболивания у онкологических больных
84. Основные группы анальгетиков: показания, противопоказания, тактика применения
85. Назовите цели и принципы оказания паллиативной помощи
86. Перечислите разновидности болевого синдрома
87. Дайте определение хронической боли
88. Перечислите основные принципы применения медикаментозного обезболивания при хронической боли
89. Принципы маршрутизации пациентов с выявленными злокачественными новообразованиями
90. Принципы профилактики и лечения пролежней в амбулаторных условиях
91. Назовите основные лечебные мероприятия при лихорадке у детей
92. Каковы основные диагностические критерии бронхолита.
93. Назовите, в какие периоды после начала кормления грудью чаще всего отмечаются лактационные кризы.
94. Каковы нормальные размеры большого родничка? В каком возрасте большой родничок полностью закрывается.
95. Правила введения прикорма. Когда вводится «тестирующий» прикорм детям первого года жизни.
96. Когда прорезываются молочные и постоянные зубы у большинства детей.
97. Обоснуйте необходимость использования деконгестантов при рините у детей
98. Назовите основные лечебные мероприятия при остром риносинусите у детей
99. В какие сроки могут развиваться нормальные реакции на вакцинацию при введении разных типов вакцин?
100. Какие прививки входят в национальный календарь профилактических прививок в России?
101. Перечислите основные методы контрацепции и укажите их эффективность
102. Принципы ведения пациенток с предменструальным синдромом в ОВП
103. Принципы ведения пациенток с климактерическим синдромом в ОВП
104. Принципы ведения беременных с нормально развивающейся беременностью в ОВП
105. Тактика врача общей практики при выявлении осложнений беременности

106. Принципы ведения женщин в послеродовом периоде в ОВП
107. Тактика врача общей практики при подозрении на инфекционно-воспалительное заболевание женских половых органов у пациентки
108. Принципы дифференциальной диагностики инфекционно-воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин
109. Тактика врача общей практики при подозрении на онкологическое заболевание половых органов у женщин
110. Тактика врача общей практики при подозрении на эндометриоз
111. Назовите признаки острого вирусного конъюнктивита
112. Назовите признаки острого бактериального конъюнктивита
113. Опишите изменения сосудов глазного дна, характерные для артериальной гипертензии
114. Опишите изменения сосудов глазного дна, характерные для сахарного диабета
115. Основные клинические проявления катаракты и тактика ведения пациентов с катарактой в ОВП
116. Основные клинические проявления и принципы лечения острых отитов
117. Принципы диагностики и лечения острого риносинусита
118. Принципы диагностики и лечения ларингита в ОВП
119. Дифференциальная диагностика и тактика ведения при фарингитах
120. Какова наиболее возможная причина обострения аллергического ринита в конце лета и ранней осенью?
121. Что является основным доказанным эффективным способом первичной и вторичной профилактики инсульта
122. Назовите возможные клинические признаки инсульта
123. Основные направления профилактики инсульта
124. Ведение больного после инсульта
125. Назовите основные типы головной боли
126. Принципы дифференциальной диагностики головной боли
127. Принципы дифференциальной диагностики боли в спине
128. Тактика лечения пациентов с болью в спине
129. Тактика ведения больных с головокружением в ОВП
130. Тактика ведения больных с черепно-мозговой травмой в ОВП
131. Принципы диагностики болезни Альцгеймера
132. Тактика врача общей практики при синкопальных состояниях.
133. Основные принципы профессионального общения врача и пациента
134. Основные причины и проявления синдрома профессионального эмоционального выгорания
135. Принципы профилактики синдрома профессионального эмоционального выгорания
136. Типы и характеристика основных высыпных элементов
137. Принципы ведения пациентов с атопическим дерматитом в ОВП
138. Принципы ведения пациентов с токсикодермией в ОВП
139. Тактика врача общей практики при подозрении на венерическое заболевание
140. Тактика ведения пациентов с паразитарными дерматозами в ОВП
141. Принципы терапии ОРВИ и гриппа
142. Тактика лечения лихорадки
143. Назовите показания к назначению противовирусной терапии при гриппе
144. Назовите основные синдромы, которые наблюдаются у больного гриппом
145. Назовите основные формы заболевания менингококковой инфекцией
146. Укажите основные задачи пред- и посттестового консультирования при подозрении на ВИЧ инфекцию
147. Какие суставы чаще поражаются при ВИЧ инфекции?
148. Тактика ведения пациентов с подозрением на вирусный гепатит в ОВП
149. Принципы ведения пациентов с хроническими гепатитами в ОВП

150. Основные клинические проявления дифтерии и тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях
151. Тактика ведения пациентов с острыми кишечными инфекциями в ОВП
152. Основные клинические синдромы при гельминтозах
153. Принципы ведения пациентов с герпетической инфекцией в амбулаторных условиях
154. Основные клинические проявления ВИЧ-инфекции
155. Основные клинические проявления вирусных гепатитов
156. Перечислите основные прививки, которые входят в национальный календарь профилактических прививок в России?
157. В какие сроки могут развиваться нормальные и патологические реакции на вакцинацию при введении разных типов вакцин?
158. Характеристика нормальных реакций на вакцинацию после введения вакцин разных типов
159. Перечислите основные типы вакцин
160. Перечислите противопоказания к вакцинации
161. Основные скрининговые исследования для выявления онкологических заболеваний
162. Основные принципы классификации онкологических заболеваний
163. Принципы маршрутизации пациентов с выявленными злокачественными новообразованиями
164. Тактика врача общей практики при выявлении онкологического заболевания у пациента
165. Общие принципы организации онкологической помощи в амбулаторных условиях
166. Основные скрининговые исследования для выявления онкологических заболеваний у женщин
167. Основные скрининговые исследования для выявления онкологических заболеваний у мужчин
168. Основные показания для направления пациентов к врачу-онкологу
169. Понятие онкологической настороженности
170. Современные подходы к организации и проведению скрининговых исследований для выявления онкологических заболеваний
171. Тактика ведения пациентов с подозрением на онкологическое заболевание кожи в ОВП
172. Принципы ранней диагностики онкологических заболеваний молочных желез
173. Принципы ранней диагностики онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта
174. Принципы ранней диагностики онкологических заболеваний дыхательной системы
175. Принципы ранней диагностики онкологических заболеваний репродуктивной системы
176. Принципы ведения пациентов после оперативного лечения онкологических заболеваний в ОВП
177. Принципы ведения пациентов, получающих лучевую и химиотерапию, в ОВП
178. Основные клинические проявления онкологических заболеваний органов ЖКТ
179. Основные клинические проявления онкологических заболеваний органов дыхания
180. Назовите цели и принципы оказания паллиативной помощи
181. Наиболее часто встречающиеся синдромы у паллиативных больных
182. Алгоритм сообщения плохих новостей
183. Подходы к оказанию паллиативной помощи при онкологических заболеваниях
184. Принципы назначения обезболивающих препаратов в паллиативной помощи
185. Основные группы анальгетиков, применяемых в паллиативной помощи
186. Основные подходы к обезболиванию у онкологических пациентов
187. Причины и лечение тошноты и рвоты в паллиативной помощи
188. Причины и лечение синдрома анорексии-кахексии в паллиативной помощи
189. Принципы профилактики и лечения пролежней у онкологических больных
190. Принципы организации паллиативной помощи в РФ
191. Современные представления о вариантах старения
192. Основные характеристики и значение постарения населения
193. Принципы организации гериатрической помощи в ПМСП
194. Понятие и патогенетические механизмы старческой астении
195. Основные клинические проявления старческой астении
196. Рекомендации по питанию пациентов в пожилом и старческом возрасте

197. Рекомендации по физической активности в пожилом и старческом возрасте
198. Принципы диагностики синдрома старческой астении
199. Особенности применения лекарственных препаратов в пожилом и старческом возрасте
200. Особенности течения хронических заболеваний в пожилом и старческом возрасте
201. Понятие и составляющие комплексной гериатрической оценки
202. Принципы оценки состояния здоровья пожилых и старых пациентов
203. Принципы оценки функционального статуса пожилых и старых пациентов
204. Подходы к оценке состояния питания пожилых и старых пациентов
205. Принципы диагностики когнитивных нарушений в пожилом и старческом возрасте
206. Назовите причины деменции у пожилых
207. Принципы диагностики и лечения депрессии в пожилом и старческом возрасте
208. Основные виды недержания мочи в пожилом и старческом возрасте
209. Принципы профилактики падений у пациентов пожилого и старческого возраста
210. Основные гериатрические синдромы
211. Тактика ведения пациентов пожилого и старческого возраста с деменцией в ОВП
212. Тактика ведения пациентов пожилого и старческого возраста с депрессией в ОВП
213. Последствия полипрагмазии и методы их профилактики
214. Основные причины нарушений походки в пожилом и старческом возрасте
215. Основные причины нарушений зрения в пожилом и старческом возрасте
216. Принципы коррекции нарушений зрения в пожилом и старческом возрасте
217. Основные причины нарушений слуха в пожилом и старческом возрасте
218. Принципы коррекции нарушений слуха в пожилом и старческом возрасте
219. Основные показания к госпитализации пациентов с деменцией
220. Принципы лечения когнитивных нарушений различной этиологии в пожилом и старческом возрасте
221. Принципы и порядки проведения профилактических осмотров
222. Принципы и порядки проведения диспансеризации детского и взрослого населения
223. Принципы и порядки организации диспансерного наблюдения пациентов
224. Принципы консультирования и обучения пациентов по вопросам укрепления здоровья
225. Принципы оценки качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях
226. Принципы проведения профилактических осмотров детей различного возраста
227. Принципы оценки физического и психомоторного развития детей различного возраста
228. Основные немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии
229. Основные немедикаментозные методы лечения остеоартроза
230. Основные принципы консультирования пациентов по отказу от курения
231. Тактика проведения йодной профилактики населения при возникновении радиационной аварии.
232. Принципы формирования календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям
233. Тактика действий врача общей практики в очагах особо опасных инфекций
234. Мероприятия неотложной помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе
235. Мероприятия неотложной помощи при синдроме длительного сдавления на догоспитальном этапе

5.2.2. Ситуационные задачи

Задача №1

Проблемная ситуация. Женщина, 35 лет, кондуктор в автобусе, обратилась к врачу по поводу сухого кашля умеренной интенсивности продолжительностью около 5 нед. без мокроты. Заболела 5 нед. назад, была температура до 38°C, заложенность и выделения из носа, сухой, а затем влажный кашель. Лечилась амбулаторно, выписана на работу с улучшением (нормальная температура, без проявлений ринита), но с сохраняющимся периодическим сухим кашлем. Жалоб на дыхательный дискомфорт, «свистящее дыхание» не предъявляет. Ночью не кашляет,

хронических заболеваний органов дыхания ранее не имела. Не курит. Аллергических заболеваний не имеет.

При осмотре выявлено: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. ИМТ 29 кг/м². АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца ясные, чистые. Локального притупления легочного тона не выявлено. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно. Отеков нет.

Данные обследования. Анализы крови и мочи без патологии. Плановая флюорография органов грудной клетки 3 мес. назад без патологии. Спирометрия: ФЖЕЛ в пределах нормы. Нарушений проходимости дыхательных путей не выявлено.

Вопросы

Вопрос 1. Вы будете считать этот кашель:

- А) Острым
- Б) Подострым
- В) Хроническим
- Г) Привычным
- Д) Инфекционным

Вопрос 2. Обязательно задайте вопрос о следующем факте, который позволит в первоначально оптимизировать принятие клинического решения:

- А) О воздействии профессиональных вредностей
- Б) О наличии проявлений инфекционного процесса
- В) О наличии контакта с больным туберкулезом
- Г) О наличии хронических заболеваний органов дыхания в семейном анамнезе
- Д) О наличии аллергических заболеваний

Вопрос 3. Определите наиболее вероятный этиологический фактор кашля у данной пациентки.

- А) Избыточная масса тела
- Б) Поствирусный кашель
- В) Гастроэзофагеальный рефлюкс
- Г) Хронический риносинусит
- Д) Рецидив респираторной инфекции

Вопрос 4. Какова должна быть диагностическая тактика?

- А) Направить на повторную рентгенографию органов грудной клетки
- Б) Направить на клинический анализ крови
- Г) Направить на спирометрию с бронхолитическим тестом
- В) Направить на фибродуоденоскопию и/или 24 часовую рН-метрию
- Д) Не направлять на дополнительные исследования

Вопрос 5. Какова должна быть лечебная тактика?

- А) Назначить антибиотик
- Б) Назначить ингибитор протонной помпы
- В) Назначить полоскание горла антисептиками
- Г) Назначить промывание носа
- Г) Выжидательная тактика

Задача №2

Проблемная ситуация. Мужчина, 62 года, пенсионер, обратился с жалобами на длительный кашель умеренной интенсивности с небольшим количеством мокроты светлого цвета. Последний год отмечает уменьшение переносимости физической нагрузки. Кашляет много лет, что связывает с курением. Курил с 25 лет до 60 лет по 1 пачке сигарет в день, последние 2 года не курит. В амбулаторной карте зарегистрирован диагноз «хронический бронхит». Периодически принимает антибиотики и муколитики при обострении. Из анамнеза: страдает артериальной гипертензией, принимает комбинацию амлодипин/валсартан 10/160 мг/сут. Работал начальником отдела кадров.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. ИМТ 27 кг/м². АД 130/85 мм рт. ст. Пульс 82 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте. Локального притупления легочного тона не выявлено. Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Покалывание по пояснице безболезненно. Отеков нет.

Данные обследования.

ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. Анализы крови и мочи без патологии.

Рентгенография органов грудной клетки 3 месяца назад в двух проекциях: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, увеличение тени сердца влево. Спирометрия: ФЖЕЛ в пределах нормы. Умеренные нарушения проходимости дыхательных путей. ЭхоКГ: концентрическая гипертрофия левого желудочка, митральная недостаточность 1 степени.

Вопросы

Вопрос 1. Рассчитайте индекс курения в пачка/лет.

А) 20

Б) 35

В) 40

Г) 45

Д) нельзя рассчитать, так как является бывшим курильщиком

Вопрос 2. Обязательно задайте вопрос о следующем факте, который позволит в первоначально оптимизировать принятие клинического решения:

А) О воздействии профессиональных вредностей

Б) О наличии проявлений инфекционного процесса

В) О наличии аллергических реакций на лекарства и продукты питания

Г) О наличии хронических заболеваний органов дыхания в семейном анамнезе

Д) О контакте с больным туберкулезом

Вопрос 3. Определите наиболее вероятный этиологический фактор кашля у данного пациента.

А) Прием валсартана

Б) Гастроэзофагеальный рефлюкс

В) Курение

Г) Сердечная недостаточность

Д) Избыточная масса тела

Вопрос 4. Наиболее вероятный основной диагноз?

А) Хронический бронхит, обострение

Б) Хроническая обструктивная болезнь легких

В) Хроническая сердечная недостаточность

Г) Порок сердца (митральная недостаточность)

Д) Избыточная масса тела

Вопрос 5. Какова должна быть лечебная тактика?

А) Заменить валсартан на гипотензивный препарат другой группы

Б) Назначить ингибитор протонной помпы

В) Назначить ингаляционные бронхолитики длительного действия

Г) Назначить антибиотики и муколитики

Д) Назначить мочегонный препарат

Задача №3

К врачу общей практики обратилась женщина 35 лет с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, субфебрильную температуру, кашель с желтой мокротой, выраженную слабость. Заболела остро неделю назад, температура повышалась до 39°C, кашляла. За медицинской помощью не обращалась, принимала жаропонижающие препараты, ходила на работу. Из анамнеза: страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, последнее обострение 3 года назад. За 2 дня до начала заболевания лечила зубы у стоматолога. Курит, но очень мало по 1-

2 сигарете в день.

При осмотре: Температура тела 37,0. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, бледные, с сероватым оттенком, умеренный цианоз носогубного треугольника. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены, налетов нет. ИМТ 25 кг/м². АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 130 уд/мин, ритмичный, слабого напряжения и наполнения. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Частота дыханий 30 в мин. При перкуссии тупой перкуторный звук в нижних отделах легкого справа. В нижних отделах легких справа бронхиальное дыхание, влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Отеков нет.

Данные обследования.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции справа. Инфильтративные изменения в нижней доле справа.

Вопросы

Вопрос 1. Ваш диагноз?

- А) Внебольничная нижнедолевая пневмония справа
- Б) Госпитальная нижнедолевая пневмония справа
- В) Плеврит
- Г) Абсцесс легкого
- Д) Инфильтративный туберкулез легких

Вопрос 2. Определите степень тяжести заболевания.

- А) Легкая
- Б) Средней тяжести
- В) Тяжелая
- Г) Очень тяжелая
- Д) Критическая

Вопрос 3. Выберите шкалу для определения степени тяжести внебольничной пневмонии, прогноза заболевания и выбора места лечения в амбулаторных условиях.

- А) PORT
- Б) CRB-65
- В) SMART-COP
- Г) mMRC
- Д) САТ-тест

Вопрос 4. Выберите тактику ведения пациента?

- А) Лечить амбулаторно
- Б) Госпитализировать в стационар с приема
- В) Госпитализировать в реанимацию с приема
- Г) Наблюдать в течение суток дома с последующим принятием решения
- Д) Информировать пациентку, чтобы вызвала «Скорую помощь» при ухудшении самочувствия

Вопрос 5. Какие группы антибактериальных препаратов используют при лечении внебольничной пневмонии?

- А) Бета-лактамы, макролиды, фторхинолоны
- Б) Бета-лактамы, макролиды, респираторные фторхинолоны
- В) Бета-лактамы, аминогликозиды, фторхинолоны
- Г) Бета-лактамы, аминогликозиды, респираторные фторхинолоны
- Д) Бета-лактамы, тетрациклины, респираторные фторхинолоны

Задача № 4

К врачу общей практики обратился мужчина 40 лет с жалобами на интенсивные боли режущего характера в эпигастрии с иррадиацией в спину. Боль возникает в 5 часов утра, после завтрака уменьшается, но через несколько часов вновь усиливается. Периодически отмечает рвоту натощак жидким желудочным содержимым. Болеет 2 года. Лечится альмагелем, омепразолом с кратковременным улучшением состояния на 5-8 месяцев. В анамнезе — вирусный гепатит А в

возрасте 18 лет. Курит по пачке сигарет с 20 лет. Работает автослесарем.

При осмотре состояние удовлетворительное. ИМТ 22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски, влажные. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. АД 130/85 мм рт. ст. Пульс 86 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца ясные, чистые. Локального притупления легочного тона не выявлено. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Язык красный, Живот мягкий, безболезненный. Живот напряжен в эпигастрии под мечевидным отростком, здесь же определяется локальная болезненность, положительны симптом Менделя. Пальпация толстого кишечника безболезненна. Край печени выступает на 2 см, слегка уплотнен, безболезнен. Селезенка не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно. Отеков нет.

Данные обследования.

Общий анализ крови и анализ мочи без патологии. ЭКГ — синусовый ритм 76 в минуту, электрическая ось сердца не отклонена. Патологии не выявлено. *Флюорография* — без патологии. *Кал на скрытую кровь* — кровь не обнаружена. *ФЭГДС*: пищевод не изменен. Кардия смыкается полностью. В желудке большое количество слизи. На малой кривизне, в средней ее трети, имеется свежая язва с отечными, измененными краями, размерами 6x8 мм. Луковица 12-перстной кишки не изменена. Произведена биопсия слизистой из краев язвы. *Быстрый уреазный тест* — положительный. *Гистологическое исследование*: картина атрофического гастрита с явлениями кишечной метаплазии эпителия. Край язвы, попавший в срез, с признаками хронического воспаления. *Helicobacter pylori* выявлен в большом количестве.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, паренхима умеренно повышенной эхогенности. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность умеренно повышена.

Биохимический анализ крови: холестерин — 7,2 ммольл, общий билирубин -28,6, прямой — 22,2, непрямой — 6,4 мкмольл. АСТ — 66 ед, АЛТ — 84 ед. СРБ (+).

Вопросы

Вопрос 1. Ваш диагноз?

- А) Язвенная болезнь 12-перстной кишки
- Б) Язвенная болезнь желудка
- В) Рак желудка
- Г) Туберкулез желудка и 12-перстной кишки
- Д) Хронический атрофический гастрит

Вопрос 2. Рекомендуемое лечение на данном этапе.

- А) эрадикация *Helicobacter pylori*
- Б) антациды, подавляющие агрессивные свойства желудочного сока
- В) блокаторы H₂-гистаминорецепторов
- Г) блокаторы протонной помпы
- Д) препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (вентер, де-нол)

Вопрос 3. Выберите тактику по дальнейшему ведению больного.

- А) Направить к гастроэнтерологу
- Б) Госпитализировать в стационар на терапевтическое отделение
- В) Госпитализировать в стационар на гастроэнтерологическое отделение
- Г) Амбулаторное лечение стандартной терапией и последующее диспансерное наблюдение у терапевта, гастроэнтеролога
- Д) Амбулаторное лечение с последующим диспансерным наблюдением у гастроэнтеролога

Вопрос 4. В классическую схему стандартной эрадикации *Helicobacter pylori* первой линии входят:

- А) Ингибитор протонной помпы в стандартной дозировке 2 раза в день, Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, Кларитромицин 500 мг 2 раза в день
- Б) Блокаторы H₂-гистаминорецепторов в стандартной дозировке 2 раза в день, Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, Кларитромицин 500 мг 2 раза в день

- В) Ингибитор протонной помпы в стандартной дозировке 2 раза в день, Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, Левифлоксацин 1000 мг 2 раза в день,
Г) Ингибитор протонной помпы в стандартной дозировке 2 раза в день, Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, Висмут трикалия дицитрат 120 мг 4 раза
Д) Ингибитор протонной помпы в стандартной дозировке 2 раза в день, Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день, Тетрациклин 500 мг 4 раза в день

Вопрос 5. Длительность эрадикационной терапии составляет:

- А) 5-7 дней
Б) 8-9 дней
В) 10-14 дней
Г) 21 день
Д) в зависимости от переносимости лечения

Задача №5

К вам обратилась студентка 22 лет с жалобами на частое болезненное мочеиспускание, в том числе ночью, боль в области мочевого пузыря, повышение температуры тела до 37,4°C. В анамнезе – лечение антибиотиками 1,5 года назад по поводу похожего эпизода. По данным УЗИ – структура почек и мочевыводящих путей нормальная. Хронических заболеваний внутренних органов нет. Не беременна. При исследовании в общем анализе мочи выявлено: лейкоциты покрывают все поля зрения.

При осмотре выявлено: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. ИМТ 21 кг/м². АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Тоны сердца ясные, чистые. Локального притупления легочного тона не выявлено. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в надлобковой области. Печень не увеличена. Покалывание по пояснице безболезненно. Отеков нет. Стул нормальный.

Данные обследования.

Плановая флюорография органов грудной клетки 3 мес. назад без патологии.
Последний осмотр и обследование у гинеколога 6 мес. назад – без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

- А) Общий анализ крови
Б) Общий анализ мочи повторный
В) СРБ
Г) УЗИ почек
Д) Никакие

Вопрос 2. Ваш диагноз?

- А) Острая неосложненная инфекция нижних мочевых путей
Б) Рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей
В) Осложненная инфекция мочевых путей
Г) Хроническая инфекция нижних мочевых путей
Д) Бессимптомная бактериурия

Вопрос 3. Выберите наиболее подходящий вариант терапии.

- А) Антибактериальная терапия не требуется
Б) Антибактериальная терапия фторхинолонами 3 дня
В) Антибактериальная терапия фторхинолонами 7-10 дней
Д) Антибактериальная терапия цефалоспорины 3 дня
Г) Антибактериальная терапия цефалоспорины 7-10 дней

Вопрос 4. Скрининг на бессимптомную бактериурию рекомендуют проводить:

- А) Женщинам в постменопаузальном периоде
Б) Беременным
В) Женщинам с сахарным диабетом

Г) Пожилым людям, проживающим в домах престарелых

Д) Здоровым мужчинам

Вопрос 5. Укажите правильное высказывание для рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей

А) Два и более эпизодов ИМП в последние 12 месяцев или один и более эпизодов в последние 6 месяцев у женщин

Б) Три и более эпизодов ИМП в последние 12 месяцев или два и более эпизода в последние 6 месяцев у женщин

В) При рецидивирующей инфекции МВП необходимо наличие анатомических и/или функциональных нарушений со стороны МВП

Г) При рецидивирующей инфекции МВП посев мочи не нужен

Д) Лечение эпизода рецидивирующей инфекции МВП возможно короткими курсами фторхинолонов

Задача №6

Проблемная ситуация. Женщина 35 лет обратилась к врачу впервые с жалобами на боли по средней линии в межлопаточной и поясничной области, а также по задней поверхности шеи, которые провоцируются умеренной физической нагрузкой. Боли беспокоят около двух месяцев, отмечается постепенное увеличение интенсивности с течением времени (по визуальной аналоговой шкале с 3 до 6). Ночной сон не нарушен, положение тела на интенсивность боли не влияет, ремиссии возникают самостоятельно после отдыха. Работает оператором на почте.

При осмотре определяется низкая граница роста волос в затылочной области, сколиотическая осанка. Усилен поясничный лордоз. Хорошо развит мышечный корсет. Очаговой симптоматики не определяется, пальпация и перкуссия проекции остистых отростков позвонков безболезненна.

ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 70 уд. в мин, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Тазовых нарушений нет.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза.

А) M47.0 Синдром сдавления передней спинальной или позвоночной артерии (G99.2*)

Б) Q76.2 Врожденный спондилолистез

В) M42.1 Остеохондроз позвоночника у взрослых

Г) Q79.6 Синдром Элерса-Данло

Вопрос 2. Какой препарат из перечисленных лекарственных средств вы бы рекомендовали пациенту?

А) Карбамазепин

Б) Метилпреднизолон

В) Диклофенак

Г) Тизанидин

Вопрос 3. Какое обследование целесообразно предпочесть? Сформулируйте обоснование своего выбора тактики.

А) Электромиография игольчатая

Б) Рентгенография позвоночника

В) Магнитно-резонансная томография позвоночника с контрастированием

Г) Спиральная компьютерная томография

Вопрос 4. Предложите вариант лечебной тактики и обоснуйте его преимущества.

А) Санаторно-курортное лечение

Б) Психотерапия

В) Двигательная рекреация (плавание)

Г) Физиотерапия

Задача №7

Проблемная ситуация. Женщина 43 лет обратилась к врачу с жалобами на интенсивные боли ноющего характера в поясничной области около одной недели, с иррадиацией в левую ягодичную область. Боль препятствует ночному сну, мешает обычной жизнедеятельности. Вынужденное положение лежа на спине приносит облегчение.

Из анамнеза известно, что незадолго до появления жалоб пациентка перенесла гинекологическое вмешательство в связи с доброкачественным новообразованием.

Лихорадки нет. При осмотре выявлена гипестезия справа ниже коленного сустава, других неврологических нарушений нет. Пассивное приведение бедра с ротацией его внутрь вызывает боли в левой ягодичной области, болезненна пальпация левой ягодичной области.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза.

- А) G54.1 Поражение пояснично-крестцового сплетения
- Б) G54.4 Поражения пояснично-крестцовых корешков
- В) G57.0 Поражение седалищного нерва
- Г) M48.3 Травматическая спондилопатия

Вопрос 2. Укажите необходимые мероприятия.

- А) Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника
- Б) Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника.
- В) Консультация невролога
- Г) ЭНМГ

Вопрос 3. Препараты какой группы должны быть назначены в первую очередь? Сформулируйте обоснование своего выбора.

- А) Коксибы
- Б) Глюкокортикоиды
- В) Миорелаксанты центрального действия
- Г) Антихолинэстеразные средства

Вопрос 4. В результате проводимого лечения улучшения в состоянии пациентки не произошло. Что целесообразно назначить? Сформулируйте обоснование своего выбора тактики.

- А) Амитриптилин 50 мг в сутки
- Б) Флуоксетин 20 мг в сутки
- В) Гидрокортизон-лидокаиновые блокады № 3
- Г) Рефлексотерапию

Задача №8

Проблемная ситуация. Мужчина 52 лет обратился к врачу с жалобами на боли в поясничной области продолжительностью около двух месяцев. Описывает боль, как опоясывающую, интенсивную, жгучую, иногда возникает ощущение «удара током». Не удается облегчить болевые ощущения переменной положения тела, стал просыпаться от боли. Прием НПВС без заметного эффекта.

При осмотре кожа чистая, лихорадки нет, резкая болезненность при перкуссии проекции остистых отростков L2-S2. Парезы не определяются. Умеренное снижение тактильной чувствительности ниже зоны болезненности. Наклоны и кашель вызывают усиление болевых ощущений. ИМТ - 32 кг/м². В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 63 уд. в мин, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка увеличены. В течение нескольких последних лет умеренные дизурические явления, эректильная дисфункция. Ранее за медицинской помощью не обращался.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза.

- А) M46.2 Остеомиелит позвонков
- Б) M49.5 Метастазы в позвоночник рака предстательной железы.
- В) M48.2 «Целующиеся» позвонки
- Г) M49.4 Нейропатическая спондилопатия

Вопрос 2. Каким диагностическим мероприятием достаточно ограничиться в амбулаторных условиях?

- А) Магнитно-резонансной томографией
- Б) Клиническим анализом крови
- В) Рентгенографией позвоночника
- Г) Биохимическим анализом крови

Вопрос 3. Ваши дальнейшие действия? Сформулируйте обоснование своего выбора тактики.

- А) Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника
- Б) Госпитализация
- В) Консультация невролога
- Г) Консультация хирурга

Вопрос 4. Какие назначения вы предпочтете?

- А) Габапентин 600 мг в сутки
- Б) Карбамазепин 600 мг в сутки
- В) Альфа-липоевая кислота 699 мг в сутки
- Г) Дулоксетин 50 мг в сутки

Задача №9

Проблемная ситуация. Женщина 27 лет, находящаяся на 33 неделе беременности, обратилась к врачу с жалобами на боли в проекции поясничного отдела позвоночника, локализованные по средней линии, без иррадиации, возникающие при наклонах и поворотах туловища. Течение беременности благоприятное, однако имеется прибавка массы тела до 4 кг за последнюю неделю. Свободно передвигается, антальгических установок нет.

Пальпация и перкуссия проекции остистых отростков безболезненна, признаки неврологического дефицита не определяются, плановые контрольные анализы крови и мочи без патологии. Тазовых нарушений нет.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза

- А) М45 Анкилозирующий спондилит
- Б) М54.5 Боль внизу спины (доброкачественная скелетно-мышечная боль в спине)
- В) М48.4 Перелом позвоночника, связанный с перенапряжением
- Г) М46.2 Остеомиелит позвонков

Вопрос 2. Ваши назначения?

- А) МРТ позвоночника
- Б) Внеплановая консультация гинеколога
- В) Биохимический анализ крови
- Г) Рентгенография позвоночника

Вопрос 3. Какие лечебные мероприятия предпочтительны? Сформулируйте обоснование своего выбора тактики.

- А) Постельный режим на одну неделю
- Б) Физиотерапия
- В) ЛФК
- Г) НПВС

Вопрос 4. Предложите свой вариант изменений в лечебной тактике и обоснуйте его преимущества.

- А) Трициклические антидепрессанты
- Б) Психотерапия
- В) Ограничение наклонов и ротационных движений спины, особенно сопряженных с перемещением предметов, подъема тяжестей
- Г) Витамины группы В

Задача №10

Проблемная ситуация. Женщина 20 лет обратилась к врачу с жалобами на боли ноющего

характера в межлопаточной области без иррадиации. Уменьшить интенсивность болевых ощущений позволяет изменение положения туловища, при этом боль усиливается в положении сидя.

Боли возникли после падения на спину с высоты роста на катке трие суток назад. О произошедшем помнит, ночной сон не нарушен. При осмотре умеренная болезненность при пальпации и перкуссии проекции остистых отростков Th6 - Th10 позвонков. Двигательных и чувствительных нарушений при осмотре не выявлено. Тазовые расстройства пациентка отрицает. Боль усиливается при настуживании и кашле. Прием компрессии теменной области в вертикальном положении провоцирует усиление боли в спине без иррадиации (по ВАШ с 3 до 5).

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза.

- А) М79.0 Фибромиалгия
- Б) М54.6 Боль в грудном отделе позвоночника
- В) Т08 Компрессионный перелом на уровне грудного отдела позвоночника.
- Г) М46.2 Остеомиелит позвонков

Вопрос 2. Какими должны быть первоочередные мероприятия? Выберите правильный ответ

- А) Клинический анализ крови
- Б) Госпитализация в травматологическое отделение
- В) Консультация хирурга
- Г) Консультация невролога

Вопрос 3. Какие назначения вы сделаете? Сформулируйте обоснование своего выбора тактики.

- А) Трамадол 100 мг в сутки
- Б) Ортопедический режим
- В) Ибупрофен 600 мг в сутки
- Г) Тизанидин 10 мг в сутки

Вопрос 4. Предложите свой вариант обследования. Обоснуйте преимущества предложенной вами лечебной тактики.

- А) Рентгенография позвоночника
- Б) ЭНМГ
- В) МРТ позвоночника
- Г) Люмбальная пункция

Задача №11

Проблемная ситуация. Мальчик 16 месяцев часто беспричинно капризничает, плачет, при этом независимо от окружающей обстановки может упасть на пол, на высоте крика нередко возникает апноэ. Два подобных эпизода окончились кратковременными (до нескольких секунд) генерализованными тоническими судорогами без урикации. Психомоторное развитие без особенностей. Очаговой неврологической симптоматики нет. Проведенная в возрасте 3 месяцев нейровизуализация без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза.

- А) Эпилепсия
- Б) «Медленная» нейроинфекция
- В) Аффективно-респираторный «судорожный» синдром
- Г) Болезнь Фабри

Вопрос 2. Ваши дальнейшие действия?

- А) Консультация невролога
- Б) Проведение психотерапевтической беседы с родителями
- В) Назначение нейровизуализации (нейросонографии)
- Г) Назначение рутинной ЭЭГ

Вопрос 3. Какие из медикаментозных назначений предпочтительны? Сформулируйте обоснование своего выбора тактики.

- А) Анксиолитики
- Б) Седативные средства растительного происхождения
- В) Плацебо
- Г) Карбамазепин 15 мг/кг/сут

Вопрос 4. Предложите свой вариант изменений в лечебной тактике при малой эффективности проведенных мероприятий. Обоснуйте преимущества предложенной вами лечебной тактики.

- А) Пептидные нейропротекторы
- Б) ЭЭГ
- В) Консультация семейного психолога
- Г) Консультация невролога

Задача №12

Проблемная ситуация. Мужчина 24 лет обратился на прием к семейному врачу с жалобами на головную боль. Работает менеджером в торговой компании. В последние несколько месяцев на работе увеличился объем нагрузки, участились стрессы, уменьшилось количество сна. Головная боль впервые стала беспокоить с 21 года, но в последние 2-3 месяца участилась и стала большей интенсивности. Анальгетики не использует и старается терпеть боль или отвлекаться работой. Головная боль двусторонняя, давящая, сжимает голову как обруч. Небольшой интенсивности (4-5 баллов по ВАШ), но изнуряющая и влияющая на качество жизни. В последний месяц головная боль беспокоила примерно 7-10 дней. При головной боли и в межприступный период других церебральных симптомов нет. Головная боль не сопровождается тошнотой и светобоязнью, не усиливается от физической нагрузки. В редкие выходные дни головной боли нет. Отметил закономерность – чем больше нагрузки на работе, тем интенсивнее головная боль.

В анамнезе 1 сотрясение головного мозга в 16 лет и вегетативно-сосудистая дистония. Хронических соматических заболеваний нет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст. пульс 68 ударов в минуту, ритмичный. Соматический статус без патологии. Неврологический статус без очаговых и менингеальных симптомов.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи) в норме. ЭКГ – без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Каков нозологический диагноз у данного пациента с головной болью?

- А. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения
- Б. Частая эпизодическая головная боль напряжения
- В. Гипертензионно-гидроцефальный синдром
- Г. Дисциркуляторная энцефалопатия

Вопрос 2. Укажите основные этиопатогенетические факторы данного вида головной боли.

- А. Хроническое нарушение мозгового кровообращения, нарушение венозного оттока
- Б. Напряжение мышц скальпа, психоэмоциональное и зрительное напряжение
- В. Повышение внутричерепного давления, отек мозговых оболочек
- Г. Повышение пульсации артерий мозга, периваскулярное воспаление

Вопрос 3. Препараты выбора для лечения данного пациента:

- А. Нестероидные противовоспалительные средства + препараты эрготамина
- Б. Нестероидные противовоспалительные средства + спазмолитики
- В. Нестероидные противовоспалительные средства + триптаны
- Г. Нестероидные противовоспалительные средства + миорелаксанты

Вопрос 4. Инструментальные методы обследования, необходимые для постановки диагноза данной головной боли и подбора терапии:

- А. МРТ головного мозга
- Б. Дуплекс сосудов головного мозга
- В. Церебральная ангиография
- Г. Ничего из перечисленного

Вопрос 5. Нестероидный противовоспалительный препарат, обладающий гепатотоксичностью при длительном применении:

- А. Нимесулид
- Б. Диклофенак
- В. Мелоксикам
- Г. Ибупрофен

Задача №13

Проблемная ситуация. На прием к врачу общей практики обратился мужчина 45 лет, работающий программистом в крупной финансовой компании. Пациент обеспокоен ежедневной головной болью в лобной области с редкими безболевыми промежутками. Голова болит постоянно и монотонно, усиливаясь вечером к концу рабочего дня. Ночью и при ходьбе голова не болит. Других церебральных симптомов у пациента нет. Практически ежедневной ноющая и давящая головная боль стала примерно 3-4 месяца назад. За этот период инфекции и черепно-мозговой травмы не переносил. В качестве обезболивающих средств использует пенталгин, нуروفен с положительным, но кратковременным эффектом. Обеспокоен подозрениями об опухолевой причине головной боли и считает, что необходимо комплексное обследование головного мозга, включая обязательную томографию.

В анамнезе без неврологических и хронических соматических заболеваний.

При осмотре: соматический и неврологический статус без патологических изменений. Отмечается повышение уровня тревоги и депрессии, а также проявления выраженной вегетативной дисфункции.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи) в норме. ЭКГ – без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Определите диагноз у данного пациента.

- А. Частая эпизодическая головная боль напряжения
- Б. Хроническая головная боль напряжения
- В. Хроническая посттравматическая головная боль
- Г. Гипертензионно-гидроцефальный синдром при опухоли головного мозга

Вопрос 2. Укажите основную причину хронизации головной боли у данного пациента.

- А. Физические перегрузки
- Б. Переутомление зрительного анализатора
- В. Депрессия и тревога
- Г. Повышение внутричерепного давления

Вопрос 3. Наибольшей противоболевой эффективностью в лечении данной головной боли обладает:

- А. Амитриптилин
- Б. Пароксетин
- В. Сертралин
- Г. Флуоксетин

Вопрос 4. Для нивелирования наиболее частого побочного эффекта нестероидных противовоспалительных препаратов используется:

- А. Антидепрессант
- Б. Антигистаминный препарат
- В. Ингибитор протонной помпы
- Г. Спазмолитик

Вопрос 5. Выберите наиболее эффективный метод профилактики головной боли у данного пациента.

- А. Диета
- Б. Уменьшение физической активности и нагрузок
- В. Контроль и нормализация цифр АД

Г. Регулярная аэробная физическая культура

Задача №14

Проблемная ситуация. Женщина 30 лет обратилась к семейному врачу с жалобами на приступы выраженной головной боли, которые появились около 1 года и в последние месяцы стали более интенсивными. Голова болит в висках, чаще с одной стороны головы. Давящая, иногда пульсирующая боль распространяется от виска на половину головы или на всю голову. При этом появляется тошнота и иногда, когда боль очень интенсивная, рвота. Перед головной болью часто возникает общая слабость и желание лечь. Неприятно смотреть на яркий свет. Раздражают громкие звуки и резкие запахи. Голова болит от нескольких часов до целого дня. Ночью головная боль сама проходит, хотя в течение дня принимаемые анальгетики (спазмалгон, но-шпа, нурофен, анальгин) не помогают. При приступе головной боли иногда отмечается бледность лица, похолодание рук и повышенная потливость. Перестала пить кофе, поскольку он учащает пульс. У мамы в возрасте 20-40 лет отмечались приступы головной боли, но не такой сильной как у данной пациентки.

Соматический, неврологический, гинекологический анамнез без особенностей и хронических заболеваний.

При осмотре: общее состояние удовлетворительной, АД 110/65 мм рт. ст., пульс 76 в минуту, ритмичный. Соматический осмотр не выявил патологии. В неврологическом статусе без очаговой и менингеальной симптоматики. Отмечается выраженная вегетативная дисфункция с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи) в норме. ЭКГ – без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Укажите правильный диагноз.

- А. Головная боль напряжения
- Б. Мигрень без ауры
- В. Мигрень с аурой
- Г. Гипертензионно-гидроцефальный синдром при опухоли мозга

Вопрос 2. Укажите два обязательных клинических проявления, характеризующих нозологическую принадлежность данной головной боли.

- А. Бледность кожи и гипергидроз
- Б. Тошнота и рвота
- В. Височная и гемикраническая локализация
- Г. Фото- и фонофобия

Вопрос 3. Основные препараты для купирования приступа данной головной боли:

- А. Триптаны
- Б. Нестероидные противовоспалительные средства
- В. Спазмолитики
- Г. Вазоактивные средства

Вопрос 4. Назовите пищевые продукты, которые могут спровоцировать приступ данной головной боли.

- А. Большое количество поваренной соли
- Б. Большое количество выпиваемой жидкости
- В. Серотонинсодержащие продукты
- Г. Гистаминсодержащие продукты

Вопрос 5. Инструментальный метод обследования для постановки диагноза при данной головной боли:

- А. МРТ / КТ головного мозга
- Б. Электроэнцефалография
- В. Допплерография
- Г. Ничего из перечисленного

Задача №15

Проблемная ситуация. Женщина 28 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на приступы мучительной головной боли. Пробовала многие обезболивающие (миг, седалгин, пенталгин, спазмалгон), которые не помогали. Головные боли впервые появились в 13 лет. Была осмотрена и обследована у невролога с диагнозом: вегетативно-сосудистая дистония. После родов, в 23 года, головная боль практически прошла. Возобновились приступы пульсирующей и давящей головной боли около 4-6 месяцев назад. При этом, появились новые симптомы, которых никогда ранее не было. За 15-20 минут перед головной болью развивается потеря половины полей зрения с противоположной от головной боли стороны. Зрительные симптомы длятся около 20-30 минут, самостоятельно проходят и далее наступает интенсивная головная боль в виске и половине головы. Далее начинает болеть вся голова, тошнит, многократная рвота. Весь период головной боли раздражает яркий свет и громкий звук. Несколько раз голова болела трое суток подряд. Ночью голова не болит. Ходьба, наклоны вперед, подъем сумки – усиливают головную боль. Гинекологический, соматический, неврологический анамнез без особенностей.

При осмотре: соматический и неврологический статус без патологии

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи) в норме. ЭКГ – без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Каков нозологический диагноз?

- А. Головная боль напряжения
- Б. Мигрень без ауры
- В. Мигрень с аурой
- Г. Невралгия тройничного нерва

Вопрос 2. Укажите основной патогенетический механизм пульсирующей головной боли.

- А. Спазм мозговых и оболочечных артерий
- Б. Расширение и увеличение амплитуды колебания артерий оболочек мозга
- В. Отек и воспаление мозговых и оболочечных артерий
- Г. Повышение внутричерепного и венозного давления

Вопрос 3. Максимально допустимая длительность зрительных предвестников данной головной боли составляет:

- А. 10 минут
- Б. 30 минут
- В. 60 минут
- Г. 120 минут

Вопрос 4. Приступообразная головная боль, которая имеет высокую наследственную детерминированность:

- А. Невралгия тройничного нерва
- Б. Кластерная головная боль
- В. Болезнь Хортона
- Г. Мигрень

Вопрос 5. Наиболее эффективный противорвотный препарат в лечении данной головной боли:

- А. Мотилиум
- Б. Церукал
- В. Феназепам
- Г. Меклозин

Задача №16

Проблемная ситуация. Мужчина 56 лет обратился к семейному врачу с жалобой на приступы интенсивной головной боли. Головная боль впервые в жизни появилась 5 дней назад и с тех пор отмечается ежедневно. В течение дня голова болит 5-7 раз по 5-30 минут. При этом, самая выраженная боль отмечается вечером перед сном. Болит всегда правая половина волосистой части

головы и правая половина лица, правый глаз. Боль простреливающая, внезапная, как будто «током ударили». При приступе боли возникает также боль в зубах. Обратился к стоматологу, которые не нашел стоматологической причины для такой боли. Боль провоцируется разговором, приемом горячей или острой пищи, бритьем. Обезболивающие (найз, кетанов) практически не помогают.

В анамнезе: хронический бронхит курильщика, хронический гастродуоденит, Дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника. В ближайший месяц инфекционного заболевания или переохлаждения не было.

При осмотре: соматический статус в норме. Неврологический статус без очаговой и менингеальной симптоматики. Отмечается болевая гиперестезия (гипералгезия) правой половины лица и волосистой части головы.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи) в норме. ЭКГ – без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Укажите правильный нозологический диагноз.

- А. Невралгия тройничного нерва
- Б. Кластерная головная боль
- В. Мигрень
- Г. Цервикокраниалгия

Вопрос 2. Психотропные средства, используемые в лечении хронической формы данного заболевания:

- А. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- Б. Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина
- В. Трициклические антидепрессанты
- Г. Ингибиторы моноаминоксидазы

Вопрос 3. Клинические проявления, отличающие невралгию тройничного нерва от головной боли у данного пациента:

- А. Болевая гиперестезия кожи на стороне головной и лицевой боли, болезненные триггерные точки, отечность кожи
- Б. Анестезия кожи, отсутствие нижнечелюстного рефлекса, атрофии жевательных мышц
- В. Слабость мышц лица, слезотечение, гиперакузия на стороне головной и лицевой боли
- Г. Боль в глазнице, боль в зубах, изменение вкуса

Вопрос 4. Наиболее эффективный препарат для лечения данного пациента:

- А. Кеторолак
- Б. Диклофенак
- В. Кетопрофен
- Г. Карбамазепин

Вопрос 5. Лекарственные средства, которые назначаются дополнительно при сочетании данной головной боли и неврита тройничного нерва

- А. Нестероидные противовоспалительные средства
- Б. Глюкокортикостероидные средства
- В. Миорелаксанты
- Г. Спазмолитики

Задача №17

Проблемная ситуация. В поликлинику на амбулаторный прием обратилась женщина 63 лет с жалобами на постоянное головокружение на протяжении 7 дней, которое приступообразно усиливается несколько раз в день после быстрого движения головой. Появление головокружения больная связывает с освоением новых упражнений для шейного отдела позвоночника, которые прочитала в интернете. Головокружение сочетается с шаткостью и нарушением координации движений, головной болью шейно-затылочно-височной локализации, преходящими зрительными расстройствами и предобморочными состояниями. Головная боль, которая впервые появилась в эти дни, возникает в шейно-затылочной области и далее распространяется как «волна» от затылка

по правой половине головы до глазницы. Почти всегда, вместе с головокружением появляется и самостоятельно проходит шум в правом ухе.

При приступе усиленного головокружения возникает ощущение, что все предметы вокруг вращаются по часовой стрелке и пол, как будто уезжает из-под ног. Приступы головокружения длятся от нескольких минут до нескольких часов. Легкое головокружение и шаткость при ходьбе есть практически постоянно. При движении головой происходит быстрое усиление движения окружающих предметов и возникает неустойчивость с необходимостью опереться на какую-нибудь опору. Особенно сильно провоцирует головокружение поворот шеи влево и запрокидывание головы назад при взгляде вверх. Полностью головокружение ничто не снимает, но оно может уменьшиться лежа в постели на спине или когда сохранять покой в шейном отделе позвоночника.

В анамнезе подобных приступов головокружения и головной боли нет. Периодически отмечала ранее боль, скованность и хруст в шейном отделе позвоночника. Проходила несколько раз курсы массажа и физиотерапии с положительным эффектом. Хронических соматических заболеваний нет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД 130/85 мм рт. ст. пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Соматический статус без патологии. Неврологический статус: в сознании, ориентирована, менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без патологии. После нескольких поворотов головой появился горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм D>S. Шаткость в позе Ромберга с преобладанием отклонения вправо, усиливающаяся после пробы де Клейна (наклоны, повороты и разгибание в шейном отделе позвоночника). Глубокие рефлексы D=S оживлены, без патологических рефлексов. Снижения силы и чувствительности в конечностях не выявлено. Болезненна пальпация шейного отдела позвоночника и шейно-воротниковых мышц. Проба Дикса-Холлпайка отрицательная. ЛОР осмотр без патологии.

Ранее выполняла рентгенографию шейного отдела позвоночника, на которой выявлены: признаки остеохондроза C4-C7, спондилоартроз C5-C6, деформирующий унковертебральный артроз с выраженным боковым правосторонним экзофитом на уровне C5-C6, аномалия Киммерле C1.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, липидограмма) в норме. ЭКГ – без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Каков нозологический диагноз у данного пациента с головокружением?

- А. Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение
- Б. ТИА в вертебрально-базилярном бассейне
- В. Спондилогенный синдром позвоночной артерии
- Г. Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии

Вопрос 2. Основные методы инструментальной диагностики данного заболевания:

- А. Рентгенография шейного отдела позвоночника + ультразвуковая доплерография сосудов шеи
- Б. Рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами + дуплексное сканирование сосудов шеи
- В. МРТ шейного отдела позвоночника + МРА сосудов шеи
- Г. КТ шейного отдела позвоночника + церебральная ангиография

Вопрос 3. Укажите наиболее вероятный патогенетический фактор, провоцирующий возникновение головокружения у данной больной.

- А. Остеохондроз C4-C7 сегментов шейного отдела позвоночника
- Б. Нестабильность АД
- В. Аномалия Киммерле C1
- Г. Унковертебральный экзофит C5-C6

Вопрос 4. Наиболее эффективным методом немедикаментозного лечения данного заболевания является:

- А. Мануальная терапия
- Б. Остеопатия

В. Массаж

Г. Физиотерапия

Вопрос 5. Выберите наиболее эффективную комбинацию лекарственных средств, для лечения данного вида головокружения.

А. Бетагистин + актовегин + холина альфосцерат

Б. Бетагистин + пирацетам + цитиколин

В. Бетагистин + винпоцетин + мексидол

Г. Фенотропил + циннаризин + глицин

Задача №18

Проблемная ситуация. В поликлинику на амбулаторный прием обратилась женщина 72 лет с жалобами на приступы выраженного головокружения. До 65 лет работала учителем в школе, сейчас на пенсии. Около двух недель назад, впервые в жизни, развился приступ вращательного головокружения длительностью не более 5 минут. В дальнейшем таких приступов было еще два, и все они развивались ночью, когда лежа поворачивалась со спины на правый бок. Раньше при перепадах АД было головокружение, но без движения предметов. Сейчас при этих 3 приступах возникало ощущение движения всей комнаты и потолка. И даже с закрытыми глазами было ощущение проваливания вниз. Приступы головокружения возникали только ночью и лежа, возникали быстро как «толчок в голове» и быстро (через 3-5 минут) проходили при вставании или повороте на левый бок. При головокружении нет шума в ушах, головной боли, тошноты и зрительных расстройств. Когда головокружение проходит, равновесие и координация не нарушены. АД и пульс при головокружении не меняются. По совету подруги начала принимать Вестибо по 24 мг 2 раза в день.

Считает, что виной всему шейный остеохондроз, который «пережимает» ночью артерию, что может привести к инсульту. Носит воротник Шанца и купила ортопедическую подушку. Прошла несколько сеансов у остеопата. Ранее отмечалась шаткость при ходьбе с головокружением, при котором не было вращения предметов. Эти эпизоды по несколько часов возникали при повышении АД.

В анамнезе: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, аутоиммунный тиреоидит, полиостеоартроз, дисциркуляторная энцефалопатия II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД 145/85 мм рт. ст. пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Декомпенсированной соматической патологии не выявлено.

Неврологический статус: в сознании, ориентирована, менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без патологии. Нистагма нет. Оживлены рефлексы орального автоматизма. Глубокие рефлексы D=S снижены, без патологических знаков. Снижения силы и чувствительности в конечностях не выявлено. Неустойчивость в позе Ромберга. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Симптомы де Клейна, Нери, Берчи – отрицательные. При пробе с быстрым переводением тела и головы больной из положения сидя в положение лежа с поворотом головы вправо, после латентного периода, возникло системное головокружение и нистагм. Проявления вестибулопатии прошли через 2-3 минуты после возвращения пациента в положение сидя. Пальпация шейного отдела позвоночника безболезненна.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови) в норме. Липидограмма – гиперхолестеринемия. ЭКГ – без острой сердечной патологии и декомпенсации ИБС.

Вопросы

Вопрос 1. Назовите правильный диагноз.

А. Болезнь Меньера

Б. Дисциркуляторная энцефалопатия

В. Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение

Г. Спондилогенный синдром позвоночной артерии

Вопрос 2. Какие из лечебно-профилактических мер, проведенных данной больной для лечения головокружения, являются ошибочными?

- А. Измерение и контроль АД и пульса
- Б. Поворот на левый бок
- В. Использование препарата Вестибо
- Г. Использование воротника Шанца и ортопедической подушки

Вопрос 3. Какая диагностическая проба (тест) проводится врачом для определения нозологической принадлежности данного головокружения:

- А. Проба Ромберга
- Б. Проба Барре
- В. Проба Бабинского-Вейля
- Г. Проба Дикса-Холлпайка

Вопрос 4. Какие немедикаментозные методики лечения наиболее эффективны в лечении данного заболевания?

- А. Массаж шейно-воротниковой области
- Б. Мануальная терапия на шейном отделе позвоночника
- В. Иглорефлексотерапия
- Г. Маневры Брандта-Дароффа, Семонта, Эпли

Вопрос 5. Лекарственное средство, наиболее эффективное в лечении данного головокружения:

- А. Бетагистин
- Б. Винпоцетин
- В. Пентоксифиллин
- Г. Циннаризин

Задача №19

Проблемная ситуация. В поликлинику на амбулаторный прием обратился мужчина 65 лет с жалобами на сильное постоянное головокружение, которое развилось около 3-х часов назад на работе. Ранее отмечалось головокружение и шаткость, но такого выраженного и с таким сильным ощущением вращения предметов «как в центрифуге» еще никогда не было. Работает предпринимателем с частыми стрессами, на фоне которых в течение последних нескольких дней отмечает регулярное повышение АД и шаткость при ходьбе. Чувствовал себя плохо, но скорую помощь решил не вызывать, поскольку записан к семейному врачу на прием по поводу высокого АД. Давление регулярно высокое 150-160/90-95 мм рт. ст. и не снижается на фоне постоянно принимаемого антигипертензивного препарат (Лозап плюс). В момент появления головокружения, шаткости и тошноты, АД было высоким – 180/100 мм рт. ст. В поликлинику привез коллега по работе. Во время дороги к головокружению присоединилось онемение лица слева, нарушение речи (нечеткость и неразборчивость) и неловкость в правой руке.

В анамнезе: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет II типа, аденома предстательной железы, дорсопатия шейного и поясничного отделов позвоночника. В ближайшие месяцы не отмечалось ОРВИ, отита, черепно-мозговой травмы.

При осмотре: состояние средней тяжести, АД 160/90 мм рт. ст. пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Соматический статус без декомпенсации. Неврологический статус: в сознании, ориентирован, менингеальных симптомов нет. Крупноразмашистый горизонтально-ротаторный нистагм S>D, не зависящий от движений головой. Болевая гипестезия (гипалгезия) на лице слева. Дизартрия. Легкое отклонения языка влево. Глубокие рефлексы оживленны справа D>S, патологический рефлекс Россолимо-Вендеровича в правой руке. Снижение силы в правой руке до 4-х баллов. Выраженная шаткость в позе Ромберга с преобладанием левостороннего отклонения. Координаторные пробы с гиперметрией и мимопопаданием с двух сторон, особенно слева. Шейный отдел позвоночника безболезненный при пальпации. Вестибулярные пробы не проводились в связи с выраженным головокружением.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови) в норме. ЭКГ – без декомпенсации и острой сердечной патологии.

Около 1 года назад выполнялось дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий: увеличение КИМ до 1,3 мм, атеросклеротический стеноз правой ВСА до 40%, атеросклеротический стеноз

левой ПА до 60%, нарушение венозного оттока, извитость позвоночных артерий.

Вопросы

Вопрос 1. Каков нозологический диагноз у данного пациента с головокружением?

- А. Острое нарушение мозгового кровообращения
- Б. Болезнь Меньера
- В. Вестибулярный нейронит
- Г. Декомпенсация дисциркуляторной энцефалопатии

Вопрос 2. Тактика врача при оказании помощи данному пациенту.

- А. Запись на МРТ головного мозга
- Б. Запись к неврологу
- В. Вызов скорой помощи и госпитализация
- Г. Обеспечение амбулаторного лечения

Вопрос 3. Основная патогенетическая причина развития данного острого системного головокружения:

- А. Повышение внутрилабиринтного давления эндолимфатической жидкости
- Б. Купулолитиаз
- В. Спондилогенная вертебрально-базилярная недостаточность
- Г. Стеноз левой ПА в сочетании с повышением АД

Вопрос 4. Выберите препарат, разрешенный для лечения данного больного в первые часы оказания медицинской помощи.

- А. Сернокислая магнезия (магния сульфат)
- Б. Глиатилин (холина альфосцерат)
- В. Трентал (пентоксифиллин)
- Г. Кавинтон (винпоцетин)

Вопрос 5. Выберите препарат, который противопоказан в первые часы лечения данного вида головокружения.

- А. Магния сульфат
- Б. Винпоцетин
- В. Бетагистин
- Г. Глицин

Задача №20

Проблемная ситуация. Женщина 68 лет обратилась на прием к семейному врачу с жалобами на постоянное выраженное головокружение на протяжении нескольких месяцев. При более подробном опросе больная чувство головокружения описывает как выраженную шаткость и неустойчивость при ходьбе, «пелену» перед глазами, предобморочные состояния и боязнь упасть. Ощущения движения окружающих предметов или проваливания нет. Головокружение усиливается вечером, после повышения АД и при походе в магазин. Жалуется на постоянный шум в ушах и снижение слуха на протяжении последних 3-х лет. Движения головой не влияют на выраженность головокружения и шума. Шаткость и неустойчивость при ходьбе усиливаются вечером в сумерках. Если смотрит под ноги, то может идти довольно уверенно.

В анамнезе: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет II типа, диабетическая полиневропатия ног, дорсопатия пояснично-крестцового отдела позвоночника.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, АД 150/90 мм рт. ст. пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Соматический статус без острой и декомпенсированной патологии. Неврологический статус: в сознании, ориентирована, менингеальных симптомов нет. Нистагма или других проявлений вестибулопатии нет. Данный вид головокружения можно охарактеризовать как несистемное, не связанное с патологией вестибулярного анализатора. Оживлены рефлексы орального автоматизма. Глубокие рефлексы D>S снижены, без патологических знаков. Особенно снижены ахилловы рефлексы с двух сторон. Сила в конечностях не снижена. Симметричная дистальная гипестезия в ногах (стопы и голени до нижней трети). В позе Ромберга неустойчива, особенно при закрывании глаз, с шаткостью в обе стороны и вперед-

назад. Координаторные пробы выполняет с интенцией и промахиванием с двух сторон. Пальпация шейного и поясничного отделов позвоночника безболезненная.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи) в норме. Повышение уровня глюкозы в крови до 7,2 ммоль/л. ЭКГ – без острой сердечной патологии. Гипертрофия левого желудочка с нарушением процессов реполяризации. Блокада правой ножки пучка Гисса. УЗДГ сосудов шеи головного мозга: демпфированность доплерограммы по сонным артериям с признаками атеросклеротического поражения без выраженных стенозов, признаки спондилогенного влияния на обе позвоночные артерии при поворотах головой, нарушение венозного оттока по позвоночным венам.

Вопросы

Вопрос 1. Каков нозологический диагноз у данного пациента с головокружением?

- А. Острое нарушение мозгового кровообращения
- Б. Спондилогенный синдром позвоночной артерии
- В. Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение
- Г. Дисциркуляторная энцефалопатия

Вопрос 2. Основной фактор риска данного заболевания:

- А. Дорсопатия шейного отдела позвоночника
- Б. Частые отиты и ОРВИ
- В. Артериальная гипертензия
- Г. Гиперхолестеринемия

Вопрос 3. Какой вид атаксии отмечается у данной больной?

- А. Вестибулярная
- Б. Вестибулярная + мозжечковая
- В. Мозжечковая
- Г. Мозжечковая + сенситивная

Вопрос 4. Назовите препарат с высоким уровнем (А, В) доказательности в лечении данного заболевания с головокружением.

- А. Холина альфосцерат (глиатилин)
- Б. Випоцетин (кавинтон)
- В. Пирацетам (ноотропил)
- Г. Ничего из перечисленного

Вопрос 5. Чем обусловлено повышение шаткости и головокружения вечером и в сумерках и уменьшение атаксии при контроле зрения?

- А. Хроническим дефицитом мозгового кровотока
- Б. Артериальной гипертензией
- В. Диабетической полиневропатией
- Г. Дорсопатией поясничного отдела позвоночника

Задача №21

Проблемная ситуация. Мужчина 62 лет обратился к врачу общей практики с жалобой на приступы сильного вращательного головокружения. Около 6 месяцев назад появился постоянный низкочастотный шум в правом ухе. Постепенно стал снижаться слух с двух сторон, особенно на правое ухо. Слух колеблется в течение дня, а шум может меняться по силе в зависимости от физических нагрузок и стрессов. Нарушается разборчивость речи. 3 месяца назад, впервые в жизни, появились приступы выраженного головокружения. Приступы возникают внезапно с частотой 1-2 раза в месяц. Головокружение такое сильное, что от ощущения вращения видимого пространства нарушается равновесие и больной падает. Сознание при этом не теряет. Судорог и прикуса языка нет. Длительность головокружения около 2-3-х часов. Далее оно самостоятельно проходит. Вместе с головокружением всегда появляются дополнительные симптомы: шум в правом ухе становится высокочастотным, ощущение заложенности в правом ухе с усилением глухоты, тошнота, рвота, бледность кожи лица и общая потливость, повышение АД до 140-150/85-90 мм рт. ст., сердцебиение, иногда учащенные позывы на мочеиспускание.

Если в момент приступа лечь, закрыть глаза и не шевелиться, то через 5-10 минут становится легче. Некоторые приступы провоцировались курением или употреблением алкоголя, но большинство из них возникали внезапно и также быстро проходили. После приступа головокружения еще на сутки может оставаться незначительная неустойчивость при ходьбе и общая слабость. В период между приступами головокружения нет и самочувствие удовлетворительное.

В анамнезе хронических соматических заболеваний нет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст. пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Соматический статус без патологии. Неврологический статус без очаговых и менингеальных симптомов. Объективных признаков вестибулопатии (нистагм атаксия, вестибулярные пробы) не выявлено. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Проба Дикса-Холлпайка отрицательная.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, липидограмма) в норме. ЭКГ – без патологии. Сурдолог: низкочастотное снижение слуха справа, сочетание признаков поражения звукопроводящей и звуковоспринимающей системы справа, сенсоневральная тугоухость с двух сторон, более выраженная справа. ЛОР осмотр: острых и хронических воспалительных изменений не выявлено. МРТ головного мозга – признаков энцефалопатии не выявлено. Очаговых и объемных образований мозга и его оболочек, а также черепных нервов нет.

Вопросы

Вопрос 1. Уточните диагноз у данного пациента с головокружением?

- А. Болезнь Меньера
- Б. Дисциркуляторная энцефалопатия
- В. Вестибулярный нейронит
- Г. Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение

Вопрос 2. Что является основным патогенетическим субстратом приступа головокружения у данного пациента?

- А. Купулолитиаз
- Б. Острая вертебрально-базилярная недостаточность
- В. Эндолимфатический гидропс
- Г. Воспаление лабиринта

Вопрос 3. Какой метод инструментальной диагностики наиболее эффективен для постановки правильного диагноза у данного больного?

- А. МРТ головного мозга + МРА головного мозга
- Б. Дуплексное сканирование сосудов шеи и мозга + электронистагмография
- В. Тональная пороговая аудиометрия + КТ височной кости
- Г. Дегидратационный тест при проведении тональной пороговой аудиометрии + неинвазивная экстратимпанальная электрокохлеография

Вопрос 4. Какая диета является эффективным методом профилактики данного заболевания?

- А. Низкобелковая
- Б. Гипохолестериновая
- В. Низкоуглеводная
- Г. Бессолевая

Вопрос 5. Укажите основные лекарственные средства для купирования приступа головокружения у данного пациента.

- А. Вестибулярные супрессанты + бензодиазепиновые транквилизаторы + противорвотные средства
- Б. Вестибулярные супрессанты + вазоактивные средства + ноотропы
- В. Вестибулярные супрессанты + антиоксиданты + мочегонные средства
- Г. Глюкокортикостероидные средства + вазоактивные средства + мочегонные средства

Задача №22

Проблемная ситуация. На амбулаторный прием в поликлинику обратился мужчина 67 лет, у которого несколько часов назад появилась слабость в правой руке и расстройство речи. Сегодня утром на работе, на фоне стресса и конфликтной ситуации, впервые в жизни почувствовал неловкость в пальцах правой руки. Далее появилась головная боль в затылочной области и тошнота. Слабость в пальцах правой руки не позволила взять мобильный телефон. Через несколько минут окружающие заметили, что у пациента изменилась речь. Слова выговаривал невнятно и путал их последовательность. Коллеги по работе измерили АД – 165/115 мм рт. ст. Пациент принял 1 таблетку каптолена 25 мг под язык, после чего через 20 минут, АД снизилось до 140/90 мм рт. ст. Слабость в правой руке и нарушение речи отмечались на протяжении 30-40 минут.

Подобный эпизод отмечался впервые в жизни. Длительное время страдает артериальной гипертензией и гиперхолестеринемией. Регулярно принимает нолипрел и аторвастатин. К неврологу ранее не обращался в связи с отсутствием церебральных симптомов. На момент прихода к врачу все нарушения (головная боль, слабость в руке, расстройство речи) прошли.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. АД 130/85 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту. Соматический статус без патологических изменений. В неврологическом статусе выявлена только асимметрия глубоких рефлексов в руках D>S, с оживлением справа.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови) в норме. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы

Вопрос 1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

- А. Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии
- Б. Гипертонический криз
- В. Транзиторная ишемическая атака
- Г. Ишемический инсульт

Вопрос 2. В каком сосудистом бассейне произошло нарушение мозгового кровообращения?

- А. Левый каротидный бассейн
- Б. Правый каротидный бассейн
- В. Левая позвоночная артерия (вертебрально-базилярный бассейн)
- Г. Правая позвоночная артерия (вертебрально-базилярный бассейн)

Вопрос 3. Какова Ваша тактика ведения данного пациента?

- А. Направить на консультацию невролога
- Б. Направить на МРТ головного мозга
- В. Назначить курс амбулаторного лечения
- Г. Вызвать скорую помощь и госпитализировать

Вопрос 4. Основным методом инструментальной стационарной диагностики ОНМК является:

- А. Дуплексное сканирование
- Б. Электроэнцефалография
- В. Магнитно-резонансная томография
- Г. Рентгенография

Вопрос 5. На догоспитальном этапе оказания помощи пациенту с данным заболеванием не противопоказано назначение:

- А. Кавинтона
- Б. Глицина
- В. Трентала
- Г. Пирацетама

Задача №23

Проблемная ситуация. В офис врача общей практики обратился мужчина 58 лет. Пациенту стало плохо, еще находясь в очереди, при ожидании приема врача. Причиной к записи на прием семейного врача послужили эпизоды «перебоев и замирания» в области сердца, что сопровождалось головокружением и нечеткостью зрения. Ожидая прием врача, пациент

почувствовал внезапную слабость, дискомфорт в левой половине грудной клетки, одышку, головокружение, предобморочное состояние. Через несколько минут остро развились слабость и онемение в левой руке и ноге.

Из анамнеза известно, что подобный эпизод отмечается впервые. Ранее у невролога не наблюдался и никакого сосудисто-мозгового диагноза выставлено не было. Пациент не страдает артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, дислипидемией, васкулитом. Антиаритмических и дезагрегантных препаратов не принимает.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. АД 160/85 мм рт. ст., пульс 130 ударов в минуту, аритмичный. В неврологическом статусе: в сознании, дезориентирован в месте и времени, менингеальных симптомов нет. Ограничено движение глазных яблок влево. Сглажена левая носогубная складка (опущен левый угол рта). Язык отклонен влево. Речь и глотание не нарушены. Глубокие рефлексы с рук, ног S>D, резко оживлены слева. Патологический рефлекс Россолимо в левой руке и рефлекс Бабинского в левой ноге. Левосторонний глубокий (2-3 балла) гемипарез, более выраженный в руке. Левосторонняя болевая гемигипестезия (гемигипалгезия).

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови, биохимия крови, липидограмма) в норме. ЭКГ – фибрилляция предсердий.

Вопросы

Вопрос 1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

- А. Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии
- Б. Гипертонический криз
- В. Ишемический инсульт
- Г. Геморрагический инсульт

Вопрос 2. Укажите наиболее вероятный патогенетический вариант нарушения мозгового кровообращения.

- А. Лакунарный
- Б. Кардиоэмболический
- В. Гемодинамический
- Г. Атеротромботический

Вопрос 3. В каком сосудистом бассейне произошло нарушение мозгового кровообращения?

- А. Левая средняя мозговая артерия
- Б. Правая средняя мозговая артерия
- В. Левая задняя мозговая артерия
- Г. Правая задняя мозговая артерия

Вопрос 4. Какова Ваша тактика ведения данного пациента?

- А. Направить на консультацию невролога
- Б. Направить на МРТ головного мозга
- В. Назначить курс амбулаторного лечения
- Г. Вызвать скорую помощь и срочно госпитализировать

Вопрос 5. Назовите цифры, при превышении которых необходимо снижать АД у пациента в острейшем периоде недифференцированного ОНМК (догоспитальная помощь).

- А. 160/90 мм рт. ст.
- Б. 180/95 мм рт. ст.
- В. 200/110 мм рт. ст.
- Г. 220/120 мм рт. ст.

Задача №24

Проблемная ситуация. Врач общей практики вызван на дом к женщине 64 лет. Жалобы на выраженное головокружение с ощущением вращения всех предметов против часовой стрелки, тошнота и многократная рвота. Головокружение появилось 4 дня назад, с тех пор усиливается и стало постоянным с вчерашнего дня. Голова кружится настолько выражено, что сегодня уже не может встать и дойти до туалета. Сегодня утром к головокружению добавилось двоение перед глазами, нарушение речи, легкое нарушение глотания.

Из анамнеза известно, что подобный эпизод отмечается впервые. На протяжении нескольких лет были эпизоды головокружения и шаткости при ходьбе. Страдает артериальной гипертензией с нестабильными цифрами АД, с чем и связывала сосудисто-мозговые симптомы.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. АД 170/90 мм рт. ст., пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. В неврологическом статусе: в сознании, ориентирована, менингеальных симптомов нет. Сходящееся косоглазие за счет левого глаза с диплопией при взгляде влево. Выраженный горизонтально-ротаторный нистагм. Болевая гипестезия на лице слева и в конечностях справа (альтернирующая гемигипестезия). Дизартрия. Легкая дисфагия. Пирамидная недостаточность в конечностях с двух сторон. Вестибуло-мозжечковая атаксия с преобладанием левосторонней латерализации. Парезов / параличей нет. .

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови) в норме. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка.

Вопросы

Вопрос 1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

- А. Транзиторная ишемическая атака
- Б. Субарахноидальное кровоизлияние
- В. Ишемический инсульт
- Г. Геморрагический инсульт

Вопрос 2. В каком сосудистом бассейне произошло нарушение мозгового кровообращения?

- А. Левый каротидный бассейн
- Б. Правый каротидный бассейн
- В. Оба каротидных бассейна
- Г. Вертебрально-базилярный бассейн

Вопрос 3. Наиболее эффективный препарат для купирования рвоты при данной острой неврологической патологии:

- А. Феназепам
- Б. Мотилиум
- В. Церукал
- Г. Фестал

Вопрос 4. Укажите нейропротективный препарат высокого уровня (А, В) доказательности, который используется при лечении в остром периоде инсульта.

- А. Церебролизин
- Б. Актовегин
- В. Цитиколин
- Г. Ничего из перечисленного

Вопрос 5. Наиболее эффективный препарат в лечении дисциркуляторной вестибулопатии с системным головокружением:

- А. Винпоцетин
- Б. Бетагистин
- В. Циннаризин
- Г. Пентоксифиллин

Задача №25

Проблемная ситуация. Врач общей практики срочно вызван на дом к мужчине 73 лет. Со слов родственников, пациент самостоятельно попытался передвинуть диван в своей квартире. На фоне физического перенапряжения появилась интенсивная головная боль с тошнотой и последующей рвотой. Упал на пол, схватившись руками за голову. Через несколько минут потерял сознание, появились судороги в руках и ногах, и непроизвольное мочеиспускание. До осмотра семейным врачом пациент находится без сознания.

Из анамнеза известно, что длительное время страдает артериальной гипертензией с несколькими гипертоническими кризами. Антигипертензивная терапия подобрана и цифры АД стабильные 130-140/80-85 мм рт. ст. Эпилепсии и судорог ранее не наблюдалось.

При осмотре: АД 210/120 мм рт. ст., пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. В неврологическом статусе: сознание угнетено до сопора. Положительные менингеальные симптомы (ригидность шейно-затылочных мышц, симптом Кернига). Черепные нервы без патологии. Глубокие рефлексы в конечностях D=S оживлены, без патологических симптомов. Очаговой неврологической патологии не выявлено.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови) в норме. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка.

Вопросы

Вопрос 1. Назовите наиболее вероятный диагноз.

- А. Гипертонический криз
- Б. Субарахноидальное кровоизлияние
- В. Ишемический инсульт
- Г. Геморрагический инсульт

Вопрос 2. На догоспитальном этапе помощи пациенту с геморрагическим инсультом необходимо проводить антигипертензивную терапию, если АД выше:

- А. 150/90 мм рт. ст.
- Б. 170/100 мм рт. ст.
- В. 190/110 мм рт. ст.
- Г. 210/120 мм рт. ст.

Вопрос 3. Наиболее эффективный препарат для купирования эпилептического приступа у данного пациента с острой неврологической патологией:

- А. Гидроксизин
- Б. Тофизолам
- В. Диазепам
- Г. Карбамазепин

Вопрос 4. Назовите препарат, который возможно использовать на догоспитальном этапе лечения инсульта.

- А. Винпоцетин
- Б. Церебролизин
- В. Ницерголин
- Г. Пирацетам

Вопрос 5. Выберите методы диагностики, которые в условиях стационара наиболее эффективны в обследовании данного пациента.

- А. МРТ головного мозга + МРА сосудов мозга
- Б. КТ или МРТ головного мозга + церебральная ангиография
- В. КТ или МРТ головного мозга + дуплексное сканирование сосудов шеи и мозга
- Г. Электроэнцефалография + дуплексное сканирование сосудов шеи и мозга

Задача №26

Проблемная ситуация. Мужчина 75 лет записался на амбулаторный прием к семейному врачу. Жалобы на эпизоды головной боли и шаткости при ходьбе, слабость и скованность в правой руке, снижение памяти на текущие события.

Из анамнеза известно, что 2 года назад перенес геморрагический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с правосторонним гемипарезом. В дальнейшем проходил 2 курса нейропротекции и реабилитации. В настоящее время в поликлинике по месту жительства отсутствует невролог и дальнейшее лечение прервалось. На протяжении 5 месяцев не принимает никаких препаратов в лечении неврологических расстройств. Без соответствующего лечения отмечает ухудшение состояния и увеличение скованности в правой руке.

При осмотре: АД 135/85 мм рт. ст., пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. В неврологическом статусе: в сознании, ориентирован, менингеальных симптомов нет. Умеренные когнитивные расстройства (без деменции). Черепные нервы без патологии. Оживлены рефлексы орального автоматизма. Глубокие рефлексы в руках и ногах D>S оживлены справа, патологический рефлекс

Россолимо в правой руке. Правосторонний монопарез в правой руке (3 балла). Выраженное повышение мышечного тонуса в парализованной руке по пирамидному типу с формированием болезненной сгибательной контрактуры. Легкая мозжечковая атаксия.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови) в норме. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка.

Вопросы

Вопрос 1. Острейший период геморрагического инсульта составляет:

- А. Первые 24 часа
- Б. Первые 2-е суток
- В. Первые 3-е суток
- Г. Первые 7 суток

Вопрос 2. Какое позднее осложнение геморрагического инсульта отмечается у данного пациента?

- А. Сосудистый паркинсонизм
- Б. Сосудистая деменция
- В. Болезненная мышечная контрактура
- Г. Дисфагия

Вопрос 3. Какой целевой уровень АД должен быть достигнут при вторичной профилактике геморрагического инсульта?

- А. 110/70 мм рт. ст.
- Б. 120/80 мм рт. ст.
- В. 130/80 мм рт. ст.
- Г. 140/85 мм рт. ст.

Вопрос 4. Выберите наиболее эффективный препарат для профилактики и лечения сосудистой деменции.

- А. Мемантин
- Б. Глиатилин
- В. Цитиколин
- Г. Танакан

Вопрос 5. Назовите лекарственные препараты, которые, наряду с реабилитацией, показаны данному пациенту для лечения болезненной мышечной контрактуры парализованной руки.

- А. Мильгамма, Тиогамма, Мексидол
- Б. Толперизон, Тизанидин, Баклофен
- В. Пирацетам, пентоксифиллин, никотиновая кислота
- Г. Церебролизин, актовегин, кортексин

Задача №27

Проблемная ситуация. Мужчина, 45 лет, обратился с жалобами на периодические подъемы АД до 180/100 мм рт. ст. в течение последних 5 лет. Субъективно повышения АД не чувствует, но на профилактических осмотрах и при случайных измерениях дома выявлялось АД от 150/95 до 180/100 мм рт.ст.

Из анамнеза: постоянной терапии по поводу гипертензии не получает, регулярно проходит профилактические осмотры, назначалось обследование (ЭКГ, ФЛГ, анализы крови клинические и анализы мочи), патологии не выявлялось. Рекомендовалось после обследования посетить терапевта для подбора терапии, но пациент этого не выполнил. Семейный анамнез: мать – 67 лет, страдает АГ I степени; отец – длительно страдал АГ, перенес инсульт в 55 лет, умер в 63 года от рака легких.

Объективный осмотр. Состояние удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м². Объем талии 103 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 78 уд./мин, АД 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание и стул со слов нормальные.

В анализах: общий холестерин - 5,2 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС- ЛПВП - 1,0 ммоль/л; глюкоза

натошак - 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,4 ммоль/л; креатинин - 1,0 мг/дл, СКФ (по формуле Кокрофта—Голта) - 90 мл/мин.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз?

- А) Артериальная гипертензия I стадии, II степени, риск ССО 1.
- Б) Артериальная гипертензия I стадии, II степени, риск ССО 2.
- В) Артериальная гипертензия I стадии, II степени, риск ССО 3.
- Г) Артериальная гипертензия I стадии, II степени, риск ССО 4.
- Д) Артериальная гипертензия II стадии, III степени, риск ССО 4.

Дайте обоснование своего выбора диагноза.

Вопрос 2. Какие дополнительные данные анамнеза в наибольшей степени важны для выбора дальнейшей тактики ведения и лечения пациента?

- А) Данные о перенесенных заболеваниях, профессиональном анамнезе, характере питания
- Б) Данные о характере питания, вредных привычках, уровне физической активности
- В) Данные о профессиональном анамнезе, вредных привычках, перенесенных заболеваниях
- Г) Данные о ранее назначавшейся терапии артериальной гипертензии
- Д) Данные о ранних ССЗ у бабушек и дедушек пациента

Вопрос 3. Какова тактика дальнейшего ведения пациента?

- А) Рекомендовать изменения образа жизни, посещения врача каждые 2 недели для контроля АД, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 1 года
- Б) Рекомендовать изменения образа жизни, посещения врача каждые 2 недели для контроля АД, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 6 месяцев
- В) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 3 месяцев
- Г) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение нескольких недель
- Д) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию незамедлительно

Вопрос 4. Антигипертензивный препарат какой группы можно порекомендовать пациенту для стартовой терапии?

- А) Петлевой или калийсберегающий диуретик
- Б) Бета-адреноблокатор
- В) Ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину
- Г) Альфа-адреноблокатор
- Д) Недигидропиридиновый антагонист кальция

Вопрос 5. Какие показатели являются целевыми для данного пациента?

- А) АД не выше 120/80 мм рт.ст., ИМТ около 30 кг/м², ОТ не более 102 см
- Б) АД не выше 130/85 мм рт.ст., ИМТ около 30 кг/м², ОТ не более 100 см
- В) АД не выше 140/90 мм рт.ст., ИМТ около 25 кг/м², ОТ не более 102 см
- Г) АД не выше 150/90 мм рт.ст., ИМТ около 21 кг/м², ОТ не более 94 см
- Д) АД не выше 160/90 мм рт.ст., ИМТ около 21 кг/м², ОТ не более 90 см

Задача №28

Проблемная ситуация. Женщина, 55 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические подъемы АД до 160/100 мм рт.ст. в течение последних 3 лет.

Из анамнеза: постоянной терапии по поводу гипертензии не получает, ранее врач назначал антигипертензивные препараты (эналаприл, периндоприл), которые пациентка принимала с течением 1-2 месяцев, после чего прием прекращала. Периодически принимает каптоприл (как неотложную помощь при повышении АД выше 160/100 мм рт.ст.).

Семейный анамнез: мать – 77 лет, страдает АГ I степени, СД 2 типа; отец сердечно-сосудистыми заболеваниями не страдает. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем) отрицает.

Объективный осмотр. Состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м². Объем талии 86 см.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 72 уд./мин, АД 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание и стул со слов нормальные.

В анализах: общий холестерин - 4,8 ммоль/л, ТГ - 1,6 ммоль/л, ХС- ЛПВП - 1,2 ммоль/л; глюкоза натощак - 5,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,2 ммоль/л; креатинин - 1,0 мг/дл, СКФ (по формуле КокрофтаГолта) - 95 мл/мин.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз?

- А) Артериальная гипертензия I стадии, II степени, риск ССО 1.
- Б) Артериальная гипертензия I стадии, II степени, риск ССО 2.
- В) Артериальная гипертензия I стадии, II степени, риск ССО 3.
- Г) Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 4.
- Д) Артериальная гипертензия II стадии, III степени, риск ССО 4.

Дайте обоснование своего выбора диагноза.

Вопрос 2. Какие дополнительные данные анамнеза в наибольшей степени важны для выбора дальнейшей тактики ведения и лечения пациентки?

- А) Данные о перенесенных заболеваниях, профессиональном анамнезе
- Б) Данные о характере питания, уровне физической активности
- В) Данные о профессиональном анамнезе, характере питания
- Г) Данные о переносимости ранее назначавшейся терапии артериальной гипертензии
- Д) Данные о ранних ССЗ у бабушек и дедушек пациентки

Вопрос 3. Какова тактика дальнейшего ведения пациентки?

- А) Рекомендовать изменения образа жизни, посещения врача каждые 2 недели для контроля АД, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 1 года
- Б) Рекомендовать изменения образа жизни, посещения врача каждые 2 недели для контроля АД, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 6 месяцев
- В) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 3 месяцев
- Г) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение нескольких недель
- Д) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию незамедлительно

Вопрос 4. Антигипертензивный препарат какой группы можно порекомендовать пациентке для стартовой медикаментозной терапии, если это будет необходимо?

- А) Петлевой или калийсберегающий диуретик
- Б) Бета-адреноблокатор
- В) Ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину
- Г) Альфа-адреноблокатор
- Д) Недигидропиридиновый антагонист кальция

Вопрос 5. Какие показатели являются целевыми для данной пациентки?

- А) АД не выше 120/80 мм рт.ст., ИМТ не выше 25 кг/м², ОТ не более 94 см
- Б) АД не выше 130/85 мм рт.ст., ИМТ не выше 25 кг/м², ОТ не более 88 см
- В) АД не выше 140/90 мм рт.ст., ИМТ не выше 25 кг/м², ОТ не более 88 см
- Г) АД не выше 150/90 мм рт.ст., ИМТ не выше 22 кг/м², ОТ не более 94 см
- Д) АД не выше 160/90 мм рт.ст., ИМТ около 21 кг/м², ОТ не более 90 см

Задача №29

Проблемная ситуация. Женщина, 60 лет, наблюдается по поводу сахарного диабета 2 типа. При плановом осмотре выявлено повышение АД до 145/95 мм рт.ст. Со слов пациентки ранее несколько раз при измерении отмечалось АД до 150/95 мм рт.ст., однако субъективно подъемы АД не чувствовала, терапии по поводу гипертензии не получает.

Из анамнеза: получает постоянную сахароснижающую терапию (метформин), соблюдает диету, регулярно посещает врача.

Семейный анамнез: у матери – сахарный диабет 2 типа, у отца – ИБС (стенокардия) с 70 лет.

Объективный осмотр. Состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м². Объем талии 80 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 64 уд./мин, АД 145/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание и стул со слов нормальные.

В анализах: общий холестерин – 4,2 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ХС- ЛПВП – 1,3 ммоль/л; глюкоза натощак – 7,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 11,1 ммоль/л; креатинин – 1,3 мг/дл, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) – 90 мл/мин; МАУ – 100 мг/сутки.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? **ОК-1, ОПК-9**

А) Артериальная гипертензия I стадии, I степени, риск ССО 1. Нарушение толерантности к глюкозе.

Б) Артериальная гипертензия I стадии, I степени, риск ССО 2. Сахарный диабет 2 типа.

В) Артериальная гипертензия I стадии, I степени, риск ССО 3. Сахарный диабет 2 типа.

Г) Артериальная гипертензия I стадии, II степени, риск ССО 3. Метаболический синдром.

Д) Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 4. Метаболический синдром.

Дайте обоснование своего выбора диагноза.

Вопрос 2. Какие дополнительные лабораторные исследования следует назначить данной пациентке?

А) определение концентрации электролитов (калия, натрия, кальция) в сыворотке крови

Б) определение уровня катехоламинов в суточной моче

В) определение микроальбуминурии и уровня гликозилированного гемоглобина в крови

Г) определение уровней гормонов щитовидной железы

Д) определение концентрации билирубина и активности трансаминаз (АлАТ, АсАТ)

Вопрос 3. Какова тактика дальнейшего ведения пациентки?

А) Рекомендовать изменения образа жизни, посещения врача каждые 2 недели для контроля АД, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 1 года

Б) Рекомендовать изменения образа жизни, посещения врача каждые 2 недели для контроля АД, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 6 месяцев

В) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 3 месяцев

Г) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение нескольких недель

Д) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию незамедлительно

Вопрос 4. Антигипертензивный препарат какой группы можно порекомендовать пациентке для стартовой терапии?

А) Петлевой или калийсберегающий диуретик

Б) Тиазидный диуретик

В) Ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину

Г) Альфа-адреноблокатор

Д) Бета-адреноблокатор

Вопрос 5. Какие показатели являются целевыми для данного пациента?

А) АД не выше 120/80 мм рт.ст., ИМТ не выше 22 кг/м², ОТ не более 88 см

Б) АД не выше 130/85 мм рт.ст., ИМТ не выше 25 кг/м², ОТ не более 88 см

В) АД не выше 140/85 мм рт.ст., ИМТ не выше 25 кг/м², ОТ не более 80 см

Г) АД не выше 150/90 мм рт.ст., ИМТ не выше 28 кг/м², ОТ не более 94 см

Д) АД не выше 160/90 мм рт.ст., ИМТ около 28 кг/м², ОТ не более 94 см

Задача №30

Проблемная ситуация. Мужчина, 75 лет, наблюдается по поводу артериальной гипертензии в течение 15 лет.

Из анамнеза: длительно страдает АГ, цифры АД в пределах 160/80 – 175/85 мм рт.ст., 5 лет назад перенес инсульт. Постоянно принимает антигипертензивные препараты (метопролол + гипотиазид).

Наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена.

Объективный осмотр. Состояние удовлетворительное. ИМТ – 26 кг/м². Объем талии 93 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 62 уд./мин, АД 170/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание и стул со слов нормальные.

В анализах: общий холестерин - 4,2 ммоль/л, ТГ - 1,5 ммоль/л, ХС- ЛПВП - 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак - 5,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,4 ммоль/л; креатинин - 1,1 мг/дл, СКФ (по формуле КокрофтаГолта) - 90 мл/мин.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз?

- А) Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 2. ЦВБ (ОНМК от 2011)
- Б) Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 3. ЦВБ (ОНМК от 2011)
- В) Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск ССО 3. ЦВБ (ОНМК от 2011)
- Г) Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск ССО 4. ЦВБ (ОНМК от 2011)
- Д) Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск ССО 4. ЦВБ (ОНМК от 2011)

Дайте обоснование своего выбора диагноза.

Вопрос 2. Какие дополнительные исследования могут быть рекомендованы для данного пациента?

- А) оценка когнитивного статуса (диагностика когнитивной дисфункции/деменции)
- Б) оценка состояния эмоциональной сферы (выявление тревоги)
- В) оценка толерантности к физическим нагрузкам (тест 6-минутной ходьбы)
- Г) суточное мониторирование АД
- Д) УЗДГ сосудов нижних конечностей

Вопрос 3. Какова тактика дальнейшего ведения пациента?

- А) Рекомендовать изменения образа жизни, посещения врача каждые 2 недели для контроля АД, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 1 года
- Б) Рекомендовать изменения образа жизни, посещения врача каждые 2 недели для контроля АД, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 6 месяцев
- В) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение 3 месяцев
- Г) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию – при неэффективности изменений образа жизни в течение нескольких недель
- Д) Рекомендовать изменения образа жизни, самоконтроль АД ежедневно, медикаментозную терапию незамедлительно

Вопрос 4. Антигипертензивные препараты каких групп можно порекомендовать пациенту для стартовой терапии?

- А) Петлевой или калийсберегающий диуретик + бета-адреноблокатор
- Б) Бета-адреноблокатор + тиазидный диуретик
- В) Антагонист кальция (дигидропиридиновый) или тиазидный диуретик+ ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину
- Г) Альфа-адреноблокатор + петлевой или калийсберегающий диуретик
- Д) Недигидропиридиновый антагонист кальция + ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину

Вопрос 5. Какие показатели систолического АД являются целевыми для данного пациента?

- А) АД не выше 110-120 мм рт.ст.
- Б) АД не выше 120-130 мм рт.ст.
- В) АД не выше 130-140 мм рт.ст.
- Г) АД не выше 140-150 мм рт.ст.

Д) АД не выше 150-160 мм рт.ст.

Задача 31

Проблемная ситуация. Женщина, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические подъемы АД до 150/95 мм рт.ст. в течение последних 2 лет.

Из анамнеза: постоянной терапии по поводу гипертензии не получает, к врачу по поводу повышенного АД не обращалась. Самостоятельно принимала при повышении АД андипал, валокордин.

Объективный осмотр. Состояние удовлетворительное. ИМТ – 33 кг/м². Объем талии 91 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 72 уд./мин, АД 145/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание и стул со слов нормальные.

Вопросы

Вопрос 1. Какие данные анамнеза необходимы для уточнения степени риска сердечно-сосудистых осложнений у этой пациентки?

- А) Профессиональный анамнез, наличие стрессов.
- Б) Профессиональный анамнез, характер питания.
- В) Наличие стрессов, уровень физической активности.
- Г) Наличие стрессов, характер питания
- Д) Наследственный анамнез, вредные привычки.

Вопрос 2. Пациентке были назначены клинический анализ крови, общий анализ мочи, определение уровня креатинина в плазме. Какие еще лабораторные и инструментальные исследования из перечисленных необходимо рекомендовать на первом этапе обследования пациентки?

- А) Определение уровня глюкозы, показателей липидограммы, ЭКГ
- Б) Определение уровня гликозилированного гемоглобина, калия сыворотки, ЭхоКГ
- В) Определение уровня калия сыворотки, АлАТ, АсАТ, УЗИ почек и надпочечников
- Г) Определение уровня мочевой кислоты, калия сыворотки, дуплексное сканирование брахицефальных артерий
- Д) Определение содержания катехоламинов в суточной моче, рентгенография грудной клетки, КТ головного мозга

Вопрос 3. От чего будет зависеть выбор тактики ведения данной пациентки?

- А) От показателей АД по данным суточного мониторинга и самоконтроля и готовности пациентки соблюдать медикаментозную терапию
- Б) От уровня риска сердечно-сосудистых осложнений и готовности пациентки соблюдать медикаментозную терапию
- В) От показателей АД и уровня риска сердечно-сосудистых осложнений
- Г) От наличия или отсутствия субъективных жалоб при повышении давления (головные боли, головокружение) и частоты гипертензивных кризов
- Д) От частоты гипертензивных кризов и величины «рабочего» давления

Вопрос 4. Препарат какой группы можно порекомендовать пациентке для стартовой медикаментозной терапии, если это будет необходимо?

- А) Петлевой или калийсберегающий диуретик
- Б) Агонист имидазолиновых рецепторов
- В) Ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину
- Г) Альфа-адреноблокатор
- Д) Растительные препараты на основе пустырника, боярышника

Вопрос 5. Какие показатели являются целевыми для данной пациентки?

- А) АД не выше 120/80 мм рт.ст., ИМТ не выше 25 кг/м², ОТ не более 94 см
- Б) АД не выше 130/85 мм рт.ст., ИМТ не выше 25 кг/м², ОТ не более 88 см
- В) АД не выше 140/90 мм рт.ст., ИМТ не выше 25 кг/м², ОТ не более 88 см
- Г) АД не выше 150/90 мм рт.ст., ИМТ не выше 22 кг/м², ОТ не более 94 см
- Д) АД не выше 160/90 мм рт.ст., ИМТ около 21 кг/м², ОТ не более 90 см

Задача №32

Вас вызвали на дом к пациенту К., 73 лет, в связи с жалобами на сильную боль в нижней части спины. Из анамнеза известно, что данный пациент в Вашей поликлинике не состоит на учете, наблюдался ранее по месту жительства участковым терапевтом и урологом в связи с мочекаменной болезнью и артериальной гипертензией. Какой-либо документации, кроме выписки из онкологического стационара, на руках не имеет. В связи ухудшением состояния переехал неделю назад к дочери, которая наблюдается в Вашей поликлинике. Из выписки из стационара известно, что пациент 2 года назад перенес брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по поводу рака T4N1M0. Химиотерапия не проводилась. После выписки из стационара к районному онкологу не обращался.

В течение последнего месяца пациент отмечал постепенное развитие выраженной боли в пояснице с иррадиацией в нижние конечности. Врача на дом не вызывал. Самостоятельно принимал парацетамол в дозе 500 мг дважды в сутки, но боль полностью купировать не удавалось. Неделю назад боль резко усилилась, ходьба стала невозможной, что стало поводом для переезда к дочери. При осмотре: больной выглядит истощенным, кожные покровы бледные. При аускультации тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 92 уд./мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание и стул со слов нормальные. При поколачивании в области остистых отростков 4 и 5 поясничных позвонков - резкая болезненность. Симптом Ласега положительный при подъеме правой и левой нижних конечностей на 30 градусов. Функция тазовых органов не нарушена.

Вопросы

Вопрос 1. Укажите наиболее вероятную причину развития болевого синдрома у данного пациента? Дайте обоснование своего выбора причины развития болевого синдрома у данного пациента

- А) Остеохондрозом поясничного отдела позвоночника
- Б) Компрессионным переломом поясничных позвонков на фоне остеопороза
- В) Компрессионным переломом в области поясничных позвонков на фоне метастаза опухоли
- Г) Анкилозирующий спондилит
- Д) Почечная колика на фоне мочекаменной болезни

Вопрос 2. Какие диагностические инструменты Вы будете использовать при оценке болевого синдрома? Дайте обоснование своего выбора инструмента для оценки болевого синдрома

- А) Индекс Карновского
- Б) Рентгенографию поясничного отдела позвоночника
- В) Магнитно-резонансную томографию
- Г) Визуально-аналоговую шкалу
- Д) Денситометрию

Вопрос 3. Какие методы болеутоления Вы выберете для данного пациента? Дайте обоснование своего выбора способа лечения болевого синдрома

- А) Дюрогезик Матрикс
- Б) Внутримышечное введение 2 мл 50% раствора метамезола натрия и 2 мл 2% дроптаверина
- В) Однократное внутримышечное введение 1 мл 2% тримеперидина с последующим назначением кетопрофена ретард в дозе 100 мг дважды в день
- Г) Кетопрофен ретард по 100 мг 2 раза в сутки
- Д) Внутримышечное введение 2 мл 5% раствора трамадола гидрохлорида с последующим назначением трамадола гидрохлорида ретард по 100 мг дважды в день

Вопрос 4. Какие побочные эффекты чаще встречаются при использовании трамадола гидрохлорида у онкологических больных? Дайте обоснование своего выбора побочных эффектов трамадола

- А) Анорексия
- Б) Тошнота и рвота
- В) Диарея
- Г) Угнетение дыхания

Д) Угнетение сознания

Вопрос 5. Какой подход используется при выборе болеутоления у онкологических больных? Дайте обоснование своему выбору подхода к болеутолению у онкологических больных

А) Любые анальгетики назначаются в плановом порядке

Б) Используются только опиоидные наркотические анальгетики независимо от выраженности болевого синдрома

В) При выборе средства обезболивания используется ступенчатый подход в зависимости от выраженности боли

Г) Опиоидные наркотические анальгетики назначаются только в виде инъекций

Д) Сильнодействующие наркотические анальгетики назначаются только районным онкологом

Задача №33

Вас вызвали на дом к пациентке 88 лет, которая жалуется на боль в области крестца, появившуюся день назад. 2 года назад перенесла перелом шейки бедра. От операции отказалась. Самостоятельно передвигаться не может. Для физиологических отправлений использует судно. За пациенткой ухаживает племянница 67 лет. Наблюдается в поликлинике с диагнозом «Артериальная гипертония II стадии, III степени, риск ССО 4. ХСН 2 ст. Первичный остеопороз. Состояние после перелома шейки бедра». Рекомендации по лечению артериальной гипертонии соблюдает. Помимо гипотензивных препаратов периодически принимает мочегонные. От применения противоостеопоротических препаратов отказалась. При осмотре состояние удовлетворительное. ИМТ – 20 кг/м². Кожные покровы сухие обычной окраски. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 88 уд./мин, АД 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периодическое недержание мочи при кашле и чихании. Стул только после приема слабительных. При осмотре зоны крестца выявлено покраснение и отечность кожных покровов с расположенной по центру поверхностной раной в виде язвы размером 2 см.;

Вопросы

Вопрос 1. Как Вы охарактеризуете изменение кожных покровов, выявленное у пациентки? Дайте обоснование своего выбора выявленных нарушений кожного покрова у пациентки

А) Потертость в зоне крестца

Б) Декубитальная язва

В) Пролежень в области крестца. 1 стадия

Г) Декубитальная язва в области крестца. 2 стадия

Д) Декубитальная язва в области крестца. 3 стадия

Вопрос 2. Какие лечебные мероприятия Вы назначите? Дайте обоснование своего выбора лечения повреждения кожных покровов у пациентки

А) Обработка раны раствором бриллиантового зеленого

Б) Обработка раны спиртом

В) Обработка раны раствором перманганата калия

Г) Наложение гидрогелевой повязки

Д) Наложение пластыря с антисептиком

Вопрос 3. Какой диагностический инструмент используется для определения риска развития пролежней? Дайте обоснование своего выбора инструмента для определения риска развития пролежней

А) Визуально-аналоговая шкала

Б) Шкала Ватерлоу

В) Шкала Глазго

Г) Денситометрия

Д) Шкала Вонга-Бейера

Вопрос 4. Какие методы профилактики развития пролежней Вы порекомендуете пациентке и родственнице, обеспечивающей уход? Дайте обоснование своего выбора профилактики пролежней

- А) Назначение поливитаминов
 - Б) Протирание кожи камфорным спиртом
 - В) Подкладывание под крестец резинового судна
 - Г) Изменение положения в постели каждые 2 часа
 - Д) Подмывание после физиологических отпавлений слабым раствором перманганата калия
- Вопрос 5.* Укажите комплекс факторов, способствующих развитию пролежней у данной пациентки. Дайте обоснование своему выбору комплекса факторов, способствующих развитию пролежней у данной пациентки
- А) Женский пол, возраст, сердечно-сосудистые заболевания
 - Б) Возраст, сердечно-сосудистые заболевания, сухость кожи
 - В) Возраст, сердечно-сосудистые заболевания, сухость кожи, недержание мочи
 - Г) Возраст, сердечно-сосудистые заболевания, сухость кожи, недержание мочи, постельный режим, прием диуретиков
 - Д) Постельный режим, возраст, сердечно-сосудистые заболевания, недержание мочи, постельный режим, низкий индекс массы тела

Задача № 34

Вас вызвал на дом пациент К., 63 лет, который ранее к Вам за помощью не обращался. Из анамнеза известно, что он 3 года назад перенес брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки по поводу рака T4N2M0. В связи с появлением выраженного болевого синдрома в пояснице с иррадиацией в нижние конечности 3 месяца назад был осмотрен районным онкологом и направлен на рентгенологическое исследование, при котором была выявлена метастатическая деструкция крестцовой кости с патологическим переломом. В условиях онкологического стационара был проведен полный курс паллиативной лучевой терапии на крестцовый участок (СОД - 72гр) с временным уменьшением интенсивности боли. Однако боль снова усилилась, в связи чем больному районным онкологом был назначен трамадол гидрохлорид в виде таблеток ретард в дозе 200 мг дважды в день. При осмотре больной жалуется на сильную боль в пояснице с иррадиацией в конечности, которая лишь несколько ослабляется при приеме назначенного болеутоляющего препарата, что ограничивает передвижения пациента по квартире и нарушает сон. При осмотре обращает на себя внимание гримаса боли на лице пациента. При аускультации тоны сердца ритмичные, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 96 уд./мин, АД 156/90 мм рт. ст. Живот мягкий, несколько вздут, пальпируется спазмированная сигмовидная кишка, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено, стул не было в течение последних 2 дней. Аппетит отсутствует. При поколачивании в области крестца - резкая болезненность.

Вопросы

Вопрос 1. Укажите, какой инструмент Вы будете использовать для оценки болевого синдрома у данного пациента? Дайте обоснование своего выбора инструмента оценки болевого синдрома у данного пациента

- А) Шкалу качества жизни ВОЗ
- Б) Опросник Мак Гилла
- В) Визуально-аналоговую шкалу
- Г) Индекс Карновского
- Д) Шкалу Ватерлоо

Вопрос 2. Какой метод болеутоления Вы выберете для данного пациента? Дайте обоснование своего выбора способа лечения болевого синдрома

- А) Дюрогезик Матрикс в дозе 12,5 мг/ч
- Б) Внутримышечное введение 2 мл 50% раствора метамезола натрия и 2 мл 2% дротаверина
- В) Внутримышечное введение 1 мл 2% тримеперидина 3 раза в сутки
- Г) Таблетки морфина сульфата пролонгированного действия в дозе 10 мг 2 раза в сутки
- Д) Таблетки морфина сульфата пролонгированного действия в дозе 30 мг 2 раза в сутки

Вопрос 3. Какие побочные эффекты часто встречаются при использовании морфина сульфата

продолженного действия у онкологических больных? Дайте обоснование своего выбора побочных эффектов морфина сульфата в таблетках продолженного действия

- А) Анорексия
- Б) Констипация
- В) Кожный зуд
- Г) Угнетение дыхания
- Д) Угнетение сознания

Вопрос 4. Кто имеет право выписать рецепт на опиоидные наркотические анальгетики для пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях

- А) Районный врач онколог
- Б) Главный врач поликлиники
- В) Врач кабинета паллиативной помощи поликлиники
- Г) Участковый врач
- Д) Участковая медицинская сестра, прошедшая подготовку по паллиативной помощи

Вопрос 5. Какие рекомендации Вы дадите пациенту в связи с приемом таблеток морфина сульфата продолженного действия? Дайте обоснование своему выбору подхода к болеутолению у онкологических больных

- А) Применять таблетированный морфин только натошак
- Б) Выпивать не менее 1,5 л жидкости в сутки, систематически употреблять салат из отварной свеклы с растительным маслом
- В) Использовать слабительные растительного происхождения на фоне приема таблетированного морфина
- Г) При уменьшении интенсивности боли перейти на прием таблеток морфина 1 раз в день
- Д) Перед приемом морфина каждое утро принимать омепразол в дозе 20 мг

Задача №35

В процессе проведения диспансеризации у пациентки 69 лет по данным маммографии было выявлено образование в области левой молочной железы и увеличение лимфатических узлов в левой подмышечной области. Она позвонила Вам по телефону, чтобы получить разъяснения по поводу результатов обследования, объяснив, что хотела бы прийти к Вам на консультацию вместе с дочерью.

Вопросы

Вопрос 1. Как будет Вами организована консультация данной пациентки? Дайте обоснование своего выбора способа консультации пациентки

- А) Вы объясните пациентке, что ей следует сразу записаться к районному онкологу, а не к Вам
- Б) Попросите перезвонить дочь пациентки для объяснения деталей результатов обследования
- В) Назначите время для консультации через неделю и попросите прийти без дочери
- Г) Поручите участковой медицинской сестре посетить пациентку на дому и объяснить тактику дальнейшего лечения
- Д) Пригласите пациентку на консультацию вместе с дочерью в ближайшее время

Вопрос 2. Каким документом регламентируется необходимость сообщения пациенту информации о состоянии его здоровья, включая плохой прогноз? Дайте обоснование своего выбора документа, который обязывает врача сообщать информацию о здоровье пациента

- А) Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации от 2012 г.
- Б) Локальные нормативные акты поликлиники - должностные инструкции участкового врача
- В) Приказ МЗ РФ № 543 н « Об утверждении порядка организации первичной медико-санитарной помощи»
- Г) Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
- Д) Приказ Минздрава России № 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология"

Вопрос 3. Какую реакцию в первую очередь Вы можете наблюдать у пациентки при сообщении ей о деталях обследования и возможном прогнозе заболевания? Дайте обоснование своего выбора

реакции на информацию о возможном неблагоприятном прогнозе

- А) Гнев
- Б) Проявления депрессии
- В) Проявления тревоги
- Г) Неприятие
- Д) Безучастность

Вопрос 4. Какие детали консультации являются ключевыми при информировании пациентки о возможном неблагоприятном прогнозе заболевания? Дайте обоснование своего выбора ключевых деталей консультации у данной пациентки

- А) Подробное разъяснение результатов маммографии
- Б) Объяснение, какие методы лечения сегодня применяются для лечения рака молочной железы
- В) Разъяснение, в каких учреждениях города проводится лечение данного заболевания
- Г) Проявление эмпатии и предложение о поддержке на всех этапах лечения
- Д) Разъяснение графика работы районной онкологической службы

Вопрос 5. Как следует завершить беседу с данной пациенткой и ее дочерью? Дайте обоснование своему выбору завершения беседы

- А) Предложить свой номер мобильного телефона дочери пациентки для получения информации о дальнейших планах обследования
- Б) Предложить пациентке записаться на прием к районному онкологу и объяснить, что теперь она будет наблюдаться только у этого специалиста
- В) Разъяснить существующую систему оказания помощи онкологическим пациентам и привести позитивные примеры выживаемости при раке молочной железы после прохождения всего курса лечения
- Г) Вручить письменные рекомендации по дальнейшему обследованию с указанием адреса учреждений, в которых проводится лечение пациентов с раком молочной железы
- Д) Разъяснить дальнейший план обследования и лечения, предложить свою помощь и поддержку пациентке и ее дочери после прохождения лечения в специализированном учреждении

Задача №36

Вы наблюдаете пациентку 76 лет, которая перенесла операцию по поводу рака яичников 3 ст год назад в объеме экстирпации матки с придатками и большого сальника. Несмотря на проведение курса химиотерапии, у больной появились метастазы в печень. Больная похудела за последние 4 месяца на 10 кг, у нее отсутствует аппетит. Жалоб на боль не предъявляет. Периодически впадает в состояние протрации. Районный врач онколог рекомендовал наблюдение участковым терапевтом по месту жительства, объяснив родственникам, что ей показано только паллиативное лечение.

Вопросы

Вопрос 1. Что является целью паллиативной помощи? Дайте обоснование своего выбора цели паллиативной помощи

- А) Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, направленное на устранение болевого синдрома
- Б) Подготовка к процессу умирания в условиях хосписа
- В) Выбор оптимального метода болеутоления
- Д) Улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания

Вопрос 2. Какие задачи стоят перед врачом, оказывающим паллиативную помощь? Дайте обоснование своего выбора задач, которые решаются в процессе оказания паллиативной помощи

- А) Психологическая и социальная поддержка пациента и членов его семьи
- Б) Подготовка пациентов к госпитализации в хоспис или отделение паллиативной помощи стационара, социальная поддержка родственников
- В) Профилактика развития пролежней путем обучения лиц, осуществляющих уход, назначение современных перевязочных средств

- Г) Своевременное устранение побочного действия опиоидных наркотических анальгетиков
- Д) Раннее выявление, оценка и купирование боли и других тягостных физических симптомов, а также оказание психосоциальной и духовной поддержки

Вопрос 3. Какой симптом реакции горя и утраты может наблюдаться после кончины пациентки у членов ее семьи? Дайте обоснование своего выбора одного из симптомов реакции горя и утраты

- А) Шок и неприятие случившегося
- Б) Поглощенность образом умершей родственницы
- В) Симптомы повышенной тревожности
- Г) Появление пристрастия к алкоголю
- Д) Безучастность

Вопрос 4. Определите тактику оказания помощи родственникам умершего пациента для облегчения проявления реакции горя и утраты. Дайте обоснование своего выбора тактики оказания помощи родственникам умершего пациента

- А) Направление на консультацию к психиатру
- Б) Назначение транквилизаторов
- В) Назначение анксиолитиков
- Г) Назначение антидепрессантов
- Д) Обсуждение с близкими пациента задач траура

Вопрос 5. Какие изменения в состоянии пациентки будут свидетельствовать о приближении смерти?

- А) Учащенное мочеиспускание, диарея, галлюцинации
- Б) Цианоз кожных покровов и видимых слизистых, дыхание агонального типа
- В) Внезапное развитие икоты, недержание мочи и кала
- Г) Сонливость, слабость, дезориентация, отказ от приема воды и пищи, бледность кожных покровов
- Д) Отказ от приема лекарственных средств, дезориентация

Задача №37

Проблемная ситуация. На амбулаторный прием в поликлинику обратилась женщина 43 лет с жалобами на частую, интенсивную, приступообразную головную боль, которая в последнее время не проходит от ранее используемых анальгетиков (цитрамон, пенталгин, нурофен). Головная боль пульсирующего характера, локализована в височной области, сопровождается тошнотой и непереносимостью яркого света и громких звуков. За 15-30 минут перед приступом интенсивной головной боли возникают преходящие зрительные симптомы в виде ярких светлых линий и зигзагов, напоминающих молнию. Головная боль может провоцироваться стрессом и усиливается от физической нагрузки.

Из анамнеза известно, что приступы головной боли длительностью 8-12 часов и частотой 1 раз в 1-2 месяца отмечаются с 16 лет. У мамы были аналогичные головные боли в возрасте 20-45 лет. Около 5 месяцев назад увеличился объем нагрузок на работе (менеджер в банке), участились стрессы. Перестала посещать фитнес и нарушился режим сна. На протяжении последних трех месяцев головная боль отмечается чаще и увеличилась ее интенсивность.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. АД 115/75 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту. Соматический и неврологический статус без патологических изменений. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики не выявлено.

Лабораторное исследование (клинический анализ крови, общий анализ мочи) в норме. Консультация офтальмолога – без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Каков основной диагноз?

- А. Дисциркуляторная энцефалопатия – II стадии
- Б. Головная боль напряжения
- В. Мигрень с аурой
- Г. Хроническая пароксизмальная гемикрания

Вопрос 2. Какие основные методы обследования необходимы для постановки данного диагноза?

А. Опрос пациента с уточнением жалоб и анамнеза, соматический осмотр. Электрокардиография. Консультация невролога.

Б. Опрос пациента с уточнением жалоб и анамнеза, соматический и неврологический осмотр. Клинический анализ крови. Общий анализ мочи. Консультация офтальмолога.

В. Опрос пациента с уточнением жалоб и анамнеза, соматический и неврологический осмотр. Дуплексное сканирование сосудов шеи и головного мозга.

Г. Опрос пациента с уточнением жалоб и анамнеза, соматический и неврологический осмотр. Магнитно-резонансная томография головного мозга.

Вопрос 3. Какой наиболее эффективный препарат в купировании приступа данной головной боли?

А. Ибупрофен

Б. Карбамазепин

В. Элетриптан

Г. Нимесулид

Вопрос 4. Какова причина учащения головной боли и увеличения ее интенсивности в данной клинической задаче?

А. Развилось другое заболевание, сопровождающееся интенсивной головной болью

Б. Неправильное лечение. Использование неэффективных анальгетиков.

В. Головная боль привела к хронической недостаточности мозгового кровообращения

Г. Психоэмоциональное переутомление, стрессы, гиподинамия.

Вопрос 5. Какие рекомендации пациенту должен сформулировать врач для уменьшения частоты и интенсивности данной головной боли?

А. Регулярная динамичная аэробная физкультура. Нормализация психоэмоционального состояния и режима сна. Ограничение зрительных нагрузок.

Б. Ограничение физических и зрительных нагрузок. Постельный режим.

В. Ограничение движений в шейном отделе позвоночника. Подбор ортопедической подушки. Воротник Шанца.

Г. Тщательный контроль АД и ЧСС. Соблюдение гипохолестериновой диеты. Уменьшение физических нагрузок.

Задача №38

Проблемная ситуация. На амбулаторный прием в поликлинику обратился мужчина 48 лет с жалобами на частую давящую и сжимающую головную боль, которая приобрела практически постоянный характер в последний месяц. Головная боль монотонная, диффузная, сдавливающая голову «как обруч», без тошноты и фотофобии, не усиливается от физических нагрузок, слабой интенсивности. Головная боль в лобной и височных областях усиливается вечером после работы (программист) и зависит от зрительных и эмоциональных перегрузок в течение дня.

Из анамнеза известно, что эпизоды сжимающей головной боли отмечаются на протяжении 6 месяцев. На протяжении последнего месяца отмечается практически ежедневная головная боль. Во время отдыха, на выходных и в отпуске, головная боль не беспокоит. Связывает хронизацию головной боли с вероятной опухолью головного мозга. Анальгетики для купирования боли не использует. Отмечает увеличение зрительной и интеллектуальной нагрузки, что приводит к длительной высокоответственной работе за персональным компьютером. Хроническими соматическими или неврологическими заболеваниями не страдает. В ближайшие 3 месяца не переносил черепно-мозговую травму или инфекцию.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. АД 125/85 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту. Соматический и неврологический статус без патологических изменений.

Лабораторные данные клинического анализа крови и общего анализа мочи в норме.

Вопросы

Вопрос 1. Каков основной диагноз?

А. Цервикокраниалгия

Б. Невралгия тройничного нерва

В. Дисциркуляторная энцефалопатия

Г. Головная боль напряжения

Вопрос 2. Какие основные методы обследования необходимы для постановки данного диагноза?

А. Опрос пациента с уточнением жалоб и анамнеза, соматический и неврологический осмотр. Клинический анализ крови. Общий анализ мочи.

Б. Опрос пациента с уточнением жалоб и анамнеза, соматический осмотр. Консультация невролога. Ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга.

В. Опрос пациента с уточнением жалоб и анамнеза, соматический и неврологический осмотр. Дуплексное сканирование сосудов шеи и головного мозга.

Г. Опрос пациента с уточнением жалоб и анамнеза, соматический и неврологический осмотр. Магнитно-резонансная томография головного мозга.

Вопрос 3. Сочетание каких групп препаратов наиболее эффективно в лечении данного заболевания?

А. Нестероидные противовоспалительные + миорелаксанты

Б. Нестероидные противовоспалительные + вазоактивные

В. Триптаны + спазмолитики

Г. Вазоактивные + ноотропы

Вопрос 4. Какая основная причина развития хронической головной боли при данном заболевании?

А. Гиподинамия. Нарушение здорового образа жизни.

Б. Физические перегрузки. Подъемы тяжести

В. Длительное повышение АД и частоты пульса

Г. Повышение уровня тревоги и депрессии

Вопрос 5. Какие рекомендации необходимо дать пациенту для предотвращения увеличения длительности и интенсивности данной головной боли?

А. Ограничение зрительных нагрузок и работы за компьютером. Регулярная динамичная аэробная физкультура и нормализация режима сна.

Б. Ограничение физических и зрительных нагрузок. Постельный режим.

В. Ограничение движений в шейном отделе позвоночника. Курс массажа и остеопатии. Периодическое использование воротника Шанца.

Г. Ведение дневника АД и пульса. Соблюдение гипохолестериновой диеты. Периодически курсы вазоактивных и ноотропных препаратов.

Задача №39

Проблемная ситуация. На амбулаторный прием в поликлинику обратился мужчина 52 лет с жалобами на частые приступы односторонней головной боли. Всегда болит только правая половина головы и лица. Интенсивные приступы боли возникают несколько раз в день, усиливаются вечером и напоминают прохождение электрического тока. Прикосновение к лицу, бритье, прием горячей пищи - усиливают боль.

Из анамнеза известно, что приступы ежедневной головной и лицевой боли возникли внезапно около 1 недели назад, вероятно после переохлаждения или стрессов на работе (водитель). Ранее головной боли не отмечал. Хронического неврологического заболевания нет. Длительное время страдает артериальной гипертензией и хроническим гастродуоденитом. В лечении приступов боли использовал диклофенак и пенталгин, что не оказало лечебного эффекта. Интенсивность острых простреливающих приступов головной боли увеличивается с каждым днем. Боль начала отдавать в зубы на правой стороне лица. В связи с чем обратился на прием к стоматологу, который не выявил патологии. Пытался самостоятельно греть голову и лицо справа, что только усиливало боль. В настоящее время голова болит 4-5 раз в день. Длительность каждого приступа около 30 минут.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. АД 125/85 мм рт. ст., пульс 68 ударов в минуту. Соматический и неврологический статус без патологических изменений.

Лабораторные данные клинического анализа крови и общего анализа мочи в норме.

Вопросы

Вопрос 1. Каков предварительный диагноз?

- А. Кластерная головная боль
- Б. Невралгия тройничного нерва
- В. Височный гигантоклеточный артериит
- Г. Задний шейный симпатический синдром Барре-Льеу

Вопрос 2. Какой специалист осуществляет лечение данного заболевания?

- А. Семейный врач
- Б. Невролог
- В. Стоматолог
- Г. Ревматолог

Вопрос 3. Каковы наиболее частые причины провоцирующие усиление уже имеющихся приступов данной головной и лицевой боли?

- А. Прикосновение к лицу и волосистой части головы на стороне боли. Согревание или переохлаждение. Горячая, холодная, острая пища. Бритье.
- Б. Повышение АД и учащение пульса. Нарушение сердечной деятельности. Ортостатические нагрузки. Прием антигипертензивных средств.
- В. Длительный разговор и прием пищи. Переохлаждение. Перенесенная ОРВИ.
- Г. Черепно-мозговая травма. Резкое движение в шейном отделе позвоночника. Мануальная терапия, выполненная на шейном отделе позвоночника.

Вопрос 4. Какой препарат обладает наибольшим эффектом в лечении данного заболевания с точки зрения принципов научно-доказательной медицины?

- А. Напроксен
- Б. Кеторолак
- В. Карбамазепин
- Г. Мелоксикам

Вопрос 5. Какие дополнительные препараты с низким уровнем доказательности используются в лечении данного заболевания?

- А. Вазоактивные. Ноотропы. Витамины В. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- Б. Витамины В. Миорелаксанты. Вазоактивные. Местные анестетики
- В. НПВС. Антигистаминные. Витамины В. Нейротрофические нейропептиды
- Г. Кортикостероидные противовоспалительные. Антигистаминные. Витамины В

Задача №40

Проблемная ситуация. На амбулаторный прием в поликлинику обратилась женщина 74 лет с жалобами на ощущение тяжести в голове, головокружение и неустойчивость при ходьбе нарушение речи, слабость и неловкость в правой руке и ноге. На прием пришла в сопровождении сына.

Сегодня утром, практически сразу после сна, почувствовала дискомфорт в левой половине грудной клетки и сердцебиение. Далее, через 20-30 минут изменилась и стала невнятной речь, ослабла правая рука и нога. Симптомы развились остро с быстрым появлением неврологических симптомов. Около 6 месяцев назад отмечала кратковременный эпизод неловкости в правой руке. От момента появления первых симптомов до осмотра врача прошло 5 часов. Из анамнеза известно, что у больной ранее поставлены диагнозы: артериальная гипертензия, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, гиперхолестеринемия, аутоиммунный тиреоидит, полиостеоартроз, остеопороз.

При осмотре: в сознании, ориентирована. Менингеальных симптомов нет. Речь нарушена по типу моторной афазии. Сглажена правая носогубная складка. Легкая девиация языка вправо. Правосторонний гемипарез: рука – 3 балла, нога – 4 балла. Оживление глубоких рефлексов в руке и ноге справа. Рефлекс Россолимо в правой руке и рефлекс Бабинского в правой ноге. Шаткость в позе Ромберга. АД 160/90 мм рт. ст., пульс 82 удара в минуту, аритмичен.

Вопросы

Вопрос 1. Каков предварительный диагноз?

- А. Транзиторная ишемическая атака
- Б. Ишемический инсульт
- В. Геморрагический инсульт
- Г. Гипертонический криз

Вопрос 2. Каков предположительный патогенетический подтип инсульта у данной больной?

- А. Атеротромботический
- Б. Гемодинамический
- В. Кардиоэмболический
- Г. Лакунарный

Вопрос 3. Какие из перечисленных диагностических проб используются для диагностики (выявления) «скрытого» пареза в конечности при ОНМК?

- А. Дикса-Холлпайка, Хальмаги, Ромберга
- Б. Барре, Русецкого, Вендеровича
- В. Унтербергера, Бабинского-Вейля, Водака-Фишера
- Г. Бабинского, Стюарта-Холмса, Шильдера

Вопрос 4. Какова должна быть тактика семейного врача после осмотра данной больной?

- А. Вызов скорой медицинской помощи и срочная госпитализация в стационар
- Б. Направление на консультацию невролога
- В. Направление на МРТ головного мозга
- Г. Назначение лечения ОНМК в амбулаторных условиях

Вопрос 5. Какие из перечисленных тестов используются для доврачебной диагностики каротидного инсульта?

- А. Встать ровно с закрытыми глазами. Сесть на кушетке из положения лежа со скрещенными на груди руками. Быстро супинировать и пронировать обе кисти рук.
- Б. Закрыть глаза и вытянуть вперед прямые руки. Попросить больного назвать ФИО. Попросить больного улыбнуться и отвести углы рта в стороны.
- В. Пациент стоит с закрытыми глазами и делает шаги на месте. Пациент с закрытыми глазами делает 5 шагов вперед и назад в течение 30 секунд. Указательными пальцами попасть в пальцы врача.
- Г. Стоя с закрытыми глазами повернуть голову вправо и влево. Попасть указательным пальцем в кончик носа. Лежа, попасть пяткой одной ноги в колено другой.

Задача №41

Проблемная ситуация. Родственники (дочь) мужчины 68 лет вызвали врача на дом в связи с острым развитием у него интенсивной головной боли, которая отмечалась впервые и сопровождалась многократной рвотой, слабостью и онемением в левой руке и ноге. Ко времени прихода врача (через 3 часа после появления симптомов) состояние пациента значительно ухудшилось: без сознания, не говорит и не понимает обращенную речь, нет движений в левой руке и ноге.

Из анамнеза известно, что больной длительное время страдает артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, гиперхолестеринемией, сахарным диабетом II типа, дорсопатией шейного и пояснично-крестцового отделов позвоночника.

При осмотре: сознание угнетено (больной не реагирует на словесные обращения, неподвижен, команды не выполняет и не разговаривает, открывает глаза на сильное болевой раздражение, непроизвольно отдергивает только правую руку при болевом раздражении). Положительные менингеальные симптомы (ригидность шейно-затылочных мышц, симптом Кернига). Опущен левый угол рта. При выдохе «парусит» левая щека. Левосторонний глубокий гемипарез. Складывается впечатление о снижении болевой чувствительности в левых конечностях по гемитипу. Нарушен контроль за мочеиспусканием. АД 200/120 мм рт.ст., пульс 96 ударов в минуту. Соматический статус без декомпенсированной патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Каков предварительный диагноз?

- А. Транзиторная ишемическая атака
- Б. Ишемический инсульт
- В. Геморрагический инсульт
- Г. Гипертонический криз

Вопрос 2. Каков уровень (степень) угнетения сознания?

- А. Оглушение умеренное
- Б. Сопор
- В. Кома умеренная (I)
- Г. Кома глубокая (II)

Вопрос 3. В каком пункте описан менингеальный симптом – верхний симптом Брудзинского?

- А. Попытка пассивно привести подбородок к груди (наклонить голову вперед) у пациента, лежащего на спине, встречает сопротивление и усиливает головную боль
- Б. У пациента, лежащего на спине, обследующий сгибает ногу в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом. Из этого положения производится разгибание в коленном суставе – встречается сопротивление сгибателей голени
- В. Пассивный наклон головы вперед, у лежащего на спине больного, вызывает легкое сгибание обеих ног в тазобедренных и коленных суставах
- Г. При давлении на область лобкового симфиза происходит легкое сгибание обеих ног в тазобедренных и коленных суставах

Вопрос 4. Какова должна быть тактика семейного врача после осмотра данного больного?

- А. Назначение лечения ОНМК в амбулаторных / домашних условиях
- Б. Вызов невролога для осмотра пациента на дому
- В. Направление на МРТ головного мозга
- Г. Вызов скорой медицинской помощи и срочная госпитализация в стационар

Вопрос 5. Какая длительность острейшего периода инсульта?

- А. первые 24 часа
- Б. 1 – 3 сутки
- В. 1 – 7 сутки
- Г. 1 – 28 сутки

Задача №42

Проблемная ситуация. Мужчина 57 лет обратился к семейному врачу поликлиники с жалобами на выраженное головокружение, тошноту, шаткость при ходьбе, нечеткость зрения и «мушки» перед глазами. На работе, на фоне стресса, впервые в жизни развилось острое головокружение с ощущением вращения всех предметов по часовой стрелке. Это сопровождалось тошнотой и рвотой. Далее появилось двоение и легкое нарушение речи с ощущением «как каша во рту». Слабости и онемения в конечностях не отмечалось.

На приеме у врача через 5 часов после первых симптомов. Двоение и нарушение речи сохранялось только 30 минут и прошло самостоятельно около 4 часов назад. На момент врачебного осмотра сохраняется головокружение, шаткость, тошнота и затруднение фокусировки зрения. Из анамнеза известно, что у больного ранее выставлены следующие диагнозы: артериальная гипертензия, дорсопатия шейного отдела позвоночника с грыжей диска C5-C6, астеноневротическое расстройство, вегетативная дисфункция.

При осмотре: в сознании, ориентирован. Менингеальных симптомов нет. Черепные нервы без патологии. Признаки центральной вестибулопатии легкой степени выраженности.

Неустойчив в позе Ромберга. Элементы динамической мозжечковой атаксии. Глубокие рефлекс в руках, ногах D=S, оживлены. Патологических рефлексов не выявлено. Сила и чувствительность в конечностях в норме. Легкая болезненность и ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника. АД 160/90 мм рт. ст., пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Соматический статус без патологии.

Вопросы

Вопрос 1. Каков предварительный диагноз?

- А. Транзиторная ишемическая атака в вертебрально-базиллярном бассейне
- Б. Транзиторная ишемическая атака в каротидном бассейне
- В. Ишемический инсульт
- Г. Гипертонический криз

Вопрос 2. Поражение какого черепного нерва при ОНМК приводит к нарушению речи по типу дизартрии?

- А. Лицевой
- Б. Языкоглоточный
- В. Блуждающий
- Г. Подъязычный

Вопрос 3. Какова максимальная длительность общемозговых и / или очаговых неврологических симптомов при транзиторной ишемической атаке?

- А. 1 час
- Б. 12 часов
- В. 24 часа
- Г. 48 часов

Вопрос 4. Какова должна быть тактика семейного врача после осмотра данного больного?

- А. Назначение лечения в амбулаторных условиях и динамическое наблюдение
- Б. Направление на консультацию невролога
- В. Направление на МРТ головного мозга и УЗДГ сосудов головного мозга
- Г. Вызов скорой медицинской помощи и срочная госпитализация в стационар

Вопрос 5. Симптомом какого заболевания чаще всего является изолированное системное головокружение, возникающее при изменении положения головы?

- А. Задний шейный симпатический синдром Барре-Льеу
- Б. Дисциркуляторная энцефалопатия
- В. Доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение
- Г. ТИА в вертебрально-базиллярном бассейне

Задача №43

Пациентка 75 лет, вес 95 кг, рост 160 см.

Диагноз: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда 6 месяцев назад). Стенокардия напряжения III ф.кл. Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокого риска. Отечный синдром. Остеопороз.

По данным клинического анализа крови, все показатели в норме.

По данным биохимического анализа крови: Общий холестерин -4,8 ммоль/л; холестерин ЛНП -2,3 ммоль/л; креатинин- 94 мкмоль/л; Остальные показатели в пределах нормы.

По данным эхо-кг, снижение фракции левого желудочка до 35%. По назначению участкового терапевта постоянно принимает:

Ацетисалициловую кислоту – 100 мг один раз в сутки;

Амлодипин -10 мг один раз в сутки;

Симвастатин 20 мг –один раз в сутки;

Фуросемид 40 мг один раз в сутки;

Эналаприл 5 мг один раз в сутки;

Спиринолактон 25 мг 2 раза в сутки.

По рекомендации кардиолога доза симвастатина была увеличена до 40 мг. Через неделю пациентка пришла на прием и пожаловалась на слабость и боли в ногах, в связи с чем начала принимать диклофенак.

Вопросы

Вопрос 1. В диагнозе отсутствует указание на сердечную недостаточность. Какие дополнительные тесты для формулировки диагноза вам необходимы?

- А. Ультразвуковое исследование сердца с тканевым доплеровским датчиком.
- Б. Рентгеновское исследование грудной клетки для оценки степени застоя в легких.

В. Тест 6-минутной ходьбы.

Г. Больше не нужно исследований, информации достаточно.

Вопрос 2. Какие дополнительные исследования нужны для оценки природы болевого синдрома в нижних конечностях?

А. Содержание креатинфосфокиназы в крови.

Б. Ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей.

В. Рентгеновское исследование нижних конечностей.

Г. Содержание аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы в крови.

Вопрос 3. Наиболее вероятно, что миопатия у пациентки является проявлением нежелательных побочных реакций при применении

А. Симвастатина

Б. Амлодипина

В. Спинолактона.

Г. Ацетилсалициловой кислоты.

Вопрос 4. Какой из назначенных препаратов может ухудшить течение остеопороза?

А. Симвастатин

Б. Спинолактон.

В. Фуросемид

Г. Амлодипин.

Вопрос 5. Какой из принимаемых пациенткой препаратов противопоказан при декомпенсированной ХСН?

А. Симвастатин.

Б. Спинолактон.

В. Амлодипин.

Г. Диклофенак.

Задача №44

Пациент 78 лет, вес 80 кг, рост 175 см. Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса. Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II функциональный класс по NYHA. ХОБЛ в стадии ремиссии.

По данным клинического анализа крови все показатели в норме.

По данным биохимического анализа крови, общий холестерин 5,2 ммоль/л, холестерин ЛНП – 3,5 ммоль/л; креатинин 92 мкмоль/л; остальные показатели в норме.

По данным ЭХО-КГ концентрическая гипертрофия левого желудочка, других отклонений не описано.

По ЭКГ- фибрилляция предсердий с ЧСЖ 84 уд/мин.

По назначению кардиолога постоянно принимает

Ацетилсалициловую кислоту – 100 мг ежедневно;

Триметазидин – 20 мг три раза в день

Карведилол 12,5 мг два раза в сутки.

Дигоксин 0,125 мг два раза в сутки

Изосорбида динитрат 20 мг 2 раза в сутки

Эналаприл 10 мг 2 раза в сутки.

Во время очередного визита пациент пожаловался на кашель, что и послужило поводом для обследования. Кашель беспокоит по ночам, что вынуждает пациента принять сидячее положение и откашливаться, мокрота при этом беловатого цвета.

Вопросы

Вопрос 1. Проанализируйте данные обследования и выскажите свое мнение о природе кашля. Скорее всего, это

А. Обострение ХОБЛ.

Б. Декомпенсация ХСН.

В. Ночная стенокардия Принцметала.

Г. Нежелательная реакция на прием ингибиторов АПФ.

Вопрос 2. Дополнительные условия к кейсу. Участковый врач расценил кашель как проявление нежелательной реакции на прием ингибитора АПФ и отменил препарат, заменив его амлодипином в дозе 10 мг. Кашель усилился через 5 дней, пациент снова обратился к участковому врачу. Врач отметил также появление отеков на ногах.

На основании этих дополнительных данных оцените возможное происхождение кашля.

А. Обострение ХОБЛ.

Б. Декомпенсация ХСН.

В. Ночная стенокардия Принцметала.

Г. Нежелательная реакция на прием амлодипина.

Вопрос 3. Участковый врач расценил кашель как проявление обострения ХОБЛ и назначил кларитромицин в дозе 500 мг два раза в сутки на семь дней. На пятый день у пациента появилась тошнота, несколько раз была рвота. Наиболее вероятно, что появившиеся тошнота и рвота являются проявлением нежелательной побочной реакции на прием

А. карведилола

Б. изосорбида динитрата

В. Триметазидина

Г. Дигоксина.

Вопрос 4. Наиболее вероятно, что данная нежелательная реакция явилась результатом взаимодействия

А. Изосорбида динитрата с карведилолом.

Б. Карведилола с триметазидином

В. Триметазидина с дигоксином.

Г. Кларитромицина с дигоксином.

Вопрос 5. Что следует сделать для компенсации состояния пациента?

А. Отменить изосорбида динитрат, амлодипин, дигоксин и кларитромицин.

Б. Увеличить дозу карведилола, отменить дигоксин и кларитромицин

В. Отменить триметазидин и дигоксин.

Г. Отменить карведилол и увеличить дозу дигоксина.

Задача №45

Женщина, 68 лет, пришла на прием к врачу общей практики с жалобами на повышенную утомляемость и одышку при физической нагрузке, которые появились последнюю неделю.

Из анамнеза известно, что пациентка в течение последних 6 лет страдает подъемами артериального давления до 150–170/80–95 мм рт. ст. Гипотензивные препараты принимает не регулярно, только при подъемах артериального давления. Месяц назад перенесла острое респираторное заболевание, долго сохранялась субфебрильная температура, за помощью не обращалась, лечилась самостоятельно, народными средствами.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности, сыпи нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет. Тоны сердца четкие, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС - 74 уд. в мин, АД - 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические оправления в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

Вопросы

Вопрос 1. Основной предварительный диагноз у пациентки:

А) Постинфекционная астения.

Б) Острый миокардит.

В) Хроническая сердечная недостаточность.

Г) Гипертоническая болезнь, ухудшение.

Вопрос 2. Какие методы исследования наиболее полно будут способствовать установке диагноза основного заболевания у пациентки?

- А) Клинический анализ крови, ЭКГ, обзорная рентгенография легких.
- Б) ЭКГ, обзорная рентгенография легких, Эхокардиография.
- В) ЭКГ, Эхокардиография, суточное мониторирование артериального давления.
- Г) Эхокардиография, определение уровня натрийуретического пептида в крови.

Вопрос 3. Определите тактику ведения пациентки.

- А) Экстренная госпитализация в инфекционную больницу.
- Б) Плановая госпитализация в кардиологический стационар для подбора терапии.
- В) Дать рекомендации по немедикаментозному лечению, назначить лекарственную терапию, определить сроки контрольного визита.
- Г) Госпитализировать в дневной стационар для проведения инфузионной терапии и ежедневного наблюдения.

Вопрос 4. Какие рекомендации по немедикаментозному лечению при данном состоянии вы бы дали?

- А) Ограничить прием жидкости до 1,5 литров в сутки.
- Б) Ограничить физические нагрузки, разрешена только ходьба в медленном темпе.
- В) Избегать чрезмерного эмоционального напряжения.
- Г) Ограничить прием поваренной соли до 3 граммов в сутки.

Вопрос 5. Лекарственные препараты какой группы вы бы рекомендовали в начале терапии при данном состоянии?

- А) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.
- Б) Диуретики.
- В) Противовирусные препараты.
- Г) β -адреноблокаторы

Задача №46

Мужчина, 56 лет, разведен, пришел на прием к врачу общей практики с жалобами на повышенную утомляемость и сердцебиение при физической нагрузке, которые беспокоят в течение последнего месяца.

Из анамнеза известно, что пациент злоупотребляет алкоголем (выпивает 150–200 грамма водки ежедневно), 3 года назад перенес острый инфаркт миокарда. Постоянно принимает аспирин 100 мг и бисопролол 5 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 24 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности, сыпи нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипов нет. Тоны сердца четкие, ритмичные, акцент II тона над аортой. ЧСС - 74 уд. в мин, АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические оправления в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет.

Вопросы

Вопрос 1. Для уточнения тяжести настоящего состояния пациента необходимо:

- А) Зарегистрировать ЭКГ и выполнить эхокардиографию.
- Б) Выполнить эхокардиографию и определить уровень натрийуретического пептида в крови.
- В) Провести тест шестиминутной ходьбы и выполнить эхокардиографию.
- Г) Направить пациента на велоэргометрию и определить уровень тропонина в крови.

Вопрос 2. Сформулируйте диагноз, учитывая данные дополнительного обследования пациента.

Дополнительные условия к проблемной ситуации для вопроса 2:

Заключение по данным эхокардиографии: систолическая функция левого желудочка не нарушена, концентрическая гипертрофия левого желудочка, диастолическая дисфункция 2 типа;

- А) Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. ХСН2а.
- Б) Сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка. ХСН2а.
- В) ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 3 ст. Риск ССО 3. Ухудшение.

Г) ИБС. Алкогольная кардиомиопатия. ХСН 2а. ФК 3.

Вопрос 3. Определите тактику ведения пациента

А) Экстренная госпитализация в кардиологический стационар.

Б) Плановая госпитализация в наркологический диспансер.

В) Дать рекомендации по немедикаментозному лечению, назначить лекарственную терапию, определить сроки контрольного визита.

Г) Госпитализировать в дневной стационар для проведения инфузионной терапии и ежедневного наблюдения.

Вопрос 4. Какие рекомендации по изменению образа жизни вы бы дали пациенту?

А) Употреблять алкоголь до 20 мл в сутки в пересчете на чистый этанол.

Б) Употреблять калорийную, легко усваиваемую пищу, с достаточным содержанием витаминов, белка и микроэлементов.

В) Завести постоянного партнера, при этом не забывать принимать нитраты сублингвально перед половым актом.

Г) Подобрать комплекс физических тренировок, для дальнейших регулярных самостоятельных занятий.

Вопрос 5. Первоначальная тактика медикаментозной терапии:

А) Постепенно увеличить дозу β -адреноблокатора до терапевтической (целевой).

Б) Добавить диуретики.

В) Добавить ингибитор ангиотензин-превращающего фермента в стартовой (минимальной) дозе и постепенно увеличить ее до терапевтической (целевой).

Г) Добавить ингибитор ангиотензин-превращающего фермента и постепенно увеличить дозу до достижения нормальных цифр артериального давления.

Задача №47

Пациентка Т, 81 год, образование высшее, работала на различных руководящих должностях. Была замужем (муж умер много лет назад), сын (инвалид 1 ой группы) умер около 15 лет назад. Проживает одна в благоустроенной квартире. Ей помогает племянница с покупками, уборкой квартиры. Из дома на улицу выходит только в сопровождении помощников, пользуется тростью. Забывчива, например, при походе в магазин или аптеку нужен список. Постоянно испытывает страх падения.

За время наблюдения выявлены следующие заболевания:

Осн. Гипертоническая болезнь 3 ст. риск ССО 4, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ от 2012), СД 2 типа (компенсированный, инсулиннезависимый). ЦВБ, ишемическое ОНМК 2012.

Соп: аденокарцинома щитовидной железы (резекция правой доли 1985). Тубулярная аденома сигмовидной кишки(от 2003г резекция кишки).

Осл. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН 2 фк по NYHA

Прогрессирующее ухудшение началось 4 года назад. До этого самочувствие отмечала как хорошее, консультации врача не требовались. Вела активный образ жизни, выезжала на дачу в летнее время, артериальная гипертензия была основной проблемой, но была компенсирована. В настоящее время по данным анализов крови, как клинического, так и биохимического, все показатели в пределах нормы. АД держится на уровне 110-140 мм рт.ст. и 70-75 мм рт ст.

Данные комплексного гериатрического осмотра

Тандемный шаг — положение полу-тандем менее 10 секунд. Мышечная сила — менее 10 кг

Подвижность — Тест «Встань и иди» более 14 секунд, скорость ходьбы 0,7 м/сек.

Медикаменты — принимает более 4 препаратов в сутки. Головокружение при подъеме с кровати.

Тест "Мини-ког" 5 баллов, MMSE - Общий результат 24. Гериатрическая шкала депрессии - 8 баллов. Оценка инструментальной активности (IADL по Lawton) 20 баллов. Оценка состояния питания 6 баллов. ИМТ 21, 2. Потеря веса за последние 3 месяца более 3 кг.

Вопросы

Вопрос 1. Какова, на ваш взгляд, приоритетная проблема пациентки?

А. Фибрилляция предсердий

Б. Хроническая сердечная недостаточность.

В. Недостаточность питания.

Г. Когнитивные нарушения.

Вопрос 2. Рассматривая вопрос о назначении антикоагулянтных препаратов такой пациентке, что вы выберете?

А. Антагонисты витамина К по показателям МНО

Б. Ацетилсалициловую кислоту 300 мг

В. Дабигатрана этексилат

Г. Апиксабан

Вопрос 3. Как вы считаете, какой из параметров комплексного гериатрического осмотра может быть приоритетным для вмешательства?

А. Когнитивные нарушения.

Б. Недостаточность питания.

В. Страх падений.

Г. Ортостатические нарушения.

Вопрос 4. Дополнительные условия к задаче. Пациентка отмечает, что у нее очень плохой аппетит. Стала мало есть, хотя нужды в продуктах питания не испытывает, племянница помогает ей с покупками. Как вы считаете, какова причина нарушений питания у этой пациентки?

А. Когнитивные нарушения и забывчивость.

Б. Полипрагмазия.

В. Сердечная недостаточность.

Г. Депрессия.

Вопрос 5. Какие дополнительные исследования нужны, чтобы подтвердить диагноз «белково-энергетической недостаточности»?

А. Анализ крови для определения содержания альбумина.

Б. Анализ крови для определения содержания глюкозы.

В. Анализ мочи для определения содержания альбумина.

Г. Анализ крови для определения содержания общего белка.

Задача №48

Пациентка Д., 86 лет, в прошлом учитель математики, сейчас пенсионерка. Живет с сестрой. Муж умер давно, детей нет.

Жалобы на редкое повышение АД до 170, 160 мм рт ст., боли в мышцах ног, особенно при ходьбе—эти боли появились не так давно, около месяца.

В анамнезе мастэктомия в 1970 г, хронический гепатит С, который был выявлен в восьмидесятых годах, противовирусную терапию никогда не получала, обострение было один раз около 8-9 лет назад. Перенесла 3 ИМ : 1993, 1999, 2011 гг. В 2012 г. было стентирование в плановом порядке. В 2015 году повторно острый коронарный синдром. Установлен склеродегенеративный стеноз аортальных клапанов, который прогрессирует.

В лаб. Показателях крови отмечалось повышение АЛТ до 51 Е/Л (норма до 32) АСТ до 47 Е/л (норма до 40). Креатинина до 135 мкмоль/л. , что соответствует 31 мл/мин СКД-ЕПІ, MDRD = 34, Градация С3б (по классификации КДИГО 2013 года) , минимальный уровень креатинина за последний год (январь 2015) 88 мкмоль/л, что соответствует СКФ по расчетному методу СКД-ЕПІ 52 мл/мин, MDRD = 56 мл/мин и Градация С3а (по классификации КДИГО 2013 года).

Терапия: Лозартан (Лозап) утром ½ табл 50 мг 1 раз/день, Амлодипин 5 мг 1 раз в сутки Торасемид 5 мг- 1 раз в день. Кардиомагнил 100мг, Спиринолактон 50 мг – 1 раз в сутки Липримар (Аторвастатин) 10 мг в сутки

Диагноз: Основной: АГ III ст, медикаментозная комп. риск ССО 4. Сопутствующий: ИБС, стенокардия напряжения 2 ф кл.. Атеросклеротический постинфарктный кардиосклероз (ИМ 1993, 1999, 2011). Атеросклероз аорты и коронарных артерий, состояние после стентирования КА 2012. Склеродегенеративный порок сердца АС 3 ст, МН 3 ст Мастэктомия 1970г Хр пиелонефрит, ремиссия

Осложнения: ХСН 2А 3 фк NYHA

Данные КГО.

1. рост 156 см., вес 53 кг.
 2. окружность плеча – 25 см, голени 27 см, бедра 42 см
 3. толщина кжс трицепса – 16 мм, голени – 11 мм, бедра 18 мм
 4. сила мышц кисти справа 14,15,15, кг слева 13,5 13,5 12 кг
 5. Время, за которое проходит 3 м туда и обратно- 6 сек
- Встает со стула и садится 5 раз – за 14 сек
Кардиган тест- 11 сек
Тандемный шаг – 10 сек
6. Гронингенский индикатор хрупкости – 3 балла из 5
 7. Индекс Бартел- 100 баллов
 8. Краткий опросник по питанию – 11/20 баллов
 9. Шкала депрессии – 8 баллов
 10. Шкала когнитивных нарушений – 25 баллов

Вопросы

Вопрос 1. Оцените по данным клинического описания приоритетную проблему пациентки.

- А. Стеноз аортального клапана.
- Б. Стенокардия напряжения.
- В. Хронический гепатит С.
- Г. Хроническая сердечная недостаточность.

Вопрос 2. Оцените приоритетную проблему пациентки по данным комплексного гериатрического осмотра.

- А. Когнитивные нарушения.
- Б. Депрессия.
- В. Высокий риск падений.
- Г. Зависимость от посторонней помощи.

Вопрос 3. Какая нежелательная побочная реакция из перечисленных отмечается у пациентки?

- А. Эрозивный гастрит.
- Б. Повышение трансаминаз.
- В. Миопатия.
- Г. Ортостатическая гипотензия.

Вопрос 4. Чем обусловлена эта реакция?

- А. Взаимодействием лозартана и аторвастатина.
- Б. Взаимодействием спиронолактона и амлодипина
- В. Взаимодействием амлодипина и торасемида.
- Г. Аторвастатином и хроническим гепатитом.

Вопрос 5. Какие мероприятия в плане наблюдения и реабилитации этой пациентки должны быть на первом месте?

- А. Применение START –STOPP критериев, назначение нутритивной поддержки, повышение калорийности пищи до 3000 калорий ежедневно, назначение физических упражнений для укрепления мышц и восстановления баланса.
- Б. Отмена аторвастатина, торасемида и кардиомагнела, назначение энтерального питания, назначение поливитаминов.
- В. Назначение антидепрессантов, отмена аторвастатина, назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, внутривенное введение альбумина.
- Г. Приглашение социального работника для помощи по дому, антиатеросклеротическая диета (отмена насыщенных жиров, яиц, легкоусвояемых углеводов), назначение поливитаминов.

Задача №49

Проблемная ситуация. Женщина 55 лет, школьный учитель, обратилась к врачу впервые с жалобами на боли в коленных суставах при движении, наиболее выраженные при спуске по

лестнице. В правом коленном суставе боль несколько более интенсивная. Больна в течение 5 лет, в последнее время боли усилились, затрудняют ежедневную активность. По утрам отмечает скованность в суставах продолжительностью 5-10 минут. Из анамнеза: два года назад перенесла язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта нет. Других хронических заболеваний, включая сахарный диабет и артериальную гипертензию, нет.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Рост 156 см, вес 99 кг, ИМТ – 40,7 кг/м². В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой. АД 140/90 мм рт.ст. Ограничение сгибания и разгибания в коленных суставах, крепитация при движении, припухлость и повышение местной температуры в области правого коленного сустава. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопросы

Вопрос 1. Какому из перечисленных ниже заболеваний соответствует клиническая картина пациентки? Дайте обоснование своего выбора.

- а) Хронический подагрический артрит с поражением коленных суставов
- б) Ревматоидный артрит с поражением коленных суставов
- в) Остеоартроз коленных суставов, декомпенсация
- г) Острая ревматическая лихорадка с поражением коленных суставов
- д) Анкилозирующий спондилоартрит с поражением коленных суставов

Вопрос 2. С какого варианта из нижеперечисленных считаете целесообразным начать лечение у данной пациентки? Обоснуйте свой выбор

- а) перорально неселективный НПВП (ибупрофен в дозе 1200 мг в сутки или диклофенак в дозе 100 мг в сутки
- б) перорально селективный ингибитор СОХ-2 (мелоксикам 7,5 мг 1-2 раза в день)
- в) перорально неселективный НПВП, при необходимости добавляя парацетамол в дозе 500 мг 3-4 раза в день
- г) симптом-модифицирующие медленно-действующие препараты (глюкозамин, хондроитин), при необходимости добавляя парацетамол в дозе 500 мг 3-4 раза в день
- д) внутримышечно НПВП (диклофенак 3 мг) курсом 10 дней, затем перейти на пероральный неселективный НПВП

Дополнительные условия к проблемной ситуации для вопроса 3:

Через 2 месяца приема симптом-модифицирующих медленно-действующих препаратов у пациентки сохраняется практически прежний уровень боли, периодический прием парацетамола мало эффективен. Самостоятельно купила в аптеке ибупрофен, которым пользуется ежедневно в дозе 1200 мг. Эффект умеренный.

Вопрос 3. Какая клиническая симптоматика из перечисленных ниже может быть причиной недостаточной эффективности лечения у данной пациентки?

- а) длительный анамнез заболевания
- б) отсутствие лечения в течение 5 лет до обращения к врачу
- в) утренняя скованность в течение 5-10 минут
- г) ограничение подвижности коленных суставов
- д) ожирение

Вопрос 4. Какова тактика назначения неселективных НПВП у пациента с высоким риском желудочно-кишечных осложнений?

- а) неселективный НПВП сопровождать соблюдением противовоспалительной диеты
- б) неселективный НПВП сопровождать приемом антацидов (альмагель)
- в) неселективный НПВП сопровождать постоянным приемом ингибитора протонной помпы (омепразол)
- г) неселективный НПВП сопровождать постоянным приемом блокатора гистаминовых H₂-

рецепторов (ранитидин)

д) неселективный НПВП вводить внутримышечно

Вопрос 5. Что из перечисленного вы будете предпринимать с целью мониторинга переносимости НПВП у данной пациентки?

а) проведение фиброгастродуоденоскопии раз в 6 месяцев

б) исследование кала на скрытую кровь раз в 6 месяцев

в) проведение биохимического анализа крови с исследованием печеночных проб при каждом визите

г) внимание к возможным симптомам диспепсии и анемии при каждом визите, при появлении жалоб проводить соответствующее обследование

д) мониторинг не требуется, поскольку пациентка принимает гастропротективные препараты

Задача №50

Проблемная ситуация. Мужчина 60 лет обратился в связи с болями в коленных суставах при движении. Боли беспокоят на протяжении двух лет. Два месяца назад у пациента был диагностирован остеоартроз коленных суставов. Парацетамол, назначенный врачом, неэффективен. НПВП не принимал.

Из анамнеза: страдает также артериальной гипертензией. Полгода назад перенес инфаркт миокарда, выполнено стентирование двух коронарных сосудов. Принимает с эффектом бета-блокаторы, статины, клопидогрель и низкие дозы аспирина.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, вес 99 кг. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент II тона над аортой. АД 140/90 мм рт.ст. Ограничение сгибания и разгибания в коленных суставах, крепитация при движении. Выявлена умеренная припухлость и повышение местной температуры в области коленных суставов, больше слева. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопросы

Вопрос 1. Как вы охарактеризуете клиническую симптоматику со стороны опорно-двигательного аппарата, выявленную у пациента? Обоснуйте Ваш ответ

а) клиническая картина соответствует диагнозу остеоартроза коленных суставов

б) клиническая картина не соответствует диагнозу остеоартроза коленных суставов, поскольку боли в суставах появляются при движении

в) клиническая картина не соответствует диагнозу остеоартроза коленных суставов, поскольку отмечается припухлость и повышение местной температуры

г) клиническая картина не соответствует диагнозу остеоартроза, поскольку нет вовлечения других суставов

д) клиническая картина не соответствует диагнозу остеоартроза коленных суставов, поскольку парацетамол неэффективен

Вопрос 2. Какой из нижеперечисленных вариантов лечения считаете целесообразным у данного пациента? Обоснуйте свой выбор

а) продолжить прием парацетамола, по потребности делать внутримышечные инъекции НПВП

б) отменить парацетамол и назначить перорально НПВП

в) отменить парацетамол и назначить внутримышечно НПВП

г) отменить парацетамол, назначить внутримышечно НПВП курсом 10 дней, затем перейти на пероральный прием

д) назначить симптом-модифицирующие медленно-действующие препараты (глюкозамин, хондроитин) с приемом по потребности парацетамола

Дополнительные условия к проблемной ситуации для вопроса 3:

Через 3 месяца приема симптом-модифицирующего медленно-действующего препарата (глюкозамина сульфат) у пациента отмечалось существенное снижение уровня боли, что сопровождалось улучшением физической активности. Принимал этот препарат в течение года,

самостоятельно отменил. Однако неделю назад он перенес ушиб правого коленного сустава, что вызвало усиление болевого синдрома. При рентгенографии коленных суставов перелома не выявлено. Клопидогрель отменен месяц назад. Статины, бета-блокаторы, аспирин продолжает принимать. С трудом ходит, вынужден пользоваться тростью. При осмотре есть ограничение сгибания в коленных суставах, значительно более выраженное справа, сопровождается болезненностью. Крепитация при движении коленных суставов. Есть припухлость правого коленного сустава.

Вопрос 3. Какова тактика дальнейшего лечения? Выберите возможные варианты

- а) назначить парацетамол, поскольку НПВП противопоказаны
- б) назначить перорально неселективный НПВП
- в) назначить перорально неселективный НПВП, аспирин отменить
- г) назначить селективный ингибитор СОХ-2
- д) назначить селективный ингибитор СОХ-2, аспирин отменить

Вопрос 4. Что из перечисленного вы будете предпринимать для мониторинга переносимости НПВП у данного пациента?

- а) проведение фиброгастроуденоскопии раз в 6 месяцев для исключения побочных эффектов НПВП со стороны желудочно-кишечного тракта
- б) проведение электрокардиографии при каждом визите пациента
- в) проведение электрокардиографии раз в месяц
- г) контроль артериального давления при каждом визите пациента
- д) контроль уровня липидов при каждом визите пациента

Вопрос 5. Выберите методы немедикаментозного лечения, которые вы считаете целесообразным проводить у данного пациента? Обоснуйте свой выбор

- а) консультирование пациента по вопросу снижения массы тела, выполнению физических упражнений на укрепление мышц и увеличение объема движений
- б) консультирование пациента по вопросам питания, рекомендованного при остеоартрозе, необходимости ограничения физической активности для снижения нагрузки на суставы
- в) грязелечение и/или электролечение на область коленных суставов в условиях реабилитационного центра
- г) регулярная артроскопия с промыванием полости сустава
- д) немедикаментозное лечение пациенту противопоказано в связи с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы

Задача №51

Проблемная ситуация. Женщина 75 лет обратилась к врачу с жалобами на ноющие боли в мелких суставах кистей, возникающие периодически в течение дня. Боли преимущественно в дистальных межфаланговых суставах. Бывает их припухлость. Утренней скованности в кистях нет. Беспокоят также боли в коленных и тазобедренных суставах при ходьбе, усиливающиеся при спуске и подъеме по лестнице. Существенно ограничена в ежедневной активности из-за боли и ограничения подвижности суставов. Больна на протяжении примерно 20 лет. Около 10 лет назад обращалась к врачу, был заподозрен ревматоидный артрит, получала перорально нестероидные противовоспалительные препараты с хорошим кратковременным эффектом. Примерно 1-2 раза в год отмечались обострения, получала санаторно-курортное лечение. Сейчас боли практически постоянные, принимает диклофенак по 25 мг 3 раза в день, к которому периодически при усилении боли добавляет пенталгин.

Из анамнеза: артериальное давление обычно нормальное. 10 лет назад холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Два года назад тиреоидэктомия по поводу папиллярного рака щитовидной железы.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Рост 159 см, вес 86 кг. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, акцент II тона над аортой. АД 140/90 мм рт.ст. Плотные

костные разрастания в области дистальных межфаланговых суставов: 2 и 3 правой кисти и 3 и 4 левой кисти. Пальпация их умеренно болезненна. Костные разрастания в области коленных суставов, ограничение сгибания и разгибания в них. Ограничение подвижности в тазобедренных суставах. Припухлости и повышения местной температуры в области суставов нет. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопросы

Вопрос 1. Какому из перечисленных ниже заболеваний соответствует клиническая картина у данной пациентки? Дайте обоснование своего выбора.

- а) острый подагрический артрит
- б) хронический подагрический артрит
- в) Ревматоидный артрит
- г) Остеоартроз
- д) остеопороз

Вопрос 2. Как называются изменения, выявленные в дистальных межфаланговых суставах кистей?

- а) тофусы
- б) ревматоидные узелки
- в) ревматоидные кисти
- г) узелки Гебердена
- д) узелки Бушара

Вопрос 3. Что помимо пожилого возраста является фактором риска эрозивно-язвенных поражений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у данной пациентки?

- а) холецистэктомия в анамнезе
- б) тиреоидэктомия в анамнезе
- в) боль при пальпации в эпигастральной области
- г) прием двух НПВП
- д) повышенная масса тела

Вопрос 4. Какой вариант медикаментозного лечения из нижеперечисленных вы считаете целесообразным назначить пациентке?

- а) увеличить дозу диклофенака до 100-150 мг в сутки
- б) отменить диклофенак и назначить мелоксикам в дозе 7,5-15 мг в сутки в сочетании с ингибитором протонной помпы,
- в) отменить диклофенак и назначить метотрексат в дозе 15 мг раз в неделю,
- г) оставить прежнюю дозу диклофенака (75 мг в сутки) и добавить метотрексат 15 мг раз в неделю
- д) оставить прежнюю дозу диклофенака (75 мг в сутки) и добавить местно мази на основе НПВП на все суставы

Вопрос 5. Выберите правильный перечень дополнительных рекомендаций, которые следует дать пациентке

- а) после купирования болевого синдрома 2 раза в год проводить курсовое профилактическое лечение НПВП, при ходьбе пользоваться тростью
- б) проводить повторные курсы массажа области суставов в сочетании с грязелечением и бальнеолечением
- в) при ходьбе пользоваться тростью, выполнять лечебные упражнения на укрепление мышц и повышение объема движений в суставах, снижение веса
- г) изменить характер питания (увеличить потребление пищи, содержащей хрящ), местно использовать препараты, улучшающие питание хряща
- д) с профилактической целью принимать поливитамины и увеличить потребление пищи, содержащей хрящ

Задача №52

Проблемная ситуация. У Вас на приеме 64-летняя женщина с жалобами на боли в спине. Боли

локализуются в межлопаточной области, появляются после ходьбы, длительного пребывания в вертикальном положении. Усиливаются при сотрясении тела (езда в транспорте), перемене положения тела, успокаиваются в положении лежа. Боль не иррадирует. Ежедневно принимает ибупрофен для облегчения боли. Заболела остро месяц назад, когда сразу после того, как подняла 3-хлетнего внука, развились описанные выше боли, но значительно более интенсивные. Вынуждена была соблюдать постельный режим, так как малейшее движение вызывало усиление болевого синдрома. Сейчас боли успокоились, поэтому смогла прийти на прием.

Из анамнеза: на протяжении 10 лет страдает артериальной гипертензией, принимает ингибиторы АПФ и мочегонные. Кроме того, принимает низкие дозы аспирина и статины. В 34 года была проведена правосторонняя овариэктомия в связи с кистой яичника, в 41 год – такая же операция с другой стороны. С этого времени отсутствуют менструации. В молодости перенесла закрытую черепно-мозговую травму (автомобильная авария), в 50 лет – перелом правого предплечья при падении в гололед.

При физикальном исследовании: состояние удовлетворительное. Активность снижена из-за боли в спине. Рост 162 см, вес 76 кг. Кожные покровы розовые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации тоны сердца ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС 72 уд./мин, АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание и стул со слов пациентки не изменены. Болезненность при пальпации области проекции тел нижнегрудных позвонков.

Вопросы

Вопрос 1. Укажите наиболее вероятную причину болевого синдрома у данной пациентки. Обоснуйте Ваш выбор.

- а) остеохондроз грудного отдела позвоночника
- б) острый радикулоневрит грудного отдела позвоночника
- в) компрессионный перелом тела позвонка, вызванный метастазом опухоли неизвестной локализации
- г) компрессионный перелом тела позвонка, вызванный постменопаузальным остеопорозом
- д) компрессионный перелом тела позвонка, вызванный травмой

Вопрос 2. Какой инструментальный метод позволит уточнить причину болевого синдрома у данной пациентки? Обоснуйте свой выбор

- а) компьютерная томография грудного отдела позвоночника
- б) рентгенография грудного отдела позвоночника
- в) магнитно-резонансная томография грудного отдела позвоночника
- г) денситометрия позвоночника
- д) прицельная рентгенография 12 грудного позвонка

Вопрос 3. Укажите факторы риска развития остеопороза и остеопоротических переломов у данной пациентки. (ПК-1 - Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания),

- а) ранняя менопауза
- б) повышенный индекс массы тела
- в) перенесенная черепно-мозговая травма
- г) прием антигипертензивных препаратов
- д) прием статинов

Вопрос 4. Какова цель лечения остеопороза?

- а) снизить интенсивность болевого синдрома
- б) снизить риск переломов в будущем
- в) уменьшить выраженность клинических проявлений остеопороза

г) уменьшить тяжесть перенесенного перелома

д) повысить содержание кальция в скелете

Вопрос 5. Как предупредить побочные эффекты пероральных бисфосфонатов со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта? Обоснуйте свой выбор.

а) принимать таблетки бисфосфонатов одновременно с альмагелем

б) принимать таблетки бисфосфонатов одновременно торами протонной помпы

в) запивать таблетки бисфосфонатов молоком

г) регулярно проводить исследование кала на скрытую кровь

д) после приема таблетки бисфосфоната не принимать горизонтальное положение

Задача №53

Проблемная ситуация.

Больной 42 лет вызвал Вас на дом по поводу внезапно возникшей у него кровавой рвоты. Никаких указаний на заболевание желудка в анамнезе установить не удалось. До настоящего времени читал себя здоровым. Перенес болезнь Боткина 3 года назад. Общее состояние удовлетворительное. У брата больного туберкулез легких.

Вопросы

Вопрос 1. С какими заболеваниями вам необходимо проводить дифференциальный диагноз?

А) Туберкулезом, раком желудка, раком пищевода

Б) Циррозом печени, туберкулезом легких, варикозным расширением вен пищевода

В) Циррозом печени, раком пищевода, синдромом Маллори-Вейсса

Г) Раком желудка, циррозом печени, язвой желудка

Вопрос 2. С чем Вы связываете появление крови в рвотных массах?

А) С эрозией сосуда желудка

Б) С нарушением свертывания крови

В) С разрывом расширенной вены пищевода

Г) Распадом туберкулезного очага в легком с последующим заглатыванием крови

Вопрос 3. Предложите необходимый объем обследования в данный момент времени

А) Измерить артериальное давление, оценить пульс, провести пальцевое ректальное обследование

Б) Измерить АД, оценить пульс

В) Измерить АД

Г) Ничего определять не нужно, важно быстро госпитализировать

Вопрос 4. Каковы будут ваши дальнейшие действия?

А) При нормальных показателях артериального давления, характеристиках пульса, отсутствии мелены выдать листок нетрудоспособности, на следующий день пациент должен прийти в поликлинику

Б) При нормальных результатах обследования предупредить пациента, чтобы при повторной кровавой рвоте вызывал скорую помощь

В) Даже при нормальных результатах обследования, следует дать актив неотложной помощи

Г) Даже при нормальных результатах обследования, следует экстренно госпитализировать пациента

Вопрос 5. Какие обследования, кроме анализов мочи и крови, необходимы для пациента в первую очередь?

А) Фиброгастроскопия и рентгенография органов грудной клетки

Б) Фибробронхоскопия и ЭКГ

В) Ультразвуковое исследование органов живота и рентгенография органов брюшной полости

Г) Лапароскопия и, при необходимости, лапаротомия

Задача №54

Проблемная ситуация. Вы на домашнем вызове у пациента 38 лет. Работает сутки через трое диспетчером на крупном автопредприятии. Жалобы на момент обращения на слабость и головокружение, кратковременную потерю сознания утром, после того как он резко встал с

постели. Нарастающая слабость и головокружение беспокоят последние два дня. Длительно страдает язвенной болезнью желудка, последние 5 лет обследования не проходил, самостоятельно принимал омепразол при усилении болей. Больной бледен. Отвечает на вопросы с незначительной задержкой. Выполняет необходимые команды в ходе осмотра. В эпигастральной области умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 90 в 1 мин. Частота дыхательных движений 20 в 1 мин.

Вопросы

Вопрос 1. Какое заболевание Вы предположите в первую очередь?

- А) Прободение язвы желудка
- Б) Транзиторная ишемическая атака в вертебро-базиллярном бассейне
- В) Желудочное кровотечение
- Г) Абдоминальная форма острого инфаркта миокарда

Вопрос 2. Наиболее вероятная причина такого состояния пациента?

- А) Интоксикация
- Б) Кровотечение
- В) Перитонит
- Г) Неврологические расстройства

Вопрос 3. Для оценки общего состояния пациента в данном случае необходимо использовать.

- А) Шкалу Глазго
- Б) Индекс Альговера
- В) Шкалу оценки тяжести больных APACHE II
- Г) Оценку тяжести состояния пациента SOFA или MODS

Вопрос 4. Имеется ли состояние шока у данного пациента

- А) Шока нет
- Б) Шок 1 степени тяжести
- В) Шок 2 степени тяжести
- Г) Шок 3 степени тяжести

Вопрос 5. Каковы будут Ваши дальнейшие действия?

- А) При отсутствии мелены выдать листок нетрудоспособности, пригласить на следующий день в поликлинику для динамического наблюдения
- Б) Выдать листок нетрудоспособности, обеспечить необходимыми обследованиями в плановом порядке
- В) Дать актив службе неотложной помощи с указанием необходимости навестить пациента вечером
- Г) Госпитализировать пациента в экстренном порядке

Задача №55

Проблемная ситуация. Пациент 42 лет вызвал Вас на дом в связи с тем, что накануне поздно вечером, после приема алкоголя и жирной пищи отмечал многократную рвоту и резкие опоясывающие боли в верхней половине живота. При осмотре пациент бледен с явлениями акроцианоза, живот умеренно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный при пальпации в эпигастральной области. При надавливании на живот возникает боль, которая резко усиливается при отдергивании руки пальпирующего. Определяется болезненность в области левого реберно-позвоночного угла. Температура 37,4°C. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Пульс - 100 в 1 мин, слабого наполнения.

Вопросы

Вопрос 1. Назовите описанные в данных физикального осмотра симптомы?

- А) Щеткина - Блюмберга и Мейо - Робсона
- Б) Щеткина - Блюмберга и Воскресенского
- В) Воскресенского и Куленкампа
- Г) Куленкампа и Финстерера

Вопрос 2. Укажите наиболее вероятный основной диагноз:

- А) Острый холецистит
- Б) Острый панкреатит
- В) Шок
- Г) Отравление

Вопрос 3. Выберите наиболее вероятное осложнение основного диагноза:

- А) Перитонит, болевой шок
- Б) Перфорация полого органа, гипотония
- В) Панкреонекроз, ферментативный шок
- Г) Недостаточность кровообращения, анафилактический шок

Вопрос 4. Для подтверждения основного диагноза, какие методы обследования являются первоочередными:

- А) Компьютерная томография, креатинин крови
- Б) Ультразвуковое исследование брюшной полости, амилаза крови и мочи
- В) Магнитно-резонансная томография органов живота, аланин- и аспартатаминотрансферазы
- Г) Фиброгастродуоденоскопия, билирубин, амилаза, креатинин

Вопрос 5. Укажите первоочередные методы лечения данного пациента:

- А) Лапароскопия
- Б) Лапаротомия
- В) Консервативное лечение в стационаре
- Г) Можно организовать стационар на дому

Задача №56

Проблемная ситуация. Пациентка 38 лет пришла к Вам на прием с жалобами на тупые ноющие боли в мезогастрии, усиливающиеся перед дефекацией и стихающие после нее, периодически возникающую тошноту. Отмечает наличие запоров, чередующихся с поносом, ощущение неполного опорожнения кишечника, усиленное газообразование. Частота стула до 5 раз в сутки. Работает социальным работником. Считает себя больной в течение 2 лет. Поводом для визита послужило усиление жалоб после перенесенной вирусной инфекции, осложнившейся ангиной. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пациентка нормостенического телосложения, вес 65 кг, рост 167 см. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Периферические лимфатические узлы и щитовидная железа не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 16 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД – 120/70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 68 в 1 минуту. Живот правильной формы, несколько увеличен в размере за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации живота отмечается выраженная болезненность по ходу толстой кишки. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Hb – 120 г/л; эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – 8×10^9 /л; СОЭ – 12 мм в 1 час.

Анализ мочи без патологических изменений. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачные, очаговых и инфильтративных изменений нет. Корни легких структурны, не расширены. Сердце не увеличено, аорта не расширена. На ЭКГ патологических изменений не выявлено. Рентгенологическое исследование желудка: складки слизистой оболочки не утолщены, перистальтика прослеживается по всем отделам. Патологических изменений со стороны луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарного отдела не выявлено.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз?

- А) Рак толстой кишки
- Б) Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы
- В) Синдром раздраженной кишки
- Г) Неспецифический язвенный колит

Вопрос 2. Что с большей вероятностью могло привести к утяжелению течения заболевания?

- А) Наследственная предрасположенность
- Б) Тяжелая работа
- В) Неправильное питание

Г) Прием антибиотиков

Вопрос 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?

А) Дисбактериоз

Б) Колоректальный рак

В) Воспалительные заболевания толстой кишки

Г) Внелегочный туберкулез

Вопрос 4. Наиболее важное обследование, которое необходимо выполнить для подтверждения диагноза:

А) Определение уровня кальпротектина

Б) Выполнение фиброгастроскопии

В) Проведение колоноскопии

Г) Выполнение ультразвукового исследования

Вопрос 5. Тактика ведения данного пациента:

А) Следует экстренно госпитализировать пациента

Б) Следует дать актив службе неотложной помощи для контроля состояния пациента

В) Нужно выдать листок нетрудоспособности, на следующий день пациент должен прийти в поликлинику

Г) Трудоспособен, обследование необходимо проходить в плановом порядке

Задача №57

Проблемная ситуация. Больной 61 года вызвал на дом в связи с сильными болями в мезогастральной области. Боли крайне высокой интенсивности возникли внезапно среди полного благополучия. Боли сопровождались слабостью, головокружением. Страдает гипертонической болезнью, атеросклерозом. В анамнезе транзиторная ишемическая атака 2 года назад. При осмотре живот слегка вздут, умеренно напряжен и резко болезнен в околопупочной области слева, в связи с данной болезненностью глубокую пальпацию выполнить не удастся. Температура 36,4°C. Артериальное давление 80/60 мм рт. ст. Пульс — 110 в 1 мин, слабого наполнения.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз?

А) Абдоминальная форма строго инфаркта миокарда

Б) Левосторонняя почечная колика

В) Перфоративная язва желудка

Г) Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты

Вопрос 2. Какое исследование необходимо предпринять для подтверждения диагноза в первую очередь?

А) Ультразвуковое исследование

Б) Лапароскопию

В) Позитронно-эмиссионную томографию

Г) Коронарографию

Вопрос 3. Для оценки общего состояния пациента в данном случае необходимо использовать (ОПК 9, ПК-5):

А) Шкалу Глазго

Б) Индекс Альговера

В) Шкалу оценки тяжести больных APACHE II

Г) Оценку тяжести состояния пациента SOFA или MODS

Вопрос 4. Охарактеризуйте степень тяжести состояния

А) Состояние удовлетворительное

Б) Шок 1 степени тяжести

В) Шок 2 степени тяжести

Г) Шок 3 степени тяжести

Вопрос 5. На какое отделение планируете госпитализировать пациента?

- А) Кардиология
- Б) Кардиохирургию
- В) Урология
- Г) Общую хирургию

Задача №58

Проблемная ситуация.

Вы на домашнем вызове пациентки 56 лет с жалобами на боли в правой подвздошной области. Не работает. Считает себя больной около десяти дней, когда на фоне полного благополучия появились боли в околопупочной области, затем боли переместились в правую подвздошную область, сопровождались тошнотой, сухостью во рту, однократной рвотой. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно по рекомендации соседки принимала но-шпу, церукал и ибупрофен, местно - теплую грелку. Значимого улучшения не было, а 3 дня назад к болям в правой подвздошной области присоединился жидкий стул до 4 раз в сутки, температура повысилась до 38,2°C. Самостоятельно начала прием азитромицина. Улучшение состояния не наступило. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Частота пульса 88 в 1 мин. В правой подвздошной области определяется болезненное опухолевидное образование размерами 8,0×8,0×6,0 см плотноэластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Вопросы

Вопрос 1. Предположительный основной диагноз?

- А) Аднексит
- Б) Острый аппендицит
- В) Болезнь Крона
- Г) Рак правого яичника

Вопрос 2. К какому осложнению основного заболевания привело самолечение?

- А) Абсцесс
- Б) Перитонит
- В) Сепсис
- Г) Тифлит

Вопрос 3. Ваша дальнейшая тактика?

- А) Госпитализация в гинекологическое отделение
- Б) Госпитализация в отделение гнойной хирургии
- В) Госпитализация в отделение общей хирургий
- Г) Можно лечиться амбулаторно, но необходимо поменять антибиотик на более мощный

Вопрос 4. Какое обследование для данной пациентки будет наиболее актуально в первую очередь?

- А) Компьютерная томография
- Б) Лапароскопия
- В) Лапаротомия
- Г) Пункция заднего свода влагалища

Вопрос 5. Какое лечение планируете для данной пациентки?

- А) Вскрытие и дренирование образования внебрюшинно
- Б) Перитонеальный лаваж
- В) Мощная антибактериальная терапия
- Г) Резекция с установкой дренажей

Задача №59

Проблемная ситуация. Женщина 82 лет обратилась к врачу с жалобами продолжительностью около двух недель на боли в пояснице с иррадиацией в наружные отделы правой ягодичной области ноющего характера. Боль препятствует ночному сну, провоцируется ходьбой, уменьшается в положении лежа на спине.

В анамнезе - аутоиммунный тиреодит, в настоящее время компенсирован. За последние три года

зафиксировано снижение роста на 2-3 сантиметра. При осмотре выраженный поясничный сколиоз, болезненность при ротации правого бедра. Симптомов натяжения, чувствительных и двигательных нарушений не определяется. Болезненна пальпация по средней линии спины.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза.

- А) M54.5 Боль внизу спины (доброкачественная скелетно-мышечная боль в спине)
- Б) M81.0 Постменопаузный остеопороз
- В) F45.4 Соматоформное болевое расстройство
- Г) G54.4 Поражения пояснично-крестцовых корешков

Вопрос 2. Тактика обследования в амбулаторных условиях?

- А) Рентгенография позвоночника
- Б) Консультация хирурга
- В) Консультация невролога
- Г) Биохимия крови

Вопрос 3. По результатам проведенного обследования каковы ваши первоочередные назначения? Сформулируйте обоснование своего выбора тактики.

- А) Госпитализация
- Б) Денситометрия
- В) Рентгенография тазобедренных суставов
- Г) МРТ позвоночника

Вопрос 4. Предложите свой вариант лечения и лечебной тактики. Обоснуйте преимущества предложенной вами лечебной тактики.

- А) Физиотерапия
- Б) Постельный режим не менее двух недель
- В) Реабилитация в условиях санатория
- Г) НПВС

Задача №60

Проблемная ситуация. Больная А., 42 года, заболела остро, накануне днем: температура тела до 39°C, головная боль и боль во всем теле, сухой кашель. Отмечает контакты в течение последней недели с больными с подобными симптомами. Самостоятельно принимала парацетамол, температура снижалась до 38°C на 2 часа. Состояние при осмотре удовлетворительное. Светобоязнь. Температура тела 38,7°C. бледность кожных покровов. Умеренная гиперемия зева с цианотичным оттенком. Периферические лимфоузлы до 1 см, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 100 уд./мин.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза.

- А) Аденовирусная инфекция
- Б) Грипп
- В) Риновирусная инфекция
- Г) Внебольничная пневмония

Вопрос 2. Тактика лечения?

- А) Симптоматическая терапия и индукторы интерферона
- Б) Симптоматическая терапия и осельтамивир
- В) Симптоматическая терапия и антибиотики из группы пенициллинов
- Г) Симптоматическая терапия и антибиотики из группы макролидов

Вопрос 3. Какие возможны осложнения при данном заболевании?

- А) Конъюнктивит
- Б) Вирусная пневмония
- В) Острый отит
- Г) Мезаденит

Вопрос 4. Какой метод профилактики наиболее эффективен для данного заболевания?

- А) Прием индукторов интерферона с октября по март
- Б) Прием растительных иммуномодуляторов
- В) Вакцинация
- Г) Использование фитонцидов

Задача №61

Проблемная ситуация. На вызове. Мальчик, 3 года. На момент осмотра жалобы на головную боль и боль в левом ухе, возникшую сегодня утром. Со слов мамы ребенок болен 3 день, отмечался насморк, заложенность носа, температура тела повышалась до 37,8°C, к врачу не обращались, самостоятельно применяли нурофен и нимесулид для снижения температуры с положительным эффектом на 2-3 часа. Ранее боли в ухе беспокоили несколько раз на фоне ОРВИ. в анамнезе – «аденоиды» с 2 лет (со слов мамы – наблюдаются у ЛОР-гомеопата). При осмотре состояние удовлетворительное, активен, контактен. Температура тела 37,2°C. кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы до 1,5 см, безболезненные. В зеве умеренная гиперемия, небные миндалины – гипертрофия 2 ст., по задней стенке глотки стекает обильное слизистое отделяемое. Носовое дыхание затруднено. Риноскопия: отечность и гиперемия слизистой носа, умеренное количество слизистого отделяемого. Отоскопия: AD – наружный слуховой проход свободен, барабанная перепонка слегка гиперемирована, мутная, световой конус немного укорочен. AS – наружный слуховой проход свободен, барабанная перепонка втянута, гиперемирована, инъецирована, световой конус не визуализируется. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 110 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Вопросы

Вопрос 1. Наиболее вероятный диагноз? Дайте обоснование своего выбора диагноза.

- А) Острый гнойный средний отит на фоне ОРВИ с явлениями ринофарингита
- Б) Острый тубоотит на фоне ОРВИ с явлениями ринофарингита и аденоидита
- В) Острый катаральный средний отит на фоне риносинусита
- Г) Обострение хронического среднего отита на фоне ОРВИ

Вопрос 2. Тактика лечения?

- А) Деконгестанты в нос, противовоспалительные препараты перорально и местно (ушные капли)
- Б) Антибактериальная терапия (пероральные антибиотики), противовоспалительные препараты перорально и местно (ушные капли)
- В) Антибактериальные местные препараты в ухо, антигистаминные препараты
- Г) Комбинированные ушные капли (софрадекс), антигистаминные препараты

Вопрос 3. Какие из перечисленных препаратов могут применяться в качестве жаропонижающих у детей?

- А) Нимесулид, кетопрофен
- Б) Парацетамол, ибупрофен
- В) Анальгин, нимесулид
- Г) Аспирин, димедрол

Вопрос 4. Какие препараты из группы деконгестантов предпочтительнее применять у детей?

- А) Местные деконгестанты короткого действия
- Б) Местные деконгестанты среднего и длительного действия
- В) Системные деконгестанты
- Г) Применение деконгестантов у детей противопоказано

Задача №62

Проблемная ситуация. На приеме мальчик, 12 мес. Жалоб нет, обратились по поводу плановой вакцинации.

Анамнез жизни без особенностей. Аллергии нет. Привит по возрасту. Прививки ранее переносил хорошо. При осмотре состояние удовлетворительное, активен, контактен. Температура тела

36,8°C. кожные покровы чистые, периферические лимфоузлы до 1 см, безболезненные. Зев чистый, небные миндалины не увеличены. Риноскопия: норма. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 115 уд./мин. живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физическое и психомоторное развитие соответствует возрасту.

Вопросы

Вопрос 1. Какая вакцинация должна быть проведена в соответствии с национальным календарем профилактических прививок?

- А) АКДС + полиомиелит
- Б) АКДС + гепатит В + гемофильная инфекция
- В) Корь + краснуха + эпидемический паротит
- Г) Грипп + пневмококк

Вопрос 2. Какие возможны нормальные реакции на вакцинацию?

- А) Повышение температуры тела, явления ринофарингита, сыпь в 1-3 сутки после вакцинации
- Б) Отек и гиперемия в месте введения вакцины на 3-5 сутки после вакцинации
- В) Повышение температуры тела, явления ринофарингита, сыпь на 5-15 сутки после вакцинации
- Г) Отек и гиперемия в месте введения вакцины на 5-15 сутки после вакцинации

Вопрос 3. Что из перечисленного будет являться ложным противопоказанием к данной вакцинации?

- А) Гемолитическая болезнь новорожденных в анамнезе
- Б) Анафилактическая реакция на куриный белок в анамнезе
- В) Первичный иммунодефицит
- Г) Анафилактическая реакция антибиотика аминогликозидной группы в анамнезе

Вопрос 4. Что из перечисленного может являться абсолютным противопоказанием к данной вакцинации?

- А) Гемолитическая болезнь новорожденных в анамнезе
- Б) Анафилактическая реакция на куриный белок в анамнезе
- В) Экзема
- Г) Дисбактериоз кишечника

Задача №63

Проблемная ситуация. Раненый Н. находился под обломками разрушенного в результате бомбардировки здания в течение 10 часов. Обе нижние конечности до уровня нижней трети бедер были придавлены обломками здания. Через 30 минут доставлен в МПП.

Состояние тяжелое, бледен, заторможен. Пульс 120 уд/мин, АД 70/20 мм рт. ст. Обе нижние конечности от уровня нижней трети с выраженным отеком, пульсация периферических артерий отсутствует. Отмечается отсутствие чувствительности, активных и пассивных движений.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи
3. Расскажите порядок сортировки (примите решение по внутрипунктовой медицинской сортировке) и оказания (перечислите мероприятия) медицинской помощи в МПП и омедб, укажите направление дальнейшей эвакуации.

Задача №64

Проблемная ситуация. Раненый Ф. при взрыве мины был придавлен отломками убежища. Через 2 часа был извлечен из-под завалов, при этом выяснилось, что левая рука была плотно сдавлена доской. Через 40 минут доставлен в МПП.

В сознании, несколько эйфоричен, жалуется на боли в левой руке, особенно кисти и предплечье. От уровня нижней трети левого плеча конечность отечная. На коже множественные ссадины и ушибы. Отмечается снижение болевой чувствительности в этой зоне, а также ограничение движений в левых лучезапястном и локтевом суставах. Пульсация левой лучевой артерии

снижена. Пульс 108 уд/мин, АД 90/40 мм рт. ст.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи, расскажите порядок сортировки (примите решение по внутрипунктовой медицинской сортировке) и оказания (перечислите мероприятия) медицинской помощи в МПП и омедб,
3. Укажите направление дальнейшей эвакуации.

Задача №65

Проблемная ситуация. Раненый В. через 22 часа был освобожден из-под завала в бомбоубежище и через 1 час был доставлен в МПП.

Состояние тяжелое, заторможен, жалуется на боли в правой ноге. Пульс 112 уд/мин. АД 80/40 мм рт. ст. В верхней трети правого бедра наложен жгут. Дистальнее его определяется демаркационная линия. Конечность значительно увеличена в объеме, бледная, холодная, пассивных движений стопы и голени нет. Стопа синюшного цвета, с внутрикожными пузырями, заполненными мутным геморрагическим выпотом.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите необходимые мероприятия первой и доврачебной помощи, расскажите порядок сортировки (примите решение по внутрипунктовой медицинской сортировке) и оказания (перечислите мероприятия) медицинской помощи в МПП и омедб
3. Укажите направление дальнейшей эвакуации.

5.3. Рекомендуемая литература

а) основная литература:

1. Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435694.html>

2. Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439067.html>

3. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. - 6-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433355.html>

4. Внутренние болезни /Под.ред. В.С.Моисеева и др. Т.1-2.- 3-е изд., испр. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.- 958 с., 895 с.

5. Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Национальные руководства"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>

6. Семейная медицина. Избранные лекции / Под ред. О. Ю. Кузнецовой. - 2-е изд., перераб. и доп.-СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2017.-816 с.

б) дополнительная литература:

1. Акушерство [Электронный ресурс]: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Национальные руководства"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423349.html>

2. Акушерство: Руководство для практикующих врачей/ И.С. Сидорова. — М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2013.— 1048 с., илл.

3. Амбулаторная хирургия / ред. А. Б. Белевитин, В. В. Воробьев. - СПб.: Гиппократ, 2011. - 712 с.

4. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: Учебное пособие /Под. ред. В.А. Доскина.— 2-е изд., перераб. и дополненное.— М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2015.— 504 с.:илл.

5. Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
6. Гематология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. О. А. Рукавицына - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441992.html>
7. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970441527.html>
8. Гришкин Ю.Н., Журавлева Н.Б. Основы клинической электрокардиографии. СПб.: Фолиант, 2008. 160 с.
9. Дегтярева Л.Н. Профессиональное общение — психология общения врача и пациента в общей врачебной практике. СПб.: Издательство СПбМАПО, 2009. 58 с.
10. Дерматовенерология. Национальное руководство/Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1024 с.
11. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней [Электронный ресурс] / Н. Н. Потекаев, В. Г. Акимов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435557.html>
12. Иммунология. Атлас [Электронный ресурс]: учебное пособие / Хаитов Р.М., Ярилин А.А., Пинегин Б.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418581.html>
13. Клиническая фармакология: национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепяхина, В.И. Петрова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>
14. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс [Электронный ресурс]: учебник / Петров В.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435052.html>
15. Кузнецова, О.Ю. Роль первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения: учебно-методическое пособие / О.Ю.Кузнецова. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017. — 48 с.
16. Моисеева И.Е. Проблемы пожилых пациентов в работе врача общей практики. СПб.: Издательство СПбМАПО, 2009. 34 с.
17. Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Национальные руководства"). - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
18. Неврология для врачей общей практики = Neurology: учебник / Л. Гинсберг ; авт. предисл. Е. И. Гусев ; пер. А. П. Камчатнов ; ред. П. Р. Камчатнов. - 2-е изд., доп. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. - 368 с. - (Лучший зарубежный учебник).
19. Неврология для врачей общей практики: Пер. с англ. / Л. Гинсберг; ред. П.Р. Камчатнов. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010. - 336 с.
20. Нефрология. Клинические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. Е.М. Шилова, А.В. Смирнова, Н.Л. Козловской - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437148.html>
21. Онкология: клинические рекомендации / ред. В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 720 с.
22. Онкология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>
23. Остеопороз [Электронный ресурс] / под ред. О.М. Лесняк - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970439869.html>
24. Оториноларингология [Электронный ресурс] / под ред. В.Т. Пальчуна - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437469.html>

25. Офтальмология [Электронный ресурс]: национальное руководство / Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423424.html>
26. Паллиативная помощь в амбулаторных условиях / под ред. О.Ю. Кузнецовой. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2016. — 240 с.
27. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Руководство по практической оториноларингологии.— М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.— 919 с.
28. Педиатрия [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434093.html>
29. Пульмонология [Электронный ресурс] / Под ред. А.Г. Чучалина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970410769.html>
30. Руководство по амбулаторной хирургической помощи [Электронный ресурс] / под ред. П.Н. Олейникова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427972.html>
31. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440049.html>
32. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 томах. [Электронный ресурс] / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416877.html>
33. Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408797.html>
34. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.— 752 с.
35. Эндокринология [Электронный ресурс]: учебник / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 432 с., ил.
- в) программное обеспечение:*
1. система дистанционного обучения MOODLE
 2. Interactive electrocardiography. J. Hurley Myers, Ahmad F. Moukaddem, Nong Tongsak. ©1996 Ciba-Geigy Corporation for artwork, text, and packaging. All rights reserved.
- г) базы данных, информационно-справочные системы*
1. ЭБС Консультант Студента
 2. ЭБС Консультант Врача
 3. «Общая врачебная практика (семейная медицина) – Практические навыки. — Интерактивный CD–диск. Под Редакцией акад. РАН И.Н.Денисова, чл.-корр. МАН ВШ Н.В. Туркиной — 2004
 4. Планы ведения больных «Терапия» - (Дополнение к одноимённой книге) Москва ИГ «ГЭОТАР-Медиа» — 2011