**ПРИМЕР ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО БИЛЕТА**

**по Поликлинической терапии**

1. **Перечислить общие принципы и варианты профилактического консультирования.**

**Ответ**: Принципы профилактического консультирования:

* информирование пациента об имеющихся у него факторах риска хронических неинфекционных заболеваний, методах их самоконтроля;
* мотивирование пациента к активным действиям по отказу от вредных привычек, оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций;
* обучение пациента практическим навыкам с использованием недирективных советов (рекомендаций)

Варианты профилактического консультирования в рамках диспасеризации:

* Индивидуальное профилактическое консультирование (продолжительность 7-10 минут). Проводится на 1 этапе для граждан до 72 лет с высоким относительным, высоким и очень высоким абсолютным СС риском, и(или) ожирением, и(или) ГХС с уровнем общего ХС 8 ммоль/л и более, и(или) курящих более 20 сигарет в день.
* Краткое профилактическое консультирование (продолжительность 3-5 минут) Проводится на 1 этапе для всех граждан с периодичностью 1 раз в 3 года.
* Углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование (продолжительность 30-40 минут). Проводится на 2 этапе для граждан:

 до 72 лет с выявленной ИБС, ЦВЗ, хронической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением; с выявленным по результатам опроса (анкетирования) риска пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции выявленных факторов риска и (или) профилактики старческой астении.

1. **Выписать рецепт на препарат Осельтамивир**

**Ответ:** Rp.: Oseltamiviri 0,075
D.t.d.N. 10 in caps.
S. Принимать по 1 капсуле 2 раза в сутки.

1. **Задача:**

На приёме участкового терапевта пациент 30 лет с жалобами на резкие боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, кашле и перемене положения тела.

Заболел остро накануне, когда после озноба повысилась температура тела до 39,5˚С, стал беспокоить кашель со скудной мокротой жёлтого цвета. Самостоятельно принимал парацетамол 500 мг однократно с кратковременным эффектом, утром появились боли в грудной клетке. Обратился в поликлинику. По данным анамнеза известно - хроническими заболеваниями не страдает, аллергическая реакция в виде крапивницы на приём пенициллина, работает водителем.

При осмотре состояние средней тяжести, нормостенического телосложения. Кожные покровы влажные, гиперемия лица. Температура тела 39,1˚С. Грудная клетка безболезненная при пальпации, правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Определяется укорочение перкуторного звука ниже угла лопатки справа, в зоне укорочения выслушивается бронхиальное дыхание и шум трения плевры, частота дыханий 24 в минуту, SpO2 96%. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 104 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Назначьте дополнительное обследование.
4. Определите лечебную тактику.
5. Определите ориентировочные сроки нетрудоспособности и диспансерного наблюдения.

**Ответ:**

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония нетяжёлого течения.

* Критерии диагноза: острое начало заболевания, фебрильная лихорадка, кашель с отделением гнойной мокроты, боль в правой половине грудной клетки, связанная с актом дыхания и кашлем, отставание правой половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука ниже угла лопатки справа, бронхиальное дыхание в зоне укорочения перкуторного звука.
* Дополнительное обследование: клинический анализ крови, обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и правой боковой проекциях.
* Лечение в амбулаторных условиях: в связи с отсутствием сопутствующих заболеваний и других факторов риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии показано назначение кларитромицина 0,5 г каждые 12 часов внутрь.
* Ориентировочные сроки нетрудоспособности: 20-21 день.

Сроки диспансерного наблюдения – 12 месяцев.

1. **Задача:**

На приёме участкового терапевта больная 72 лет предъявляет жалобы на усиление инспираторной одышки, которая стала регистрироваться в покое, периодически беспокоят сжимающие загрудинные боли с иррадиацией в левую лопатку при обычной ходьбе, сердцебиения, головные боли.

Из анамнеза известно, что 8 лет назад перенесла острый инфаркт миокарда, в течение последних 5 лет – постоянная форма фибрилляции предсердий. Настоящее ухудшение в течение последнего месяца. Принимает короткодействующие нитраты для купирования приступов стенокардии, нерегулярно – верапамил и лозартан.

При осмотре состояние средней степени тяжести, нормостенического телосложения. Отёки стоп и нижней трети голеней. Дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, частота дыханий 26 в минуту. Тоны сердца – ритм неправильный, частота сердечных сокращений 100 в минуту, АД – 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный.

На ЭКГ: отклонение электрической оси сердца влево, фибрилляция предсердий с частотой 100 в минуту, рубцовые изменения нижней стенки левого желудочка, гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Укажите причину ухудшения состояния больной.

3. Определите лечебную тактику.

4. Составьте схему диспансерного наблюдения.

5. Разработайте рекомендации по вторичной профилактике.

**Ответ:**

# ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий. CHA2DS2 – VASс 5 баллов. ХСН 2Б ст., IY ФК. ГБ III стадии, степень АГ 2, риск 4 (очень высокий).

# Причина ухудшения состояния больной – отсутствие адекватной терапии

# Лечение: бета-адреноблокаторы (бисопролол 5 мг в сутки), ингибиторы АПФ (эналаприл 5 мг 2 раза в сутки), антагонисты минералокортикоидных рецепторов (верошпирон 25-50 мг в сутки), диуретики (фуросемид 40-8- мг в сутки внутрь), антикоагулянты (апиксабан 5 мг 2 раза в сутки), статины (при наличии дислипидемии – розувастатин 10-20 мг в сутки).

# Алгоритм диспансерного наблюдения врачом-терапевтом участковым: регулярность профилактических посещений не менее 2 раз в год, консультация врача-кардиолога при дестабилизации течения и рефрактерной к терапии ХСН, ЭКГ не менее 2 раз в год, ЭхоКГ ежегодно в первые 2 года, далее по показаниям.

# Рекомендации по вторичной профилактике: достижение целевых уровней ЧСС и АД, профилактика инсульта, ограничение потребления соли, регулярная аэробная физическая, вакцинация гриппозной и пневмококковой вакциной.

1. **Задача:**

На приёме участкового терапевта больной 57 лет с жалобами на тянущие боли в левом подреберье, нередко носящие опоясывающий характер, усиливающиеся через 40-60 минут после еды (чаще после приёма обильной, жирной, жареной пищи и приёма алкоголя). Боли иррадиируют в левую половину грудной клетки, сопровождаются отрыжкой воздухом, изжогой, тошнотой, вздутием живота, урчанием. Отмечает кашицеобразный стул до 5-6 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи, сухость во рту, прогрессирующее похудание (за последний год похудел на 8 кг).

Курит более 40 лет, 20 сигарет в день, в течение последних 15 лет злоупотребляет алкоголем, впервые болевой синдром стал беспокоить около 3 лет назад, за медицинской помощью не обращался.

Общее состояние средней степени тяжести, пониженного питания, рост 1,73 м, вес 50 кг, ИМТ=16,7 кг/м². Периферические лимфоузлы не пальпируются. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыханий 18 в минуту, SaO2 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс-78 в мин., АД-110/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный в области левого подреберья. Перкуторные размеры печени и селезёнки в пределах нормы. Симптомов раздражения брюшины нет.

В клиническом анализе крови: Гемоглобин-132 г/л; Лейкоциты-6,8 х 109/л, СОЭ-28 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок-54 г/л; липаза-42 Ед/л; амилаза-130 Ед/л; АЛТ-64 Ед/л; АСТ-118 Ед/л; ЛДГ-743 Ед/л. Глюкоза плазмы крови натощак - 8,8 ммоль/л. Копрология: стеаторея, креаторея.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования.

4. Определите лечебную тактику.

5. Разработайте рекомендации по вторичной профилактике.

**Ответ:**

# Ведущие синдромы: болевой синдром, синдром желудочной диспепсии, синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы (учащённый кашицеобразный стул, креаторея, стеаторея), синдром эндокринной недостаточности поджелудочной железы (гипергликемия), синдром нутритивной недостаточности (дефицит массы тела, гипопротеинемия)

# Хронический панкреатит токсической этиологии, персистирующая болевая форма с экзокринной и эндокринной недостаточностью. Панкреатогенный сахарный диабет. Нутритивная недостаточность.

# Показано ультразвуковое исследование органов брюшной полости

# Отказ от курения и алкоголя, дробный приём пищи с высоким содержанием белков и углеводов, низким содержанием насыщенных жиров и холестерина, купирование болевого синдрома (парацетамол), заместительная ферментная терапия (не менее 25–40 тыс. ед. липазы на основной прием пищи и 10–25 тыс. ед. на промежуточный прием).

# Профилактика обострений включает отказ от алкоголя и курения, санацию желчевыводящих путей, выявление калькулёзного холецистита.

6. **Сформулировать заключение по представленной ЭКГ**



**Ответ:**

Ритм синусовый, ЧСС 65 ударов в мин., подъём сегмента ST II, III, AVF; депрессия ST I, AVL, V1-V3. При наличии клинических и лабораторных критериев - инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST нижней стенки левого желудочка, острая стадия.

7. **Сформулировать заключение по представленному анализу крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Значения | Единицы |
| Гемоглобин | 64 |  м 130 – 160ж 120 - 140 | Г/Л |
| Эритроциты | 2,1 | м 4,0 – 5,0ж 3,9 – 4,7 | × 1012 /л |
| Цветовой показатель | 0,9 | 0,85 – 1,05 |  |
| Средний объем эритроцита (MCV) | 89 | 80 – 100 | фл |
| Ретикулоциты | - | 2 – 10 | ‰ |
| Тромбоциты | 83 | 180 – 320 | × 109 /л |
| Лейкоциты: | 2,3 | 4,0 – 9,0 | × 109 /л |
| палочкоядерные | 5 | 1 – 6 | % |
| сегментоядерные | 71 | 47 – 72 | % |
| эозинофилы | - | 0,5 – 5 | % |
| базофилы | - | 0 – 1 | % |
| лимфоциты | 19 | 19 – 37 | % |
| моноциты | 5 | 3 – 11 | % |
| СОЭ | 48 |  м 2 – 10ж 2 - 15 | мм/ч |

В миелограмме 78% клеток – бласты.

**Ответ:**

Синдром панцитопении (нормохромная анемия тяжёлой степени, лейко- и тромбоцитопения), 78% бластов в стернальном пунктате – картина острого лейкоза.

8. **Сформулировать заключение по представленной рентгенограмме**



**Ответ:**

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции в области левого лёгкого определяется субтотальное однородное, высокоинтенсивное затенение левого лёгочного поля, сливающееся с диафрагмой и синусом, с чёткой косой верхней границей и смещением средостения в противоположную сторону. Картина левостороннего гидроторакса.

9. **Сформулировать заключение по представленному биохимическому анализу крови**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| показатель | значение | норма | единицыизмерения |
| Общий белок | 69 | 65-85 | г/л |
| Альбумин | 42 | 35-50 | г/л |
| Креатинин | 194 | 44-125 | мкмоль/л |
| СКФ (CKD-EPI) | 30  | >90 | мл/мин/1,73м² |
| Мочевина | 19,6 | 3,1-10,9 | ммоль/л |
| Общий билирубин | 11 | 5-21 | мкмоль/л |
| Мочевая кислота | 495 | М210-420 | Ж145-350 | мкмоль/л |
| Холестерин общий | 7,3 | 3,1-5,2  | ммоль/л |
| Холестерин ЛПНП | 5,9 | 3,1-5,2 | ммоль/л |
| Холестерин ЛПВП | 0,4 | 0,78-1,8 | ммоль/л |
| Триглицериды | 1,7 | 0,5-1,67 | ммоль/л |
| Щелочная фосфатаза | 79 | 53-128 | Ед/л |
| Гаммаглютаматтранспептидаза | 31 | 7-42 | Ед/л |
| Аланинаминотрансфераза | 14 | 10-40 | Ед/л |
| Аспартатаминотрансфераза | 18 | 15-40 | Ед/л |
| Калий | 5,1 | 3,4-5,3 | ммоль/л |
| Глюкоза | 12,6 | 4,0-6,1 | ммоль/л |

**Ответ:**

Снижение СКФ до 30 мл/мин/1,73м² (сохраняющееся в течение не менее 3 месяцев) соответствует хронической болезни почек C3б

Повышение уровней глюкозы (12,6 ммоль/л) и мочевой кислоты (495 мкмоль/л) характерно для сахарного диабета и нарушения обмена мочевой кислоты.

Повышение общего холестерина, холестерина ЛПНП, триглицеридов, снижение холестерина ЛПВП – дислипидемия IIb.