

ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ – ТЕСТИРОВАНИЕ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.252:616-036.865

Пузин С.Н., Богова О.Т., Потапов В.Н., Шургая М.А., Чандирли С.А., Коршикова Ю.И., Меметов С.С., Лапина Е.Ю., Якушев А.А.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К АККРЕДИТАЦИИ ВРАЧЕЙ – МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ЭКСПЕРТОВ

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, 125993, г. Москва, Россия

РАЗДЕЛ «ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА»

1. Инструкция. Выберите правильный ответ по схеме:

- А. Правильный ответ 1, 2 и 3.
- Б. Правильный ответ 1 и 3.
- В. Правильный ответ 2 и 4.
- Г. Правильный ответ 4.
- Д. Правильный ответ 1, 2, 3 и 4.

Этапы диагностического процесса включают:

- 1. Первичную диагностическую гипотезу.
- 2. Предварительный диагноз.
- 3. Клинический развернутый диагноз.
- 4. Заключительный диагноз.

2. Больной В., 58 лет, образование – среднее специальное, профессия – водитель грузовых автомобилей. В детстве отмечались частые ангины, простуды, которые осложнялись пневмонией. Курит с 28-летнего возраста. В течение 15 лет имеется одышка при физической нагрузке, кашель с мокротой желтоватого цвета, частые головные боли, повышение АД до 170/100–190/110 мм рт. ст. Около 5 лет назад появилось частое сердцебиение, «перебои» в работе сердца. Отмечает ухудшение состояния здоровья за последние полгода: участились приступы аритмии,

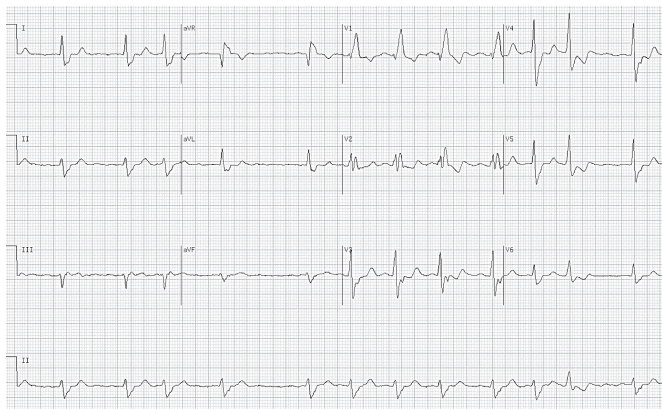


Рис. 1. ЭКГ больного В.

удушья, усилилась одышка при минимальной физической нагрузке, появились отёки нижних конечностей к вечеру, боли в тазобедренных, коленных суставах, выросла слабость. Пользуется ингаляциями бекотида – 2 раза в день по 2 дозы, сальбутамола – по 2 ингаляции до 4 раз в день, принимает теофиллин. Последняя госпитализация – месяц назад в пульмонологическое отделение, выписан с незначительным улучшением. Объективно: обращает на себя внимание одутловатость лица с расширенными кожными сосудами, диффузный цианоз, одышка в покое (ЧДД 22–23 в мин), акцент II тона над легочной артерией, увеличение печени (на 1,5 см), отёки стоп и нижней трети голеней. По данным ЭхоКГ: ЛП – 45 мм, ЛЖ – 57 мм, ПЖ – 32 мм, фиброз МЖП, ФВ – 53%, легочно-капиллярное давление 20 мм рт. ст. ЭКГ – рис. 1; рентгенограмма – рис. 2.

Инструкция. Выберите правильный ответ по схеме:

- А. Правильный ответ 1, 2 и 3.
- Б. Правильный ответ 1 и 3.
- В. Правильный ответ 2 и 4.
- Г. Правильный ответ 4.
- Д. Правильный ответ 1, 2, 3 и 4.



Рис. 2. Рентгенограмма грудной клетки больного В.

Верная формулировка клинического диагноза – это:

1. Хронический обструктивный бронхит, фаза ремиссии. Эмфизема лёгких. Пневмофиброз. ДН II степени. Хроническое лёгочное сердце II степени.
2. Хронический обструктивный бронхит, фаза обострения, диффузный пневмосклероз. ДН III степени.
3. Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия. Артериальная гипертензия, степень 3, III функциональный класс по классификации NYHA.
4. Атриовентрикулярная блокада II степени. ХСН IIБ стадии, III ФК.

3. Больной 50 лет, мастер по укладке паркета. Клинический диагноз: ИБС, стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз (ОИМ год назад). Отмечает боли за грудиной сжимающего характера, которые возникают при ходьбе на расстояние 500 м и при подъеме по лестнице на второй этаж. Объективно признаков нарушения ритма и недостаточности кровообращения нет. По результатам пробы с велоэргометрией (ВЭМ) – достоверная ишемия при нагрузке 80 Вт; двойное произведение (ЧСС на систолическое АД) – 230; число метаболических единиц – 5,2.

Инструкция. Выберите один правильный ответ:

У больного толерантность к физической нагрузке соответствует функциональному классу стенокардии:

- А. I
- Б. II
- В. III
- Г. IV
- Д. V

Инструкция к контрольным заданиям 4 и 5. Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем:

4.

Стадии тяжести ХСН	Показатели ЭхоКГ: фракция выброса, %/ ВЭМ-толерантность, Вт
А. 0	1. 30–39/25
Б. I	2. 50–54/75–100
В. IIА	3. 55–75/125 и более
Г. IIБ	4. < 30/< 25
Д. III	5. 40–49/50

5.

Градация желудочковых экстрасистол по тяжести (классы ЖЭ по В. Lown)	Признаки при ЭКГ-мониторировании
А. 0	1. Мономорфные парные желудочковые экстрасистолы
Б. I	2. Больше 30 желудочковых экстрасистол за любой час мониторирования

В. II	3. Желудочковая тахикардия (более 3-х экстрасистол подряд)
Г. III	4. Отсутствие желудочковых экстрасистол за 24 ч мониторирования
Д. IVА	5. Полиморфные парные желудочковые экстрасистолы
Е. IVВ	6. Не более 30 желудочковых экстрасистол за любой час мониторирования
Ж. V	7. Полиморфные желудочковые экстрасистолы

Инструкция к контрольным заданиям 6 и 7. Выберите правильный ответ по схеме:

- А. Правильный ответ 1, 2 и 3.
- Б. Правильный ответ 1 и 3.
- В. Правильный ответ 2 и 4.
- Г. Правильный ответ 4.
- Д. Правильный ответ 1, 2, 3 и 4.

6. При внутripечёночной форме цирроза печени (ЦП) стадия В, по Чайлду–Пью вторая степень ограничения трудоспособности определяется у больных при наличии:

1. Портальной гипертензии (ПГ) III стадии с выраженным гиперспленизмом.
2. Рецидивирующих пищеводно-желудочных кровотечений.
3. После операций портальной декомпрессии и сочетанных операций.
4. Нарушении функции печени II степени.

7. Прогноз при амилоидозе почек считается неблагоприятным при стадии заболевания:

1. Латентной.
2. Нефротической.
3. Протеинурической.
4. Уремической.

8. Больная А., 45 лет, повар по профессии, обратилась с жалобами на припухлость и боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых сочленениях, запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах. Утренняя скованность длится несколько часов на фоне утомляемости и общего недомогания. Лечение ибупрофеном в течение последних 3 лет вызвало некоторое улучшение. При физикальном обследовании определяется припухлость суставов, местное повышение температуры, ульнарная девиация пальцев кистей рук, ног, болезненность при движении; ограничение объёма движений в перечисленных выше суставах II степени. На разгибательной поверхности обеих рук заметны узелки. Результаты лабораторных тестов: гематокрит – 35%, количество лейкоцитов – $8\ 200/\text{мм}^3$, тромбоциты – $480\ 000/\text{мм}^3$. Биохимические показатели концентрации печёночных трансаминаз и мочевой кислоты в норме. Результаты теста на ревматоидный фактор – титр 1: 640; результат теста на антинуклеарные антитела – отрицательный; СОЭ – 45 мм/ч.

На рентгенограмме кистей в прямой проекции имеется выраженная деформация межфаланговых и



Рис. 3. Рентгенограмма кистей рук больной А.

пястно-фаланговых суставов кисти, суставные щели деформированы и резко сужены с наличием множественных субхондральных кист и краевых метафизарных эрозий. Отмечается выраженный распространенный остеопороз. Определяются выраженные множественные локтевые подвывихи пястно-фаланговых суставов (ульнарная девиация), анкилоз 2-го пястно-фалангового сустава, изменения симметричные (рис. 3).

Выставлен клинический диагноз: ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма (миокардит, анемия), серопозитивный, быстро прогрессирующее течение.

Инструкция. Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем:

Клинико-функциональная и рентгенологическая характеристика ревматоидного артрита у больной А.	Стадии процесса и выраженность степени нарушений функций
А. Степень активности	1. Первая
Б. Рентгенологическая стадия	2. Вторая
В. Ограничение функции суставов	3. Третья
	4. Четвёртая

9. Первичное освидетельствование в Бюро медико-социальной экспертизы.

Больной 56 лет, врач-хирург, активно оперирующий и длительно стоящий за операционным столом, предъявляет жалобы на периодически возникающие приступы потери сознания при повышении артериального давления и резком повороте головы, боль в шейном и грудном отделах позвоночника, ухудшение памяти. Выписан из неврологического отделения с открытым листком нетрудоспособности длительностью 28 дней. Гипертонической болезнью страдает 3 года. Регулярного лечения не проводит. При повышении артериального давления в течение нескольких дней принимает 2 таблетки в день нифедипина длительного действия. После нормализации артериального давления прием препарата прекращает. В течение последнего года неоднократно наблюдались гипертонические кризы с повышением артериального давления до 180/100 мм рт. ст. и кратковременной потерей сознания. Трижды проводилось стационарное лечение. Объективно: пациент имеет избыточную массу тела (рост 173 см, вес 94 кг). Отложение жира равномерное. Приступов стенокардии нет, с физической нагрузкой справляется хорошо. Границы сердца расширены влево на 2 см. Пульс 74 уд/мин, ритмичный. АД 150/100 мм рт. ст. На ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка. При велоэргометрическом исследовании признаков нарушения коронарного кровообращения не выявлено. Очаговой неврологической симптоматики нет. Результаты анализа крови: липиды сыворотки: коэффициент атерогенности – 4,2; результаты биохимического анализа крови: глюкоза в крови – 5,2 ммоль/л. При рентгенологическом исследовании обнаружены выраженные явления остеохондроза и спондилёза шейного и грудного отделов позвоночника. При проведении МРТ очаговых поражений мозга не выявлено. При доплерографии сонных артерий обнаружено сужение просвета основного ствола правой сонной артерии до 75%.

Инструкция. Выберите правильный ответ по схеме:

- А. Правильный ответ 1, 2, 3.
- Б. Правильный ответ 1 и 3.
- В. Правильный ответ 2 и 4.
- Г. Правильный ответ 4.
- Д. Правильный ответ 1, 2, 3, 4.

9а. Верная формулировка клинического диагноза больного – это:

1. Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГ – 3, риск развития сердечно-сосудистых осложнений – 4.
2. Транзиторные ишемические атаки.
3. Ожирение второй степени.
4. Дорсопатия шейного и грудного отделов позвоночника, осложненная синкопальным вертебральным синдромом.

9б. В схему реабилитации следует включить:

1. Систематический прием антигипертензивных препаратов.
2. Снижение веса.
3. Хондропротекторы.
4. Перевод на работу, не связанную с длительным стоянием у операционного стола.

9в. Радикальный метод лечения окклюзирующего атеросклероза правой сонной артерии у данного больного:

1. Баллонная ангиопластика правой сонной артерии.
2. Шунтирование правой сонной артерии.
3. Протезирование правой сонной артерии.
4. Стентирование правой сонной артерии.

9г. Обоснованное заключение медико-социальной экспертизы – это:

1. Санкционированное долечивание с продлением листка нетрудоспособности до 4 месяцев.
2. Санкционированное долечивание с продлением листка нетрудоспособности до 6 месяцев.
3. Санкционированное долечивание с продлением листка нетрудоспособности до 10 месяцев.
4. Установление инвалидности третьей группы.

10. Инструкция. Выберите правильный ответ по схеме:

- А. Правильный ответ 1, 2, 3.
- Б. Правильный ответ 1 и 3.
- В. Правильный ответ 2 и 4.
- Г. Правильный ответ 4.
- Д. Правильный ответ 1, 2, 3, 4.

По клиническому течению выделяют формы острого панкреатита:

1. Отечный интерстициальный панкреатит.
2. Геморрагический панкреатит.
3. Первично асептический панкреонекроз.
4. Гнойный панкреатит.

ОТВЕТЫ

1.	Д
2.	Б
3.	Б
4.	А – 3, Б – 2, В – 5, Г – 1, Д – 4
5.	А – 4, Б – 6, В – 2, Г – 7, Д – 1, Е – 5, Ж – 3
6.	А
7.	В
8.	А – 2, Б – 4, В – 3
9а.	Д
9б.	Д
9в.	Г
9г.	Г
10.	Д

Уважаемые авторы и читатели журнала!

Обращаем ваше внимание
на то, что мы обновили сайт нашего журнала,
новый адрес сайта:

www.medlit.ru/journalsview/reha

Теперь вы можете подписаться через наш сайт
на электронную версию журнала или купить отдельные статьи
по издательской цене.

Для этого нужно пройти регистрацию на сайте.

Исправление ошибки

В № 2, 2017 на 3-й полосе обложки под рисунком к статье М.А. Шургая должна стоять подпись:

Сведения о первичной инвалидности вследствие болезней органов дыхания в Российской Федерации с учётом возраста за 2005–2016 гг. (абс. число).

Приносим извинения за допущенную ошибку.