



Астра Меликсетян

30 января в 22:43 · 🌐

Питання №145, КРОК-2, 2016, Загальна лікарська підготовка

Жінка 62-х років після підняття вантажу відчула гострий біль у поперековій зоні, сідниці, задньобоківій поверхні правого стегна, зовнішній поверхні правої гомілки та тильній поверхні стопи.

Об'єктивно: слабкість переднього великогомілкового м'яза, довгого розгинача великого пальця, короткого розгинача пальців правої стопи. Знижений ахіловий рефлекс справа. Позитивний симптом Ласега. Який найбільш інформативний метод дослідження для уточнення діагнозу дискогенної компресії L5 корінця?

- A. Магнітно-резонансне сканування
- B. Рентгенографія хребта
- C. Електроміографія
- D. Ангіографія
- E. Люмбальна пункція

Умова тестового завдання містить такі помилки:

- По-перше, рівень замикання ахілового рефлексу – S1-S2, компресія на рівні L5 не вплине на даний рефлекс

(meded.ucsd.edu/clinicalmed/neuro3.htm)

- Якщо я не помиляюсь, передній великогомілковий м'яз іннервується п. peroneus profundus. До складу останнього входять волокна корінців L4-L5, тому при компресії L5 слабкість цього м'язу проявлятиметься не завжди. (teachmeanatomy.info/lower-limb/nerves/deep-fibular)

Хоча в даному тесті помилки в завданні, теоретично, не мають вплинути на правильність відповіді, але перша помилка надто кидається в очі при ознайомленні з тестом. Крім того, аби запитати студента про метод дослідження, необхідний для уточнення діагнозу дискогенної компресії, ця умова взагалі не потрібна.

Більшу частину тексту з цього завдання (як і в купі інших подібних тестах) можна просто викинути, при цьому його цінність для визначення рівня підготовки студентів не зміниться.

[#bestkrok](#)



Alexandr Davidenko

1 февраля в 10:04 · 🌐

Питання №37 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

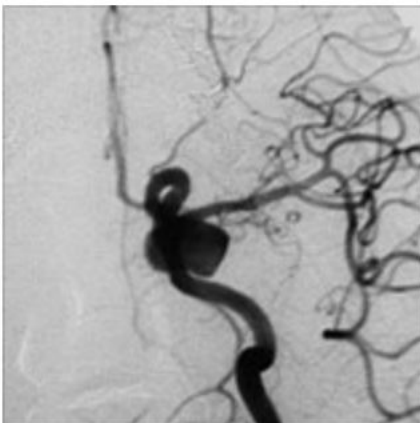
Хворий 30-ти років, який страждає на головні болі, під час підняття важкого предмету відчув сильний головний біль схожий на удар по голові; з'явилися нудота блювання, легкезапаморочення.Через добу - об'єктивно виражений менінгеальний синдром, температура тіла - 37.6 Лікар припустив субарахноїдальний крововилив. Яке додаткове обстеження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

- A. Люмбальна пункція з дослідженням ліквору
- B. Рентгенографія черепа
- C. Комп'ютерна томографія
- D. Реоенцефалографія
- E. Церебральна ангиографія

Центр Тестування вважає правильною відповіддю

A. (Люмбальна пункція з дослідженням ліквору), з чим я не згодний, адже першою лінією, після визначення симптоматики, є КТ. І лише після його негативного результату проводиться люмбальна пункція, що, хоч і являється стандартом, але не є кращим вибором. Найбільш об'єктивним доповненням звичайної КТ є КТ-ангіографія. Дана комбінація являється найменш інвазивним та максимально інформативним методом діагностики.

[#bestkrok](#)



Subarachnoid Hemorrhage Workup: Approach Considerations, Computed Tomography, Lumbar Puncture

The term subarachnoid hemorrhage (SAH) refers to...

EMEDICINE.MEDSCAPE.COM



Дмитро Дубенко

30 янв. в 6:17 · 🌐

Питання №77 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

Хворого 40-ка років годину тому покусав невідомий собака. На лівій гомілці слід від укусу - рана розмірами 4x2x0,5 см. Яка хірургічна допомога найбільш доцільна в цьому випадку?

- A. Туалет рани мильною водою, провізорні шви на рану (вірна відповідь)
- B. Асептична пов'язка
- C. Мазьова пов'язка
- D. Глухий шов
- E. Провізорні шви на рану

Дана задача має некоректну вірну відповідь, оскільки: в умові тесту автор ставить запитання “Яка ХІРУРГІЧНА допомога найбільш доцільна в цьому випадку?”.

По-перше, туалет рани мильною водою - це спосіб надання першої ДОМЕДИЧНОЇ допомоги. В умовах хірургічного відділення необхідна обробка рани антисептичними розчинами (мета - попередження контамінації рани бактеріальною флорою) та введення, за необхідності, антирабічної вакцини.

По-друге, стосовно хірургічної тактики при укусах тварин (первинне накладання швів, або введення відкритої рани): в сучасних джерелах наявні дві точки зору з цього приводу. Перша: укушені рани на кінцівках мають залишатись відкритими, але після проведення некректомії (<http://www.bmj.com/content/334/7590/413>).

Друга: рани без великого шкірного дефекту, які були нанесені менше ніж 6 годин тому (за умовою задачі - 1 годину тому) можуть бути зашитими первинно за умови адекватної антибіотикотерапії в післяопераційному періоді (<http://www.bmj.com/.../11/01/primary-closure-dog-bite-injuries>).

Проте, жодна з тактик не передбачає накладання провізорних швів.

Джерела інформації:

в тексті



Дмитро Дубенко

30 январа в 5:55 · 🌐

Питання №44 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

У хворого з виразковою хворобою 12-палої кишки змінилася клінічна картина: біль постійний з іррадіацією у спину, що посилюється після їжі, погано зупиняється атропіном. Втрата ваги за півроку до 6 кг.

Ендоскопічно виявлена виразка цибулини 12-палої кишки з щільними краями, деформація цибулини. Чим можна пояснити зміни клінічної картини?

- A. Пенетрація (вірна відповідь)
- B. Перфорація
- C. Дуоденоспазм
- D. Малігнізація
- E. Стеноз воротаря

В даній задачі можливі два вірних варіанти відповіді. На думку авторів, вірна відповідь “А” Пенетрація. За умовою задачі, хворий втратив 6 кг ваги за півроку, має постійний больовий синдром (щодо атропіну - наступний пункт). Дані симптоми можуть спостерігатись і при малігнізації виразки як прояв паранеопластичного синдрому. За даними ендоскопії переконливих даних для встановлення діагнозу “пенетрація” також немає. Ендоскопічно, пенетрація виразки 12-палої кишки в підшлункову залозу (за умовами задачі) має дещо іншу картину. Стосовно атропіну як препарату, що мав би зменшувати больовий синдром у хворого: на мою думку, даний тест є дуже застарілим, оскільки в ньому використовуються М-холіноблокатори при лікуванні виразкової хвороби, що абсолютно не відповідає сучасному протокольному лікуванню цієї нозології.

Отже, даний тест, на мою думку має дві можливі правильні відповіді та не відображає сучасних тенденцій у лікуванні виразкової хвороби.

Джерела інформації:

<http://emedicine.medscape.com/article/181753-overview>

#bestkrok



Дмитро Дубенко

30 январа в 3:16 · 🌐



Питання №41 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

Хворий 62-х років скаржиться на наявність випинання в лівій пахвинній ділянці, яке поступово збільшується. Об'єктивно: в лівій пахвинній ділянці випинання розміром 5-6 см, щільне, еластичне, болюче, в черевну порожнину не вправляється, шкіра над ним не змінена, зовнішнє пахвинне кільце пропускає кінчик пальця. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Пахвинний лімфаденіт (вірна відповідь)
- B. Вправна лівобічна пахвинна грижа
- C. Лівобічна защемлена пахвинна грижа
- D. Невправна лівобічна пахвинна грижа
- E. Пухлинне утворення

В даній задачі можливі два правильні варіанти відповіді. Оскільки, за умовами задачі, у хворого в лівій пахвинній ділянці наявне утворення розмірами до 6 см, болюче, еластичне, без зміни шкіри над ним. Наведені клінічні дані можуть спостерігатись при ліпомі пахвинного каналу, або при іншому пухлинному утворенні цієї анатомічної ділянки. За умовами задачі, неможливо провести диференціальну діагностику між варіантами “А” та “Е”.

Джерела інформації:

<http://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/rg.283075110>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22008167>

#bestkrok



Дмитро Дубенко

30 янв. в 3:08 · 🌐



Питання №28 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

Дівчинка 13-ти років протягом 5-ти років скаржиться на біль у правому підребер'ї, що відлунює у праву лопатку, напади болю пов'язані з порушенням дієти, вони нетривалі, легко знімаються спазмолітичними засобами. Під час нападу болю пальпація живота болісна, максимально в точці проекції жовчного міхура. З найбільшою імовірністю у хворого має місце:

- A. Дискінезія жовчовивідних шляхів (вірна відповідь)
- B. Хронічний холецистит
- C. Хронічний гастродуоденіт
- D. Хронічний панкреатит
- E. Виразкова хвороба 12-палої кишки

Діагнозу “Дискінезія жовчовивідних шляхів” за сучасними уявленнями не існує. В МКХ-10 в розділі “K83 Інші хвороби жовчовивідних шляхів” дана патологія відсутня, проте, в розділі “K82.8 Інші хвороби жовчного міхура” є нозологія “дискінезія жовчного міхура та міхурового протока”.

За Римськими критеріями (III), в розділі “E” - “Функціональні розлади жовчного міхура і сфінктера Одді” термінологія “Дискінезія жовчовивідних шляхів” також відсутня.

Джерела інформації:

http://www.romecriteria.org/.../pdf/19_RomellIII_apA_885-898.pdf

<https://mkh10.com.ua>

#bestkrok



Дмитро Дубенко

30 январа в 2:50 · 🌐

Питання №27 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

У дитини з політравмою реакція на зовнішні подразники відсутня. Шкірні покриви мармурові з землистим відтінком, вкриті холодним потом.

Зіниці розширені, слабо реагують на світло. Кінцівки холодні, гі-потермія.

Ознаки дихальної недостатності. Рс- 132/хв., ниткоподібний. Гіпотонія.

Анурія. Який стан виник у дитини?

- A. Травматичний шок (вірна відповідь)
- B. Гостра наднирникова недостатність
- C. Кардіогенний шок
- D. Пневмоторакс
- E. Гіпоглікемічна кома

За сучасними класифікаціями діагнозу “травматичний шок” не існує. В даному випадку коректним варіантом може бути “геморагічний шок” або “гіповолемічний шок”, розвиток якого спричинений внутрішньою кровотечею (за умовами задачі).

Джерела інформації:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1065003/>

<http://www.uphs.upenn.edu/.../trauma/SCCS/curriculum/Shock.pdf>

#bestkrok



Дмитро Дубенко

30 янвря в 2:33 · 🌐



Питання №18 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

В інфекційне відділення госпіталізовано хворого з імовірною дизентерією (часті випорожнення з домішками крові, схожі на желе з червоної смородини). Через добу встановлено остаточний діагноз - інвагінація. Хворого переведено до спеціалізованого відділення. Які методи лікування можна використати?

- A. Оперативна дезінвагінація
- B. Консервативна дезінвагінація
- C. Інфузійна терапія зі спазмолітиками
- D. Мануальна дезінвагінація
- E. Паранефральна блокада

В даній задачі можна вважати вірними дві відповіді: “A” Оперативна дезінвагінація та “D” Мануальна дезінвагінація, оскільки проведення мануальної дезінвагінації (маніпуляція, при якій відновлюється прохідність кишківника за рахунок ліквідації вставлення одного сегменту в інший) можливе тільки інтраопераційно, тобто за умови наявності прямого доступу до ураженого органу. Мануальна дезінвагінація є етапом оперативного втручання при даній патології. Через черевну стінку таку маніпуляцію виконати неможливо, тобто варіанти “A” та “D” є тотожними.

Джерела інформації:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653360/>

#bestkrok



Дмитро Дубенко

30 янв. в 2:13 · 🌐

Питання №15 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

У хворого 35-ти років на 8-му добу після хірургічної обробки гнійного осередку рана очистилася від гнійно-некротичного вмісту, з'явилися грануляції. Проте, на тлі антибактеріальної терапії температура тіла тримається на рівні 38,5-39,5°C, остуди, пітливість, ейфорія, частота пульсу -120/хв. Яке ускладнення місцевого гнійно-запального процесу можна припустити

- A. Сепсис
- B. Гнійно-резорбтивна лихоманка
- C. Тромбофлебіт
- D. Менінгіт
- E. Запалення легень

В даному питанні некоректно сформульована умова задачі та можливо вважати декілька варіантів відповіді вірними.

По-перше, у молодого хворого, на 8 добу після хірургічної обробки, курсу антибактеріальної терапії та наявності позитивної динаміки у рані “рана очистилася від гнійно-некротичного вмісту, з'явилися грануляції” виникає септичне ускладнення. Якщо бути точнішим, у хворого наявні симптоми, що відповідають тяжкому інфекційному захворюванню або ускладненню. На думку авторів, вірна відповідь - варіант “А” Сепсис. Тут постає питання: чи логічним є розвиток серйозного септичного ускладнення на 8 добу після наданої адекватної медичної допомоги?

На мою думку, варіант “Е” запалення легень в даному випадку більше відповідає даним, наведеним у задачі, адже передумов для виникнення сепсису в задачі не наводиться. Нозокоміальна пневмонія в деяких випадках може мати схожу клінічну картину і розвиватись при перебуванні хворого в стаціонарі більше 1 тижня.

Стосовно варіантів відповідей: на сьогодні, класифікація септичних станів є достатньо складним питанням. Останній перегляд термінології відбувся у 2016 році (The Third International Consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3)) і дещо змінив класичні погляди на

sepsis and septic shock (Sepsis-3)) і дещо змінив класичні погляди на класифікацію та діагностику сепсису, септичного шоку та синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ). Та навіть, якщо керуватись більш старими рекомендаціями (1996, 2001 рр.) діагноз "сепсис" може бути встановлений тільки після підтвердження наявності збудника у крові хворого. В разі відсутності посіву крові, але наявності симптомів (лейкоцитоз, тахікардія, тахіпное, лихоманка) встановлюється діагноз ССЗВ.

Стосовно варіанту відповіді "В" Гнійно-резорбтивна лихоманка. Дана нозологічна одиниця зустрічається тільки у країнах СНД. Деякі згадки про неї наявні на таких ресурсах як PubMed, але у публікаціях вітчизняних спеціалістів. На мою думку, даний варіант відповіді є некоректним не тільки через проблеми термінології, а і через те, що може вважатись вірною відповіддю. Оскільки можливий прояв подібних симптомів на фоні антибіотикотерапії, що призводить до одночасної руйнації значної кількості бактерій і всмоктуванні їх у кров. У цій задачі такий стан більше відповідає локальному раньовому статусу.

Джерела інформації:

(2016) The Third International Consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA, 23 February

(<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2492881>).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6177304>

#bestkrok



Дмитро Дубенко

30 янвря в 1:24 · 🌐



Питання №14 КРОК-2-“Загальна лікарська підготовка”

Хворий 24-х років звернувся до лікаря зі скаргами на збільшення підщелепних лімфовузлів. Об'єктивно: збільшені підщелепні, пахвові та пахвинні лімфатичні вузли. На рентгенограмі органів грудної клітки - збільшені лімфовузли середостіння. У крові: ер.- $3,4 \cdot 10^{12}/л$, Нб- 100 г/л, КП- 0,88, тр.- $190 \cdot 10^9/л$, лейко.- $7,5 \cdot 10^9/л$, е.- 8%, п.-2%, с.- 67%, лімф.- 23%, ШОЕ- 22 мм/год. Яке дослідження показане для верифікації причини лімфаденопатії

- A. Відкрита біопсія лімфатичних вузлів
- B. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- C. Томографія середостіння
- D. Пункційна біопсія лімфатичних вузлів
- E. Стернальна пункція

Дане питання є некоректним: починаючи від умови задачі, закінчуючи варіантами відповідей.

Умова задачі: за умовою, 24- річний хворий має генералізовану лімфаденопатію. З лабораторних та інструментальних методів обстеження наведені тільки загальний аналіз крові (ЗАК) з лейкоформулою та оглядова рентгенографія грудної порожнини (ОРГП). У ЗАК: анемія (зниження кількості еритроцитів та гемоглобіну) та підвищення ШОЕ. За даними ОРГП: збільшені лімфовузли середостіння.

По-перше, для постановки діагнозу (навіть попереднього) і для вирішення питання про проведення відкритої (екзцизійної) біопсії (вважається, як правильна відповідь) наведених даних надзвичайно мало.

(вважається, як правильна відповідь) наведених даних надзвичайно мало.

По-друге, вірним варіантом відповіді в даному питанні можуть вважатись і всі інші варіанти, окрім "Е".

За сучасними рекомендаціями, пацієнт із генералізованою лімфаденопатією має бути всебічно обстежений. До проведення патоморфологічного дослідження лімфатичних вузлів, пацієнту має бути проведений комплекс неінвазивних лабораторних та інструментальних обстежень. Окрім того, в наявних джерелах відсутні стовідсоткові рекомендації щодо вибору між екзцизійною або пункційною біопсією. Наводжу цитату: "Fine needle aspiration and core needle biopsy yield small samples with limited ability to perform flow cytometry and chromosomal analysis; most pediatric hematologists and pathologists prefer excisional biopsy".

Джерела інформації:

<http://emedicine.medscape.com/article/956340-workup#c5>

#bestkrok