

Терапия (вариант 1, диагностическое тестирование)

Результат #198537689

Дата завершения: 30.05.2023 11:32

Потрачено времени: 01:31:13

1

«Золотой стандарт» лечения ГЭРБ

- H2- гистаминоблокаторы
- M- холинолитики
- Антациды
- Ингибиторы протонной помпы
- Спазмолитики



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Высокий уровень γ -глутамилтранспептидазы является характерным для:

- хронического гепатита В и С
- хронического панкреатита
- острого алкогольного гепатита
- гемохроматоза
- сахарного диабета



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим фокусном затемнении в легких с четкими или нечетко сочетанными контурами врач обязан, в первую очередь, исключить

- периферический рак легкого
- очаговую пневмонию
- туберкулому легкого



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Причиной синкопальных состояний у больных с синдромом удлинённого интервала QT обычно является:

- прогрессирующее ухудшение внутрижелудочковой проводимости
- возникновение пароксизма желудочковой тахикардии типа "пируэт"
- возникновение периодов асистолии



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

Назовите ключевой механизм действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов).

- Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина
- Снижение реабсорбции глюкозы в почках
- Замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи
- Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 50 из 50

6

В приёмный покой доставлен пациент 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, выраженную слабость. Заболел остро 7 дней назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 39,2 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой. Лечился самостоятельно дома: азитромицин, грудной сбор, парацетамол. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель. При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела – 38,9°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 30 в минуту, сатурация на воздухе 88%. Пульс - 118 в минуту. Тоны сердца глухие. АД - 90/60 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 98 г/л, лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Внебольничная пневмония, правосторонняя нижнедолевая, тяжелой степени. ДН II. Плеврит. Анемия легкой степени тяжести.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

7

В приёмный покой доставлен пациент 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, выраженную слабость. Заболел остро 7 дней назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 39,2 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой. Лечился самостоятельно дома: азитромицин, грудной сбор, парацетамол. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель. При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела – 38,9°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 30 в минуту, сатурация на воздухе 88%. Пульс - 118 в минуту. Тоны сердца глухие. АД - 90/60 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 98 г/л, лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час.

Вопрос:

1. Составьте план обследования пациента.

1. ПЦР covid-19, грипп
2. Б/х анализ: креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, общий белок, альбумин, общий билирубин, глюкоза; К, Na, Cl; СРБ, ПКТ. Коагулограмма. Железо сыворотки крови, трансферрин, насыщение трансферрина железом, ферритин, ОЖСС
3. Рентгенография ОГК, УЗИ плевральных полостей. ЭКГ.
4. микроскопическое и культуральное исследование мокроты
5. В связи с выраженной ДН: газы крови, рН, бикарбонаты, лактат



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

8

В приёмный покой доставлен пациент 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, выраженную слабость. Заболел остро 7 дней назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 39,2 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой. Лечился самостоятельно дома: азитромицин, грудной сбор, парацетамол. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель. При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела – 38,9°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 30 в минуту, сатурация на воздухе 88%. Пульс - 118 в минуту. Тоны сердца глухие. АД - 90/60 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 98 г/л, лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час.

Вопрос:

1. Назначьте медикаментозную терапию.

1. Амоксициллин+клавулановая к-та 1,2 г в/в каждые 8 часов, оценка эффективности через 48 часов
2. Ибупрофен 200 мг 3 р/день
3. Ацетилцистеин 200 мг 3 р/день



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

9

В приёмный покой доставлен пациент 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, выраженную слабость. Заболел остро 7 дней назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 39,2 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой. Лечился самостоятельно дома: азитромицин, грудной сбор, парацетамол. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель. При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела – 38,9°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 30 в минуту, сатурация на воздухе 88%. Пульс - 118 в минуту. Тоны сердца глухие. АД - 90/60 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 98 г/л, лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час.

Вопрос:

1. Определите сроки и объем диспансерного наблюдения после завершения стационарного лечения.

В диспансерном наблюдении не нуждается



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

10

В приёмный покой доставлен пациент 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, выраженную слабость. Заболел остро 7 дней назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 39,2 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой. Лечился самостоятельно дома: азитромицин, грудной сбор, парацетамол. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель. При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела – 38,9°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 30 в минуту, сатурация на воздухе 88%. Пульс - 118 в минуту. Тоны сердца глухие. АД - 90/60 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Нв 98 г/л, лейкоциты - 21×10^9 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час.

Вопрос:

1. Какие осложнения могут развиваться в данной клинической ситуации?
2. Методы их своевременной диагностики?

Эмпиема плевры, абсцесс - визуализация (КТ ОГК, УЗИ плевральных полостей)
Сепсис - ПКТ, БАК-посев крови на стерильность
Тромбоэмболические осложнения - Д-димер, КТ ОГК, ЭКГ



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11

Перечислите факторы риска ТЭЛА

длительная иммобилизация - травмы, постельный режим более 3 дней, хирургические вмешательства с общим наркозом, прием медикаментов (пероральная контрацепция, терапия эстрогенами), беременность послеродовой период, длительные авиаперелеты, активный аутоиммунный процесс, АФС, онкологическое заболевание



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

12

Симптомы диабетической полинейропатии

парестезии, ощущение "мурашек", жгучие, стреляющие боли в ногах и руках (чаще стопах, кистях), вегетативная дисфункция - изменение дермографизма, ортостатическая гипотензия, нарушение потоотделения, диабетическая гастроэнтеропатия



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

13

Классификация нестабильной стенокардии

По Браунвальду

I Впервые возникшая тяжелая или прогрессирующая стенокардия - отсутствие приступов стенокардии в покое

II Приступы стенокардии покоя в течение последнего месяца, но не в течение предшествующих 48 часов - подострая стенокардия покоя

III Приступы стенокардии в покое в течение последних 48 часов - острая стенокардия покоя

Клиническая ситуация

A - Развивается вследствие наличия экстракардиальных факторов, способствующих ишемии миокарда (Вторичная нестабильная стенокардия)

B - Развивается при отсутствии провоцирующих экстракардиальных факторов (Первичная нестабильная стенокардия)

C - Развивается в течение 2 недель после перенесенного инфаркта миокарда (Постинфарктная нестабильная стенокардия)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

14

Диагностические критерии функционального билиарного расстройства желчного пузыря

болевого синдром, свойственный функциональным расстройствам желчного пузыря и СО;

отсутствие органической патологии;

нормальные показатели печеночных ферментов, конъюгированного билирубина и амилазы/липазы;

нарушение функции желчного пузыря.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

15

Перечислите антиаритмические препараты IC класса

пропафенон, этацин, аллапинин, флекаинид



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

16

Пациент 78 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, чувство «перебоев» в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние 2 месяца, продолжительностью до нескольких часов, проходят самостоятельно.

Из анамнеза: последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре: телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧДД 17 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, учащены. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 110/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется.

ЭКГ: ритм эктопический, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, между комплексами QRS мелкие волны «f», частота сокращения желудочков 95-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?

Фибрилляция предсердий



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 78 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, чувство «перебоев» в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние 2 месяца, продолжительностью до нескольких часов, проходят самостоятельно.

Из анамнеза: последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре: телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧДД 17 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, учащены. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 110/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется.

ЭКГ: ритм эктопический, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, между комплексами QRS мелкие волны «f», частота сокращения желудочков 95-150 в минуту.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

Фибрилляция предсердий, впервые выявленная, тахисистолическая форма. CHA2Ds2-VASc - 3 , HAS BLED - 3
Сопутствующий: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия. Гипертоническая болезнь III, неконтролируемая, риск 4. Целевой уровень АД 120-129/70-79 мм рт ст



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 78 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, чувство «перебоев» в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние 2 месяца, продолжительностью до нескольких часов, проходят самостоятельно.

Из анамнеза: последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре: телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧДД 17 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, учащены. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 110/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется.

ЭКГ: ритм эктопический, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, между комплексами QRS мелкие волны «f», частота сокращения желудочков 95-150 в минуту.

Вопросы:

1. Необходимые методы дообследования для пациента согласно клинических рекомендаций?

1. ОАК, ОАМ, б/х АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, общий билирубин
2. Холтер-ЭКГ, СМАД
3. Коагулограмма
4. ФГДС.
5. Рентгенография ОГК



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 78 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, чувство «перебоев» в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние 2 месяца, продолжительностью до нескольких часов, проходят самостоятельно.

Из анамнеза: последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре: телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧДД 17 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, учащены. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 110/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется.

ЭКГ: ритм эктопический, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, между комплексами QRS мелкие волны «f», частота сокращения желудочков 95-150 в минуту.

Вопросы:

1. Показания и тактика антикоагулянтной терапии?

Высокий риск тромбоэмболических осложнений - CHA₂DS₂ - VASc - 3 б, ривароксабан - 20 мг (после расчета СКФ возможна коррекция до 15 мг - 1 р/день



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 78 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, чувство «перебоев» в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние 2 месяца, продолжительностью до нескольких часов, проходят самостоятельно.

Из анамнеза: последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре: телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧДД 17 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, учащены. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 110/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется.

ЭКГ: ритм эктопический, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, между комплексами QRS мелкие волны «f», частота сокращения желудочков 95-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какую тактику в отношении нарушения ритма целесообразно выбрать? Выполните назначения согласно клинических рекомендаций.

Клинически значимые пароксизмы - желательное восстановление ритма.

ЭхоКГ - при отсутствии структурных изменений сердца (+ нет ИБС) - пропafenон 450-600 мг на восстановление ритма - "таблетка в кармане", поддержание ритма - соталол 80 мг 2 р/день.

При структурной патологии сердца, в отсутствие противопоказаний - амиодарон, поддерживающая доза 200 мг 1 р/день 5 д/нед; при противопоказаниях - РЧА или криоабляция



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0