

# Терапия (вариант 1, диагностическое тестирование)

Результат #198544547

Дата завершения: 30.05.2023 12:27

Потрачено времени: 00:48:57

1

**«Золотой стандарт» лечения ГЭРБ**

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

**Высокий уровень  $\gamma$ -глутамилтранспептидазы является характерным для:**

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



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**

- очаговую пневмонию
- туберкулому легкого
- периферический рак легкого



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

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

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

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

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



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 -  $21 \times 10^9$  /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония тяжелой степени. Правосторонний плеврит. ДН2. 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 -  $21 \times 10^9$  /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 на Covid-19, грипп
2. ОАК с развернутой лейкоцитарной формулой, ОАМ, бх анализ крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, ЛДГ, креатинин, мочевины, общий белок, альбумин, СРБ, глюкоза); Na, K, Cl; коагулограмма; железо сыворотки крови, ферритин, трансферрин, ОЖСС
3. Пульсоксиметрия, Рентгенография ОГК, ЭКГ в 12-отведениях, УЗИ плевральных полостей, УЗИ ОБП, ФГДС
4. Микроскопическое и культуральное исследование мокроты, плевральной жидкости
5. В связи с ДН: газы крови, 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 -  $21 \times 10^9$  /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час.

Вопрос:

1. Назначьте медикаментозную терапию.

1. Амоксициллин/сульбактам -0,5 г внутрь каждые 8 ч или 0,875 г внутрь каждые 12 ч, расчет по амоксициллину; 1,5-3 г в/в, в/м каждые 8-12
2. Ацетилцистеин – внутрь по 200 мг 2–3 раза в сутки после еды или Амброксол – внутрь по 30 мг 3 раза в сутки.
3. Ибупрофен 200 мг 3 раза в день
4. Респираторная поддержка через носовые канюли или лицевую маску
5. Сорбифер 120 мг 1 раз в 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 -  $21 \times 10^9$  /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.

Посещение врача-терапевта 1 раз в год, проведение пульсоксиметрии. В особом 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 -  $21 \times 10^9$  /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?

1. Эмпиема плевры, абсцесс легкого- проведение рентгенографии ОГК
2. Сепсис и септический шок - ОАК с лейкоцитарной формулой, элетролиты, лактат, прокальцитонин, креатинин, бак посев крови
3. ТЭЛА- D-димер, коагулограмма, КТ ОГК с контрастированием, ЭКГ в 12-отведениях



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11

**Перечислите факторы риска ТЭЛА**

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей, беременность и роды, возраст старше 65 лет, протезирование и переломы костей в анамнезе, онкологические заболевания и доброкачественные опухоли, длительная иммобилизация - постельный режим более 3х дней, операции под общим наркозом, длительные авиаперелеты, курение, прием лекарственных препаратов (КОК, терапия эстрогенами), АФС



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

12

**Симптомы диабетической полинейропатии**

Нарушение чувствительности по типу "перчаток" и "чулок", боль, жжение, парестезии, нарушение рефлексов, снижение поверхностной (болевой и температурной) и глубокой (вибрационной) чувствительностей, изменение дермографизма, шаткость походки в темноте и при ходьбе по неровной поверхности



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

13

**Классификация нестабильной стенокардии**

По Браунвальду:

- I. впервые возникшая тяжелая или прогрессирующая стенокардия - отсутствие признаков стенокардии в покое
  - II. Приступы стенокардии покоя в течение последнего месяца, но не в течение последних 48 часов - подострая стенокардия покоя
  - III. Приступы стенокардии покоя в течение последних 48 часов - острая стенокардия
- 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 ИМ или АКШ (постинфарктная нестабильная стенокардия)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

14

**Диагностические критерии функционального билиарного расстройства желчного пузыря**

Болевой синдром, свойственный функциональным расстройствам ЖП 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

Этацин, пропafenон, этmozин, аллапинин



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 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. 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 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. Сформулируйте диагноз.

Основной диагноз: Впервые выявленная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. CHA2Ds2-VASc - 3 балла, HAS-BLED -3 балла.

Сопутствующий диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Гипертоническая болезнь III, медикаментозная нормотензия. Риск 3



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. Необходимые методы дообследования для пациента согласно клинических рекомендаций?

1. ОАК, ОАМ, бх крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий, креатинин, мочевины, общий белок, альбумин, глюкоза, холестерин), коагулограмма, липидный профиль
2. Холтер -ЭКГ, СМАД
3. Рентгенография ОГК, ФГДС



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?

Учитывая высокий риск тромбообразования по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc - 3 балла, необходимо назначить апиксабан в дозировке 2,5 мг 2 раза в 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 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. Какую тактику в отношении нарушения ритма целесообразно выбрать? Выполните назначения согласно клинических рекомендаций.

В случае клинически значимых пароксизмов - восстановление ритма путем медикаментозной кардиоверсии. При нарушении гемодинамики - ЭИТ

ЭхоКГ- при отсутствии структурных изменений сердца и отсутствии ИБС - пропафенон 450-600 мг на восстановление ритма - "таблетка в кармане", на поддержание ритма - соталол 80 мг в день.

В случае наличия структурной патологии сердца но при отсутствии противопоказаний - амиодарон в поддерживающей дозе 200 мг 1р/д на протяжении 5 дней в неделю.

При наличии противопоказаний - РЧА, криоабляция



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0