

Терапия (вариант 1, диагностическое тестирование)

Результат #198571703

Дата завершения: 30.05.2023 17:21

Потрачено времени: 01:19:03

1

«Золотой стандарт» лечения ГЭРБ

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Высокий уровень γ -глутамилтранспептидазы является характерным для:

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



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



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.

Вирусная правосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН2. Железодефицитная анемия 1 степени. Выраженный Лейкоцитоз. Гепатомегалия.



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.

Вирусная правосторонняя нижнедолевая пневмония. Дн2 ЖДА 1 степени. Гепатомегалия. Выраженный лейкоцитоз.



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.

Цефепим в/в +ципрофлоксацин в/в



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.

1 раз в год



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?

1. Абсцесс легкого, отек легких, плеврит, сепсис, менингит
2. Рентген ОГК, КТ ОГК, МРТ ОГК, лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, Бакпосев мокроты, биохимический анализ крови



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11

Перечислите факторы риска ТЭЛА

Дефицит антитромбина, врожденная гиперфибриногемия, мутация фактора 5, гипергомоцистеинемия, антитела к кардиолипину, дефицит протеина S, дефицит протеина C, дефицит фактора 12, увеличение активности ингибитора, активатора, плазминогена, вторичные факторы: послеродовой период, длительный постельный режим, онкологические заболевания, ожирение, сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность, инфекции/сепсис, возраст старше 40 лет, послеоперационные осложнения



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

12

Симптомы диабетической полинейропатии

Отеки стоп, повышенная влажность стоп, онемение в конечностях, чувство зябкости в конечностях, сухость и шелушение кожи конечности, чувство жжения или покалывания в руках и ногах, ночные боли, потеря чувствительности кожи к температуре



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

13

Классификация нестабильной стенокардии

Впервые возникшая стенокардия,
Прогрессирующая стенокардия напряжения
Вариантная стенокардия
Ранняя постинфарктная ИС
Стенокардия развившаяся в течение 1-2 месяцев после успешной операции АКШ или баллонной ангиопластики
Синдром X



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

14

Диагностические критерии функционального билиарного расстройства желчного пузыря

Наличие билиарной боли, транзисторное повышение уровня печеночных ферментов(АСТ, АЛТ, ЩФ) или расширенный желчный проток более 12 мм
Отсутствие конкрементов в желчном протоке



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

15

Перечислите антиаритмические препараты IC класса

Пропанорм, пропafenон, этализин, флекаинид, этmozин



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?

Узловой ритм(без Зубца р) с одновременным возбуждением предсердия и желудочков. На экг регистрируется неизменный или незначительно деформированный комплекс QRST, зубец Р отсутствует



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

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.

ИБС. Гипертоническая болезнь 2 ст Артериальная гипертензия 2 ст Риск 3 Язвенная болезнь 12ти перстной кишки.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

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?

ОАК, Эхо КГ СМАД Холтер биохимический анализ крови, коагулограмма , ЭКГ ФГДС УЗИ ОБП



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

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?

ИБС
АСК, Эликвис , тикагрелор



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.

Проводить полное клиническое обследование амбулаторный мониторинг экг, контроль ЧСС, корреляция симптомов и рецидивов аритмии во времени, Эхо КГ, антикоагулянтная терапия, стресс тест или коронарная ангиография КТ и МРТ головного мозга.

Профилактика тромбоэмболических осложнений с помощью антикоагулянтной терапии и коррекция сопутствующей сердечно сосудистой патологии.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0