

Терапия (вариант 1, диагностическое тестирование)

Результат #198577077

Дата завершения: 30.05.2023 18:29

Потрачено времени: 00:35:00

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 γ -глутамилтранспептидазы является характерным для:

- хронического гепатита В и С
- острого алкогольного гепатита
- 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:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

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

- Замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи
- Снижение реабсорбции глюкозы в почках
- Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина
- 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 правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. Правосторонний плеврит. ДН 2-3.
Анемия лёгкой степени неясной этиологии



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.

Повторить ОАК с лейкоцитарной формулой
 Биохимия крови (АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, билирубин общий, общий белок, альбумин, глюкоза, ЛДГ К, Na, СРБ).
 Коагулограмма
 Железо сыворотки, ферритин, трансферрин, насыщение трансферрина железом, оЖСС
 УЗИ плевральных полостей и ОБП
 Рентгенография ОГК
 ЭКГ
 Микроскопическое исследование мокроты
 ПЦР на ковид-19
 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 - 21×10^9 /л, базофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 16%, моноциты – 2%, СОЭ - 58 мм/час.

Вопрос:

1. Назначьте медикаментозную терапию.

Амоксициллин +клавуланат 1, 2 г в/в каждые 8 часов (оценка эффективности через 48 часов)
 Ацетилцистеин 600 мг 2 раза в день
 Парацетамол 500 мг (при повышении температуры выше 38 градусов)



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,
1 раз в год плановая ежегодная диспансеризация с измерением сатурации



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 ОКГ, УЗИ плевральных полостей)
Сепсис - ПКТ, Бак-посев крови на стерильность



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11

Перечислите факторы риска ТЭЛА

Тромбоз глубоких вен н/к
 Беременность и роды
 Возраст старше 65 лет
 Пациенты, Перенесшие протезирование, переломы костей
 Пациенты с онкологическими заболеваниями и доброкачественными опухолями
 Лежачие больные и любые пациенты с малой подвижностью
 Имеющие генетическую предрасположенность
 Варикозное расширение вен н/к
 Избыточная масса тела и ожирение
 Курильщики
 Женщины, принимающие гормональные контрацептивы
 Аутоиммунные заболевания
 Застойная СН и ДН



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

12

Симптомы диабетической полинейропатии

Покалывание, жжение в ногах и руках
 Онемение конечностей
 Зябкость в конечностях
 Отёки стоп
 Расстройство чувствительности по типу "перчаток" и "чулок"
 Нейропатические боли в пояснице и передней поверхности бедра, усиливающиеся ночью



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

13

Классификация нестабильной стенокардии

1. Впервые возникшая тяжёлая и прогрессирующая стенокардия
 2. Приступы стенокардии покоя в течение последнего месяца, но не в течение предшествующих 48 часов
 3. Приступы стенокардии в покое в течение последних 48 часов
- А. Развивается вследствие наличия экстракардиальных факторов, способствующих ишемии миокарда (вторичная нестабильная стенокардия)
 Б. Развивается при отсутствии провоцирующих экстракардиальных факторов (первичная нестабильная стенокардия)
 В. Развивается в течение 2 недель после перенесённого ИМ (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 желчного пузыря и Со, отсутствие органической патологии
 Нормальные показатели печёночных 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, этmozин, этацизин



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.

Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Chads2-Vasc 3. Hads-Bled - 3. Гипертоническая болезнь 3 ст, неконтролируемая АГ, риск 4.
Язвенная болезнь 12-пк, ремиссия.



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?

ОАК, ОАМ, БХ (АЛТ, АСТ, креатинин, мочеви́на, билирубин общий, общий белок, альбумин, глюкоза), Коагулограмма
Холтер - ЭКГ, СМАД
ФГДС
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?

Показания: высокий риск тромбоэмболических осложнений, CHADS2-VASC - 3.
Тактика: ривароксабан 20 мг 1 раз 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.

ЭКГ - при отсутствии структурных изменений сердца и ИБС - пропafenон 450 - 600 мг для восстановления ритма, для поддержания ритма - соталол 80 мг 2 раза в день

При наличии структурной патологии сердца и отсутствии противопоказаний - амиодарон 200 мг 1 раз в день 5 дней в нед

При противопоказаниях - РЧА или криоабляция



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0