

Терапия (вариант 2, диагностическое тестирование)

Результат #198566633

Дата завершения: 30.05.2023 16:19

Потрачено времени: 01:27:35

1

Пределы нормальных колебаний тромбоцитов в ОАК:

180 - 320

250 - 500

110 - 300



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 50 из 50

2

Цирроз печени от хронического гепатита отличается наличием:

портокавальных, кава-кавальных анастомозов

цитолитического синдрома

холестатического синдрома

паренхиматозной желтухи



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

Ослабление голосового дрожания характерно:

- для очаговой пневмонии
- для бронхоэктатической болезни
- для абсцесса легкого
- для экссудативного плеврита
- для крупозной пневмонии



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 50 из 50

4

Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:

- дисфагией
- длительностью заболевания
- избыточной массой тела
- регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути
- спазмом пищевода



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 50 из 50

5

Аспирин вызывает тромбоцитопатию путем:

- угнетения тромбоцитопозза
- воздействия на сосудистое звено коагуляции
- воздействия на синтез тромбоксана A2
- воздействия на синтез протромбина



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 50 из 50

Пациент 45 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела нормальная. Миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *H.pylori*, одиночная малая язва на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. ГЭРБ, I стадия. Хронический фарингит, стадия ремиссии. Ожирение I степени.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 45 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела нормальная. Миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопрос:

1. План дообследования пациента?

1. ОАК+СОЭ (Анемия?). 2. Б/х анализ крови - АЛТ, АСТ, билирубин общий, билирубин прямой, глюкоза крови, креатинин крови (для исключения сопутствующих заболеваний). 3. ЭКГ (дифф диагностика с ИБС). 4. УЗИ ОБП (для исключения сопутствующих заболеваний). 5. Биопсия краев язвы и слизистой в местах поражения пищевода (уточнение степень воспаления и выявление метаплазии). 6. Суточная рН-метрия внутрипищеводная (характер забрасываемой жидкости в пищевод? Иногда это может быть желчь, тогда к лечению подключают УДХК). 7. Консультация врачей-специалистов по показаниям (врач-хирурги при наличии осложнений язвенной болезни, врача-онколога при подозрении на ЗНО после гистологического и цитологического исследования биоптатов, врача-отоларинголога при обострении хронического фарингита).



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 45 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела нормальная. Миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопрос:

1. Лечение согласно клиническим рекомендациям.

1. Эрадикационная терапия. Тройная схема (ИПП - капсулы. Рабепразол 20 мг 1 раз утром за 30-60 мин до еды, натощак. АБ - таблетки. Кларитромицин 500 мг 2 раза в день + таблетки. Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. 14 дней!). При непереносимости - Четырёхкомпонентная схема (ИПП, таблетки. Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в день, таблетки. Тетрациклин 500 мг 4 раза в день, таблетки. Метронидазол 500 мг 3 раза в день). Препараты Висмута трикалия дицитрат можно добавить к тройной схеме. При эрозиях слизистой ИПП лучше принимать 4-6 недель. 2. Пробиотики (например, капсулы. Аципол 3-4 раза в день). 3. Прокинетики (для стимуляции моторики ЖКТ) - таблетки. Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день до еды (до 8 недель) или таблетки. Тримебутин 200 мг 3 раза в день (2-4 недели). 4. Симптоматическая терапия по показаниям (например, таблетки. Гастал по 1-2 таблетки. через час после еды и перед сном 4-6 раз в день). 5. Контроль ФГДС после окончания планового лечения.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

9

Пациент 45 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела нормальная. Миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопрос:

1. Необходим ли эндоскопический контроль после лечения? Если да, то через какое время?

Да. Контроль ФГДС после окончания планового лечения (через 1-1,5 мес).



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

10

Пациент 45 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела нормальная. Миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопрос:

1. Сроки и содержание диспансерного наблюдения для данного пациента?

Диспансерное наблюдение не реже 1 раза в год. Цель - отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. В течении 5 лет с момента последнего обострения. Прием-врача гастроэнтеролога по медицинским показаниям.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11

Этиология (типичные возбудители) внебольничной пневмонии?

Самый частый возбудитель - *S.pneumoniae*. *K. pneumoniae* и *E.coli* у пациентов с СД, ХСН, циррозом печени. *P. aeruginosa* у пациентов с бронхоэктазами и длительным применением ГКС. Помимо бактерии, ВП могут вызвать респираторные вирусы. Иногда может быть смешанная инфекция.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

12

Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий: показания для назначения по шкале CHA2DS2Vasc для мужчин и женщин?

Согласно шкале риска инсульта женский пол является дополнительным фактором риска (1 б). 2 и более баллов по шкале - высокий риск (непрямые коагулянты), 1 бал - промежуточный риск (антикоагулянты или антиагреганты). 0 баллов - низкий риск (антиагреганты).



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

13

Этиология хронической болезни почек (наиболее часто встречающиеся заболевания, приводящие к ХБП)?

Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, амилоидоз почек, диабетический гломерулонефрит, гипертоническая болезнь, поликистоз почек, МКБ, дислипидемия и другие заболевания.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

14

Критерии ортостатической гипотензии

Снижение систолического и диастолического АД на 20/10 мм рт ст и более в течение трех минут после перехода из горизонтального в вертикальное положение. Формы: 1. Гиперадренергическая - выраженное повышение ЧСС на 20-39 в мин. 2. Гипоадренергическая - ЧСС не изменяется.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

15

Целевой уровень ЛПНП у пациента, перенесшего инфаркт миокарда (с рекаскуляризацией) и инсульт в течение 1,5 лет

Менее 1,0 ммоль/л.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

16

Целевой уровень ЛПНП для пациента, имеющего СД 2 типа с поражением органов-мишеней (ХБП с СКФ менее 60 мл/мин, например)?

Менее 1,4 ммоль/л.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

Какой антикоагулянт Вы назначите пациенту с фибрилляцией предсердий и ХБП с СКФ 10 мл/мин?

Варфарин (целевое значение МНО 2,0-3,0).



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

Перечислите рациональные комбинации групп пероральных сахароснижающих препаратов для пациентов с СД 2 типа

1. Мет+иДПП-4. 2. Мет+аГПП-1. 3. Мет+СМ или Глинид.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Перечислите запрещенные лекарственные препараты для пациентов с ХСН с низкой фракцией выброса ЛЖ

Применяют для лечения - иАПД, АРА, АРНИ (валсартан+сакубитрил), БАБ, Ивабрадин, антагонисты минералокортикоидных рецепторов.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

Перечислите признаки средне-тяжелого течения COVID-19

Лихорадка выше 38,5. ЧДД более 22. Одышка при ФН. Пневмония. Сатурация менее 95%. СРБ более 10 мг/л.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0