

Терапия (вариант 3, диагностическое тестирование)

Результат #198550002

Дата завершения: 30.05.2023 13:15

Потрачено времени: 02:02:50

1

Антигипертензивные препараты, назначение которых следует избегать при гастро-эзофагеальной рефлюксной болезни:

- антагонисты кальция
- диуретики
- бета-блокаторы
- ингибиторы АПФ



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

Правильный ответ:

антагонисты кальция

2

Объективным критерием положительной ВЭМ-пробы является:

- горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более
- частая желудочковая экстрасистолия
- инверсия зубца T



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

К проявлениям бронхиальной обструкции не относится:

- сухие свистящие хрипы
- затруднение отделения мокроты
- инспираторная одышка
- экспираторная одышка
- надсадный кашель



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Быстрое накопление жидкости в плевральной полости - типичный признак:

- мезотелиомы плевры
- хронической сердечной недостаточности
- аденокарциномы бронха
- туберкулеза легких



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

Зернистые цилиндры - это:

- разрушенные клетки почечных канальцев на гиалиновых цилиндрах
- слущенный эпителий почечных канальцев
- эритроциты, наслоившиеся на гиалиновые цилиндры



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

6

Пациент 52 лет обратился по поводу периодических болей в суставах ног.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад впервые перенёс артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, сопровождавшийся резкой отёчностью области сустава, гиперемией и очень выраженной болезненностью, а также повышением температуры тела до 38°C. Артрит продолжался трое суток и регрессировал самопроизвольно. В дальнейшем 1-2 раза в год отмечал рецидивы артрита, при этом поражались I плюсне-фаланговый, голеностопные суставы, однократно- левый коленный сустав. Каждый случай артрита продолжался 3-7 дней. Пациент отметил, что развитие приступов провоцируется обильным приёмом алкоголя. Обратился за медицинской помощью, так как за последний год продолжительность приступов увеличилась до 2-3 недель.

При осмотре (вне обострения) признаков суставного воспаления не выявлено. Пациент повышенного питания, имеется гиперемия кожи лица. При осмотре ушных раковин обнаружено два плотных белых узелка, расположенных подкожно.

АД 160/100 мм рт ст. В анамнезе - мочекаменная болезнь, два приступа почечной колики за последние 5 лет.

По данным исследований: общий анализ крови – без патологии. В общем анализе мочи выявлено большое количество солей, лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок 0,3 г/л.

УЗИ почек: конкремент 7 мм в чашечно-лоханочной системе правой почки, в левой- микроуролитиаз. Рентгенография суставов стоп: сужение суставной щели плюсне-фаланговых суставов, в головке левой первой плюсневой кости имеется кистовидное просветление с чёткими контурами.

Вопрос:

1. Предварительный диагноз?

Хронический подагрический полиартрит, стадия ремиссии с преимущественным поражением I плюсне-фалангового сустава правой стопы, голеностопные, левый коленный сустав, с наличием периферических тофусов в области ушных раковин, II рентгенологическая стадия. МКБ. Конкременты правой почки, микроуролитиаз левой почки.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 52 лет обратился по поводу периодических болей в суставах ног.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад впервые перенёс артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, сопровождавшийся резкой отёчностью области сустава, гиперемией и очень выраженной болезненностью, а также повышением температуры тела до 38°C. Артрит продолжался трое суток и регрессировал самопроизвольно. В дальнейшем 1-2 раза в год отмечал рецидивы артрита, при этом поражались I плюсне-фаланговый, голеностопные суставы, однократно- левый коленный сустав. Каждый случай артрита продолжался 3-7 дней. Пациент отметил, что развитие приступов провоцируется обильным приёмом алкоголя. Обратился за медицинской помощью, так как за последний год продолжительность приступов увеличилась до 2-3 недель.

При осмотре (вне обострения) признаков суставного воспаления не выявлено. Пациент повышенного питания, имеется гиперемия кожи лица. При осмотре ушных раковин обнаружено два плотных белых узелка, расположенных подкожно.

АД 160/100 мм рт ст. В анамнезе - мочекаменная болезнь, два приступа почечной колики за последние 5 лет.

По данным исследований: общий анализ крови – без патологии. В общем анализе мочи выявлено большое количество солей, лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок 0,3 г/л.

УЗИ почек: конкремент 7 мм в чашечно-лоханочной системе правой почки, в левой- микроуролитиаз. Рентгенография суставов стоп: сужение суставной щели плюсне-фаланговых суставов, в головке левой первой плюсневой кости имеется кистовидное просветление с чёткими контурами.

Вопрос:

1. План дообследования, в т.ч. по поводу коморбидной патологии у данного пациента?

1. Сбор анамнеза;
2. Физикально: антропометрия (ИМТ, измерение окружности талии), пальпация и аускультация периферических артерий, измерение пульса, измерение АД на двух руках с разницей в 2 мин трижды с правильным подбором манжеты.
2. Лаб-но: ОАК, ОАМ, БХ крови (мочевая кислота, общий белок, белковые фракции, сиаловые кислоты, СРБ, мочевины, креатинин, АлТ, АсТ, билирубин,липидный профиль, общий холестерин, ТГ, глюкоза, альбумины), проба Реберга и Зимницкого, СКФ (расчет СКD-EPI), ревматоидный фактор.
3. Диагностическая пункция сустава с последующей поляризационной микроскопией на наличие кристаллов МУН.
4. Инстр-но: ЭКГ, дуплекс брахиоцефальных артерий, контроль УЗИ почек + дуплекс почечных артерий; исследование глазного дна; КТ суставов



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 52 лет обратился по поводу периодических болей в суставах ног.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад впервые перенёс артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, сопровождавшийся резкой отёчностью области сустава, гиперемией и очень выраженной болезненностью, а также повышением температуры тела до 38°C. Артрит продолжался трое суток и регрессировал самопроизвольно. В дальнейшем 1-2 раза в год отмечал рецидивы артрита, при этом поражались I плюсне-фаланговый, голеностопные суставы, однократно- левый коленный сустав. Каждый случай артрита продолжался 3-7 дней. Пациент отметил, что развитие приступов провоцируется обильным приёмом алкоголя. Обратился за медицинской помощью, так как за последний год продолжительность приступов увеличилась до 2-3 недель.

При осмотре (вне обострения) признаков суставного воспаления не выявлено. Пациент повышенного питания, имеется гиперемия кожи лица. При осмотре ушных раковин обнаружено два плотных белых узелка, расположенных подкожно.

АД 160/100 мм рт ст. В анамнезе - мочекаменная болезнь, два приступа почечной колики за последние 5 лет.

По данным исследований: общий анализ крови – без патологии. В общем анализе мочи выявлено большое количество солей, лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок 0,3 г/л.

УЗИ почек: конкремент 7 мм в чашечно-лоханочной системе правой почки, в левой- микроуролитиаз. Рентгенография суставов стоп: сужение суставной щели плюсне-фаланговых суставов, в головке левой первой плюсневой кости имеется кистовидное просветление с чёткими контурами.

Вопрос:

1. План немедикаментозной и медикаментозной терапии основного заболевания?

1. Диета с ограничением пуринов животного происхождения, отказ от алкоголя и курения + обучение больного
2. НПВС и/или колхицин (начало с низких доз с последующим титрованием: 1,5мг первый день)
3. ГКС при отсутствии противопоказаний, для купирования артрита (преднизолон 30 мг в течение 3-5дней с постепенной отменой за 10-14д)
4. Если ГКС нельзя или не эффективны, то ингибитор ИЛ-1 (канакинумаб)
5. Уратснижающая терапия (аллопуринол 50 мг ежедневно)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 52 лет обратился по поводу периодических болей в суставах ног.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад впервые перенёс артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, сопровождавшийся резкой отёчностью области сустава, гиперемией и очень выраженной болезненностью, а также повышением температуры тела до 38°C. Артрит продолжался трое суток и регрессировал самопроизвольно. В дальнейшем 1-2 раза в год отмечал рецидивы артрита, при этом поражались I плюсне-фаланговый, голеностопные суставы, однократно- левый коленный сустав. Каждый случай артрита продолжался 3-7 дней. Пациент отметил, что развитие приступов провоцируется обильным приёмом алкоголя. Обратился за медицинской помощью, так как за последний год продолжительность приступов увеличилась до 2-3 недель.

При осмотре (вне обострения) признаков суставного воспаления не выявлено. Пациент повышенного питания, имеется гиперемия кожи лица. При осмотре ушных раковин обнаружено два плотных белых узелка, расположенных подкожно.

АД 160/100 мм рт ст. В анамнезе - мочекаменная болезнь, два приступа почечной колики за последние 5 лет.

По данным исследований: общий анализ крови – без патологии. В общем анализе мочи выявлено большое количество солей, лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок 0,3 г/л.

УЗИ почек: конкремент 7 мм в чашечно-лоханочной системе правой почки, в левой- микроуролитиаз. Рентгенография суставов стоп: сужение суставной щели плюсне-фаланговых суставов, в головке левой первой плюсневой кости имеется кистовидное просветление с чёткими контурами.

Вопрос:

1. План немедикаментозной и медикаментозной терапии коморбидной патологии?

1. Изменения образа жизни, диета (ограничение соли , меньше 5 г/с)
2. Рамиприл 25 мг 1р + амлодипин 2,5 мг+ торасемид 2,5 мг
3. Консультация уролога по поводу МКБ



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

10

Пациент 52 лет обратился по поводу периодических болей в суставах ног.

Из анамнеза известно, что 12 лет назад впервые перенёс артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, сопровождавшийся резкой отёчностью области сустава, гиперемией и очень выраженной болезненностью, а также повышением температуры тела до 38°C. Артрит продолжался трое суток и регрессировал самопроизвольно. В дальнейшем 1-2 раза в год отмечал рецидивы артрита, при этом поражались I плюсне-фаланговый, голеностопные суставы, однократно- левый коленный сустав. Каждый случай артрита продолжался 3-7 дней. Пациент отметил, что развитие приступов провоцируется обильным приёмом алкоголя. Обратился за медицинской помощью, так как за последний год продолжительность приступов увеличилась до 2-3 недель.

При осмотре (вне обострения) признаков суставного воспаления не выявлено. Пациент повышенного питания, имеется гиперемия кожи лица. При осмотре ушных раковин обнаружено два плотных белых узелка, расположенных подкожно.

АД 160/100 мм рт ст. В анамнезе - мочекаменная болезнь, два приступа почечной колики за последние 5 лет.

По данным исследований: общий анализ крови – без патологии. В общем анализе мочи выявлено большое количество солей, лейкоциты 3-4 в поле зрения, белок 0,3 г/л.

УЗИ почек: конкремент 7 мм в чашечно-лоханочной системе правой почки, в левой- микроуролитиаз. Рентгенография суставов стоп: сужение суставной щели плюсне-фаланговых суставов, в головке левой первой плюсневой кости имеется кистовидное просветление с чёткими контурами.

Вопрос:

1. Основные задачи по снижению сердечно-сосудистого риска у данного пациента?

Раннее выявление и лечение заболевания; нормализация образа жизни



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании.

Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма нитроглицерина. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, аспирин и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём статинов.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову 11х9х8 см, селезёнки 6х4 см. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, MCH - 22пг, MCHC– 300 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; Rl> RII> RIII, в I, aVL, V1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопрос:

1. Предварительный диагноз?

Язвенная болезнь желудка и ДПК, хроническая форма, рецидивирующее течение.
ИБС. Инфаркт миокарда. Стентирование (2023г)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании.

Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма нитроглицерина, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, аспирин и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём статинов.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову 11х9х8 см, селезёнки 6х4 см. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC– 300 g/l, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; Rl> RII> RIII, в I, aVL, V1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопрос:

1. План дообследования?

1. Сбор анамнеза
2. Лаб-но: ОАК развернутый (гемоглобин, Эр., Тр., гематокрит), ОАМ, БХ крови (Алт, АсТ, креатинин, сахар, липидный профиль, ТГ,); кал на скрытую кровь, жыхательный уреазный тест
3. Инс-но: ФГДС с биопсией, рентген. с контрастированием желудка, внутрижелудочная рН метрия



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании.

Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма нощпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, аспирин и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём статинов.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову 11х9х8 см, селезёнки 6х4 см. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC– 300 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; R I > R II > R III, в I, aVL, V1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопрос:

1. План медикаментозной терапии основного заболевания, по поводу которого пациент обратился в настоящее время?

Диета (искл. жирную пищу, алкоголь.)

1. Маалокс

2. Ранитидин 150 мг утром 150 вечером

3. Антихеликобактер. терапия: Омепразол 20мг 2р\, Кларитромицин 500 мг 2р\д , амоксициллин 1000 2р\д тетрациклин 500 мг 2р\д



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании.

Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма нощпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, аспирин и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём статинов.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову 11х9х8 см, селезёнки 6х4 см. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC– 300 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; R I > R II > R III, в I, aVL, V1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопрос:

1. Объем и сроки диспансерного наблюдения?

1p\г врачом-терапевтом, гастроэнтерологом

Первый год: ФГДС 1p\г, рентген желудка, УЗИ ОБП, ОАК 1p\г, БХ крови (аст, алт, билирубин, белок, амилаза), ЭКГ

Последующие годы: ФГДС с биопсией, рентген желудка, УЗИ ОБП, ОАК, ОАМ, БХ крови по показаниям



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

15

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании.

Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитраминта и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма ношпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенёс инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, аспирин и клопидогрел, последние 5 месяцев прекратил приём статинов.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м², кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову 11х9х8 см, селезёнки 6х4 см. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты $3,11 \times 10^{12}/л$, Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC– 300 г/л, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. СОЭ 8 мм/час. Общий холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; R I > R II > R III, в I, aVL, V1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопрос:

1. План медикаментозной терапии сопутствующих заболеваний?

1. Бисопролол 10 мг\с
2. Амлодипин 5 мг 1р\с
Рамиприл 2,5 мг 1с
3. Гиполипидемическая терапия: Розовостатин 20мг вечером
4. Антиагрегантная терапия: АСК 75 мг+ клопидогрел 75мг + ривароксабан 2,5мг 1р\д



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

16

Лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие лекарственные поражения печени?

Амоксициллин+ клавулановая к-то, изониазид, диклофенак, инфлексимаб, ибупрофен



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

СД 2 типа: критерии диагноза согласно современным рекомендациям

Глюкоза натощак больше 6,1; через 2 ч. после ПГТТ больше или равно 11,1, случайное определение больше или равно 11,1



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

Алгоритм диагностики внебольничной пневмонии согласно современным клин.рекомендациям (перечислить обязательные диагностические методы и тесты)

Рентгенологически подтвержденная инфильтрация легочной ткани
ОАК, БХ крови(мочевина, креатинин, Na К, хлориды, АсТ, АлТ, билирубин, глюкоза . альбумин) , СРБ, ПКТ, коагулограмми
Торакоцентез с отпределением белка и цитологией
Исследование кислотно-основного состояния крови
Культуральное исследование мокроты, а также мазок на вирусы (ПЦР), экспресс тест на пневмококк
обзорная рентген. ОГК, КТ , УЗИ



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Целевые уровни АД для лиц моложе 65 лет с ХБП согласно современным клиническим рекомендациям

САД 130-139 мм.рт.ст
ДАД меньше 80



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

Перечислите препараты и их дозы, применяемые для контроля частоты сокращений желудочков при фибрилляции предсердий. Укажите их возможные комбинации

БАБ: бисопролол 1,25-20мг\с в 1-2 приема/ карведилол 3,125-50 мг 1-2р\с
БКК: верапамил 40-120 мг 3р\д, дилтиазем 60мг 3р\д
Серд.гликозиды: дигоксин 0,125-0,5 1р\д
Если ФВ больше 40 то БАБ или верапамил при неэффективности + дигоксин тлт заменить баб на верапамил, принеэффект.
абляция ав соединения
Если ФВ меньше 40 то дигоксин или баб с малых доз, при неэффективности + амиадарон



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0