

Терапия (вариант 3, диагностическое тестирование)

Результат #198556667

Дата завершения: 30.05.2023 14:25

Потрачено времени: 01:17:06

1

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

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

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:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Быстрое накопление жидкости в плевральной полости - типичный признак:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

Зернистые цилиндры - это:

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



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?

Подагра, хронический артрит 1 плюсне-фалангового сустава справа. Мочекаменная болезнь, конкременты правой почки, почечная колика.



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?

ОАК, СОЭ, ОАМ+ исследование уровня мочевой кислоты в суточной моче, БХ исследование (мочевина, креатинин, мочевая кислота, билирубин, АЛТ, АСТ), коагулограмма, определение чувствительности к антибиотикам

РФ

ЭКГ, ЭхоКГ

УЗИ пораженных суставов+ рентгенография

УЗИ почек и мочевого пузыря, КТ почек и верхних мочевыводящих путей, обзорная рентгенография мочевыделительной системы



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?

уменьшение веса (при ожирении), малопуриновая диета, отказ приема алкоголя

Для лечения подагры применяют НПВП (нимесулид 100 мг 2 р/сут), колхицин (0.5 мг 3 р/д)

Аллопуринол назначают при стойкой гиперурикемии более 800(муж) жен-более 600, при частоте острых артритов более 2-3 в год, при тофусах, при уратной нефропатии (50-100 мг/сут)

МКБ: в зависимости от размеров камней (если от 5-10 мм и нет показаний для хирургического лечения - тамсулозин 0.4 мг 1 р/д)



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?

МКБ: при наличии инфекции мочевыделительной системы - антибиотикотерапия (с учетом антибиотикочувствительности)
НПВС: дротаверин 2 мл в/м
Тамсулозин 0.4 мг 1р/д



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?

Для снижения сердечно-сосудистого риска не стоит назначать ибупрофен в качестве НПВС (увеличивает риск ССО)
необходимо снижение массы тела, отказ от приема алкоголя
контроль уровня мочевой кислоты, ХС, ЛПНП, креатинина, расчет СКФ и контроль за тяжестью заболевания
также аллопуринол, тиазидные диуретики, альфа-адреноблокаторы способны понижать вероятность возникновения инфаркта и других осложнений у пациентов с МКБ



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, 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. Предварительный диагноз?

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фаза обострения. Анемия легкой степени тяжести. ИБС, ПИКС (Перенесенный ИМ от 21г.)



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. 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. План дообследования?

ОАК, ОАМ, БХ крови (АЛТ, АСТ, ХС, ЛПНП, ТГ, Креатинин, мочевины, билирубин)
Рн метрия, Гастрин в сыворотке крови, дыхательный уреазный тест
ЭГДС, Ректороманоскопия, УЗИ ОБП, КТ
ЭхоКГ, ЭКГ
Липидный кабинет (самостоятельная отмена статинов)



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 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; R1> RII> RIII, 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?

Диетотерапия (ограничение соли, жирной, острой пищи), отказ от алкоголя, курения

ИПП: пантопразол 20 мг 2р/д, алмагель при изжоге

При наличии H.Pylori (пантопразол 20 мг 2 р/д + 1000 мг 2р/д амоксициллин, 500 мг 2 р/д кларитромицин)



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 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; 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?

раз в полгода/год (при ЯБ 12ПК) в течение 5 лет



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 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/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> Rll> Rlll, в I, aVL, V1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

Вопрос:

1. План медикаментозной терапии сопутствующих заболеваний?

Назначение статинов после получения уровня ЛПНП, ХС (аторвастатин 40 мг на ночь) после перенесенного ИМ, уровень ЛПНП должен быть <1.0 (подбираем терапию и смотрим как достигаются целевые значения. если не удастся достичь на монотерапии - добавляем эзетимиб
Аспирин 100 мг, тикагрелор 60 мг 2р/д в течение 36 мес



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие лекарственные поражения печени?

противоопухолевые (метротрексат, циклофосфамид), противосудорожные (вальпроат)
Антибиотики(амоксиклав, рифампицин, тетрациклин, эритромицин)
противотуберкулезные (изониазид)
НПВС (диклофенак, парацетамол)
ГКС, статины
Оральные контрацептивы



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

СД 2 типа: критерии диагноза согласно современным рекомендациям

-гликированный гемоглобин >6.5
-глюкоза плазмы натощак >7 ммоль/л
-глюкоза плазмы через 2 часа после ПГТТ >11 ммоль/л
-глюкоза плазмы при случайно определении, симптомы гипергликемии или метаболической декомпенсации >11 ммоль/л



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

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

Анамнез, жалобы
Физикальное обследование, пульсоксиметрия, оценка голосового дрожания, перкуссия, пальпация, аускультация
ОАК, ОАМ, БХ крови (мочевина, креатинин, уровень хлоридов, АЛТ, АСТ, билирубин, глюкоза, альбумин), СРБ
Цитологическое исследование плевральной жидкости, исследование бикарбонатов
Микробиологическое исследование мокроты, выполнение экспресс-тестов на определение возбудителя
рентгенография ОГК, УЗИ плевральных полостей



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

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

130-139/70-79



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

применяют бета адреноблокаторы(бисопролол 1.25-20 мг в сутки в два приема, метопролол 100-200 мг сут, Пропранолол 10-40 мг 3 р/д)
дигоксин у пациентов со сниженной ФВ ЛЖ <40% (контроль концентрации дигоксина в крови!) 0.125-0.5 1 рд
При нестабильной гемодинамике рекомендуется амиодарон для контроля ЧСС (200 мг р/д)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0