

Терапия (вариант 3, диагностическое тестирование)

Результат #198584800

Дата завершения: 30.05.2023 20:25

Потрачено времени: 01:20:33

1

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

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Объективным критерием положительной ВЭМ-пробы является:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

К проявлениям бронхиальной обструкции не относится:

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



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

Правильный ответ:

инспираторная одышка

4

Быстрое накопление жидкости в плевральной полости - типичный признак:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

Зернистые цилиндры - это:

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



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

Правильный ответ:

разрушенные клетки почечных канальцев на гиалиновых цилиндрах

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?

Основной диагноз: Ревматоидный артрит, развернутая стадия, с системными проявлениями (ревматоидные узелки)
Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II ст. Артериальная гипертензия неконтролируемая, риск 3.
Мочекаменная болезнь



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, БАК, креатинин, мочеви́на, мочева́я кислота, АСТ, АЛТ, общий билирубин, глюкоза, электролиты, СРБ, ревматоидный фактор, ОАМ, рентген ОГК, ЭКГ



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?

Диета, ЛФК

НПВП (диклофенак, ибупрофен, индометацин, кетопрофен, нимесулид, флурбипрофен, этодолак, целекоксиб)

Метотрексат 10 мг/нед, фолиевая кислота 5-10 мг через 24 часа после приема метотрексата



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

9

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?

Диета

Периндоприл 10 мг, Амлодипин 10 мг, Индапамид 2,5 мг



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?

Изменение образа жизни, диета, отказ от алкоголя



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 - 22п/г, 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. Предварительный диагноз?

Основной диагноз: НПВП – ассоциированная гастропатия: эрозивно-язвенное поражение желудка, осложнившееся состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением. Постгеморрагическая анемия легкой степени. Сопутствующий диагноз: ИБС: стабильная стенокардия II ФК, ПИКС по передней стенке и верхушке ЛЖ. Стентирование ЛКА, ПМЖА, ХСН III ФК (NYHA).



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 - 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?

Проведение ФГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из зоны поражения (язвенного дефекта) и стандартных зон биопсии с целью оценки стадии гастрита, уточнения характера поражения слизистой оболочки гастродуоденальной зоны; диагностика наличия инфекции *H. pylori* морфологическим методом, либо выявление антигена *H. pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР. Использование серологического метода нецелесообразно, т. к. неизвестно проводилась ли эрадикационная терапия ЯБ ДПК в прошлом. В соответствии со стандартом оказания медицинской помощи при ЯБЖ и ЯБ ДПК рекомендуется анализ крови биохимический (билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, а также железо сыворотки, общая железосвязывающая способность сыворотки, ферритин), ультразвуковое исследование внутренних органов, иммунохимический анализ кала на скрытую кровь.



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; 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?

Эталоном лечения НПВП - ассоциированных гастропатий является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку желудка. Препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП), используемые в стандартных дозах в острой стадии патологического процесса в гастродуоденальной зоне и в поддерживающих дозах в качестве профилактического средства. Пациенту показана терапия ИПП в постоянном режиме в сочетании с постоянным приемом ДАТТ. В период острых проявлений НПВП-гастропатии в комбинации с ИПП показана терапия гастропротекторами (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель. В случае выявления инфекции *H. pylori* пациенту показана эрадикация инфекции с целью снижения степени риска ульцерогенных воздействий на слизистую оболочку гастродуоденальной зоны при продолжающейся терапии аспирином и клопидогрелом.



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

Вопрос:

1. Объем и сроки диспансерного наблюдения?

Наблюдение проводится 1 раз в 3-6 месяцев



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 медикаментозной терапии сопутствующих заболеваний?

Пациенту показана в постоянном режиме терапия ИБС: помимо ДАТТ рекомендуется прием гиполипидемического средства (Аторвастатина, Розувастатина), селективного б-блокатора (Бисопролола), мочегонного средства (Верошпирона, Торасемида), ингибитора АПФ в связи с наличием симптомов сердечной недостаточности и с учетом уровня артериального давления. В случае выявления сидеропении показана терапия препаратами железа до достижения уровня нормальных значений гемоглобина. Медикаментозная терапия должна проводиться на фоне использования диетотерапии. Показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

16

Лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие лекарственные поражения печени?

НПВП (Диклофенак, Парацетамол), антиретровирусные препараты, противоопухолевые (метотрексат, циклофосфамид), противосудорожные (вальпроат), антибиотики, анестетики, опиоиды.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

СД 2 типа: критерии диагноза согласно современным рекомендациям

глюкоза натощак более 6,1 ммоль/л (цельная капиллярная кровь), более 7,0 ммоль/л (венозная плазма)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

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

ПЦР на ковид-19, рентген ОГК, КТ ОГК, ОАК, БАК, ЭКГ



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

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

130-139/80-89 мм.рт.ст



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

Бета-адреноблокаторы: Карведилол 6,25 мг, 12,5 мг, 25 мг

или

Метопролол тартрат 25 мг, 50 мг, 100 мг

или

Бисопролол 2,5 мг, 5 мг, 10 мг

Недигидропиридиновые антагонисты кальция: Верапамил 40 мг

или

Дилтиазем 90 мг

Сердечные гликозиды: Дигоксин 0,25 мг



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0