

Терапия (вариант 5, диагностическое тестирование)

Результат #198543653

Дата завершения: 30.05.2023 12:19

Потрачено времени: 01:25:13

1

Для установления диагноза II стадии гипертонической болезни необходимо:

- отсутствие поражения органов-мишеней;
- наличие поражения органов-мишеней;
- наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Наиболее частый первый клинический признак ТЭЛА:

- внезапно возникающий цианоз
- акцент 2-го тона над легочной артерией
- немотивированная выраженная внезапно возникающая одышка
- набухание шейных вен



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

Для диагностики ревматоидного артрита наиболее важным из лабораторных показателей является:

- повышение уровня α_2 -глобулина
- наличие в сыворотке крови АЦЦП
- повышение СОЭ
- повышение С-реактивного белка в сыворотке крови



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Для оценки суммарного сердечно-сосудистого риска используется шкала:

- SCORE
- CHA2DS2Vasc
- CRUSADE
- GRACE
- SCORE-2



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

К хроническим неинфекционным заболеваниям, являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ не относятся:

- болезни системы кровообращения
- болезни почек и мочевыводящих путей
- ХОБЛ
- злокачественные новообразования



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

6

Врач-терапевт вызван для осмотра пациента 46 лет в травматологическое отделение в связи с резким ухудшением состояния — появлением чувства нехватки воздуха при дыхании, сжимающими интенсивными болями в грудной клетке без иррадиации. При этом отмечает «потемнение» в глазах, холодный липкий пот.

Больной 10 дней назад получил автотравму - закрытый оскольчатый перелом в средней трети обеих бедренных костей. Был оперирован — металлоостеосинтез и репозиция костных фрагментов бедренных костей.

Сегодня, при попытке подтянуть туловище в кровати в положении сидя, почувствовал резкое ухудшение самочувствия с выше описанными жалобами.

При осмотре пациента врачом отмечен цианоз кожных покровов верхних отделов туловища, профузный холодный пот, дыхание поверхностное (ЧД 40 в 1 мин), затруднен вдох. АД 75/30 мм рт.ст., SpO2- 76%, ЧСС-128 уд/мин. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахиаритмия, акцент 2-го тона над легочной артерией.

На ЭКГ- синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, феномен S1-Q3, феномен P-pulmonale, S-тип ЭКГ, диффузные изменения миокарда ЛЖ.

Вопрос:

Предварительный диагноз?

ТЭЛА



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

7

Врач-терапевт вызван для осмотра пациента 46 лет в травматологическое отделение в связи с резким ухудшением состояния — появлением чувства нехватки воздуха при дыхании, сжимающими интенсивными болями в грудной клетке без иррадиации. При этом отмечает «потемнение» в глазах, холодный липкий пот.

Больной 10 дней назад получил автотравму - закрытый оскольчатый перелом в средней трети обеих бедренных костей. Был оперирован — металлоостеосинтез и репозиция костных фрагментов бедренных костей.

Сегодня, при попытке подтянуть туловище в кровати в положении сидя, почувствовал резкое ухудшение самочувствия с выше описанными жалобами.

При осмотре пациента врачом отмечен цианоз кожных покровов верхних отделов туловища, профузный холодный пот, дыхание поверхностное (ЧД 40 в 1 мин), затруднен вдох. АД 75/30 мм рт.ст., SpO₂- 76%, ЧСС-128 уд/мин. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, акцент 2-го тона над легочной артерией.

На ЭКГ- синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, феномен S1-Q3, феномен P-pulmonale, S-тип ЭКГ, диффузные изменения миокарда ЛЖ.

Вопрос:

План дообследования?

Д-димер, ЭХО-КГ, КТ-ангиопульмонография



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

8

Врач-терапевт вызван для осмотра пациента 46 лет в травматологическое отделение в связи с резким ухудшением состояния — появлением чувства нехватки воздуха при дыхании, сжимающими интенсивными болями в грудной клетке без иррадиации. При этом отмечает «потемнение» в глазах, холодный липкий пот.

Больной 10 дней назад получил автотравму - закрытый оскольчатый перелом в средней трети обеих бедренных костей. Был оперирован — металлоостеосинтез и репозиция костных фрагментов бедренных костей.

Сегодня, при попытке подтянуть туловище в кровати в положении сидя, почувствовал резкое ухудшение самочувствия с выше описанными жалобами.

При осмотре пациента врачом отмечен цианоз кожных покровов верхних отделов туловища, профузный холодный пот, дыхание поверхностное (ЧД 40 в 1 мин), затруднен вдох. АД 75/30 мм рт.ст., SpO₂- 76%, ЧСС-128 уд/мин. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, акцент 2-го тона над легочной артерией.

На ЭКГ- синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, феномен S1-Q3, феномен P-pulmonale, S-тип ЭКГ, диффузные изменения миокарда ЛЖ.

Вопрос:

Тактика терапии?

Оксигенотерапия, стрептокиназа 250000 ЕД за 30 мин, затем инфузия 100000 ЕД в течение 12-24 часов, норадреналин 0,2-1 мкг/кг/мин



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

9

Врач-терапевт вызван для осмотра пациента 46 лет в травматологическое отделение в связи с резким ухудшением состояния — появлением чувства нехватки воздуха при дыхании, сжимающими интенсивными болями в грудной клетке без иррадиации. При этом отмечает «потемнение» в глазах, холодный липкий пот.

Больной 10 дней назад получил автотравму - закрытый оскольчатый перелом в средней трети обеих бедренных костей. Был оперирован — металлоостеосинтез и репозиция костных фрагментов бедренных костей.

Сегодня, при попытке подтянуть туловище в кровати в положении сидя, почувствовал резкое ухудшение самочувствия с выше описанными жалобами.

При осмотре пациента врачом отмечен цианоз кожных покровов верхних отделов туловища, профузный холодный пот, дыхание поверхностное (ЧД 40 в 1 мин), затруднен вдох. АД 75/30 мм рт.ст., SpO₂- 76%, ЧСС-128 уд/мин. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, акцент 2-го тона над легочной артерией.

На ЭКГ- синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, феномен S1-Q3, феномен P-pulmonale, S-тип ЭКГ, диффузные изменения миокарда ЛЖ.

Вопрос:

Терапия после выписки из стационара? Препараты, дозы, длительность назначения

Дабигатран 150 мг 2 раза/сут или ривароксабан 20 мг 1 раз/сут 3 месяца, может быть продлен до 6 месяцев



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

10

Врач-терапевт вызван для осмотра пациента 46 лет в травматологическое отделение в связи с резким ухудшением состояния — появлением чувства нехватки воздуха при дыхании, сжимающими интенсивными болями в грудной клетке без иррадиации. При этом отмечает «потемнение» в глазах, холодный липкий пот.

Больной 10 дней назад получил автотравму - закрытый оскольчатый перелом в средней трети обеих бедренных костей. Был оперирован — металлоостеосинтез и репозиция костных фрагментов бедренных костей.

Сегодня, при попытке подтянуть туловище в кровати в положении сидя, почувствовал резкое ухудшение самочувствия с выше описанными жалобами.

При осмотре пациента врачом отмечен цианоз кожных покровов верхних отделов туловища, профузный холодный пот, дыхание поверхностное (ЧД 40 в 1 мин), затруднен вдох. АД 75/30 мм рт.ст., SpO₂- 76%, ЧСС-128 уд/мин. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия, акцент 2-го тона над легочной артерией.

На ЭКГ- синусовая тахикардия, отклонение ЭОС вправо, феномен S1-Q3, феномен P-pulmonale, S-тип ЭКГ, диффузные изменения миокарда ЛЖ.

Вопрос:

Возможные осложнения данного заболевания и методы их диагностики?

Хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия (вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких, мскт-ангиопульмонография)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11

Пациентка 35 лет, обратилась к терапевту в связи с участвовавшими приступами удушья и сухого кашля. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой. Сама пациентка болеет с детства (с 10 лет), когда впервые возникли приступы, непостоянно в периоды обострения болезни использовала по потребности ингаляционные аэрозоли сальбутамола или беротека. В возрасте 15 лет была обследована у аллерголога, у больной была выявлена аллергическая гиперчувствительность к пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. По данным осмотра ЛОР-врачом выявлена полипозная риносинусопатия. В последние дни возросла частота приступов резко затрудненного дыхания до 6-8 раз в сутки, в т.ч. в ночные часы (связывает с началом цветения аллергенных растений).

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, голосовая фонация изменена (осиплость голоса). Зев не гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин., SpO₂-98%, ЧСС-100 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Перкуторно — над легкими звук ясный легочный. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, выслушиваются рассеянные сухие свистящие. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Спирометрический бронходилатационный тест: ОФВ₁ (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ₁ - 73% от должн.

Вопрос:

Предварительный диагноз?

Бронхиальная астма аллергическая форма, средней степени тяжести, обострение. Риносинусит полипозный.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

12

Пациентка 35 лет, обратилась к терапевту в связи с участвовавшими приступами удушья и сухого кашля. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой. Сама пациентка болеет с детства (с 10 лет), когда впервые возникли приступы, непостоянно в периоды обострения болезни использовала по потребности ингаляционные аэрозоли сальбутамола или беротека. В возрасте 15 лет была обследована у аллерголога, у больной была выявлена аллергическая гиперчувствительность к пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. По данным осмотра ЛОР-врачом выявлена полипозная риносинусопатия. В последние дни возросла частота приступов резко затрудненного дыхания до 6-8 раз в сутки, в т.ч. в ночные часы (связывает с началом цветения аллергенных растений).

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, голосовая фонация изменена (осиплость голоса). Зев не гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин., SpO₂-98%, ЧСС-100 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Перкуторно — над легкими звук ясный легочный. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, выслушиваются рассеянные сухие свистящие. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Спирометрический бронходилатационный тест: ОФВ₁ (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ₁ - 73% от должн.

Вопрос:

Тактика дообследования согласно клиническим рекомендациям?

ОАК, уровень общего IgE



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

13

Пациентка 35 лет, обратилась к терапевту в связи с участвовавшими приступами удушья и сухого кашля. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой. Сама пациентка болеет с детства (с 10 лет), когда впервые возникли приступы, непостоянно в периоды обострения болезни использовала по потребности ингаляционные аэрозоли сальбутамола или беротека. В возрасте 15 лет была обследована у аллерголога, у больной была выявлена аллергическая гиперчувствительность к пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. По данным осмотра ЛОР-врачом выявлена полипозная риносинусопатия. В последние дни возросла частота приступов резко затрудненного дыхания до 6-8 раз в сутки, в т.ч. в ночные часы (связывает с началом цветения аллергенных растений).

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, голосовая фонация изменена (осиплость голоса). Зев не гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин., SpO₂-98%, ЧСС-100 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Перкуторно — над легкими звук ясный легочный. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, выслушиваются рассеянные сухие свистящие. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Спирометрический бронходилатационный тест: ОФВ₁ (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ₁ - 73% от должн.

Вопрос:

Тактика терапии согласно клиническим рекомендациям?

терапия 2 ступени (ежедневно низкие дозы ИГКС: будесонид 200 мкг/сут+ КДБА по потребности - сальбутамол 100 мкг/доза



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

14

Пациентка 35 лет, обратилась к терапевту в связи с участвовавшими приступами удушья и сухого кашля. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой. Сама пациентка болеет с детства (с 10 лет), когда впервые возникли приступы, непостоянно в периоды обострения болезни использовала по потребности ингаляционные аэрозоли сальбутамола или беротека. В возрасте 15 лет была обследована у аллерголога, у больной была выявлена аллергическая гиперчувствительность к пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. По данным осмотра ЛОР-врачом выявлена полипозная риносинусопатия. В последние дни возросла частота приступов резко затрудненного дыхания до 6-8 раз в сутки, в т.ч. в ночные часы (связывает с началом цветения аллергенных растений).

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, голосовая фонация изменена (осиплость голоса). Зев не гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин., SpO₂-98%, ЧСС-100 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Перкуторно — над легкими звук ясный легочный. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, выслушиваются рассеянные сухие свистящие. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Спирометрический бронходилатационный тест: ОФВ₁ (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ₁ - 73% от должн.

Вопрос:

Диспансерное наблюдение (сроки, содержание)?

Осуществляет врач-аллерголог-иммунолог или врач-пульмонолог, врач-терапевт участковый пожизненно, диспансерные осмотр не реже 1 раза в год. Рекомендуется отказ от курения, выполнение элиминационных мероприятий



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

15

Пациентка 35 лет, обратилась к терапевту в связи с учатившимися приступами удушья и сухого кашля. Мать пациентки страдает бронхиальной астмой. Сама пациентка болеет с детства (с 10 лет), когда впервые возникли приступы, непостоянно в периоды обострения болезни использовала по потребности ингаляционные аэрозоли сальбутамола или беротека. В возрасте 15 лет была обследована у аллерголога, у больной была выявлена аллергическая гиперчувствительность к пыльце растений (ольха, береза, полынь), домашней пыли. Дважды в течение жизни были явления отека Квинке. По данным осмотра ЛОР-врачом выявлена полипозная риносинусопатия. В последние дни возросла частота приступов резко затрудненного дыхания до 6-8 раз в сутки, в т.ч. в ночные часы (связывает с началом цветения аллергенных растений).

При осмотре — состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, ринорея, тремор пальцев рук. Дыхание через нос затруднено, голосовая фонация изменена (осиплость голоса). Зев не гиперемирован, глотание не затруднено. ЧД 20 в 1 мин., SpO₂-98%, ЧСС-100 уд/мин., АД 115/85 мм рт.ст. Перкуторно — над легкими звук ясный легочный. При аускультации в легких дыхание с жестким компонентом, выслушиваются рассеянные сухие свистящие. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, тахикардия.

Спирометрический бронходилатационный тест: ОФВ₁ (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ₁ - 73% от должн.

Вопрос:

Дайте рекомендации пациентке по выполнению самоконтроля (метод). Какие признаки данного метода будут свидетельствовать об ухудшении контроля над симптомами заболевания?

Количество дневных симптомов, ночные пробуждения из-за БА, потребность в препарате для купирования симптомов чаще 2 раз в неделю, любое ограничение активности из-за БА. Увеличение любого из этих показателей будет свидетельствовать об ухудшении контроля.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

16

Целевое МНО при терапии варфарином для пациента с неклапанной фибрилляцией предсердий?

2,0-3,0



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

Какой уровень АД у пациента 89 лет с синдромом старческой астении является показанием для назначения антигипертензивной терапии?

менее 150/90 мм.рт.ст., при хорошей переносимости - ниже



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

Перечислите препараты и дозы, применяемые в 1 линии эрадикационной терапии *H.pylori* согласно клиническим рекомендациям

Амоксициллин 1000 мг 2 р/сут, кларитромицин 500 мг 2 р/сут, омепразол 20 мг 2 р/сут за 30 мин до еды



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Укажите диагностические критерии хронической болезни почек

Клинические проявления, указывающие на повреждение почек в течение 3 месяцев, СКФ менее 60 мл/мин/1,73м² в течение 3 месяцев и более, наличие признаков необратимых структурных изменений органа.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

Укажите диагностические критерии нарушенной толерантности к глюкозе

глюкоза натощак менее 6,1 в капиллярной крови и мене 7,0 в плазме крови, через 2 часа после ПГТТ - от 7,8 до 11,1



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0