

# Терапия (вариант 5, диагностическое тестирование)

## Результат #198572003

Дата завершения: 30.05.2023 17:24

Потрачено времени: 01:21:13

1

Для установления диагноза II стадии гипертонической болезни необходимо:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Наиболее частый первый клинический признак ТЭЛА:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

Для диагностики ревматоидного артрита наиболее важным из лабораторных показателей является:

- наличие в сыворотке крови АЦЦП
- повышение уровня  $\alpha_2$ -глобулина
- 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:

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



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

Правильный ответ:

SCORE-2

5

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

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



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, 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:

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?

Общий анализ крови, биохимия крови(АЛТ, АСТ, глюкоза, креатинин, билирубин, мочевины, мочевая кислота, Калий, Натрий, Магний, липидный профиль), Д-димер, СРБ, Тропонин I и T, Натрий уретический пептид, лактат плазмы крови, коагулограмма, Рентген ОГК/КТ, Эхо-КГ, Ангиография сосудов легких, ультрасонография сосудов нижних конечностей, Консультация пульмонолога, кардиохирурга, ангиохирурга.



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 — металлостеосинтез 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, Некоммолекулярный Гепарин в/в, Тромболизис (Стрептокиназа 250 000 МЕ за 30 минут, далее по 100 000 МЕ в течение суток, Урокиназа 4400 МЕ/кг за 10 минут, далее 4400 МЕ/кг в час в течение 12-24 часов)/ЭКМО (при подтвержденном диагнозе ТЭЛА)



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 — металлостеосинтез 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

Ривароксабан 20 мг 1 р/сутки или Апиксабан 2,5 или 5 мг 2 р/сутки, Длительность - 3-6 месяцев, с последующей оценкой риска кровотечений и тромботических осложнений для выбора дальнейшей тактики назначения ПОАК.



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., SpO<sub>2</sub>- 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?

Острая ДН и СН(ЭКГ, Эхо-КГ), инфаркт легкого(КТ), пневмония и плевриты(КТ, Рентген), абсцесс легкого(КТ, рентген), пневмоторакс( КТ, рентген ОГК), легочная гипертензия(Эхо-КГ), остановка сердца(ЭКГ), судороги, кома(шкала Глазго), ОПН(УЗИ почек, креатинин крови, мочеваая кислота), внезапная смерть(ЭКГ).



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., SpO<sub>2</sub>-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: ОФВ<sub>1</sub> (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ<sub>1</sub> - 73% от должн.

**Вопрос:**

Предварительный диагноз?

Бронхиальная астма аллергическая форма, средней степени тяжести, неконтролируемая, обострение средней степени тяжести. Полипозная риносинусопатия.



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., SpO<sub>2</sub>-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: ОФВ<sub>1</sub> (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ<sub>1</sub> - 73% от должн.

**Вопрос:**

Тактика дообследования согласно клиническим рекомендациям?

Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови (АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, билирубин, липидный спектр, мочевины, СРБ), опросник по контролю симптомов АСQ-5, тест по контролю АСТ, спирометрия, пикфлоуметрия, исследование уровня общего Ig E, рентген ОГК (для дифф диагностики).



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., SpO<sub>2</sub>-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: ОФВ<sub>1</sub> (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ<sub>1</sub> - 73% от должн.

**Вопрос:**

Тактика терапии согласно клиническим рекомендациям?

Для лечения обострения рекомендовано многократное применение ингаляционных КДБА или КДБА+ипратропия бромид с помощью небулайзера. Преднизолон 40 мг/сутки 1 раз 5-7 дней. Дальнейшее лечение подбирается в соответствии со ступенчатой схемой лечения после купирования обострения: Низкие дозы ИГКС/ДДБА (Будесонид+Формотерол в низких дозах для купирования симптомов).



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., SpO<sub>2</sub>-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: ОФВ<sub>1</sub> (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ<sub>1</sub> - 73% от должн.

Вопрос:

Диспансерное наблюдение (сроки, содержание)?

ОАК, ОАМ, Рентген ОГК, спирография 2 раза в год, аллерголог - 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог 2 раза в год, терапевт 4 раза в год, ЛОР и стоматолог 1 раз в год. Наблюдение пожизненное.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

15

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., SpO<sub>2</sub>-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: ОФВ<sub>1</sub> (исходно) - 48% должн., через 20 минут после ингаляции 2-х доз сальбутамола ОФВ<sub>1</sub> - 73% от должн.

Вопрос:

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

опросник по контролю симптомов астмы (ACQ-5), опросник по контролю над астмой (ACT), пикфлоуметрия. ACQ-5 >1,5 - неконтролируемое течение. ACT <20 баллов - неконтролируемая БА за последние 4 недели.



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?

АД &lt; 150/90 мм.рт.ст.



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

1 вариант: ИПП стандартные дозы + Амоксициллин 1000 мг 2 р/сутки + Кларитромицин 500 мг 2 р/сутки + Висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 р/сутки - 14 дней  
2 вариант: если аллергия к пенициллину ИПП в стандартных дозах + Тетрациклин 500 мг 4 р/сутки + Метронидазол 500 мг 3 р/сутки + Висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/сутки - 14 дней  
3 вариант: ИПП в стандартных дозах + Амоксициллин 1000 мг 2 р/сутки + Кларитромицин 500 мг 2 р/сутки + Метронидазол 500 мг 2 р/сутки - 14 дней



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Укажите диагностические критерии хронической болезни почек

Снижение СКФ < 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> > 3 месяцев, наличие любых клинических маркеров повреждения почек с интервалом не менее 3-х месяцев, любые маркеры необратимых структурных изменений органа выявленные однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации, альбуминурия, анемия.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

Укажите диагностические критерии нарушенной толерантности к глюкозе

Капиллярная кровь: натощак <6,1 ммоль/л, через 2 часа > 7.8 ммоль/л но <11,1 ммоль/л. Венозная кровь: натощак <7.0 ммоль/л, через 2 часа >7.8 ммоль/л но <11,1 ммоль/л.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0