

Терапия (вариант 5, диагностическое тестирование)

Результат #198572650

Дата завершения: 30.05.2023 17:32

Потрачено времени: 01:47:14

1

Для установления диагноза II стадии гипертонической болезни необходимо:

- наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней
- отсутствие поражения органов-мишеней;
- наличие 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
- внезапно возникающий цианоз
- 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:

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



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:

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



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?

Тромбоэмболия легочной артерии. Острая правожелудочковая недостаточность. Тромбофлебит вен бедренных костей? ДН II.



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?

ЭхоКГ у постели больного. КТ легочной артерии с контрастным усилением). Д-димер крови.
Компрессионное УЗ-исследование вен нижних конечностей (источник тромба).



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?

По индексу тяжести пациент относится к V классу (146 баллов) - очень высокий риск смерти.
Начать высокопоточную кислородотерапию через носовую канюлю (возможно ИВЛ).
Раствор Ренгера лактата менее 500 мл в теч. 15-30 мин.
Норэпинефрин 0,2 мкг/кг в мин. Добутамин 2 мкг/кг/мин.
Механическая поддержка кровообращения.
В/в гепарин 80 ЕД/кг (потом фондопаринукс 10 мг 1р/д).
Тромболизис (рТАП 100 мг за 2 ч).



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

Антикоагулянтна терапия 3 месяцев. Апиксабан 2,5 мг 2 р/д или ривароксабан 10 мг 1 р/д.



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?

ХТЭЛГ. МСКТ-ангиопульмонография. Вентиляционно-перфуз. скintiграфия легких



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?

БА аллергического генеза, средней степени тяжести, неконтролируемая. Сезонный аллергический ринит. Риносинусит полипозный, рецидивирующий. Сенсibilизация к аллергенам цветочной пыльцы растений.



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 (эозинофилы), IgE к пыльце растений. Спирометрия (в условии задачи не указана ПСВ)



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?

ИГКС-КДБА по клин. рек.
симбикорд 160/4,5 - ИГКС+ДДБА



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)?

2 раза в год (терапевт, пульмонолог, ЛОР, ОАК, анализ мокроты, флюорография ОГК, спирометрия, аллерголог 1 р/г)



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., 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?

Ухудшение (дневные симптомы чаще 2 раз в неделю, ночное пробуждение из-за БА, потребность в препарате для купирования симптомов чаще 2 раз в неделю, любое ограничение активности из-за БА)



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?

САД более 160 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

ИПП (омепразол 20 мг 2р/д или лансопразол 30 мг 2р/д, лучше по клин. рек. эзомепразол 20 мг 2р/д), кларитромицин 500 мг 2р/д, амоксицилин 1000 мг 2 р/д - тройная терапия.
4-компанентная терапия - все тоже самое + висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 р/д.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Укажите диагностические критерии хронической болезни почек

высокая альбуминурия, изменение мочевого осадка, признаки дисфункции почечных канальцев, структурные изменения почек, гистолог. изм. почек, снижение СКФ менее 60 мл/мин./1,73м2



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

Укажите диагностические критерии нарушенной толерантности к глюкозе

глюкоза крови натощак 6,1 (кап. кровь) ммоль/л, менее 7,0 (вен. кровь),
после 2 ч ПГТТ более 7,8, но менее 11,1 ммоль/л



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0