

# Терапия (вариант 7, диагностическое тестирование)

Результат #198505884

Дата завершения: 30.05.2023 07:49

Потрачено времени: 01:09:55

1

Характерно для апластической анемии:

- снижение кроветворения в костном мозге
- повышение уровня сывороточного железа
- наличие признаков гемобластоза
- сохранение клеточного состава костного мозга
- мегалобластический тип кроветворения



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Наиболее ранний признак билиарного цирроза печени:

- астенический синдром
- печеночная недостаточность
- портальная гипертензия
- диспепсический синдром
- холестаз



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

Правильный ответ:

холестаз

3

При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно

- нормальная
- увеличена
- снижена



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Высокое нормальное АД соответствует уровню:

- 140/90- 159/99 мм.рт.ст
- менее чем 120/80 мм.рт.ст.
- более 180/110 мм.рт.ст.
- 130/85 - 139/89 мм.рт.ст.



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

О пароксизмальной форме фибрилляции предсердий говорят при длительности приступа:

- более 48 часов
- не более 24 часов
- до 7 суток
- более 7 суток



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

6

Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение АД до 170/110 мм рт.ст. в течение полугода, сопровождающееся головными болями, чувством учащенного сердцебиения, мельканием "мушек" перед глазами.

Из анамнеза: АГ около 6 лет, постоянной антигипертензивной терапии не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 170/95; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 130 мг/сутки, в биохимическом анализе крови общий холестерин – 6,9 ммоль/л. Семейный анамнез: мать 79 лет, страдает СД, АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от осложнений ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над клапаном аорты. ЧСС – 92 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность стоп и голеней.

Вопрос:

Предварительный диагноз (сформулировать согласно современным клиническим рекомендациям)?

Гипертоническая болезнь II ст., Артериальная гипертензия неконтролируемая. Гиперлипидемия. Ожирение 2 степени. Альбуминурия высокой степени. Риск 4 (очень высокий). Целевое АД 130-139/<80 мм.рт.ст.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

7

Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение АД до 170/110 мм рт.ст. в течение полугода, сопровождающееся головными болями, чувством учащенного сердцебиения, мельканием "мушек" перед глазами.

Из анамнеза: АГ около 6 лет, постоянной антигипертензивной терапии не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 170/95; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 130 мг/сутки, в биохимическом анализе крови общий холестерин – 6,9 ммоль/л. Семейный анамнез: мать 79 лет, страдает СД, АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от осложнений ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над клапаном аорты. ЧСС – 92 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность стоп и голеней.

Вопрос:

План дообследования (сформулировать согласно современным клиническим рекомендациям)?

1. ОАК, биохимический анализ крови (общий белок, алт, аст, билирубин, глюкоза, креатинин с расчетом СКФ, мочевины, мочевая кислота, липидный спектр-ЛПНП, ЛПВП, ТГ), ОАМ, исследования калия и натрия в крови
2. ЭКГ 12-канальная
3. ЭХО-КГ
4. Дуплексное сканирование БЦА
5. УЗИ ОБП и почек
6. Консультация окулиста с осмотром глазного дна.
7. СМАД



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

8

Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение АД до 170/110 мм рт.ст. в течение полугода, сопровождающееся головными болями, чувством учащенного сердцебиения, мельканием "мушек" перед глазами.

Из анамнеза: АГ около 6 лет, постоянной антигипертензивной терапии не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 170/95; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 130 мг/сутки, в биохимическом анализе крови общий холестерин – 6,9 ммоль/л. Семейный анамнез: мать 79 лет, страдает СД, АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от осложнений ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над клапаном аорты. ЧСС – 92 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность стоп и голеней.

Вопрос:

Немедикаментозная терапия (сформулировать согласно современным клиническим рекомендациям)?

Изменение образа жизни и коррекция факторов риска - диета, физическая активность



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

9

Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение АД до 170/110 мм рт.ст. в течение полугода, сопровождающееся головными болями, чувством учащенного сердцебиения, мельканием "мушек" перед глазами.

Из анамнеза: АГ около 6 лет, постоянной антигипертензивной терапии не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 170/95; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 130 мг/сутки, в биохимическом анализе крови общий холестерин – 6,9 ммоль/л. Семейный анамнез: мать 79 лет, страдает СД, АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от осложнений ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над клапаном аорты. ЧСС – 92 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность стоп и голеней.

Вопрос:

Медикаментозная терапия основного и сопутствующих заболеваний (сформулировать согласно современным клиническим рекомендациям)?

1. Т. телмисартан 40 мг утром
2. Т. Спиринолактон 25 мг утром
3. Т. Бисопролол 5 мг утром
4. Т. Лерканидипин 10 мг вечером
5. Т. Розувастатин 10 мг 1р/д



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

10

Мужчина, 52 лет, обратился к врачу с жалобами на повышение АД до 170/110 мм рт.ст. в течение полугода, сопровождающееся головными болями, чувством учащенного сердцебиения, мельканием "мушек" перед глазами.

Из анамнеза: АГ около 6 лет, постоянной антигипертензивной терапии не принимает. Во время последнего визита к терапевту полгода назад было зарегистрировано АД 170/95; в анализе мочи выявлялась альбуминурия 130 мг/сутки, в биохимическом анализе крови общий холестерин – 6,9 ммоль/л. Семейный анамнез: мать 79 лет, страдает СД, АГ, ИБС, перенесла ИМ; отец умер в 50 лет от осложнений ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 36 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над клапаном аорты. ЧСС – 92 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Пастозность стоп и голеней.

Вопрос:

Диспансерное наблюдение (сроки, содержание, целевые показатели)?

Диспансерное наблюдение 1 раз в 3 месяца: объективный осмотр, измерение АД и ЧСС, регистрация ЭКГ, 1 раз в 6 месяцев-СМАД(по показаниям), ОАК, ОАМ, б/х крови с липидным спектром, ЭХО-КГ.  
Целевые показатели: 130-139/79 мм.рт.ст.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°C. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лако-красочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38°C, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефтриаксон по 1,0 гр 2 раза в сут в/м, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту, сатурация на воздухе 91% Грудная клетка симметрична. Прекурторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см. вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по *lin. parasternalis sinistra*, левая граница по *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9\*8\*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л, эритроциты- $5,27 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $11,2 \times 10^9/л$ ., п/я-7%,с/я -52%, э.-3%,м.- 3%,л-31%. СОЭ-24 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л, фибриноген-9 г/л, холестерин-6,0 ммоль/л, СРБ – 45 мг/л.

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60 - 70/100 клеток; эритроциты - 0; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Исследование ФВД: ЖЕЛ-70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, Р готической формы в отведениях II,III,aVF,V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Депрессия сегмента ST во II,III, aVF и правых грудных отведениях.

Вопрос:

Предварительный диагноз?

Бронхоэктатическая болезнь легких, обострение. ДН1.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°C. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лако-красочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38°C, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефтриаксон по 1,0 гр 2 раза в сут в/м, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту, сатурация на воздухе 91%. Грудная клетка симметрична. Перкуторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см. вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по *lin. parasternalis sinistra*, левая граница по *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9\*8\*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л, эритроциты-5,27x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 11,2x10<sup>9</sup>/л., п/я-7%,с/я -52%, э.- 3%,м.- 3%,л-31%. СОЭ-24 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л, фибриноген-9 г/л, холестерин-6,0 ммоль/л, СРБ – 45 мг/л.

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60 - 70/100 клеток; эритроциты - 0; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Исследование ФВД: ЖЕЛ-70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, Р готической формы в отведениях II,III,aVF,V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Депрессия сегмента ST во II,III, aVF и правых грудных отведениях.

Вопросы:

1. План дообследования (согласно современным клиническим рекомендациям)?
2. О каком патологическом состоянии говорят данные ЭКГ?

1. Рентгенография ОГК, при возможности КТ ОГК, Бронхография, Бронхоскопия
2. Гипертрофия правого предсердия, ишемия миокарда задней стенки



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°C. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лако-красочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38°C, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефтриаксон по 1,0 гр 2 раза в сут в/м, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту, сатурация на воздухе 91% Грудная клетка симметрична. Перкуторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см. вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по *lin. parasternalis sinistra*, левая граница по *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9\*8\*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л, эритроциты- $5,27 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $11,2 \times 10^9$ /л., п/я-7%,с/я -52%, э.-3%,м.-3%,л-31%. СОЭ-24 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л, фибриноген-9 г/л, холестерин-6,0 ммоль/л, СРБ – 45 мг/л.

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60 - 70/100 клеток; эритроциты - 0; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Исследование ФВД: ЖЕЛ-70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, Р готической формы в отведениях II,III,aVF,V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Депрессия сегмента ST во II,III, aVF и правых грудных отведениях.

Вопрос:

План терапии в данный период обострения?

1. Бронхоскопический дренаж
2. Ампициллин 500 мг каждые 6 часов 10 дней
3. Муколитики-ацетилцистеин 200 мг 3р/д
4. Массаж грудиной клетки



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°C. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лако-красочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38°C, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефтриаксон по 1,0 гр 2 раза в сут в/м, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту, сатурация на воздухе 91%. Грудная клетка симметрична. Перкуторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см. вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по *lin. parasternalis sinistra*, левая граница по *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9\*8\*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л, эритроциты- $5,27 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $11,2 \times 10^9$ /л., п/я-7%,с/я -52%, э.-3%,м.-3%,л-31%. СОЭ-24 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л, фибриноген-9 г/л, холестерин-6,0 ммоль/л, СРБ – 45 мг/л.

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60 - 70/100 клеток; эритроциты - 0; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Исследование ФВД: ЖЕЛ-70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, Р готической формы в отведениях II,III,aVF,V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Депрессия сегмента ST во II,III, aVF и правых грудных отведениях.

Вопрос:

Назначьте плановую терапию пациенту.

1. Ипратропия бромид по 2инг 4р/д
2. Сальбутамол по потребности
3. Амброксол 30 мг 2-3 р/д или ингаляции по 2-3 мл 4-14 дней
4. Дыхательная гимнастика
5. Позиционный дренаж
6. Курсами ФТЛ



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0



Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°C. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лако-красочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38°C, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефтриаксон по 1,0 гр 2 раза в сут в/м, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту, сатурация на воздухе 91%. Грудная клетка симметрична. Перкуторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см. вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по lin. parasternalis sinistra, левая граница по lin. medioclavicularis sinistra. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9\*8\*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л, эритроциты-5,27x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 11,2x10<sup>9</sup>/л., п/я-7%,с/я -52%, э.-3%,м.- 3%,л-31%. СОЭ-24 мм/ч

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л, фибриноген-9 г/л, холестерин-6,0 ммоль/л, СРБ – 45 мг/л.

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60 - 70/100 клеток; эритроциты - 0; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Исследование ФВД: ЖЕЛ-70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, Р готической формы в отведениях II,III,aVF,V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Депрессия сегмента ST во II,III, aVF и правых грудных отведениях.

Вопрос:

Тактика диспансерного наблюдения за пациентом (кратность осмотров, объем исследований)?

Терапевт 1 раз в 6 месяцев, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев

Обследование: ОАК, ОАМ, б/х крови, спирометрия, КТ, общий анализ мокроты, пульсоксиметров, тест с 6-минутной пробой, исследование на туберкулез



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Перечислите диагностические критерии функционального расстройства панкреатической порции сфинктера Одди 1 типа

Боль билиарного типа, АЛТ И АСТ более 2х норм при двукратном обследовании, ширина общего желчного протока более 12 мм по данным Узи, задержка выведения желчи более 45 минут по данным эрхпг



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

**Современная классификация фибрилляции предсердий (согласно действующих клинических рекомендаций)**

1. Впервые диагностированная
2. Пароксизмальная
3. Персистирующая
4. Длительно персистирующая
5. Постоянная



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

**Терапия средне-тяжелого течения COVID-19 согласно действующим клиническим рекомендациям (препараты, дозы)**

1. Противовирусная терапия-Умифеновир 200мг 4 р/д
2. Антибиотикотерапия-р-рЦефтриаксон 1.0 2р/д
3. Кислородотерапия по необходимости
4. Симптоматическая терапия: жаропонижающие-Т.Парацетамол 0,5, муколитики-ацетилцистеин 200 мг-3р/д, сосудосуживающие препараты
5. Антикоагулянты-т.Ксарелто 10 мг 1р/д



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

**Медикаментозная терапия диабетической полинейропатии**

1. Т.Берлитион 300 мг по 1таб 2р/д месяц  
Или
2. Р-р Тиоктовой к-ты 600 в/в капельно на 200 мл физ.р-ра 10 дней



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

**Терапия ГЭРБ согласно современным клиническим рекомендациям (классы препаратов, препараты)**

1. Антациды (алюминия фосфат, симетикон, магия гидроксид)
2. Алгинаты (Гевискон)
3. Эзофагопротекторы
4. Прокинетики (итоприда гидрохлорид, тримебутин)
5. ИПП (эзомепразол, рабепразол, пантопразол)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0