

Терапия (вариант 7, диагностическое тестирование)

Результат #198510952

Дата завершения: 30.05.2023 08:22

Потрачено времени: 01:17:47

1

Характерно для апластической анемии:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Наиболее ранний признак билиарного цирроза печени:

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



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

Правильный ответ:

холестаз

3

При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно

- нормальная
- снижена
- увеличена



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Высокое нормальное АД соответствует уровню:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

О пароксизмальной форме фибрилляции предсердий говорят при длительности приступа:

- до 7 суток
- более 48 часов
- не более 24 часов
- 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/м². 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 стадия, АГ 2 степени. Дислипидемия. Ожирение 2 степени. Альбуминурия А2. Риск 3 (высокий).
Целевое АД меньше 130-139/80.



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/м². 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)?

ОАК, ОАМ+МАУ, биохимический анализ крови (креатинин, глюкоза, липидный спектр, АЛТ, АСТ, калий, натрий, мочевиная к-та). ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ БЦА, УЗИ почек, консультация офтальмолога (осмотр глазного дна)



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/м². 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)?

ограничить потребление соли менее 5 г в сутки, ограничить потребление алкоголя менее 14 ед в неделю. Снижение массы тела (5-10 %). Употребление 300-400 г овощей/фруктов, снижение потребления жирной и высокоуглеводной пищи. Аэробные нагрузки 30 мин 5-7 дней в неделю.



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/м². 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)?

Телмисартан 40 мг 1 р/д утром, бисопролол 2,5 мг у р/д, при недостаточном контроле- добавить индапамид 1,5 мг 1 р/д утром длительно, контроль АД 2 р/д
Розувастатин 10 мг, контроль липидного спектра через 2 месяца от начала приема препарата, при недостижении целевых ЛПНП увеличить дозу до 20 мг 1 р/д. Целевое ЛПНП менее 1,8.



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/м². 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)?

ДН неопределенно длительно(пожизненно), 1 раз в 3 месяца. Измерение веса и ИМТ. статус курения, измерение АД, ЧСС, определение креатинина с расчетом СКФ не реже 1 р/год, ЛПНП и альбуминурия в моче не реже 1 р/г, ЭКГ и ЭХОКГ не реже 1 р/г



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?

ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип, категория В, фаза обострения. ДН 2 степени. Хроническое легочное сердце?



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.

Вопросы:

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

CAT тест и mMRC. Рентгенография ОГК, определение газов артериальной крови, БАК посев мокроты с антибиотикочувствительностью.



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?

исключить курение, инг. тиотропиум бромид/олодатерол 2,5/2,5 мкг по 2 вдоха утром, или умеклидиний/вилантрол 55/22 по 1 дозу 1 р/д. Азитромицин 500 мг 1 р/д. Карбоцистеин 2,25 г до достижения эффекта, затем по 1,5 г. Кислородотерапия 1-2 л/мин 15 минут, перерыв 2 часа



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.

базисная терапия: тиотропиум бромид/олодатерол 2.5/2.5 по 2 вдоха утром
или умеклидиний/вилантерол 55/22 1 доза 1 раз в день
или гликопиррония бромид+инактерол 50+110 мкг по 1 дозе 1 р/д



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-5,27x10¹²/л, лейкоциты - 11,2x10⁹/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)?

наблюдение участковым-терапевтом, врачом-пульмонологом по показаниям. 1 р в 6 месяцев. ФВД, сатурация.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Перечислите диагностические критерии функционального расстройства панкреатической порции сфинктера Одди 1 типа

панкреатический тип болей+ уровени амилазы/липызы больше 2х норм в 2х эпизодах
Диаметр протока поджелудочной железы больше 6 мм в головке, больше 5 мм в теле по УЗИ



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

Современная классификация фибрилляции предсердий (согласно действующих клинических рекомендаций)

Впервые диагностированная, пароксизмальная, персистирующая, длительно персистирующая, постоянная



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

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

фавипиравир 1800 мг в сутки 2 р/д 1 день далее по 800 2 р/д, ИНФ-а по инструкции, будесонид 800 мг 2 р/д, парацетамол 500 мг 2-3 р/д , ПАОАК(прим ривароксабан 10 мг 1 р/д до 30 дней)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Медикаментозная терапия диабетической полинейропатии

витамины группы В, альфа-липоевая к-та, актовегин 2000 мг\сут в\в капельно 20 инф,затем 3 табл 3 р\д.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

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

ИПП (рабепразол, эзомепразол),антациды (алюминия фосфат) и алгинаты, эзофагопротекторы (хондроэтина сульфат), прокинетики (итоприда гидрохлорид)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0