

Терапия (вариант 7, диагностическое тестирование)

Результат #198559841

Дата завершения: 30.05.2023 15:00

Потрачено времени: 01:26:26

1

Характерно для апластической анемии:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Наиболее ранний признак билиарного цирроза печени:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно

- снижена
- нормальная
- увеличена



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Высокое нормальное АД соответствует уровню:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

О пароксизмальной форме фибрилляции предсердий говорят при длительности приступа:

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



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 ст. Артериальная гипертензия 2, риск 3. Микроальбуминурия А2. Гиперхолестеринемия. Ожирение 2 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/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)?

СМАД

ОАК

ОАМ

Липиды крови: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ

Биохимический анализ крови общетерапевтический (АЛТ, АСТ, Об.белок, Альбумин, Креатинин, Билирубин общий, Глюкоза +К, Na, Мочевая кислота), расчетный СКФ

Гликированный гемоглобин

ЭКГ в 12 отведениях, ЭХО-КГ

альбумин/креатинин в разовой порции мочи

УЗДС БЦА

Фундоскопия



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)?

Ограничение употребления соли до 5 г/сут

Ограничение употребления алкоголя (14 ед/нед)

Физические упражнения (не менее 30 мин динамич. физической нагрузки умеренной интенсивности 5-7 дней/нед)

Увеличение употребления овощей, свежих фруктов, ННЖК(оливковое масло), орехов, рыбы, молочных продуктов низкой жирности



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

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)?

Нолипрел форте 5+1.25 утром 1р
Небиволол 5 мг под контролем ЧСС (не менее 56/мин)
Розувастатин 10 мг вечером



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

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)?

Не менее 2 раз в год

- жалобы, анамнез
- факт приема антигипертензивной терапии
- опрос и консультирование по поводу курения/характера питания/физ.активности
- АД при каждом посещении
- анализ ДМАД
- Общ.осмотр, объективное обследование
- ОАК не реже 1 р в 2 г
- Глюкоза натощак не реже 1 р/год (при отсутствии у этого пациента СД, НГТ, НТГ)
- липидный спектр 1 р/2года после достижения целевых значений на подобранной терапии
- К, Na 1 р/год, мочевая к-та по показаниям
- креатинин по показаниям (не менее 1р/год),ОАМ, микроальбуминурия - 1р/год
- ЭКГ, УЗДС БЦА, не реже 1р/год
- УЗИ почек, дуплексн сканирование почечных артерий при взятии под ДН
- ЛПИ
- консультация окулиста
- оценка суммарного ССР,коррекция терапии

Целевое САД 120-129 мм.рт.ст., целев ЛНП менее 1.8, не ЛПВП менее 2.6, ТГ менее 1.7



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 II, среднетяжелое нарушение бронхиальной проходимости, выраженные клинические симптомы, частые обострения, смешанный фенотип(эмфизематозно-бронхитический) , среднетяжелое обострение. ДН I.



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?

1) Газы артериальной крови
Тест с 6-минутной ходьбой
Бак.посев мокроты , МБТ №3,
ЭХО-КГ
КТ ОГК
2. 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.

Вопрос:

План терапии в данный период обострения?

О2 через назальные канюли 2 л/мин

Смена антибактериальной терапии: Азитромицин 500 мг 1р/сут

ГКС: преднизолон 30-40- мг/сут 5-7 дней (и/или будесонид 2 мг 2р/д через небулайзер)

Беродуал 2 мл 2р/д через небулайзер



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.

Тиотропия бромид+олодатерол 2.5+2.5 2вд 1 р
АЦЦ 200 мг 3р/сут



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)?

2 раза в год



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Перечислите диагностические критерии функционального расстройства панкреатической порции сфинктера Одди 1 типа

АЛТ, АСТ более 1.1 дважды
 общ желчный проток более 10 мм
 время эвакуации контр в-ва более 45 по ЭРХПГ



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

Современная классификация фибрилляции предсердий (согласно действующих клинических рекомендаций)

впервые диагностированная
пароксизмальная (до 7 сут , включая эпизоды купирования)
Персистирующая (более 1 года, если стратегия контроля ритма)
Постоянная (более 1 г ,если стратегия контроля ЧСС)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

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

амбулаторно:
Фавипиравир (1600 2 р/сут, далее 600 2 р сут при весе менее 75 кг. более 75 кг - 1800 и 800, соответственно) + ИИФальфа
назально+ парацетамол до 4г/сут+будесонид 800 мкг 2р/д+ ПОАК(дабигатран 110 2 р/сут, аликсабан 2.5 2р/сут,
ривароксабан 10 мг/сут)
Или молнупиравир 800 2 р/д или Нирматрелвир+ритонавир 1 таб 2р/д --- в этой схеме +янус киназы (тофацитиниб 10 мг 2р,
барицитиниб 4 мг 1р, упадцитиниб 15 мг 1 р.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Медикаментозная терапия диабетической полинейропатии

лечение основного заболевания.
Октолипен 600, актовегин табл или в/в, Вит гр В



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

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

Антациды- алюминия фосфат
Алгинаты - Ал+Мг
Эзофагопротекторы - гиалурон к-та+хондроитин сульфат
Прокинетики - итоприда гидрохлорид, тримебутин
ИПП - омепразол, рабепразол, эзомепразол, пантопразол



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0