Терапия (вариант 7, диагностическое тестирование)

Результат #198559990

Дата завершения: 30.05.2023 15:02
Потрачено времени: 01:11:34

1

Характерно для апластической анемии:

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

✓ Правильный ответ на вопрос *Баллов:* **5 из 5**

2

Наиболее ранний признак билиарного цирроза печени:

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

✓ Правильный ответ на вопрос *Баллов:* **5 из 5**

3

При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно

- нормальная
- ✓ снижена
- увеличена

✓ Правильный ответ на вопрос *Баллов:* **5 из 5**

4

Высокое нормальное АД соответствует уровню:

- [x] 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:

- [ ] более 7 суток
- [ ] более 48 часов
- [x] до 7 суток
- [ ] не более 24 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 стадии. Степень АГ 2. Гиперлипидемия. Ожирение II степени. Альбуминурия А2. Риск 3 (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/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 (клинический): гемоглобин/гематокрит, лейкоциты, тромбоциты, эритроциты.
ОАМ с микроскопией осадка, оценка протеинурии тест полоской, альбумин в моче.
Биохимический анализ крови (креатинин, СКФ, глюкоза, калий, натрий, мочевая кислота, ОХ, ЛПНП, ЛПВП, ТГ).
ЭКГ в 12-ти отведениях, ЭХО-КГ, УЗИ почек, УЗИ БЦА, консультация офтальмолога (исследование 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)?

1. Ограничение соли до <5 г/сут.
2. Ограничение алкоголя до 14 ед/нед.
3. Увеличить употребление овощей, фруктов, рыбы, орехов и НЖК (оливковое масло), молочных продуктов низкой жирности, уменьшить употребление красного мяса.
4. Снижение и контроль массы тела.
5. Регулярные аэробные физические упражнения (не менее 30 мин при умеренной интенсивности 5-7 дней/нед.

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)?

1. Табл. Телмисартан 40 мг 1р/сут утром.
2. Табл. Дилтиазем 60 мг 3р/сут.
3. Табл. Розувастатин 10 мг 1р/сут утром.
4. Контроль АД, ЧСС.

*При недостаточном контроле АД + Индапамид 1,5 мг 1р/сут утром.
*При недостижении целевых показателей ЛПНП (<1,8) увеличить дозу Розувастатина до 20 мг 1р/сут.

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)?

Диспансерное наблюдение неопределенно долго. До достижения целевого АД плановые визиты к врачу с интервалом 3-4 недели (ЦАД необходимо достичь в течение 3 мес). Измерение АД, ЧСС, ИМТ, уточнение статуса курения.
При взятии под диспансерное наблюдение: профилактические осмотры не менее 2 раз в год.
ОАК не реже 1 раза в год, биохимический анализ крови не реже 1 раза в год, ОАМ не реже 1 раза в год, ЭКГ не реже 1 раза в год.

Ответ на вопрос направлен на проверку. *Баллов:* **?** **из** **0**

11

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°С. 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°С, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефриаксон 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. Прекуторный 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. mediaclavicularis 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-5,27х10^{12}/л, лейкоциты - 11,2х10^{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 мкмоль/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, бронхитическая форма, средней степени тяжести, клиническая группа В, фаза обострения. ДН 2 степени. Хроническое легочное сердце?

Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: **? из 0**

12

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°С. 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°С, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефриаксон 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. mediaclavicularis 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-5,27х10^{12}/л, лейкоциты - 11,2х10^{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 мкмоль/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. САТ-тест, шкала mMRC, индекс курящего (пачка/лет), рентгенография ОГК в 2-х проекциях, общий анализ мокроты, исследование мокроты на ВК, определение газов крови.

Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: **?** **из** **0**

13

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°С. 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°С, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефриаксон 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. mediaclavicularis 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-5,27х10^{12}/л, лейкоциты - 11,2х10^{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 мкмоль/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?

P.S. Забыла дать ответ на второй вопрос в предыдущем вопросе (Ответ: Хроническое легочное сердце).

План терапии:
1. Инг. Фенотерол/Ипратропия бромид 20 кап на 2 мл NaCl 0,9% 2р/д через небулайзер.
2. Р-р. Преднизолон 30 мг 1р/д в/в кап на 100 мл NaCl 0,9% с последующим снижением дозы.
3. Табл. Азитромицин 500 мг 1р/д.

Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: **? из 0**

14

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°С. 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°С, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефриаксон 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. mediaclavicularis 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-5,27х10^{12}/л, лейкоциты - 11,2х10^{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 мкмоль/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. Тиотропия бромид/Олодатерол 2,5/2,5 по 2 вдоха утром.
2. Карбоцистеин по 1 порошку 1р/сут в течение 10 дней.

Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: **?** **из** **0**

15

Пациент 54 лет с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38°С. 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°С, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал цефриаксон 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. mediaclavicularis 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^{12}/л, лейкоциты - 11,2x10^{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 мкмоль/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, пульмонологом по показаниям - 1 раз в 6 месяцев. Объем исследований: ФВД, пульсоксиметрия, ОАК, общий анализ мокроты.

Ответ на вопрос направлен на проверку. *Баллов:* **? из 0**

16

Перечислите диагностические критерии функционального расстройства панкреатической порции сфинктера Одди 1 типа

1. Панкреатический тип болей.
2. Уровни амилазы и липаза >2-х норм в 2-х эпизодах.
3. По данным УЗИ: диаметр протока ПЖ >6 мм в головке, >5 мм в теле.

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. Фавипиравир при массе тела до 75 кг 1600 мг 2 раза в сутки в первый день, далее по 600 мг 2р в сутки со 2 и 10 день; при массе тела свыше 75 кг по 1800 мг 2 раза в сутки в первый день, далее по 800 мг 2 раза в сутки со 2 и по 10 день.
2. ИН-а согласно инструкции.
3. Будесонид 800 мг 2 раза в день.
4. Парацетамол 500 мг 2-3 раза в день.
5. ПОАК (Ривароксабан 10 мг 1 раз в день до 30 дней).

Ответ на вопрос направлен на проверку. *Баллов:* **?** **из** **0**

19

Медикаментозная терапия диабетической полинейропатии

Витамины группы В, альфа-липоевая кислота, Актовегин 2000 мг/сут в/в кап N20, затем 3 табл 3 раза в день.

Ответ на вопрос направлен на проверку. *Баллов:* **?** **из** **0**

20

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

1. ИПП (Рабепразол, Эзомепразол).
2. Антациды (Фосфалюгель)
3. Алгинаты (Гевискон)
4. Эзофагопротекторы (Альфазокс)
5. Прокинетики (Итопра)

Ответ на вопрос направлен на проверку. *Баллов:* **?** **из** **0**