

Терапия (вариант 7, диагностическое тестирование)

Результат #198578518

Дата завершения: 30.05.2023 18:47

Потрачено времени: 01:28:43

1

Характерно для апластической анемии:

- повышение уровня сывороточного железа
- наличие признаков гемобластоза
- сохранение клеточного состава костного мозга
- 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
- портальная гипертензия
- диспепсический синдром
- холестаз
- астенический синдром



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно

- увеличена
- снижена
- нормальная



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Высокое нормальное АД соответствует уровню:

- менее чем 120/80 мм.рт.ст.
- 130/85 - 139/89 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 2 стадия, Артериальная гипертензия стадия 2, неконтролируемая. Дислипидемия. Ожирение 2 степень. Риск 3.



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)?

Лабораторная диагностика: ОАК, биохимия крови: глюкоза, креатинин крови (с расчётом СКФ), общий холестерин и липидный спектр, уровень калия и натрия в крови, мочевая кислота в крови, белок крови, общий билирубин, АЛТ, АСТ, ОАМ. Инструментальная диагностика: ЭКГ в двенадцати отведениях, при наличии изменений на ЭКГ провести ЭхоКГ, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, УЗИ органов брюшной полости и почек, дуплексное сканирование артерий почек, рентгенография ОГК.



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 потребления соли до < 5 г/сут, ограничение употребления алкоголя (менее 14 единиц в неделю), увеличить потребление овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов, ненасыщенных жирных кислот, молочных продуктов низкой жирности, уменьшить употребление мяса, снижение массы тела, регулярные аэробные физические упражнения, если есть фактор курения - устранить.



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)?

Эналаприл 5 мг 1 раз/сут, Амлодипин 2,5 мг 1 р/сут, Аторвастатин 20 мг 1 р/сут вечером.



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)?

До достижения целевого уровня (135/85) раз в 3-4 недели, целевой уровень должен быть достигнут за 3 месяца, затем раз в год
Содержание: опрос жалоб, осмотр, измерение АД на обеих руках, подсчет пульса, аускультация и перкуссия сердца и лёгких, ОАК, уровень калия, натрия, креатинина, общего билирубина, АЛТ, АСТ, общего холестерина и липидного спектра, мочевины, общего белка, ЭКГ в двенадцати отведениях, по необходимости ЭхоКГ, УЗИ ОБП и почек, рентгенография ОГК раз в год.



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?

Обострение ХОБЛ среднетяжелая степень. ГБ 1 стадия АГ 1 риск 2



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 крови, рентгенография ОГК.
2.ишемия миокарда из-за нагрузочной пробы



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?

Ипротропия бромид 0,5 мг, преднизолон 30 мг/сут внутрь, антибиотикотерапия



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.

Комбинация ДДАХ и ДДБА



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)?

Обследование 1 раз год. Исследования: ОАК, глюкоза, холестерин и липидный спектр, АЛТ, АСТ, газы крови, ЭКГ, спирометрия, р-графия ОГК



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Перечислите диагностические критерии функционального расстройства панкреатической порции сфинктера Одди 1 типа

-



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. хроническая



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

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

-



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Медикаментозная терапия диабетической полинейропатии

-



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

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

ИПП (омепразол 20 мг)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0