

Терапия (вариант 8, диагностическое тестирование)

Результат #198562554

Дата завершения: 30.05.2023 15:32

Потрачено времени: 01:17:30

1

Амфорическое дыхание может наблюдаться

- при очаговой пневмонии
- при бронхите
- при бронхиальной астме
- при абсцессе легкого
- при эмфиземе легких



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

- рвота желчью
- видимая перистальтика
- шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
- урчание в животе
- резонанс под пространством Траубе



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

Определите функциональный класс ХСН у больного с одышкой, утомляемостью, тахикардией при небольшой физической нагрузке, со значительным ограничением функциональных возможностей организма:

- III.
- IV.
- II.
- I.



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Наибольшей чувствительностью для выявления тромбов левого предсердия обладает:

- трансторакальная эхокардиография
- перфузионная сцинтиграфия миокарда
- рентгенография грудной клетки
- чреспищеводная эхокардиография



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

Дизурия предполагает:

- частое мочеиспускание малыми порциями
- Сочетание частого мочеиспускания малыми порциями и болезненного мочеиспускания
- Болезненное мочеиспускание
- Уменьшение объема мочи



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

Правильный ответ:

Сочетание частого мочеиспускания малыми порциями и болезненного мочеиспускания

6

Пациент 71 года, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на сильное головокружение, слабость, невозможность выполнить тонкую работу пальцами, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 месяца.

При осмотре: состояние больного среднетяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Имеются выраженные нарушения ЦНС по типу мозжечковых нарушений. В легких дыхание жесткое. ЧСС 112 уд/минуту, АД 160/100 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1,10 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 17%; MCV 105 фл; MCH 52 пг, RDW 17%, тромбоциты $76,0 \times 10^9$ /л; лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; СОЭ 48 мм/час.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 106 в мин. Нормальное положение ЭОС. Диффузные нарушения реполяризации в миокарде ЛЖ.

Вопрос:

1. Перечислите клинико-лабораторные синдромы у данного пациента

- 1) Анемический синдром (слабость, головокружение, бледность, тахикардия)
- 2) Симптомы фуникулярного миелоза (выраженные мозжечковые нарушения ЦНС, нар. выполнения тонкой работы)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

7

Пациент 71 года, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на сильное головокружение, слабость, невозможность выполнить тонкую работу пальцами, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 месяца.

При осмотре: состояние больного среднетяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Имеются выраженные нарушения ЦНС по типу мозжечковых нарушений. В легких дыхание жесткое. ЧСС 112 уд/минуту, АД 160/100 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1,10 \times 10^{12}/л$; гематокрит 17%; MCV 105 фл; MCH 52 пг, RDW 17%, тромбоциты $76,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; СОЭ 48 мм/час.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 106 в мин. Нормальное положение ЭОС. Диффузные нарушения реполяризации в миокарде ЛЖ.

Вопрос:

Предварительный диагноз?

На основании клиники (анемический синдром и симптомы фуникулярного миелоза), на основании физикального обследования (ув. ЧСС), на основании лабораторных данных (Hb 71, Эр - 1,10, Ht-17, MCV>100, MCH>32, RDW>14,5, тромбоцитопения), на основании инструментального обследования (ЭКГ: синусовая тахикардия) можно сформулировать предварительный диагноз: Макроцитарная, гиперхромная, анемия, вероятно обусловленная дефицитом витамина В-12, средней степени тяжести. Фуникулярный миелоз.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

8

Пациент 71 года, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на сильное головокружение, слабость, невозможность выполнить тонкую работу пальцами, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 месяца.

При осмотре: состояние больного среднетяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Имеются выраженные нарушения ЦНС по типу мозжечковых нарушений. В легких дыхание жесткое. ЧСС 112 уд/минуту, АД 160/100 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1,10 \times 10^{12}/л$; гематокрит 17%; MCV 105 фл; MCH 52 пг, RDW 17%, тромбоциты $76,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; СОЭ 48 мм/час.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 106 в мин. Нормальное положение ЭОС. Диффузные нарушения реполяризации в миокарде ЛЖ.

Вопрос:

Дифференциальный диагноз?

- Фолиеводефицитная анемия (клинически- отсутствует наличие признаков фуникулярного миелоза, увеличение селезенки. Необходимо исследование ур-ня вит. В12 в крови);
- ЖДА (анемия микроцитарная, гипохромная);
- Анемии при хронических заболеваниях.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

9

Пациент 71 года, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на сильное головокружение, слабость, невозможность выполнить тонкую работу пальцами, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 месяца.

При осмотре: состояние больного среднетяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Имеются выраженные нарушения ЦНС по типу мозжечковых нарушений. В легких дыхание жесткое. ЧСС 112 уд/минуту, АД 160/100 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1,10 \times 10^{12}/л$; гематокрит 17%; MCV 105 фл; MCH 52 пг, RDW 17%, тромбоциты $76,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; СОЭ 48 мм/час.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 106 в мин. Нормальное положение ЭОС. Диффузные нарушения реполяризации в миокарде ЛЖ.

Вопрос:

Тактика дообследования

- ОАК клинический развернутый,
- сывороточные показатели железа (ферритин, трансферрин, ОЖСС, НТЖ);
- уровень вит. В12 и фолиевой к-ты в сыворотке,
- при необх. миелограмма - при утяжелении состояния или сомнительных данных др. исследований
- двунаправленная эндоскопия ЖКТ;
- КТ или Р ОГК,
- УЗИ ОБП, ОМТ, шит. железы,
- ЭКГ
- Консультация невролога



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

10

Пациент 71 года, обратился к терапевту поликлиники с жалобами на сильное головокружение, слабость, невозможность выполнить тонкую работу пальцами, сердцебиение. Нарастание симптомов наблюдается в последние 2 месяца.

При осмотре: состояние больного среднетяжелое. Кожные покровы бледные, субиктеричные. Имеются выраженные нарушения ЦНС по типу мозжечковых нарушений. В легких дыхание жесткое. ЧСС 112 уд/минуту, АД 160/100 мм рт ст. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гемоглобин 71 г/л; эритроциты $1,10 \times 10^{12}/л$; гематокрит 17%; MCV 105 фл; MCH 52 пг, RDW 17%, тромбоциты $76,0 \times 10^9/л$; лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$; палочкоядерные 4%; сегментоядерные 75%; эозинофилы 0%; базофилы 0%, лимфоциты 20 %; моноциты 1%; СОЭ 48 мм/час.

ЭКГ: синусовая тахикардия, 106 в мин. Нормальное положение ЭОС. Диффузные нарушения реполяризации в миокарде ЛЖ.

Вопрос:

Тактика терапии, вторичной профилактики.

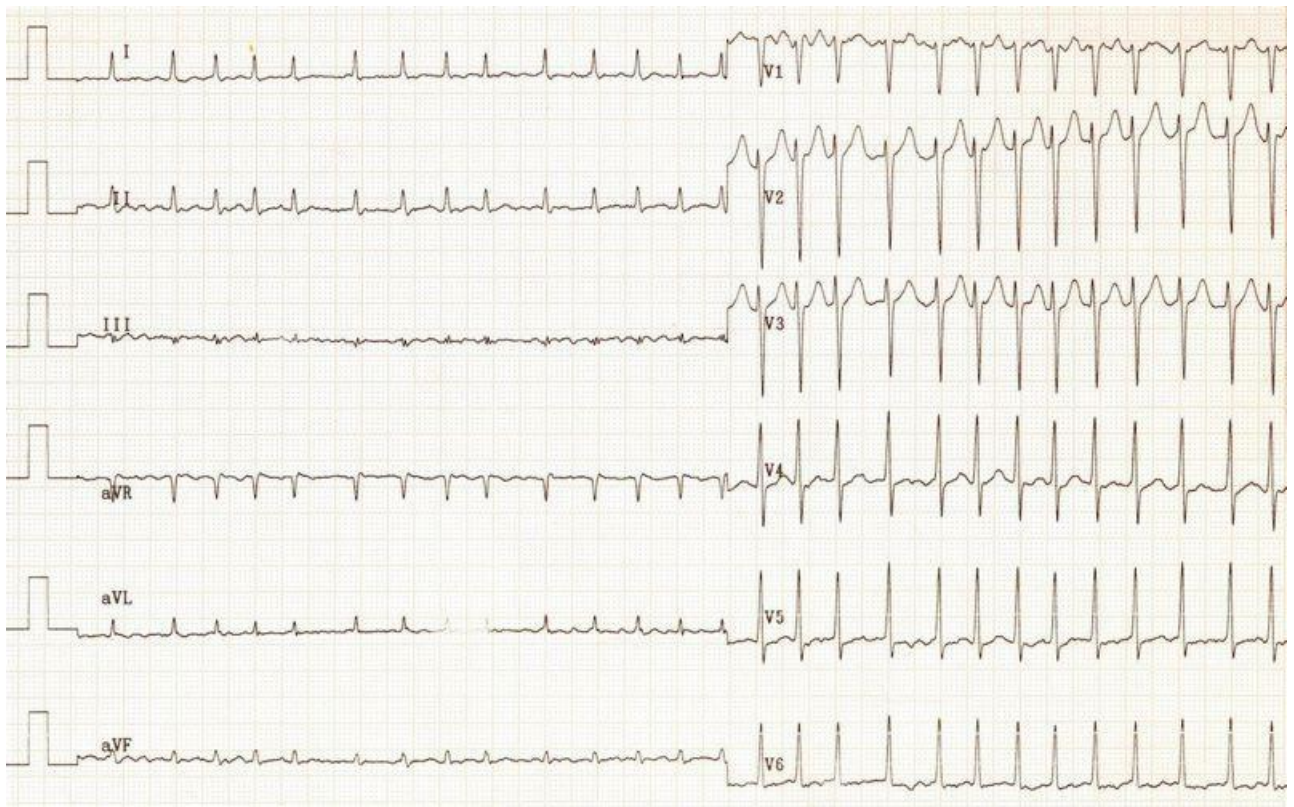
- Цианокобаламин в/м или п/к 400-500 мкг каждый день в течение недели, далее с интервалами в 5-7 дней, т.к. есть неврологическая симптоматика.
- После регресса анемии и нормализации лабораторных показателей (формы и размера эритроцитов и др.) продолжить лечение еще 10-14 дней.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11



Пациентка 46 лет обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе и в покое, дрожь в руках, слабость, быструю утомляемость, потливость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб. Длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C.

Вредные привычки: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Рост 165 см. Вес 52 кг. Температура тела 36.9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного точка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 142 г/л, эритроциты— 5,2 x10¹²/л, гематокрит - 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты— 7,0 x10⁹/л, тромбоциты— 138x10⁹/л, лимфоциты - 2,2x10⁹/л, гранулоциты - 62,1 %, моноциты 7,4 %

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 5.6 ммоль/л, креатинин 102.0 мкмоль/л, билирубин общий 10 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АСТ 19 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 98 Ед/л, глюкоза 4.2 ммоль/л, холестерин 4.0 ммоль/л.

Гормоны щитовидной железы: Т3 свободный 12.2 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), Т4 свободный 28.3 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), ТТГ 0.2 мМЕ/л (N 0.4 – 4.0 мМЕ/л).

Анализ мочи: без патологии

ЭхоКГ: Исследование на фоне тахикардии. Расширение всех полостей сердца. Небольшая симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 38%. Митральная регургитация 2 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

Вопрос:

Сформулируйте заключение ЭКГ

Фибрилляция предсердий с ЧСС 150-200/мин. ГЛЖ.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациентка 46 лет обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе и в покое, дрожь в руках, слабость, быструю утомляемость, потливость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб.

Длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C.

Вредные привычки: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Рост 165 см. Вес 52 кг. Температура тела 36.9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного толчка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 142 г/л, эритроциты— 5,2 x10¹²/л, гематокрит - 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты— 7,0 x10⁹/л, тромбоциты— 138x10⁹/л, лимфоциты - 2,2x10⁹/л, гранулоциты - 62,1 %, моноциты 7,4 %

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 5.6 ммоль/л, креатинин 102.0 мкмоль/л, билирубин общий 10 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АСТ 19 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 98 Ед/л, глюкоза 4.2 ммоль/л, холестерин 4.0 ммоль/л.

Гормоны щитовидной железы: Т3 свободный 12.2 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), Т4 свободный 28.3 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), ТТГ 0.2 мМЕ/л (N 0.4 – 4.0 мМЕ/л).

Анализ мочи: без патологии

ЭхоКГ: Исследование на фоне тахикардии. Расширение всех полостей сердца. Небольшая симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 38%. Митральная регургитация 2 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

Вопрос:

Сформулируйте клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения) согласно современным клиническим рекомендациям.

Диффузный токсический зоб, тиреотоксикоз. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий.
ГБ 2 ст. Изолированная систолическая АГ 2 степени. Целевое АД < 130/80. ХСНнФВ ст. IIБ. ФК III



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациентка 46 лет обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе и в покое, дрожь в руках, слабость, быструю утомляемость, потливость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб.

Длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C.

Вредные привычки: отрицает.

Наследственность: неотягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Рост 165 см. Вес 52 кг. Температура тела 36.9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного толчка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 142 г/л, эритроциты— 5,2 x10¹²/л, гематокрит - 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты— 7,0 x10⁹/л, тромбоциты— 138x10⁹/л, лимфоциты - 2,2x10⁹/л, гранулоциты - 62,1 %, моноциты 7,4 %

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 5.6 ммоль/л, креатинин 102.0 мкмоль/л, билирубин общий 10 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АСТ 19 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 98 Ед/л, глюкоза 4.2 ммоль/л, холестерин 4.0 ммоль/л.

Гормоны щитовидной железы: Т3 свободный 12.2 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), Т4 свободный 28.3 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), ТТГ 0.2 мМЕ/л (N 0.4 – 4.0 мМЕ/л).

Анализ мочи: без патологии

ЭхоКГ: Исследование на фоне тахикардии. Расширение всех полостей сердца. Небольшая симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 38%. Митральная регургитация 2 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

Вопрос:

Назначьте терапию осложнений основного заболевания (согласно клиническим рекомендациям).

- иАПФ с мин. доз до максимальных терапевтических (например, Рамиприл 1,25 мг до 5 мг 2р/сут),
- БАБ нач. с мин. доз на фоне терапии иАПФ и антагонистами альдостерона (Бисопролол с 1,25 мг 1р/сут до 10 мг 1р/сут)
- Антагонисты альдостерона (Спиронолактон 25 мг 1р/сут, макс. - 200/сут.) - под контролем уровня K!!!
- Торасемид 5-10 мг/сут
- При сохранении симптомов СН, несмотря на терапию - валсартан/сакубитрил вместо иАПФ, +дапаглифлозин



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациентка 46 лет обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе и в покое, дрожь в руках, слабость, быструю утомляемость, потливость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб.

Длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C.

Вредные привычки: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Рост 165 см. Вес 52 кг. Температура тела 36.9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного толчка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 142 г/л, эритроциты— $5,2 \times 10^{12}/л$, гематокрит - 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты— $7,0 \times 10^9/л$, тромбоциты— $138 \times 10^9/л$, лимфоциты - 2,2х109/л, гранулоциты - 62,1 %, моноциты 7,4 %

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 5.6 ммоль/л, креатинин 102.0 мкмоль/л, билирубин общий 10 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АСТ 19 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 98 Ед/л, глюкоза 4.2 ммоль/л, холестерин 4.0 ммоль/л.

Гормоны щитовидной железы: Т3 свободный 12.2 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), Т4 свободный 28.3 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), ТТГ 0.2 мМЕ/л (N 0.4 – 4.0 мМЕ/л).

Анализ мочи: без патологии

ЭхоКГ: Исследование на фоне тахикардии. Расширение всех полостей сердца. Небольшая симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 38%. Митральная регургитация 2 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

Вопрос:

Мониторимые показатели в процессе терапии данной пациентки (и их целевые значения)?

- уровень ЧСС (60-100),
- уровень калия 3,5-5,1 ммоль/л через 1,4,8 и 12 нед лечения, и далее каждые 6-9-12 мес.
- уровень тиреоидных гормонов
- оценить риски тромботических осложнений и риск кровотечений по шкалам



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациентка 46 лет обратилась в клинику с жалобами на сердцебиение, ноющие боли в сердце без четкой связи с физической нагрузкой, одышку, в том числе и в покое, дрожь в руках, слабость, быструю утомляемость, потливость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3-х лет, когда впервые отметила появление вышеописанных жалоб. Длительное время отмечает повышение артериального давления до 170/80 мм рт ст. Регулярно АД не контролирует, гипотензивную терапию принимает эпизодически. При обследовании 2 года назад говорили «о проблемах с щитовидной железой», более точно сказать затрудняется, медицинскую документацию не предоставила. Постоянную лекарственную терапию не получает. За последние полгода похудела более чем на 10 кг на фоне повышенного аппетита. Периодически отмечает повышение температуры тела до 37.3-37.6°C.

Вредные привычки: отрицает.

Наследственность: не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Пациентка эмоционально лабильна, плаксива. В сознании, контактна. Рост 165 см. Вес 52 кг. Температура тела 36.9°C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Визуально определяется увеличение шеи в объеме. Пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа пальпаторно увеличена, однородная, безболезненная. ЧД 22 в мин. В легких дыхание везикулярное, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Пальпаторно определяется усиление верхушечного толчка. При перкуссии - расширение границ сердца влево. ЧСС ~ 130 в мин. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм неправильный, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Усиление I тона на верхушке. АД 160/70 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин — 142 г/л, эритроциты— $5,2 \times 10^{12}/л$, гематокрит - 40%, средний объем эритроцитов 109,0 фл, среднее содержание гемоглобина 28,4 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах 374 г/л, лейкоциты— $7,0 \times 10^9/л$, тромбоциты— $138 \times 10^9/л$, лимфоциты - $2,2 \times 10^9/л$, гранулоциты - 62,1 %, моноциты 7,4 %

Биохимический анализ крови: общий белок 79.5 г/л, мочевины 5.6 ммоль/л, креатинин 102.0 мкмоль/л, билирубин общий 10 мкмоль/л, АЛТ 17 ед/л, АСТ 19 ед/л, калий 3.2 ммоль/л, КФК 98 Ед/л, глюкоза 4.2 ммоль/л, холестерин 4.0 ммоль/л.

Гормоны щитовидной железы: Т3 свободный 12.2 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), Т4 свободный 28.3 пмоль/л (N 3.8 -6.0 пмоль/л), ТТГ 0.2 мМЕ/л (N 0.4 – 4.0 мМЕ/л).

Анализ мочи: без патологии

ЭхоКГ: Исследование на фоне тахикардии. Расширение всех полостей сердца. Небольшая симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Диффузное снижение сократимости миокарда ЛЖ. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 38%. Митральная регургитация 2 степени. Трикуспидальная регургитация 2 степени. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

Вопрос:

Диспансерное наблюдение данной пациентки (сроки, содержание диспансерных осмотров)?

Наблюдение у терапевта, кардиолога, эндокринолога по м/ж 1-2 р/год
Контроль ур-ня Т3 и Т4, ТТГ через первые 4 мес терапии,



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Тактика антиишемической терапии у пациента со стабильной стенокардией напряжения III ФК (препараты, дозы)?

- БАБ + дигидропиридиновый БКК до достижения ФК 1,
(напр. Бисопролол 2,5-5 мг + Лерканидипин 20 мг)
при неэффективности + орг. нитраты короткого действия/триметазидин/ивабрадин(синусовый ритм, ЧСС>70)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

Перечислите причины железодефицитной анемии у взрослых?

Хр. кровопотери из ЖКТ и не из ЖКТ,
Синдром мальабсорбции,
Энтеропатии,
Хирургические вмешательства на тонком к-ке,
Генетические аномалии.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

Антиаритмическая терапия, необходимая для пациента с ХСН с ФВ 38%, частыми парными желудочковыми экстрасистолами и 6 эпизодами неустойчивой желудочковой тахикардии в течение суток по данным суточного мониторинга ЭКГ? Препараты, дозы?

Амиодарон 200-300 мг/сут, соталол 160-320мг/сут
ААП I и III классов не рекомендуются.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

Противопоказания для старта/продолжения терапии метформином у пациента с СД 2 типа?

Острые осложнения СД (Лактатацидоз в анамнезе),
Гипоксия любой этиологии,
Нарушение ф-ии почек, печени
Беременность



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

Перечислите клинико-лабораторные синдромы, развивающиеся при циррозе печени.

Синдром цитолиза
Синдром печеночно-клеточной недостаточности и геморрагический
Мезенхимально-воспалительный синдром
Синдром холестаза (не всегда)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0