

Терапия (вариант 8, диагностическое тестирование)

Результат #198577881

Дата завершения: 30.05.2023 18:39

Потрачено времени: 01:25:24

1

Амфорическое дыхание может наблюдаться

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

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



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:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Наибольшей чувствительностью для выявления тромбов левого предсердия обладает:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

Дизурия предполагает:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

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

циркуляторно-гипоксический синдром, гематологический синдром, нейропсихический синдром, тромбоцитопения



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?

В12 дефицитная анемия тяжелой степени. Тромбоцитопения средней степени.
Гипертоническая болезнь 3 АГ2 риск 4



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?

с Железодефицитной анемией (MCH снижен, MCV снижен,)
Гемолитическая (цветной показатель норма, диаметр эритроцитаснижен, MCHC норма, ретикулоциты повышены)
Гипопластическая (ЦП-норма, диаметр Эр норма, MCV MCH MCHC - норма, ретикулоциты снижены)



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

ОАМ, кал на скрытую кровь, БХ крови общетерапевтическая, ФГДС, Колоноскопия, Миелограмма
конс 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.

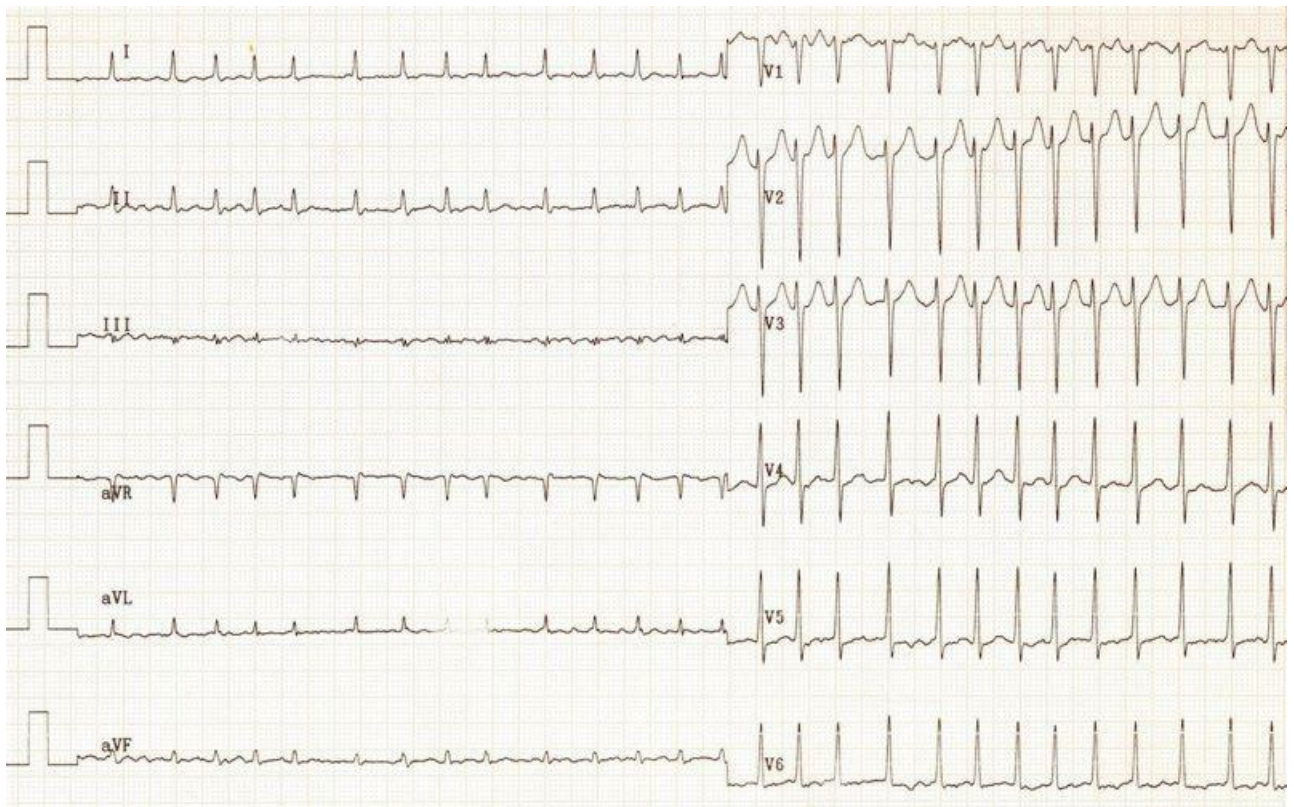
р-р вит В12 500 мкг в\м 1 р\д 7 дн, затем, через день через 4-5 недель. затем 6-8 недель по 500 мкг в\м 1 нед, затем 500 мкг в\м 1 раз в месяц 12 месяцев



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 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 заключение ЭКГ

Мерцание предсердий со средней ЧСС 135 уд\мин



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.

Основное: Диффузно-токсический зоб 2-3 степени. Тиреотоксикоз, тяжёлое течение, впервые выявленный
Осложнение: Тиреотоксическое сердце. Перманентная форма фибрилляции предсердий CHA2-DS2-VASc 16 HAS-BLED 0B XCH1 ФК1.
Вторичная гипертензия 3 степени АГ 2 риск 4



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:

Назначьте терапию осложнений основного заболевания (согласно клиническим рекомендациям).

1. Таб Бисопролол 10 мг 08:00
2. Таб Ксарелто 20мг 14:00
3. капс Пантопразол 20 мг 1 р\д
4. таб Лизиноприл 20 мг 08:00
5. таб Амлодипин 10мг 18:00 под контролем АД
6. таб Розувастатин 10 мг 21:00
7. таб Верошпирон 50 мг 12:00



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)?

гормоны щитовидной железы - в пределах нормы: Т3 3.8-6.0 Т4 св 3.8-6.0 ТТГ 0.4-4.0
ЧСС средняя 60-80 уд\мин
АД 120\80-140\80 мм рт ст
вес 65-70 кг



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:

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

1 раз в месяц у эндокринолога после выписки из стационара, после устранения тиреотоксикоза 1 раз в квартал.

Содержание осмотров: термометрия, ЧСС, АД, измерение размера шеи, осмотр щитовидной железы, ОАК, ТТГ, Т3, Т4 св, антиТПО, холестерин, гликемия

Снятие с учёта: через 3 года эутиреоза, через 2 года после удаления щитовидной железы



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

16

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

1. Антитромбическая терапия: Аспирин 125 мг, Кардиомагнил 75 мг, ТромбоАСС 100 мг, Клопидогрел 75 мг
2. Гиполипидемическая терапия: Аторвастатин 20 мг, Розувастатин 10 мг
3. Ингибиторы АПФ: Лизиноприл 2,5-20 мг, Периндоприл 2-32 мг
4. Блокаторы кальциевых каналов: Амлодипин 2,5-20 мг, Лерканидипин 2,5-20 мг
5. бета-блокаторы: бисопролол 2.5-10 мг
6. Нитраты короткого и длительного действия, нитратоподобные вещества: Сиднофарм 2 мг, Изосорбида динитрат 2.5-10мг, Нитроглицерин 0.3-0.6 мг
7. Метаболические вещества: Триметазидин 35 мг 2 р\д



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

Перечислите причины железодефицитной анемии у взрослых?

хронические кровопотери, нарушение всасывания железа (энтериты, резекция желудка и др), беременность и лактация, повышенная потребность в железе, нарушение транспорта железа - гипопроотеинемия, алиментарная недостаточность



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?

таб Амiodарон 200 мг 1 р\д 5 дн в неделю



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

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

беременность, лактация
креатинин более 130 у мужчин, 110 у женщин, СКФ менее 60
печеночная недостаточность



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

Перечислите клиничко-лабораторные синдромы, развивающиеся при циррозе печени.

синдром печеночной недостаточности, портальной гипертензии, гепатолиенальный, гиперспленизм, холестаза, отёчно-асцитический, гепаторенальный, цитоллиз, астеновегетативный, геморрагический, диспепсический, печёночная энцефалопатия, желтуха, мезинхимальное воспаление



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

