

Терапия (вариант 8, диагностическое тестирование)

Результат #198586371

Дата завершения: 30.05.2023 21:01

Потрачено времени: 01:29:14

1

Амфорическое дыхание может наблюдаться

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



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

Правильный ответ:

при абсцессе легкого

2

Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:

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



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.
- IV.
- III.
- II.



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Наибольшей чувствительностью для выявления тромбов левого предсердия обладает:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

5

Дизурия предполагает:

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



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

макроцитарная ,гиперхромная анемия, пойкилоцитоз, анизоцитоз , тромбоцитопения
анемический синдром , неврологический синдром(фуникулярный миелоз), циркуляторно-гипоксический синдром



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?

макроцитарная ,гиперхромная анемия, пойкилоцитоз,анизоцитоз, тромбоцитопения
анемический синдром ,неврологический синдром (фуникулярный миелоз) ,циркуляторно-гипоксический синдром



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?

фоливодефицитная анемия ,миелодиспластическийсиндром , апластическийсиндром



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

биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, АСТ, АЛТ, ЛДГ, мочевины, креатинин, общего билирубина, свободного билирубина, ферритин, железа сыворотки, ОЖСС, трансферин, НТЖ)
 определение уровня витамина В12, фолиевой кислоты сыворотке крови
 проведение цитологического мазка костного мозга
 ЭГДС
 Рентгенографи ОГК
 УЗИ ОБП



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.

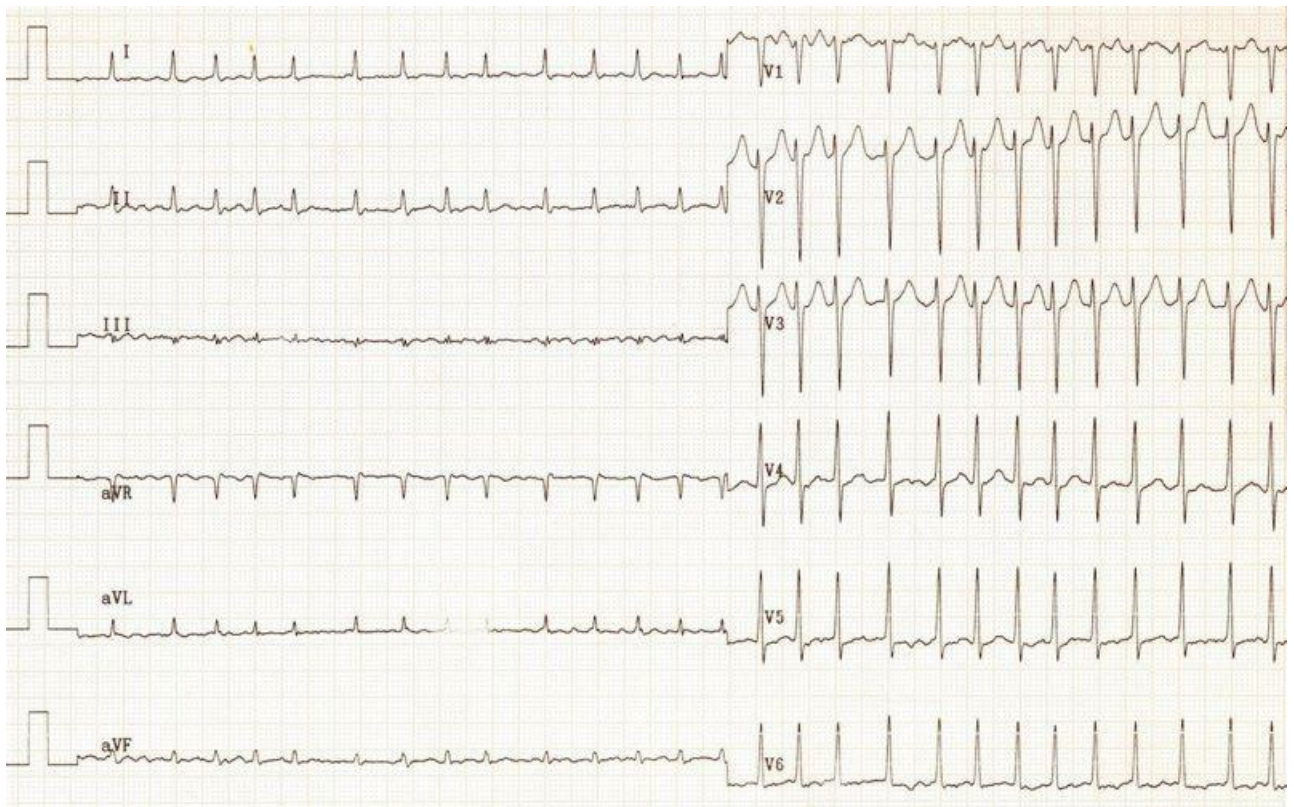
Цианкобаламин 400-500 мкг в сутки в первую неделю ежедневно далее с интервалами между введением 5-7 дней
 употребление в пищу еды богатой витамином В12
 назначение витамина В12 при резекции желудка или кишечника
 своевременное лечение заболеваний приводящих к дефициту витамина В12



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

синусовая тахикардия , ритм неравильный, ЧСС 130 мин, повышение вольтажа зубцов , замедление внутрипредсердной проводимости



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.

Диффузно-токсический зоб 3 ст, тиреотоксикоз тяжелой степени, декомпенсированный, дисметаболическая кардиомиопатия, ХСН ФК 3



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:

Назначьте терапию осложнений основного заболевания (согласно клиническим рекомендациям).

пропранол 40 мг 3 раза в день



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:

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

исследование уровня св. Т4 после 3-4 недель лечения, затем каждые 4-6 недель при схеме "блокируй и замещай" и ТТГ 2-4 недели



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)?

Эндокринолог 2 раза в год
невролог офтальмолог 1 раз год

ЭКГ 2- 3 раза в год
УЗИ щитовидной железы 2 раза в год
Контроль уровня ТТГ каждые 3-6 месяцев.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

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

Бисопролол 5 мг 1р утром
верапамил 250 мг
ацк 75 мг по 1 т 1 р вечером



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

Перечислите причины железодефицитной анемии у взрослых?

кровопотери различного генеза
увелечние потреб железа
нарушение усвоенияч железа
алиментарная
вследствие нед-ти всасывания в кишечнике
нарушения транспортажелеза



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?

Амидадон600 мг дробно на 4недели затем400 мг на 4 нед затем200 мг в деньоднократно



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

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

скф менее 45 мил/мин
ОИМ
кетоацидоз
хир операции
лактоацидоз в анамнезе
чувствительностьк бигуанидам



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

Перечислите клинико-лабораторные синдромы, развивающиеся при циррозе печени.

симптом холестаза
гепатоцеллюлярная нед-ть
с-м цитолиза
син-м гиперспленизма
гемморогический синдром
синдром печеночной энцефалопатии
желтуха
синдром портальнойгипертензии



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0