

# Терапия (вариант 9, диагностическое тестирование)

Результат #198539539

Дата завершения: 30.05.2023 11:47

Потрачено времени: 01:45:49

1

Пациентам с АГ и подагрой нельзя назначить:

- Моксонидин
- Гидрохлортиазид
- Бисопролол
- Эналаприл
- Амлодипин



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

2

Пациентка 68 лет в течение нескольких месяцев отмечает увеличение шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов. Самочувствие удовлетворительное.

Анализ крови: Hb - 100 г/л, эритроциты - 3,5 млн/мл, лейкоц. - 17,6 тыс/мл, из них 60% лимфоцитов. Вероятный диагноз:

- лимфосаркома
- лимфогранулематоз
- инфекционный мононуклеоз
- острый лимфолейкоз
- хронический лимфолейкоз



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

3

Для какого из перечисленных синдромов характерны кожный зуд, повышение конъюгированного билирубина, щелочной фосфатазы и холестерина:

- синдрома холестаза
- синдрома Жильбера
- гемолитической желтухи
- паренхиматозной желтухи



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

Возбудителями внебольничной пневмонии у заболевшего вне стационара являются все перечисленные микроорганизмы, кроме:

- клебсиеллы
- пневмококка
- синегнойной палочки
- микоплазмы



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

*Правильный ответ:*

синегнойной палочки

5

Какова кратность наблюдения при диспансерном наблюдении больных бронхиальной астмой легкой и средней тяжести:

- 4-6 раз в год
- 1 раз в месяц
- 1-2 раза в год
- 1 раз в 2 месяца
- 2-3 раза в год



Неправильный ответ на вопрос

Баллов: 0 из 5

*Правильный ответ:*

1-2 раза в год

6

Пациентка 20 лет с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад.

Анамнез жизни. В детстве наблюдалась тяжелая экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом.

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. Кожа, видимые слизистые бледные. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Клинический анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 8%, ЦП 0,71, тромбоциты  $180 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $6,3 \times 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я -54%, Э. -8%, Л. -26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч .

Биохимический анализ крови. Общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0 мкмоль/л, билирубин прямой – 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ- 200 ед/л, ЛДГ-5 -3 %, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо – 5 мкмоль/л.

Копрологическое исследование. Кал кашицеобразный, цвет сероватый. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены – нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС. Признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Иммунологический анализ крови. Выявлены антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомиозию.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-перстной кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопрос:

Основные клинико-лабораторные синдромы у данной пациентки?

стеаторея  
диарея  
анемия  
потеря массы тела  
холестаз  
антитела к трансглутаминазе  
гастроинтестинальный симптом(рецидивирующие бол в животе,повышение трансаминаз)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациентка 20 лет с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад.

Анамнез жизни. В детстве наблюдалась тяжелая экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом.

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. Кожа, видимые слизистые бледные. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Клинический анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 8%, ЦП 0,71, тромбоциты  $180 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $6,3 \times 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я -54%, Э. -8%, Л. -26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови. Общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0 мкмоль/л, билирубин прямой - 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ- 200 ед/л, ЛДГ-5 -3 %, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо - 5 мкмоль/л.

Копрологическое исследование. Кал кашицеобразный, цвет сероватый. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены - нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС. Признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Иммунологический анализ крови. Выявлены антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомизию.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-перстной кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопрос:

Клинический диагноз (основное заболевание, его осложнения)?

Целиакия, симптомная, период манифестации, железодефицитная анемия



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациентка 20 лет с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад.

Анамнез жизни. В детстве наблюдалась тяжелая экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом.

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. Кожа, видимые слизистые бледные. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Клинический анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 8%, ЦП 0,71, тромбоциты  $180 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $6,3 \times 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я -54%, Э. -8%, Л. -26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови. Общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0 мкмоль/л, билирубин прямой - 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ- 200 ед/л, ЛДГ-5 -3 %, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо - 5 мкмоль/л.

Копрологическое исследование. Кал кашицеобразный, цвет сероватый. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены - нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС. Признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Иммунологический анализ крови. Выявлены антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомизию.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-перстной кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопрос:

Немедикаментозное лечение для данной пациентки?

режим, пожизненная безглютеновая диета, которая предполагает исключение продуктов содержащих глютен



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациентка 20 лет с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад.

Анамнез жизни. В детстве наблюдалась тяжелая экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом.

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, небольшая сухость кожи. Кожа, видимые слизистые бледные. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Клинический анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 8%, ЦП 0,71, тромбоциты  $180 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $6,3 \times 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я - 54%, Э. - 8%, Л. - 26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови. Общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0 мкмоль/л, билирубин прямой - 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ - 200 ед/л, ЛДГ-5 - 3%, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо - 5 мкмоль/л.

Копрологическое исследование. Кал кашицеобразный, цвет сероватый. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены - нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС. Признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Иммунологический анализ крови. Выявлены антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомиозию.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-перстной кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопрос:

Медикаментозная терапия для данной пациентки?

фолиевая кислота  
мукоцитопротекторы  
препараты железа



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациентка 20 лет с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса.

Анамнез заболевания. Описанные жалобы (хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад.

Анамнез жизни. В детстве наблюдалась тяжелая экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом.

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. Кожа, видимые слизистые бледные. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Клинический анализ крови: эритроциты  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 8%, ЦП 0,71, тромбоциты  $180 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $6,3 \times 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я -54%, Э. -8%, Л. -26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч .

Биохимический анализ крови. Общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевины - 7,8 ммоль/л, креатинин - 90 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0 мкмоль/л, билирубин прямой – 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ- 200 ед/л, ЛДГ-5 -3 %, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо – 5 мкмоль/л.

Копрологическое исследование. Кал кашицеобразный, цвет сероватый. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены – нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС. Признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Иммунологический анализ крови. Выявлены антитела к тканевой трансглутаминазе, эндомизину.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-перстной кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопрос:

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

после установки диагноза в течение первых двух лет - 1 раз в 6 месяцев  
с 3-го года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии - 1 раз год  
содержание:  
осмотр  
ОАК  
Биохимический анализ крови  
копрограмма  
УЗИ брюшной полости и щитовидной железы  
Денситометрия поясничного отдела позвоночника 1 раз в 2 года  
консультации специалистов



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент П. 40 лет, жалобы на повышение температуры тела до 39 °С с ознобом, одышку при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, выраженную слабость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения.

В анамнезе: работает 15 лет водителем. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, патологических шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,08 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты -  $13,2 \times 10^9$  /л, юные - 2%, палочкоядерные - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле интенсивное затемнение в виде инфильтрата.

Вопрос:

Предварительный диагноз (согласно современным клиническим рекомендациям)?

внебольничная пневмония, неустановленной этиологии, полисегментарная с локализацией в нижней и средней доле правого легкого, тяжелое течение.



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0



Пациент П. 40 лет, жалобы на повышение температуры тела до 39 °С с ознобом, одышку при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, выраженную слабость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения.

В анамнезе: работает 15 лет водителем. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, патологических шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,08 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты -  $13,2 \times 10^9$  /л, юные - 2%, палочкоядерные - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле интенсивное затемнение в виде инфильтрата.

Вопрос:

План дообследования (согласно современным клиническим рекомендациям)?

жалобы и анамнез  
физикальный осмотр  
ОАК  
Биохимический анализ крови  
уровень СРБ  
исследование уровня прокальцитонина  
исследование кислотно-основного состояния и газов крови  
коагулограмма  
Микробиологическая диагностика макроты  
рентгенография или КТ ОГК  
ЭКГ



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент П. 40 лет, жалобы на повышение температуры тела до 39 °С с ознобом, одышку при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, выраженную слабость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения.

В анамнезе: работает 15 лет водителем. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, патологических шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,08 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты -  $13,2 \times 10^9$  /л, юные - 2%, палочкоядерные - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле интенсивное затемнение в виде инфильтрата.

Вопрос:

Медикаментозное лечение (согласно современным клиническим рекомендациям)?

антибиотикотерапия: амоксициллин 500 мг 2р/д  
при лихорадке >38,5 парацетамол  
амброксол 30 мг 3 р/д



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

Пациент П. 40 лет, жалобы на повышение температуры тела до 39 °С с ознобом, одышку при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, выраженную слабость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения.

В анамнезе: работает 15 лет водителем. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, патологических шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,08 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты -  $13,2 \times 10^9$  /л, юные - 2%, палочкоядерные - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле интенсивное затемнение в виде инфильтрата.

**Вопрос:**

Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, температура 37,9 -38,2 °С, ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты -  $11 \times 10^9$  /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 9%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

госпитализация  
режим постельный кислородотерапия  
добавить в\в макролиды азитромицин 500 мг 1 р/д



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

15

Пациент П. 40 лет, жалобы на повышение температуры тела до 39 °С с ознобом, одышку при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, выраженную слабость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения.

В анамнезе: работает 15 лет водителем. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, патологических шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,08×10(12)/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×10(9) /л, юные - 2%, палочкоядерные - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле интенсивное затемнение в виде инфильтрата.

Вопрос:

Диспансерное наблюдение после выздоровления (кратность, содержание диспансерных осмотров)?

через 1 месяц после выздоровления затем 1 раз в год  
ОАК  
спирография  
рентгенография  
общий анализ мокроты



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

16

Диагностические критерии неалкогольного стеатогепатита (согласно современным клиническим рекомендациям)?

наличие избыточного количества жировых отложений в печени(гистологические исследования или визуализирующие методы)  
отрицание в анамнезе хронического употребления алкоголя  
исключение других причин жировой инфильтрации печени



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

Рациональная антигипертензивная терапия при АГ и ИБС (перечислите рациональные комбинации классов препаратов)?

б-блокаторы и блокаторы РААС с перенесенным и инфарктом миокарда  
б-блокаторы и/или АК симптомами стенокардии  
иАПФ или БРА,ББ и диуретики



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

**Критерии диагностики ХБП согласно современных клинических рекомендациям?**

жалобы( изменение цвета мочи, изменение объема диуреза)  
анамнез  
физикальное обследование(увел. размеров почек,уремия,шум в проекции почеч.артерий)  
лабораторные данные(повыш. алббум инурия, сниж. СКФ)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

19

**Терапия ХСН с низкой ФВ ЛЖ (перечислите обязательные классы препаратов, назначение которых улучшает выживаемость пациентов) согласно современным клиническим рекомендациям?**

иАПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II/ валсартан+сакубитрил  
б-адреноблокаторы и альдостерона агонисты



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

20

**Перечислите препараты и дозы препаратов, используемых для 2ой линии эрадикационной терапии H.pylori (согласно современным клиническим рекомендациям)?**

квадротерапия с висмут трикалия дицитрат  
другая схема включает ИППП, левофлоксацин 500 мг 2р/д и амоксициллин 1000 мг 2р/д



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0