

Терапия (вариант 9, диагностическое тестирование)

Результат #198568797

Дата завершения: 30.05.2023 16:46

Потрачено времени: 01:26:28

1

Пациентам с АГ и подагрой нельзя назначить:

- Гидрохлортиазид
- Моксонидин
- 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:

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



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 Жильбера
- гемолитической желтухи
- паренхиматозной желтухи
- синдрома холестаза



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

4

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

- пневмококка
- микоплазмы
- клебсиеллы
- синегнойной палочки



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:

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



Правильный ответ на вопрос

Баллов: 5 из 5

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?

Анемический синдром, гипопропротеинемия, гипоальбуминемия, стеаторея, кишечная диспепсия (диарея), потеря массы тела и мальабсорбция



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)?

Основное: Целиакия, симптомная форма, период манифестации
Осложнение: Железодефицитная анемия средней степени тяжести.



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?

Строгое пожизненное соблюдение безглютеновой диеты (хлеб, хлебобулочные изделия, макаронны, пшеничная, манная, ячневая крупы и продуктов содержащих скрытый 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, эндомизину.

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?

1. Препараты железа (Феррум Лек) по 100 мг в сутки через день, контроль ОАК на 7-10 сутки. Плюс профилактическое назначение препаратов железа т.к целиакия- хроническое заболевание с нарушением всасывания
2. Лоперамид - начальная доза 4 мг (2 капсу), далее по 1 капсуле после каждого эпизода жидкого стула (максимум 16 мг в сутки) до стабилизации стула до 1-2 раз в день
3. Адсорбенты- Смекта (смектит диоктаэдрический) по 1 пакету 3 раза в день, размешав в 1/2 стакане воды на 5-7 дней
4. Пробиотики (Энтерол) по 1 капсуле 3 раза в день в течение месяца



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:

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 в год.

В обследование входит: ОАК, Биохимический анализ (общий белок, печеночные пробы, ГГТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, кальций общий и ионизированный, фосфор, железо, ферритин, уровень витамина D (25ОНD), холестерин, триглицериды), копрограмма, УЗИ ОБП, Исследование гормонов тиреоидного профиля (ТТГ, свободный Т4, антитела к тиреопероксидазе, антитела к тиреоглобулину), Денситометрию поясничного отдела позвоночника (1 раз в 2 года)



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

11

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 полисегментарная пневмония правого легкого, тяжелой степени тяжести



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

12

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)?

Биохимический анализ крови, С-реактивный белок, прокальцитонин, коагулограмма, пульсоксиметрия, ЭКГ, бактериологический анализ мокроты+ антибиотикочувствительность



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)?

Антибактериальная терапия : Амоксициллин/Клавуланат 1,2 г внутривенно капельно 3 раза в сутки на 7-10 дней
Оценка эффективности на 2-3 сутки - контроль ОАК и симптомов



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 - 11×10^9 /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 9%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Назначенная терапия не эффективна. Меняем антибиотик на альтернативный - респираторные фторхинолоны: Левофлоксацин 500 мг 2 раза в день в/в капельно. Контроль через 48-72 часа снова



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 - $4,08 \times 10^{12}$ /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:

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

ВП является острым заболеванием, в диспансерном наблюдении такие пациенты не нуждаются



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

16

Диагностические критерии неалкогольного стеатогепатита (согласно современным клиническим рекомендациям)?

признаки жировой дистрофии с лобулярным гепатитом, крупнокапельный стеатоз, преимущественно в 3-й зоне ацинуса, характеризующийся наличием крупных липидных капель в цитоплазме со смещением ядра к периферии дольки;



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

17

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

ИАПФ\ БРА+ ББ или АК или АК+диуретик или ББ или ББ+диуретик



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0

18

Критерии диагностики ХБП согласно современных клинических рекомендациям?

- 1) наличие любых клинических признаков, указывающих на повреждение почек и персистирующих не менее трех месяцев и/или;
- 2) снижения СКФ <60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трех и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек и/или;
- 3) наличие признаков необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации.



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 или сакубитрил\валсартан
б-блокатор
Антагонисты минералокортикоидов (спиронолактон, верошпирон)
Дапаглифлозин\эмпаглифлозин- при наличии СД
петлевые диуретики при отеках



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)?

Квадритерапия с висмутом : висмута трикалия дицитрата (120 мг 4 раза всутки) в комбинации с ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки), метронидазолом (по 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10 дней.
Другой схемой терапии второй линии служит эрадикационная схема, включающая в себя ИПП (в стандартной дозе 2 раза в сутки), левофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки. Тройная терапия с левофлоксацином может быть назначена только гастроэнтерологом по взвешенным показаниям



Ответ на вопрос направлен на проверку.

Баллов: ? из 0