

Билет № 1

Ситуационная задача

Больная М. 33 лет, госпитализирована в плановом порядке в пульмонологическое отделение.

При поступлении **жалобы** на постоянный кашель со скудно отделяемым небольшим количеством светлой мокроты, кашель наиболее выражен ночью, в утренние часы и при физической нагрузке, приступы экспираторного удушья, возникающие без четких причин, купирующиеся самостоятельно, одышка смешанного характера при подъеме на второй этаж лестницы.

Анамнез заболевания. В прошлом здорова. За год до госпитализации появился редкий кашель с единичным отхождением мокроты не более 2 мл, который долгое время не беспокоил, к врачу не обращалась. В течение 10 месяцев динамики в состоянии не было, с физической нагрузкой справлялась. Для уточнения причины кашля обратилась в поликлинику, где обследована на предмет возможных причин хронического кашля. Исключены заболевания верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, не сложилось представление в пользу рецидивирующей эмболии легочной артерии, признаков периферического тромбообразования не обнаружено. Отмечалась эозинофилия периферической крови до 22%, в связи с чем исключена глистная инвазия, проведено аллергологическое тестирование, не выявившее признаков сенсибилизации, исключен возможный коклюш (регулярный контакт с внучкой 4 лет) При проведении спирометрии в поликлинике патологии не обнаружено. Диагностическое представление сформировано в пользу хронического необструктивного бронхита, проведен курс антибактериальной терапии.

В последующем кашель оставался без какой-либо динамики, значимо больную не беспокоил. Через 3 месяца кашель стал более выраженный, но продукция мокроты не усилилась, появились приступы экспираторного удушья, возникающие ежедневно, купируемые самостоятельно (препаратов не принимала), narosla одышка при ранее переносимых нагрузках, появились дистантные свисты, чаще в ночное время, в связи с чем госпитализирована.

Анамнез жизни: работает инженером, профессиональных вредностей не имеет, Ранее ничем не болела, аллергических реакций не отмечала, но никогда не могла переносить парфюмерные запахи. Отец страдал бронхиальной астмой (умер от астматического статуса в 54 года). Курила в течение 11 лет по 1 пачке сигарет в сутки, отказ от курения последние 4 года

При поступлении: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Рост 168 см, вес 73 кг, Окружность талии 96 см. Пульс 76 ударов в 1 мин, ритмичный, одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/75 мм рт. ст. на обеих руках. ЧДД в покое 18 в минуту, при разговоре 19-20 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. При аускультации на фоне жесткого дыхания при форсированном выдохе выслушиваются сухие рассеянные хрипы над всеми легочными полями. Других отклонений не выявлено.

При обследовании отмечается эозинофилия крови 22-26%, увеличение СОЭ до 54 мм/ч, повышение СРБ до 111 мг/л (норма до 5 мг/л), в остальном клинический анализ крови, б/х пробы и анализ мочи без отклонений. При иммунологическом исследовании обнаружен ревматоидный фактор в низком титре и достоверное повышение АНЦА (антинейтрофильных цитоплазматических антител)

ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 64 в минуту.

Рентгенография легких при поступлении и в динамике через 7 дней: при поступлении отмечаются наличие инфильтратов в верхнем легочном поле справа и среднем легочном поле слева, которые значительно регрессировали через 7 дней, но появился единичный инфильтрат в нижнем легочном поле справа., средостение не расширено, тень сердца не увеличена.

Эхо-КГ: полости сердца не расширены, давление в легочной артерии 22 мм.рт.ст. ИММ ЛЖ 103 г/кв м, ФВ по-Симпсону 63%,

ФВД: ОФВ1 56,5%; тест на обратимость 28%, индекс Тиффно 94,8%, ЖЕЛ 95,5%.

Фибробронхоскопия: просвет трахеи и главных бронхов свободен, при кашле имеются признаки трахеобронхиальной дискинезии 1 степени, в остальном без отклонений

Мультиспиральная компьютерная томография легких (через 3 дня после последнего рентгенологического исследования): в проекции сегмента S10 справа отмечено наличие паренхиматозного инфильтрата размерами до 4 см, имеющего вид «матового стекла», с диффузным утолщением стенок бронхов в обоих легких; признаков эмфиземы, опухолевого роста не выявлено

Вопросы:

1. Сформулируйте основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. План обследования.
4. План лечения.
5. Обоснование диагноза на основании имеющихся данных.

Вопрос № 1

Больная 24 лет жалуется на тошноту и рвоту, боли в области пупка длительностью около 5 часов. В течение последнего получаса боли переместились в правую подвздошную область, температура тела - 37,6°C. Какой диагноз наиболее вероятен?

Вопрос № 2

Что такое синдром Меллори Вейса?

Вопрос № 3

Какая наиболее частая локализация рака желудка

Вопрос № 4

Чем обусловлены острые расстройства гемодинамики при остром деструктивном панкреатите?

Вопрос № 5

При УЗИ у повторнородящей 30 лет при сроке беременности 37 недель плацента располагается в области нижнего сегмента, перекрывая внутренний зев. Каков диагноз?

Вопрос № 6

Является ли шеечная локализация миомы показанием к хирургическому лечению?

Вопрос № 7

Падение АД без предшествующей кровопотери или не соответствующее ей является признаком ...

Вопрос № 8

Какой метод лечения является методом выбора при гиперкалиемии, не поддающейся медикаментозной коррекции?

Вопрос № 9

Что является критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе:

Вопрос № 10

Что является «золотым стандартом» базисной терапии ревматоидного артрита ?

Вопрос № 11

Перечислите основные анатомические изменения при тетраде Фалло

Вопрос № 12

Назовите антибактериальный препарат 1 линии для амбулаторного лечения нетяжелого течения внебольничной пневмонии у молодых лиц (моложе 30 лет) при непереносимости бета-лактамов а/б препаратов?

Вопрос № 13

Какие клинические синдромы поражения печени отличают цирроз печени от хронического гепатита

Вопрос № 14

Что такое «серологическая биопсия» при лабораторном обследовании желудка?