

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Дата подписания: 14.11.2023 15:26:50  
Уникальный программный ключ:  
123d1d365abac3d0cd569303c0f13a00bf02446

Федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Волгоградский государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»  
Директор Института НМФО  
Н.И. Свиридова  
«29» августа 2023 г.  
ПРИНЯТО  
на заседании ученого совета Института  
НМФО  
№ 1 от «29» августа 2023 г.

**Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.45 Пульмонология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-пульмонолог**

Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Для обучающихся 2020,2021,2022 года поступления (актуализированная редакция)

Форма обучения – очная

**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода С.В.	Зав. кафедрой	д.м.н./профессор	Внутренних болезней Института НМФО
2.	Цома В.В.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО
3.	Ледяева А.А.	доцент	к.м.н.	Внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.45 Пульмонология

**Рассмотрена и одобрена** на заседании кафедры внутренних болезней ИНМФО, протокол №8 от 29.06.2023

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,  
д.м.н., профессор \_\_\_\_\_ С. В. Недогода

**Рецензент:** заведующий кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, д.м.н, профессор М.Е. Стаценко

**Рабочая программа согласована** с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от 29.08.2023 года

Председатель УМК \_\_\_\_\_ М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  
\_\_\_\_\_ М.Л. Науменко

**Рабочая программа утверждена** на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от 29.08.2023 года

Секретарь Ученого совета \_\_\_\_\_ В.Д. Заклякова

### **Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 <b>«Общие вопросы клинической пульмонологии»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Организация амбулаторной специализированной помощи больным пульмонологического профиля</li><li>2. Организация стационарной специализированной помощи больным пульмонологическим профилем.</li><li>3. Разработка социально-экономических и медицинских мероприятий по профилактике пульмонологических заболеваний.</li><li>4. Бронхообструктивный синдром. Диагностика и дифференциальная диагностика.</li><li>5. Дифференциальная диагностика болей в грудной клетке.</li><li>6. Современные особенности микробиологического исследования биологического материала при пневмонии. Критерии воспалительного характера мокроты. Экспресс-диагностика при бактериальных пневмониях, атипичных пневмониях и при подозрении на вирусную пневмонию.</li><li>7. Дифференциальная диагностика инфильтративных процессов в пульмонологии, округлых и полостных образований в легких.</li><li>8. Эндоскопические методы диагностики. Диагностическая бронхоскопия. Современные методы уточняющей диагностики в бронхологии.</li><li>9. Методы визуализации в диагностике бронхо-легочных заболеваний: КТ-паттерны при дифференциальной диагностике интерстициальных заболеваний легких</li><li>10. Функциональная диагностика обструктивных и рестриктивных нарушений вентиляционной способности легких в пульмонологии. Спирометрия: методические рекомендации. Бодиплетизмография, диффузионная способность легких.</li></ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 <b>«Частные вопросы клинической пульмонология»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Пневмония. Современные представления об этиологии, патогенезе. Классификация. Шкала оценки степени тяжести пневмонии. Критерии диагноза пневмонии.</li><li>12. Хронический бронхит. Этиология. Диагностические критерии. Лечение. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.</li><li>13. Внебольничная пневмония. Этиология. Диагностические критерии. Лечение. Показания к госпитализации. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.</li><li>14. Фармакотерапия нозокомиальной пневмонии с позиций доказательной медицины. Критерии эффективности терапии.</li><li>15. Хроническая обструктивная болезнь легких. Современные аспекты этиологии, патогенеза. Классификация. Критерии диагностики. Алгоритм ведения. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества оказания медицинской помощи.</li><li>16. Эмфизема легких. Этиология. Диагностические критерии. Лечение. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.</li><li>17. Вирусные инфекции дыхательных путей. Классификация, клиника, диагностика. Лечение, профилактика. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества медицинской помощи.</li><li>18. Клинические особенности абсцесса и гангрены легкого. Дифференциальный диагноз при гнойно-деструктивных поражениях легких.</li><li>19. Паразитарные заболевания легких: диагностика, патогенетические аспекты терапии, критерии эффективности. Профилактика.</li><li>20. Диагностика грибковых поражений легких. Особенности терапии микозов легких. Критерии эффективности. Профилактика.</li><li>21. Вакцинация против гриппа, COVID-19, антипневмококковая. Схемы вакцинации. Показания и противопоказания к вакцинации. Профилактика поствакцинальных осложнений.</li><li>22. Обострения ХОБЛ: классификация, лечение. Показания к госпитализации. Критерии эффективности терапии. Профилактика, диспансерное наблюдение. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.</li><li>23. Бронхиальная астма. Современная классификация бронхиальной астмы. Оценка степени тяжести заболевания. Критерии диагностики. Ступенчатая</li></ol>

терапия. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.

24. Тяжелая бронхиальная астма. Формулировка диагноза. Фенотипы. Таргетная терапия в рамках 5 ступени терапии БА.
25. Обострение бронхиальной астмы. Причины обострений. Факторы риска обострений. Клиническая оценка пациента при обострении тяжелой БА.
26. Гиперчувствительный пневмонит. Этиопатогенез, диагностика. Лечение. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества оказания медицинской помощи. Профилактика.
27. Саркоидоз. Этиология. Внешние и генетические факторы. Патогенез. Классификация. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
28. Лекарственное повреждение легких. Механизмы развития нежелательных побочных эффектов. Основные группы лекарственных препаратов и средств медицинского применения, вызывающие повреждения легких.
29. Идиопатические интерстициальные пневмонии. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы терапии.
30. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани: критерии диагноза, тактика ведения.
31. Идиопатический легочный фиброз. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества медицинской помощи.
32. Прогрессирующий легочный фиброз: критерии прогрессирования, нозологии, показания и схемы антифибротической терапии, критерии эффективности и безопасности.
33. Легочная артериальная гипертензия: критерии диагноза, диагностика, ЛАГ специфичная терапия. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества медицинской помощи.
34. Тромбоз эмболия легочной артерии: критерии диагноза, неотложная тактика и терапия. Профилактика, диспансерное наблюдение.
35. Легочная гипертензия: классификация, критерии диагноза, терапия.
36. Легочные васкулиты. Особенности поражения легких. Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики.
37. Синдром Гудпасчера. Особенности поражения легких. Алгоритм диагностики и дифференциальной диагностики. Тактика ведения.
38. Метастатические опухоли легких. Патогенез. Клинические особенности. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
39. Аденокарцинома легкого: ранняя диагностика, методы лечения.
40. Дефицит альфа-1-антитрипсина. Лабораторная, инструментальная, функциональная диагностика. Лечение. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
41. Микобактериозы органов дыхания. Федеральные клинические рекомендации, критерии качества медицинской помощи.
42. Заболевания плевры. Синдром плеврального выпота, дифференциальная диагностика. Экссудативный плеврит: дифференциальная диагностика, тактика ведения.
43. Заболевания плевры. Сухой плеврит: дифференциальная диагностика, тактика ведения.
44. Неинвазивная вентиляция легких. Особенности. Преимущества и недостатки. Показания.
45. Особенности лечения патологии легких у беременных.
46. Легочная реабилитация. Цели реабилитации. Подходы легочной реабилитации в зависимости от патологии. Тренирующие программы.
47. Респираторный дистресс-синдром у взрослых. Причины развития. Клиника. Алгоритм обследования и оказания неотложной помощи.
48. Анафилактический шок, отек Квинке. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия и реанимация. Федеральные клинические рекомендации, критерии оказания качества медицинской помощи.
49. Закрытые травмы грудной клетки. Классификация повреждений грудной клетки. Клиническая картина. Общие принципы лечения повреждений грудной клетки. Показания к торакотомии.
50. Токсическое повреждение легких. Общая характеристика поражений отравляющими веществами. Патогенез. Клиническая картина. Первая врачебная и специализированная медицинская помощь.

	<p>51. Экстракорпоральная мембранная оксигенация. Принципы работы. Газообмен и гемодинамика. Виды. Показания и противопоказания. Осложнения.</p> <p>52. Особенности ведения пациентов с заболеваниями легких, требующих длительной терапии ГКС. Профилактика осложнений лекарственной терапии.</p> <p>53. Особенности ведения пациентов с поражением легких и сердечно-сосудистой патологией.</p> <p>54. Хроническая дыхательная недостаточность: критерии, классификация, показания для кислородотерапии, виды респираторной поддержки.</p>
--	--

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 <b>«Общие вопросы клинической пульмонологии»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Реализация комплекса программ снижения и ликвидации наиболее распространенных и тяжелых пульмонологических заболеваний</li> <li>2. Оценка утраты трудоспособности при болезнях органов дыхания.</li> <li>3. Дифференциальная диагностика одышки.</li> <li>4. Лихорадка неясного генеза. Дифференциальный диагноз.</li> <li>5. Дифференциальная диагностика при кровохарканьи и при легочном кровотечении</li> <li>6. Анатомия и физиология бронхо-легочной системы. Респираторная функция легких: вентиляция, газообмен и кровообращение. Механика дыхания.</li> <li>7. Современные методы лабораторной диагностики заболеваний органов дыхания. Микробиологическая диагностика при легочных заболеваниях.</li> <li>8. Функциональные тесты в пульмонологии. Роль функциональных методов в верификации диагноза и оценки тяжести ХОБЛ и бронхиальной астмы.</li> <li>9. Основные симптомы в практике врача пульмонолога. Кашель и одышка. Методы оценки. Шкалы. Современные алгоритмы диагностики. Дифференциальный диагностика</li> <li>10. Гипервентиляционный синдром. Этиопатогенез. Критерии диагностики. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения.</li> </ol>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 <b>«Частные вопросы клинической пульмонология»</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Патогенетические аспекты лечения пневмонии в зависимости от возбудителя и степени тяжести заболевания. Критерии эффективности терапии. Показания к госпитализации</li> <li>12. Грипп. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика. Медикаментозная терапия. Респираторная поддержка</li> <li>13. Особенности медикаментозной терапии внебольничной пневмонии.</li> <li>14. Нозокомиальная пневмония. Этиология. Патогенез. Диагностические критерии. Вентилятор-ассоциированная пневмония. Дифференциальная диагностика. Осложнения пневмонии. Терапия осложнений.</li> <li>15. Паразитарные заболевания легких. Этиология, эпидемиология и факторы риска Классификация. Особенности клиники, диагностика .</li> <li>16. Вакцинация против пневмококковой инфекции. Схемы вакцинации. Показания и противопоказания к вакцинации. Профилактика поствакцинальных осложнений.</li> <li>17. Диагностика ХОБЛ. Дифференциальный диагноз. Лечение ХОБЛ стабильного течения.</li> <li>18. Генетика бронхиальной астмы. Бронхиальная астма: патогенез и фенотипы .</li> <li>19. Современный ступенчатый подход терапии бронхиальной астмы.</li> <li>20. Моноклональные антитела, применяемые в лечении тяжелой БА. Особенности назначения препаратов биологической терапии при тяжелой БА.</li> <li>21. Бронхиолиты. Современная классификация. Критерии диагностики. Современный к терапии.</li> </ol>

	<p>22. Идиопатический легочный фиброз. Диагностика. современные подходы к лечению.</p> <p>23. Поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани.</p> <p>24. Саркоидоз органов дыхания. Клинические проявления. лабораторная и инструментальная диагностика. Лечение.</p> <p>25. Эозинофильные заболевания легких. Клиническое течение. Диагностика. современные подходы к лечению.</p> <p>26. Клинические проявления медикаментозного проявления легких. Диагностика. Принципы терапии.</p> <p>27. Пневмокониозы. Этиология, факторы риска. патогенез. Классификация.</p> <p>28. Лимфангиолейомиоматоз. Клиническая картина. Лучевая диагностика. Функция внешнего дыхания. Морфологическая диагностика. тактика ведения.</p> <p>29. Идиопатическая легочная артериальная гипертензия Дифференциальный диагноз между первичной и вторичной ЛГ. Лечение .</p> <p>30. ТЭЛА. Предрасполагающие факторы, патогенез. Классификация. Оценка клинической вероятности легочной эмболии.</p> <p>31. Карциноидные опухоли легких. Классификация. клиническая симптоматика. Диагностика. лечение.</p> <p>32. Синдром Картагенера. Этиология Клинические проявления. Диагностика. Лечение.</p> <p>33. Поражение легких при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Особенности ведения.</p> <p>34. Муковисцидоз. Патогенез легочной патологии. Клинические проявления. Осложнения. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>35. Механическая вентиляция легких. Режимы. Параметры вентиляции. Показания. Контроль пациентов. Прекращение ИВЛ.</p> <p>36. Дыхательная недостаточность. Патофизиология. клиника, показатели функциональных проб. Инструментальная, лабораторная и клиническая диагностика. Интенсивная терапия.</p> <p>37. Спонтанный пневмоторакс. Факторы риска. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения.</p> <p>38. Отек легких. Кардиогенный отек легких. Этиология. патогенез. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.</p> <p>39. Легочные кровотечения. Этиология, патогенез, клиника, показания к бронхоскопии и ангиографии легких. Интенсивная терапия и реанимация</p>
--	---

### Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии»</p>	<p>1. В процессе эмбриогенеза органы дыхания плода в основном сформировываются а) к 4-му месяцу <b>б) к 6-му месяцу</b> в) к 7-му месяцу г) к 9-му месяцу д) к 5-му месяцу</p> <p>2. За сутки слизистой оболочки продуцируется и выводится в ротоглотку а) до 50 мл слизи <b>б) 150-200 мл слизи</b> в) 200-300 мл слизи</p> <p>3. В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины а) класса А б) класса Е в) класса G г) класса М</p>
--	--

4. Препятствует слипанию стенок альвеол  
а) а1-антитрипсин  
б) простагландин  
**в) сурфактант**
5. Иммунную систему составляют клетки  
а) лимфоциты  
б) нейтрофилы  
в) макрофаги  
г) дендритные клетки селезенки  
д) эпителиальные клетки Лангерганса  
е) эпителиальные клетки тимуса и лимфатических узлов  
**ж) все перечисленные клетки**
6. Шум "треснувшего горшка" часто определяется  
а) над каверной, сообщающейся с бронхом  
б) у верхней границы пневмоплеврита  
в) над инфильтратом в легочной ткани  
г) в грудной клетке плачущего ребенка или разговаривающего астеника
7. Нижнюю границу левого легкого начинают определять по следующей линии  
а) парастеральной  
б) медиоклавикулярной  
**в) подмышечной (передней, средней, задней)**  
г) лопаточной  
д) паравертебральной
8. При обструктивных вентиляционных нарушениях проба Тиффно  
а) увеличена  
**б) снижена**  
в) нормальная
9. Везикулярное дыхание выслушивается  
а) на вдохе  
б) на выдохе  
**в) на вдохе и первую треть выдоха**  
г) на вдохе и в первые две трети выдоха  
д) на протяжении всего вдоха и всего выдоха
10. При эмфиземе легких дыхание  
а) везикулярное  
**б) везикулярное ослабленное**  
в) везикулярное усиленное  
г) бронхиальное  
д) саккадированное
11. Облегчает обнаружение хрипов в легких  
а) форсированное дыхание больного  
б) кашель  
**в) покашливание с последующим резким вдохом**
- 12.. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук  
а) притупленный тимпанит  
б) коробочный  
в) тимпанический

	<p>г) <b>тупой</b>  д) металлический</p> <p>13. Бронхиальное дыхание выслушивается  а) на вдохе  б) на выдохе  в) на вдохе и одной трети выдоха  г) <b>на протяжении всего вдоха и всего выдоха</b>  д) на вдохе и в первые 2/3 выдоха</p> <p>14. Амфорическое дыхание может наблюдаться  а) при очаговой пневмонии  б) при бронхите  в) при бронхиальной астме  г) <b>при абсцессе легкого</b>  д) при эмфиземе легких</p> <p>15. Ослабление голосового дрожания характерно  а) для бронхоэктатической болезни  б) <b>для экссудативного плеврита</b>  в) для абсцесса легкого  г) для очаговой пневмонии  д) для крупозной пневмонии</p> <p>16. Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить  а) состояние мелких сосудов легких  б) состояние крупных сосудов легких  в) состояние мелких и крупных сосудов легких  г) <b>состояние капиллярного кровотока легких</b></p> <p>17. Уменьшение лучевой нагрузки на пациента при рентгенологическом исследовании в первую очередь способствует  а) правильный выбор метода исследования  б) широкое применение различных защитных приспособлений  в) рациональное использование сложных рентгенологических методик, применение которых увеличивает лучевую нагрузку  г) <b>все ответы правильные</b></p> <p>18. При описании тенеобразований в легких, не относящихся к их анатомическим структурам, следует отобразить  а) локализацию и характер тени  б) количество теней, их величину и форму  в) контур тени, ее интенсивность и структуру  г) состояние окружающего фона  д) <b>все перечисленные</b></p> <p>19. Томография и зонография дают возможность определить  а) смещение органов средостения  б) подвижность диафрагмы  в) пульсацию сердца  г) <b>состояние легочной паренхимы и бронхов</b></p> <p>20. Наиболее информативна для выявления бронхоэктазов  а) рентгенография  б) томография  в) <b>бронхография</b>  г) ангиопульмонография</p>
--	--

21. Среди показаний к лечебно-диагностической бронхоскопии первое место из перечисленных занимает
- а) бронхиальная астма
  - б) острая пневмония
  - в) нагноительное заболевание легких**
  - г) хронический бронхит
22. При проведении фибробронхоскопии могут наблюдаться все перечисленные осложнения, кроме
- а) ларингоспазма
  - б) бронхоспазма
  - в) нарушения сердечного ритма в результате применения релаксантов**
  - г) кровотечения после биопсии
23. Для мокроты при абсцессе легкого характерны
- а) обызвествленные эластические волокна
  - б) частицы некротической ткани**
  - в) кристаллы Шарко - Лейдена
  - г) все перечисленное
24. Эластические волокна в мокроте обнаруживают при всех следующих заболеваниях, кроме
- а) туберкулеза
  - б) рака
  - в) бронхиальной астмы
  - г) бронхопневмонии**
  - д) ни при одном из перечисленных
25. При актиномикозе легких в мокроте обнаруживают
- а) кристаллы гематоидина
  - б) обызвествленные эластические волокна
  - в) казеозный некроз
  - г) друзы актиномицетов**
  - д) все перечисленное
26. Для мокроты при крупозной пневмонии характерны все следующие элементы, кроме
- а) эластических волокон
  - б) альвеолярных макрофагов с жировой инфильтрацией
  - в) казеозного некроза
  - г) кристаллов холестерина
  - д) всего перечисленного**
27. Основными объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат все перечисленные, кроме
- а) мокроты
  - б) промывных вод бронхов
  - в) пунктата из закрытых полостей
  - г) мочи
  - д) крови**
28. При аспергиллезе в мокроте характерны
- а) псевдомицелий
  - б) тонкий, несептированный мицелий
  - в) септированный мицелий
  - г) конциальное спороношение в виде кисточки**
  - д) все перечисленное

	<p>29. При фиброзно-кавернозном туберкулезе в мокроте обнаруживают</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) казеозный некроз</li> <li>б) коралловидные эластические волокна</li> <li>в) частицы некротической ткани с угольным пигментом</li> <li>г) микобактерии туберкулеза</li> <li>д) <b>все перечисленное</b></li> </ul>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «<b>Частные вопросы клинической пульмонология</b>»</p>	<p>30. Агенезия - это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) <b>врожденное отсутствие целого органа или его части</b></li> <li>б) врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует</li> <li>в) резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела</li> </ul>
	<p>31. Аплазия - это</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) врожденное отсутствие целого органа или его части</li> <li>б) <b>врожденное отсутствие органа, но с наличием его начального зачатка, функция органа отсутствует</b></li> <li>в) резкое недоразвитие органа с нарушением формирования воздухоносных путей, сосудистой системы и респираторного отдела</li> </ul> <p>32. К генетическим детерминированным заболеваниям относятся</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) саркоидоз и коллагенозы</li> <li>б) <b>муковисцидоз и дефицит альфа 1-антитрипсина</b></li> <li>в) гамартохондрома</li> <li>г) все перечисленные</li> </ul> <p>33. К наследственно предрасположенным относятся все перечисленные ниже заболевания, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) сахарного диабета</li> <li>б) <b>пневмонии</b></li> <li>в) бронхиальной астмы</li> <li>г) легочного протеиноза</li> <li>д) туберкулеза</li> </ul> <p>34. Какие из перечисленных признаков характерны для муковисцидоза?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) длительный, часто развивающийся с детства диффузный хронический гнойнообструктивный бронхит, с затрудненным отделением мокроты</li> <li>б) частое поражение придаточных пазух носа и носоглотки</li> <li>в) инфантильное телосложение с выраженным дефицитом веса, деформацией грудной клетки и одутловатым лицом</li> <li>г) склонность к гипотонии, резкая слабость, сонливость в утренние часы, указания в анамнезе на обморочные состояния при перегреве</li> <li>д) сочетанное заболевание органов дыхания и желудочно-кишечного тракта</li> <li>е) отягощенный семейный анамнез, особенно случаи смерти в раннем детском возрасте или доказанные случаи муковисцидоза в семье</li> <li>ж) <b>все перечисленные</b></li> </ul> <p>35. Какое содержание хлоридов в потовой жидкости является достоверным признаком муковисцидоза?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) 30-40 ммоль/л</li> <li>б) 45-60 ммоль/л</li> <li>в) <b>свыше 60 ммоль/л</b></li> </ul>

36. При каком легочном заболевании развивается калькулезный холецистит в детском возрасте?
- а) хроническом бронхите
  - б) бронхиальной астме
  - в) первичной легочной эмфиземе
  - г) **муковисцидозе**
37. Назовите основные патогенетические механизмы муковисцидоза
- а) нарушение электролитного обмена
  - б) поражение эндокринных желез
  - в) поражение соединительной ткани
  - г) **все перечисленное**
38. Выберите характерные изменения крови при острой бактериальной пневмонии
- а) **лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево**
  - б) сдвиг лейкоформулы вправо
  - в) лимфоцитоз
  - г) анемия
  - д) эозинофилия
39. Наиболее достоверный аускультативный признак в 1 и 3 стадиях при крупозной пневмонии
- а) крупнопузырчатые влажные хрипы, меняющие локализацию при кашле
  - б) **крепитация**
  - в) бронхиальное дыхание
  - г) усиленное везикулярное дыхание с удлинненным выдохом
  - д) ослабленное везикулярное дыхание
40. Какие осложнения могут возникнуть при крупозной пневмонии?
- а) спонтанный пневмоторакс
  - б) **экссудативный плеврит**
  - в) карнификация легких
  - г) острая эмфизема легких
41. Абсцесс легкого от гангрены отличается
- а) гнойным характером мокроты
  - б) ограничением процесса
  - в) длительностью течения болезни
  - г) **всем перечисленным**
42. Горизонтальный уровень жидкости в полости абсцесса связан
- а) с рубцовым изменением стенок полости
  - б) с фиброзом вокруг полости
  - в) с сопутствующей пневмонией
  - г) **с нарушением проходимости дренирующего бронха**
  - д) с особенностями течения заболевания
43. Основной метод лечения острого абсцесса легкого
- а) хирургический
  - б) **антибиотики**
  - в) гепаринотерапия
  - г) бронхолитики
  - д) переливание крови
44. Наиболее частая локализация абсцесса легкого
- а) 1-й сегмент
  - б) 2-й сегмент

- в) 5-й сегмент
- г) 6-й сегмент
- д) 10-й сегмент
- е) правильные ответы б, в, г**

45. Мокрота при абсцессе легкого

- а) гомогенная
- б) трехслойная**
- в) без запаха
- г) пенистая
- д) плотная

46. При прорыве абсцесса легкого в бронх температура тела

- а) повышается
- б) снижается**
- в) становится гектической
- г) становится ремиттирующей
- д) становится субфебрильной

47. Над полостью абсцесса прослушиваются хрипы

- а) сухие
- б) влажные мелкопузырчатые
- в) звучные мелкопузырчатые**
- г) незвучные мелкопузырчатые
- д) влажные крупнопузырчатые

48. Над полостью абсцесса выслушивается дыхание

- а) везикулярное
- б) неопределенное
- в) амфорическое
- г) бронхиальное
- д) ослабленное
- е) правильные ответы в, г**

49. Характер воспалительной реакции плевры может быть

- а) фибринозный
- б) серозно-фибринозный
- в) гнойный
- г) геморрагический
- д) хилезный
- е) все перечисленное**

50. Течение плеврита может быть

- а) острое
- б) подострое
- в) рецидивирующее
- г) хроническое
- д) все перечисленное**

51. Плеврит диагностируется с трудом

- а) при паракостальной локализации
- б) при диафрагмальной локализации
- в) при парамедиастинальной локализации**
- г) при междолевой локализации
- д) при верхушечной локализации
- е) при костнодиафрагмальной локализации

52. Какие из симптомов характерны для плеврита туберкулезной этиологии?

- а) боли в груди, особенно мучительные по ночам  
б) кашель с отхождением ржавой мокроты  
в) сухой кашель, усиливающийся ночью  
г) преимущественно ночная потливость
53. Каков приблизительно объем жидкости в плевральной полости, если граница притупления определяется на уровне 4-го ребра спереди?  
а) 0.5 л  
б) 1.5 л  
в) 2 л  
г) 3 л
54. О чем свидетельствует нарастание в плевральной жидкости нейтрофильных лейкоцитов, появление их дегенеративных форм?  
а) о затухании плеврита  
б) об угрозе нагноения  
в) о переходе в хроническое течение
55. Подтверждение диагноза аскаридоза легких дают следующие исследования, кроме  
а) рентгенологического  
б) исследования периферической крови  
в) копрологического  
г) исследования мокроты  
д) функционального исследования легких
56. Выберите характерное в изменении крови при аскаридозе легких  
а) лейкопения  
б) анемия  
в) эозинофилия  
г) все вышеуказанное  
д) лимфоцитоз
57. Возникновение легочного эозинофильного инфильтрата наблюдается чаще  
а) при кандидозе легких  
б) при аскаридозе легких  
в) при острых респираторных вирусных заболеваниях  
г) при лимфогранулематозе  
д) при идиопатическом фиброзирующем альвеолите
58. Кокцидиоидоз относится к заболеваниям  
а) паразитарным  
б) грибковым  
в) вирусным  
г) бактериальной инфекции
59. При кокцидиоидозе на рентгенограмме легких обнаруживаются  
а) округлые тени  
б) мелкоочаговая равномерная двухсторонняя диссеминация  
в) множественные участки затемнения, расположенные в нижних и средних отделах легких с полостями распада
60. Легочный пневмоцистоз чаще всего осложняет  
а) сахарный диабет  
б) язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки  
в) алиментарную дистрофию  
г) первичную и вторичную иммунологическую недостаточность (при СПИДе, кортикостероидной терапии, цитостатической лучевой терапии и т.д.)
61. При начальных проявлениях пневмоцистоза на рентгенограмме обнаруживают  
а) мелкоочаговую равномерную диссеминацию  
б) крупноочаговую диссеминацию в средних и нижних отделах

**в) усиление интерстициального рисунка в зоне корней и нижних отделов легких**

62. Токсоплазмоз относится

- а) к бактериальным инфекциям
- б) к вирусным инфекциям
- в) к грибковым заболеваниям
- г) к паразитарным заболеваниям**

63. Подозрение на острый токсоплазмоз возникает у врача вследствие

- а) специфики течения заболевания
- б) одновременного поражения разных органов и систем**
- в) специфики рентгенологических изменений в легких

64. Неосложненный легочный эхинококкоз характеризуется

- а) лихорадкой
- б) сухим кашлем
- в) болями в груди
- г) отсутствием симптомов заболевания**

65. При осложненном легочном эхинококкозе могут наблюдаться

- а) кашель сухой и с гнойной мокротой
- б) боли в груди
- в) кровохарканье
- г) одышка
- д) все перечисленные признаки**

66. Признаками правожелудочковой недостаточности при хроническом легочном сердце являются

- а) увеличение печени
- б) блокада сердца
- в) тахикардия
- г) отеки
- д) мерцательная аритмия
- е) правильные ответы а, г**

67. При наличии ЭКГ-признаков перегрузки правых отделов сердца необходимо исключить

- а) пороки сердца**
- б) ТЭЛА
- в) карциноматоз
- г) узелковый периартериит

68. Сократительная способность правого желудочка в начальных стадиях хронического легочного сердца

- а) повышена**
- б) снижена
- в) не изменена

69. Давление в легочной артерии более 120 мм рт. ст. говорит

- а) о ХНЗЛ
- б) о рецидивирующей ТЭЛА
- в) о первичном тромбозе легочной артерии
- г) о первичной легочной гипертензии**

70. В комплекс лечения декомпенсированного хронического сердца обязательно входит все, кроме

- а) сердечных гликозидов**
- б) артериальных вазодилататоров
- в) мочегонных
- г) антагонистов альдостерона
- д) антикоагулянтов

71. Непрерывная оксигенотерапия при декомпенсированном легочном сердце проводится с использованием

а) 20% O<sub>2</sub>

**б) 40% O<sub>2</sub>**

в) 60% O<sub>2</sub>

72. При первичном раке легкого чаще встречаются следующие морфологические варианты опухолевого процесса

а) аденокарциномы и гигантоклеточные карциномы

**б) плоскоклеточные и мелкоклеточные карциномы**

в) мукоэпидермоидные и цилиндromы

73. В России первичным раком легкого заболевают

а) 3 на 100 000 населения

**б) 30 на 100 000 населения**

в) 300 на 100 000 населения

г) 500 на 100 000 населения

74. В индустриально развитых странах мира имеет место

а) стабилизация заболеваемости раком легкого за последние годы

б) снижение заболеваемости раком легкого за последние годы на 2-3% в год

**в) рост заболеваемости раком легкого ежегодно на 4-5%**

75. Паранеопластический синдром появляется

а) обычно одновременно с выявлением рака легкого

**б) часто предшествует обнаружению рака легкого**

в) обычно возникает в терминальном периоде течения болезни

76. Рак легкого протекает с паранеопластическим синдромом

а) в 3-5% случаев

**б) в 10-20% случаев**

в) в 40-50% случаев

г) более, чем в 60% случаев

77. Опухоль, обнаруженная на рентгенограмме в виде шаровидного затемнения, относится

**а) к периферическому раку легкого**

б) к центральному раку легкого

в) к атипичной форме рака легкого

78. Начальные проявления периферического рака легкого на рентгенограмме отображаются

а) полигональной формой единичной очаговой тени

б) группой очаговых теней

в) изменениями легочного рисунка в периферическом отделе в виде тяжелой

г) неопределенной формой небольшим участком затемнения

**д) всем перечисленным**

79. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим фокусным затемнением в легких с четкими или нечетко сочетанными контурами врач обязан в первую очередь исключить

а) туберкулому легкого

**б) периферический рак легкого**

в) очаговую пневмонию

80. Легочную эозинофилию

могут вызвать следующие лекарственные препараты

**а) антибиотики**

б) антигистаминовые

в) глюкокортикостероидные

г) нитраты

81. Легочную эозинофилию способны вызывать следующие заболевания  
а) заболевания сердца  
**б) опухолевые заболевания**  
в) заболевания почек  
г) заболевания печени
82. В патогенезе легочной эозинофилии ведущую роль играют следующие механизмы  
а) реактивный (I тип) + иммунокомплексный (III тип)  
**б) цитотоксический (II тип)**  
в) реакция замедленного типа (IV тип)  
г) все перечисленные
83. Важную роль в патогенезе легочной эозинофилии отводят  
а) плазматическим клеткам  
б) альвеолярным макрофагам  
в) тучным клеткам  
**г) эозинофилам**
84. В патогенезе легочной эозинофилии принимают участие преимущественно иммуноглобулины класса  
**а) IgE**  
б) IgG  
в) IgM  
г) IgA
85. К легочным эозинофилиям с системными проявлениями относятся  
**а) гиперэозинофильный миелолипролиферативный синдром (синдром Леффлера II)**  
б) склеродермия  
в) системная красная волчанка  
г) все перечисленные
86. Для простой легочной эозинофилии характерны следующие рентгенологические изменения  
а) интерстициальные инфильтраты  
б) признаки фиброза легких  
в) жидкость в плевральной полости  
**г) инфильтративные изменения, занимающие несколько сегментов**
87. Для бронхиальной астмы, вызванной физическим усилением, характерны следующие симптомы, за исключением  
а) уменьшения бронхоспазма при повторяющихся нагрузках  
б) влияния факторов окружающей среды (температуры воздуха, влажности и др.)  
**в) высокой чувствительности среди больных бронхиальной астмой**
88. Наиболее достоверным методом специфической диагностики атопической бронхиальной астмы является  
а) кожные аллергические пробы  
б) провокационный назальный тест  
**в) провокационный ингаляционный тест**  
г) РАСТ
89. Кристаллы Шарко - Лейдена представляют  
а) слепки мелких бронхов  
**б) гранулярный материал эозинофилов**  
в) скопление клеток десквамированного эпителия дыхательных путей  
г) ничего из перечисленного
90. Реактивный механизм атопической бронхиальной астмы подтверждается всем, кроме

- а) кожных аллергических проб
- б) провокационных аллергических тестов
- в) реакции преципитации
- г) реакции Прауснитца - Кюстнера**
- д) радиоаллергосорбентного теста

91. Спонтанные ремиссии в период полового созревания наиболее характерны

- а) для "аспириновой" бронхиальной астмы
- б) для атопической бронхиальной астмы**
- в) для IgE и IgG клинико-патогенетического варианта бронхиальной астмы
- г) для бронхиальной астмы, вызванной аллергией к плесневым грибам
- д) для всех перечисленных форм бронхиальной астмы.

92.. Какой метод оказания неотложной помощи при легочном массивном кровотечении?

- а) интубация
- б) введение кровоостанавливающих средств
- в) переливание крови
- г) дача противокашлевых средств
- д) хирургическое вмешательство
- е) правильный ответ б, в**

93. При острой дыхательной недостаточности какие мероприятия надо провести в первую очередь?

- а) введение любелина
- б) введение строфантина
- в) искусственную вентиляцию легких
- г) коррекцию КЩР
- д) интубацию трахеи**

94. Первым реанимационным мероприятием у больного с начинающимся отеком легкого будет

- а) интубация и управляемое дыхание
- б) наложение трахеостомы
- в) дыхание через маску под повышенным давлением смесью воздуха с кислородом, обогащенным парами спирта**

95. При ингаляционном методе через мундштук или носовые катетеры следует подавать

- а) около 1 литра кислорода в минуту
- б) 1.5-2 литра кислорода в минуту**
- в) 3-5 литров кислорода в минуту

96. Причинами пневмонии у обожженных являются

- а) аутоинфекция
- б) нарушение дренажной функции бронхов
- в) нарушение легочной вентиляции
- г) нарушение гемодинамики малого круга кровообращения
- д) все перечисленное**

97. Отек легкого развивается:

- 1) при увеличении отрицательного внутрилегочного давления
- 2) при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах
- 3) при повышении коллоидно-осмотического давления крови
- 4) при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких
- 5) при снижении проницаемости мембран
- а) все ответы правильные
- б) правильные все ответы, кроме 1, 2, 3
- в) правильные все ответы, кроме 1, 2, 4
- г) правильные все ответы, кроме 3, 4, 5
- д) правильно только 1, 2 и 4**

98. Показанием к переводу больного с отеком легкого на искусственную вентиляцию легких являются:

- 1) гипоксическая кома
  - 2) PO<sub>2</sub> ниже 60 мм рт. ст.
  - 3) PCO<sub>2</sub> выше 60 мм рт. ст.
  - 4) снижение АД до 80 мм рт. ст.
  - 5) тахикардия 110 в минуту
  - 6) одышка с частотой дыхания 40 в минуту
- а) все ответы правильные**  
б) правильные ответы 1, 2, 3  
в) правильные ответы 4, 5, 6  
г) правильные ответы 1, 3, 5  
д) правильные ответы 6

99.. Этиологическими факторами анафилактического шока являются

- а) лекарственные аллергены**  
б) пыльцевые аллергены  
в) бытовые аллергены  
г) грибковые аллергены

100. Чаще всего анафилактический шок вызывают следующие лекарственные препараты

- а) пенициллин**  
б) физиологический раствор  
в) глюкоза  
г) хлористый кальций

101. Чаще всего анафилактический шок развивается после употребления следующих пищевых продуктов, особенно у детей

- а) молока**  
б) моркови  
в) капусты  
г) репы

Дополнительные тестовые задания:

1. Дыхательный объем - это:

- А) максимальный объем воздуха, вдыхаемого после окончания нормального вдоха;
- Б) максимальный объем воздуха, выдыхаемого после окончания нормального выдоха;
- В) объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха;
- Г) объем воздуха, остающегося в легких после максимального выдоха;
- Д) максимальный объем выдоха в течение первой секунды

2. Воспалительный процесс в бронхах 1-2 порядка непосредственно не распространяется на паренхиму легкого:

- А) из-за наличия фиброзно-хрящевого слоя
- Б) из-за их внелегочной локализации
- В) из-за тесной анатомо-функциональной их связи с паренхимой легкого

3. Жизненная емкость легких зависит от:

1) роста; 2) площади поверхности тела; 3) массы тела; 4) пола.

- А) если правильны ответы 1,2 и 3
- Б) если правильны ответы 1 и 3
- В) если правильны ответы 2 и 4

Г) если правильный ответ 4

Д) если правильны ответы 1,2,3,4

4. Одноклеточные слизистые железы (бокаловидные клетки) отсутствуют в стенке бронхов:

А) 1-3-го порядка

Б) 1-6-го порядка

В) 7-го (10) порядка и более мелких порядков

5. Уменьшение жизненной емкости легких наблюдается при: 1. воспалительных процессах в органах грудной полости; 2. беременности (вторая половина); 3. асците; 4. грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

А) если правильны ответы 1,2 и 3

Б) если правильны ответы 1 и 3

В) если правильны ответы 2 и 4

Г) если правильный ответ 4

Д) если правильны ответы 1,2,3,4

6. Ингибиторами протеолитических ферментов бронхиального секрета, предохраняющими опорный аппарат стенки бронха и легкого от разрушения являются:

А) интерлейкин

Б) альфа-1-антитрипсин и альфа-1-антихимопсин

В) простагландины

7. Какие из приведенных факторов будут верны для бронхиальной астмы:

А) если болеют оба родителя, риск заболевания ребенка более 50%

Б) конкордантность у монозиготных близнецов 100%

В) у сельских жителей возникает чаще, чем у городских

Г) если болеет только отец – риска для ребенка практически нет

Д) заболевание передается воздушно-капельным путем

8. Диагностический критерий длительности кашля при хроническом бронхите составляет:

А) 3 месяца в течение 1 года

Б) 2 месяца в течение 2 лет подряд

В) 3 месяца в течение 2 лет подряд

Г) 1 месяц в течение 1 года

9. Какие препараты относятся к базисной противовоспалительной терапии при бронхиальной астме:

А) ингаляционные глюкокортикостероиды

Б) антагонисты лейкотриеновых рецепторов

В)  $\beta_2$ -агонисты длительного действия

Г) антагонисты кальция

10. Ацинус дренируется:

А) бронхом 12-го порядка

Б) мембранным бронхом

В) терминальной бронхиолой

Г) респираторной бронхиолой

11. Амфорическое дыхание наблюдается при:

А) очаговой пневмонии;

- Б) бронхите;
- В) бронхиальной астме;
- Г) абсцессе легкого;
- Д) эмфиземе легких.

12. Мокрота при хроническом катаральном бронхите бывает:

- А) слизистая
- Б) «ржавая»
- В) розовая пеннистая
- Г) стекловидная

13. Факторы риска для потенциально смертельной астмы включают:

- А) наличие выраженного аллергического компонента
- Б) приступы провоцируются физической нагрузкой
- В) «стероидная» зависимость
- Г) наличие астматических статусов в анамнезе
- Д) сочетание БА с тяжелым аллергическим дерматитом

14. Parietalный листок плевры выполняет все следующие функции, кроме:

- А) секреции жидкости
- Б) резорбции воды и кристаллов
- В) резорбции белковых продуктов

15. Газообмен в легком осуществляется:

- А) в паренхиме легкого
- Б) в дольке легкого
- В) в ацинусе легкого

16. Эффективность антибактериального лечения при внебольничной пневмонии следует клинически оценивать через:

- А) 72 часа
- Б) 12 часов
- В) 24 часа
- Г) 5 дней

17. К источникам инфекции при гриппе относят:

- А) больного человека в первые 5 дней болезни
- Б) вирусоносителя
- В) домашних животных
- Г) птиц

18. Основным методом раннего выявления туберкулеза легких среди взрослого населения является:

- А) микроскопия мокроты на микобактерии туберкулеза
- Б) посев мокроты на микобактерии туберкулеза
- В) флюорография

Г) клинический анализ крови

19. Сурфактант в альвеоле синтезируют:

- А) альвеолоциты 1-го порядка
- Б) альвеолоциты 2-го порядка
- В) клетки Клара

20. У беременных пациенток противопоказано назначение:

- А) Пенициллина
- Б) Эритромицина
- В) Тетрациклина
- Г) Левофлоксацина

## **2 вариант**

1. Лимфоидная ткань в органах дыхания у здоровых людей локализуется:

- 1) в паренхиме легкого
  - 2) в лимфатических узлах корня легкого
  - 3) в слизистой оболочке бронхов
  - 4) в плевре
- А) правильно 1 и 2
  - Б) правильно 1 и 3
  - В) правильно 1 и 4
  - Г) правильно 2 и 3
  - Д) правильно 2 и 4

2. Защита альвеолы от повреждающих ее агентов осуществляется

- А) удалением их с фазами дыхательных движений
- Б) удалением ресничками мерцательного эпителия
- В) фагоцитоз нейтрофилами
- Г) фагоцитоз альвеолярными макрофагами

3. Хронический бронхит у беременных проявляется в виде:

- А) влажных мелкопузырчатых хрипов
- Б) сухих хрипов
- В) крепитации
- Г) шума трения плевры

4. Заражение туберкулезом во время беременности чаще происходит:

- А) алиментарным путем
- Б) контактным путем
- В) аэрогенным путем
- Г) внутриутробным путем

5. К заболеваниям с наследственным предрасположением относятся:

1) легочный протеиноз; 2) туберкулез; 3) бронхиальная астма; 4) пневмония.

А) если правильный ответ 1,2 и 3;

Б) если правильный ответ 1 и 3;

В) если правильный ответ 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;

6. Для диагностики микобактерий используются:

- А. Селективные обогащенные среды
- Б. Селективные среды

7. Клинические признаки, ассоциированные с астмой:
- А) аспирин может вызывать или усиливать проявления
  - Б) единственным внешним проявлением может быть кашель
  - В) во время приступа хрипов может не быть
  - Г) отсутствие хрипов в легких во время приступа – хороший прогностический признак
  - Д) приступы удушья обычно сопровождаются субфебрилитетом
8. В какие сроки необходимо проводить бактериальное исследование крови:
- А. В первые 3-4 дня от начала заболевания или обострения
  - Б. В первые 1-2 недели после начала антибактериальной терапии
  - В. В первые 3-4 дня от начала антибактериальной терапии
9. Нарастание одышки, боли в груди, односторонний тимпанит или коробочный перкуторный звук, исчезновение дыхательных шумов при аускультации характеризуют:
- А) клапанный пневмоторакс
  - Б) закрытый пневмоторакс
  - В) открытый пневмоторакс
10. Первичное обследование для выявления туберкулеза должны проводить:
- А) все лечебно-диагностические учреждения общей лечебной сети
  - Б) противотуберкулезные учреждения
  - В) родильные дома
  - Г) учреждения Роспотребнадзора
11. Бронхоальвеолярный смыв можно использовать для культуральной диагностики:
- А. Легионеллезной инфекции
  - Б. Хламидийной инфекции
  - В. Вирусной инфекции
  - Г. Микобактериальной инфекции
  - Д. Всего перечисленного.
12. Признаки тяжелого астматического приступа:
- А) цианоз
  - Б) боли при глотании
  - В)  $PCO_2$  более 40 мм рт ст
  - Г) величина максимальной скорости выдоха менее 50% от должной
  - Д) заложенность носа и слезотечение
13. Возбудителем внебольничной пневмонии во время беременности чаще всего является:
- А) пневмококк;
  - Б) стрептококк;
  - В) стафилококк;
  - Г) кишечная палочка;
  - Д) клебсиелла.
14. В терапии каких из перечисленных заболеваний может использоваться  $\alpha 1$ -антитрипсин?

	<p>А) сердечная астма</p> <p>Б) синдром бронхиальной обструкции токсического генеза</p> <p>В) эмфизема легких</p> <p>Г) лимфогранулематоз</p> <p>15. Основными видами нарушения функции внешнего дыхания являются все перечисленные, кроме:</p> <p>А) вентиляционных</p> <p>Б) диффузных</p> <p>В) перфузионных</p> <p>Г) нарушение транспорта O<sub>2</sub> и CO<sub>2</sub></p> <p>16. В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины:</p> <p>А) класса А</p> <p>Б) класса Е</p> <p>В) класса G</p> <p>Г) класса М</p> <p>17. Повышают риск развития бронхиальной астмы:</p> <p>А) семейный анамнез БА</p> <p>Б) атопический дерматит в первые годы жизни</p> <p>В) проживание в сельской местности</p> <p>Г) курение</p> <p>Д) преждевременное половое созревание</p> <p>18. Мониторинговым показателем контроля бронхиальной астмы может выступать:</p> <p>А) пиковая скорость выдоха</p> <p>Б) сатурация O<sub>2</sub> капиллярной крови</p> <p>В) частота дыхания</p> <p>Г) эозинофилы периферической крови</p> <p>19. У каких пациентов чаще наблюдается значительное увеличение концентрации грамотрицательной флоры в ротоглотке?</p> <p>А. У пациентов, длительно получавших антибактериальные препараты</p> <p>Б. Хронических алкоголиков</p> <p>В. У больных с сахарным диабетом</p> <p>Г. У больных с острой лейкемией</p> <p>Д. У всех перечисленных</p> <p>20. В организации и проведении прививок при плановой вакцинации участвует:</p> <p>А) врач-терапевт (врач-педиатр)</p> <p>Б) врач-лаборант</p> <p>В) врач-эпидемиолог</p> <p>Г) врач-бактериолог</p> <p><b>3 вариант</b></p> <p>1. Препятствует слипанию стенок альвеол:</p> <p>А) альфа 1-антитрипсин</p> <p>Б) простагландин</p> <p>В) сурфактант</p>
--	---

2. Важнейшей функцией верхних отделов воздухоносных путей является:  
А) проведение воздуха  
Б) кондиционирование воздуха (согревание, увлажнение, очищение)  
В) распределение воздуха
3. Висцеральный листок плевры выполняет все следующие функции, кроме  
А) участие в эластической тяге легкого:  
Б) резорбции воды и кристаллоидов  
В) резорбция белковых продуктов  
Г) барьера
4. Показания к назначению системных глюкокортикостероидов при бронхиальной астме:  
А) длительность заболевания более 5 лет  
Б) астматический статус  
В) отсутствие эффекта от применения ингаляционных глюкокортикостероидов  
Г) отсутствие эффекта от применения ингаляционных адреномиметиков
5. К бронхолитикам не относятся:  
А) метилксантины  
Б) холинолитики  
В) симпатомиметики  
Г) блокаторы лейкотриеновых рецепторов
6. На чем базируется основная диагностика пневмококковых инфекций:  
А. На бактериоскопии  
Б. Бактериологии  
В. Серологическая диагностика  
Г. Иммунологическая диагностика
7. Очагом туберкулезной инфекции является:  
а) больной туберкулезом, выделяющий МБТ  
б) жилище больного туберкулезом  
в) домашнее животное, выделяющее МБТ  
г) верно А и В  
д) все ответы верны
8. При применении ингаляционных глюкокортикостероидов при бронхиальной астме следует помнить:  
А) максимальный эффект развивается через 2-3 минуты  
Б) частым осложнением является кандидоз слизистой оболочки полости рта  
В) нельзя сочетать с адреномиметиками  
Г) нельзя сочетать со стабилизаторами мембран тучных клеток
9. Показанием к назначению антибактериальных препаратов при остром бронхите во время беременности служит:
- 1) тяжелое клиническое течение заболевания;  
2) появление гнойной мокроты;  
3) повышение температуры;  
4) появление одышки.
- А) если правильный ответ 1,2 и 3;  
Б) если правильный ответ 1 и 3;

- В) если правильный ответ 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильный ответ 1,2,3 и 4;
10. Бактериовыделителем называют:
- А) больного туберкулезом, у которого МБТ обнаружена один раз
  - Б) больного, выделявшего МБТ не менее 2 раз
  - В) больного, постоянно выделяющего МБТ
  - Г) все ответы верны
11. Человек инфицируется туберкулезом от:
- А) больного туберкулезом человека
  - Б) инфицированных туберкулезом продуктов питания
  - В) инфицированных туберкулезом предметов окружающей среды
  - Г) все ответы верны
12. Акушерские осложнения при внебольничной пневмонии у беременных:
- А) преждевременное излитие околоплодных вод
  - Б) преждевременные роды
  - В) синдром задержки развития плода
  - Г) перинатальная смертность
  - Д) преэклампсия
  - Е) все перечисленное
13. Основным клиническим синдромом при БА у беременных является:
- А) синдром инфильтрации в легочной ткани
  - Б) синдром бронхиальной обструкции
  - В) астенический синдром
  - Г) интоксикационный синдром
14. Что называют «поздним» выявлением туберкулеза?
- А) при фиброзно-кавернозном туберкулезе
  - Б) при кавернозном
  - В) при казеозной пневмонии
  - Г) при диссеминированном процессе
  - Д) при цирротическом
  - Е) все перечисленное
15. Самым достоверным признаком активности туберкулезных изменений во время беременности является:
- А) бацилловыделение
  - Б) интоксикация
  - В) изменения гемограммы
  - Г) динамика рентгенологической картины в процессе наблюдения
  - Д) все ответы правильны
16. Для аспириновой БА характерно:
- А) частое сочетание с полипозными риносинуситами
  - Б) частое сочетание с язвенной болезнью
  - В) преимущественно ночные приступы
  - Г) непереносимость НПВС
  - Д) приступы удушья могут провоцироваться употреблением в пищу малины, слив, винограда
17. К заболеваниям с наследственной предрасположенностью относятся все перечисленные, кроме:
- А) пневмонии
  - Б) бронхиальной астмы
  - В) бронхоэктатической болезни
  - Г) муковисцидоза

Д) туберкулеза

18. Внебольничная пневмония у беременных -

- А) воспалительные процессы в легких
- Б) инфекционные воспалительные процессы в легких
- В) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в легких
- Г) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в мелких бронхах и интерстиции легких
- Д) различные по этиологии и патогенезу инфекционные воспалительные процессы в различных структурах легкого с обязательным поражением респираторного отдела, развивающиеся во время беременности

19. Возбудителями внебольничной пневмонии во время беременности у заболевшего вне стационара являются все перечисленные микроорганизмы, кроме:

- А) пневмококка
- Б) синегнойной палочки
- В) микоплазмы
- Г) клебсиеллы

20. Наиболее частым гранулематозным поражением легких неинфекционной природы во время беременности является:

- А) силикоз
- Б) саркоидоз
- В) гистиоцитоз Х

#### 4 вариант

1. Острый абсцесс легкого переходит в хронический:

- А) через 3-4 недели
- Б) через 2 месяца
- В) через 4-6 месяцев
- Г) через 12 месяцев

2. Во время беременности острый абсцесс легкого отличается от пневмонии, протекающей с абсцедированием:

- А) более тяжелым клиническим течением
- Б) выделением гнойной мокроты полным ртом и неприятным запахом
- В) одномоментным отхождением большого количества гнойной мокроты, чаще с неприятным запахом
- Г) преобладанием некротических изменений в легких над воспалительными

3. Как изменяется содержание общего белка при острых нагноительных заболеваниях во время беременности?

- А. Повышается в первые 1-2 месяца
- Б. Понижается в первые 1-2 месяца

4. При каких заболеваниях понижается содержание  $\alpha_1$  –антитрипсина?

- А. Пневмония
- Б. Туберкулез
- В. Ранней эмфиземе
- Г. Респираторном дистресс-синдроме
- Д. Раке легких

5. Какие иммуноглобулины первыми вырабатываются в ответ на острую инфекцию?

- А. IgA
- Б. IgM
- В. IgG
- Г. IgE

6. Антагонисты лейкотриенов во время беременности используются в качестве:

- А) при аспириновой астме и как дополнение к ингаляционным стероидам

Б) как монотерапия при легкой астме

7. Обладает ли фенотерол противовоспалительным действием на слизистую бронхов?

- А) да
- Б) нет

8. Разрешен ли будесонид к применению во время беременности?

- А) да
- Б) нет

9. Усиление голосового дрожания у беременных возникает при:

- А. Долевой пневмонии
- Б. Абсцессе сообщающимся с бронхом
- В. Абсцессе не сообщающимся с бронхом
- Г. Эмфиземе
- Д. При обтурации опухолью

10. Какой из элементов мокроты с достоверностью свидетельствует о деструкции ткани легкого?

- А. Кристаллы Шарко - Лейдена
- Б. Лейкоциты
- В. Спирали Куршмана
- Г. Эластические волокна
- Д. Эритроциты

11. Наиболее информативным методом исследования при тромбоэмболии легочной артерии является:

- А) рентгенологический
- Б) электрокардиографический
- В) сканирование легких с помощью радионуклидов
- Г) зондирование малого круга кровообращения

12. Главным мероприятием в лечении спонтанного пневмоторакса при беременности являются:

- А) плевральная пункция, активный дренаж и аспирация
- Б) наблюдение и лечение основного заболевания
- В) кардиотропная терапия и аналептики
- Г) динамическое наблюдение

13. Какие дыхательные шумы являются патологическими?

- А. Везикулярное дыхание
- Б. Ослабленное везикулярное дыхание
- В. Ларинго-трахеальное
- Г. Жесткое
- Д. Бронхиальное

14. Критерии активности воспалительного процесса во время беременности:

- А. Нейтрофильный лейкоцитоз
- Б. Лейкопения
- В. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- Г. Токсическая зернистость нейтрофилов
- Д. Увеличение СОЭ
- Е. Лейкемоидные реакции

15. Эффект стероидов, введенных парентерально при астматическом статусе, проявится немедленно?

- А) да
- Б) нет

16. Механизм действия омализумаба:

- А) блокирует рецепторы для специфического IgE на тучных клетках и базофилах
- Б) является антителом против ИЛ-4
- В) связывается с циркулирующим IgE

17. Тромбоэмболия легочной артерии во время беременности чаще является осложнением:

- А) флеботромбоза глубоких вен голени
- Б) тромбофлебита поверхностных вен голени
- В) тромбофлебита варикозного расширения поверхностных вен голени с рожистым воспалением

18. Тактика ведения пациента при тромбоэмболии легочной артерии определяется, в первую очередь:

- А) площадью окклюзированных сосудов малого круга (массивностью эмболии)
- Б) темпами перекрытия сосудистого русла (мгновенное, постепенное, медленное)
- В) возникающими патофизиологическими расстройствами и реакцией со стороны различных органов (сердечная, легочная, мозговая, почечная, печеночная)

19. Показаниями для назначения омализумаба являются:

- А) тяжелая неконтролируемая БА на 4-5 ступени терапии
- Б) хроническая спонтанная крапивница
- В) рецидивирующие отеки Квинке
- Г) генерализованный атопический дерматит
- Д) гиперэозинофильный синдром

20. Признаками тромбоэмболии легочной артерии во время беременности на ЭКГ является:

- А) резкая перегрузка правого предсердия
- Б) острая блокада правой ножки пучка Гисса
- В) глубокие зубцы SI, QIII
- Г) резко отрицательный TIII
- Д) все перечисленное

Ответы:

1 вариант.	2 вариант	3 вариант	4 вариант
1. В	1. Г.	1. В.	1. Б.
2. Б	2. Г.	2. Б.	2. Г.
3. Д	3. Б.	3. В.	3. А.
4. В	4. Б,В.	4. Б, В.	4. В,Г.
5. А	5. Б.	5. Г	5. Б.
6. Б	6. Б.	6. Б	6. А.
7. А	7. А,Б,В	7. Г	7. Б.
8. В	8. А.	8. Б	8. А.
9. А, Б, В	9. В	9. Д	9. А,Б
10. Б	10. А,Б,В.	10. Г	10. Г
11. Г	11. Д.	11. Г	11. Г
12. А, Г	12. А,Б,В.	12. Е	12. А
13. В,Г	13. А.	13. Б	13. Б,Г,Д.
14. Б	14. В.	14. Е	14. А,В,Г,Д
15. В	15. Г.	15. А	15. Б
16. А	16. А.	16. А,Г,Д	16. В.
17. А, Б	17. А. Б. Г.	17. А	17. А.
18. В	18. А.	18. Д	18. А.
19. Б	19. Д.	19. Б	19. А,Б
20. В,Г.	20. А	20. Б	20. Д

## Банк ситуационных клинических задач

**Б 1.Б.6.1**  
**Раздел 1**  
**Общие**  
**вопросы**  
**клинической**  
**пульмонологии**

### Задача 1 (Синдром «матового стекла»)

Мужчина, 57 лет, с длительным стажем курения (40 пачка/лет), госпитализирован в пульмонологическое отделение с жалобами на выраженную одышку, возникающую во время физических нагрузок, сухой кашель, общую слабость, снижение массы тела. Объективно: обращает на себя внимание изменение ногтевых фаланг в виде "барабанных палочек", при проведении аускультации: выслушивается негромкая крепитация на высоте вдоха, усиление II тона над легочной артерией, частота сердечных сокращений 95 в минуту, умеренные периферические отеки. По данным функции внешнего дыхания выявлены рестриктивные изменения и снижение диффузной способности легких. В целях уточнения диагноза пациент направлен на КТВР. Какой признак НЕ характерен для постановки диагноза "идиопатический легочный фиброз"?

- Варианты: Преобладание в базальных, кортикальных отделах легких
- Диффузные ретикулярные изменения
- Сотовое легкое"
- Синдром "матового стекла"

Синдром "матового стекла" нетипичен для ИЛФ. "Матовое стекло" - скиагический феномен при КТВР (КТ высокого разрешения), который характеризуется повышением плотности легочной ткани, на его фоне видны просветы и стенки бронхов, внутрилегочные сосуды, а также ретикулярные изменения, если они присутствуют. Морфологическая основа симптома "матового стекла" - изменения анатомических структур за пределами разрешающей способности КТ при сохранении воздушности легочной ткани. К ним относятся: утолщение межальвеолярных перегородок любой природы, частичное заполнение просветов альвеол содержимым, уменьшение объема альвеол за счет гиповентиляции, повышение перфузии легочной ткани при избыточном количестве крови в капиллярах. При отсутствии "сотого легкого" и тракционных бронхоэктазов "матовое стекло" может быть одним из признаков активного воспалительного процесса.

### Задача 2(Суточное мониторирование пикфлоуметрии)

Девушка, 19 лет, предъявляет жалобы на кашель и хрипы при дыхании. Из анамнеза известно, что недавно пациентка устроилась на столярную фабрику. Отмечает, что выраженность симптомов возрастает в течение недели. Во время недельного отпуска жалобы не беспокоили. По данным пикфлоуметрии отмечено снижение объема форсированного выдоха до 450 л/мин (норма 510 л/мин). Вы предположили профессиональную БА. Каковы ваши дальнейшие действия? Варианты: 1.

Назначить преднизолон. 2. Суточное мониторирование пикфлоуметрии 3. Назначить сальбутамол 4. Выполнить кожно-аллергические пробы

Данной пациентке необходимо выполнить мониторирование пикфлоуметрии (утром и вечером в течение 1-2 недель, включая выходные дни) с целью установить взаимосвязь между бронхиальной обструкцией и профессиональными вредностями, обратив внимание на показатели  $ПС_{\text{выд}}$  в рабочие и выходные дни. Древесная пыль, пластмассы, растворители, аллергены животных и грибов - экзогенные факторы, провоцирующие астму. Лечение в данном случае заключается в удалении провоцирующего экзогенного фактора. Для идентификации аллергена возможно использовать кожные аппликационные пробы.

Задача № 3.(Синдром дыхательной недостаточности, синдром острого лёгочного сердца, болевой синдром в грудной клетке, синдром венозной недостаточности, интоксикационный синдром. Ведущий – синдром острого лёгочного сердца)

Диагноз: Острый тромбоз общей бедренной вены справа. Массивная тромбоэмболия лёгочной артерии. Острое лёгочное сердце)

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отёк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведёт малоподвижный образ жизни, курит, применяя комбинированные оральные контрацептивы. Объективно: состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отёк правой нижней конечности, мягкий и тёплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранённой пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лёгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под рёберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м<sup>2</sup>. Субфебрилитет. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $5,7 \times 10^9 /л$ , эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи: соломенно-жёлтая; прозрачная, pH кислая, удельный вес - 1010, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндр соли не определяются. Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин - 0,093 ммоль/л, глюкоза - 6,9 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген - 8,2 г/л, СРБ - 25 мг/л. ЭКГ: Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SI-QIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Выделите ведущие синдромы. Поставьте диагноз.

Задача 4. (Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная неконтролируемая. Дыхательная недостаточность I-II. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рационально трудоустройство через ВК).

Больной 25 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднённым выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарств не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые с детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост - 175 см, вес 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД - 18 в минуту. При перкуссии - ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации - дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. Пр

**Б 1.Б.6.2** Раздел  
2  
**«Частные  
вопросы  
клинической  
пульмонология  
»**

пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурически явлений нет. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте проведение врачебной трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

Задача № 5 (Внебольничная пневмония бактериальная (возбудитель не уточнен), полисегментарная с локализацией в средней и нижней долях правого лёгкого, тяжелое течение, осложненная ОДН.)

Пациент П. 40 лет, водитель, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. 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, соотношение тонов в норме, 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<sup>12</sup>/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 13,2×10<sup>9</sup> /л, юные - 2%, палочки - 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 затемнение в виде инфильтрата. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? 5. Через 72 часа на фоне лечения сохраняются признаки интоксикации, лихорадка (температура 37,9 °С), ЧДД - 22 в минуту, имеется гнойная мокрота. В общем анализе крови: лейкоциты - 11×10<sup>9</sup> /л, нейтрофилы - 82%, юных форм - 7%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача №6. (Бронхиальная астма, персистирующая, атопическая форма, лёгкое течение, обострение. Дыхательная недостаточность (ДН) I степени. Поллиноз с проявлениями аллергического риноконъюнктивита)

Мужчина 30 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднённым выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью. Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приёма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трёх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. В анализах крови: лейкоциты – 6,0×10<sup>9</sup> /л; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч. Общий анализ мокроты: консистенция

вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1– 5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. IgE сыворотки крови повышен в три раза. Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 25%. Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено. Вопросы: 1. Предположите диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

Задача №7 (Экзогенный аллергический альвеолит).

Больная И., 38 лет. Направлена на консультацию терапевтом. Беспокоит постепенное в течение более полугода ухудшение самочувствия. Прогрессирует одышка при небольшой физической нагрузке, кашель постоянный с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, периодически субфебрильная температура тела, слабость, потеря аппетита, похудела на 5 кг. Приступы удушья/кашля отрицает. Работает учителем математики в средней школе. Курение – отрицает. Аллергологический анамнез спокойный. Дома около одного года живут 2 попугая. Наследственность – у сына 10 лет в раннем детстве легкие проявления атопического дерматита, у дяди (по материнской линии) бронхиальная астма, ХОБЛ. Объективно: Состояние удовлетворительное, температура 37,2. Кожа и слизистые обычного цвета и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве без гиперемии и налетов, миндалина не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком. В легких дыхание жесткое, рассеянные крепитирующие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. На рентгенограмме легких: снижение прозрачности легочных полей («матовое стекло»), диффузные узелково-сетчатые инфильтраты диаметром до 5 мм. По данным ФВД – преимущественно рестриктивные изменения- умеренное снижение ОЕЛ, ЖЕЛ, ФОЕ. Снижение диффузионной способности легких (ДСЛ). Умеренная гипоксемия. Клинический анализ крови: эр- 3,5 \*10<sup>12</sup>/л, Нб-140г/л, лейко- 8\*10<sup>9</sup>/л, п-1, с-50, э-2, м-8, л-39, СОЭ-35мм/ч.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. План лечения.

Задача № 8 (Хроническая обструктивная болезнь лёгких, крайне тяжёлого течения, 4 степени, с выраженными симптомами, высокий риск, в фазе инфекционного обострения. Индекс курения 45 пачка/лет. ДН 2 ст.)

Пациент К. 63 года предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С. Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5

см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла. Общий анализ крови: эритроциты -  $4,42 \times 10^{12}/л$ , Нв - 165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты -  $8,4 \times 10^9 /л$ , эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. . 3. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

Задача №9 ( Бронхиальная астма, среднетяжёлое недостаточно контролируемое течение. ДН0.)

Женщина 50 лет, швея, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки). В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены. Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты -  $9,5 \times 10^9 /л$ , палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения. Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно). Ро-графия грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике. Вопросы: 1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте план дополнительного обследования. 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

Задача №10 (Правосторонний сухой плеврит.)

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии. Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Обоснуйте

поставленный Вами диагноз. 3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза. 4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния? 5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лёгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

**Задача №11 (Нинтеданиб или Пирфенидон)**

Женщина, 70 лет, с длительным анамнезом курения (30 пачка/лет), находится в пульмонологическом отделении с диагнозом "идиопатический легочный фиброз". Какова тактика лечащего врача по назначению медикаментозной терапии?

Ответ : В настоящее время рекомендованные препараты для терапии ИЛФ -антифибротические препараты: нинтеданиб и пирфенидон. Терапия нинтеданибом (или пирфенидоном) позволяет снизить скорость снижения показателя FVC в течение 1 года, т.е. приводит к замедлению прогрессирования ИЛФ.

**Задача №12 (Анафилактический шок).**

Больной М, 21 год, студент, проходит курс инъекционной АСИТ клещевыми аллергенами по поводу бронхиальной астмы и персистирующего аллергического ринита. Сегодня явился на очередную инъекцию аллергена. Самочувствие хорошее, жалоб нет, температура тела 36,6. Бронхиальную астму контролирует низкими дозами ГКС (пульмикорт 200мкг/сут). Аллерген введен из нового флакона в прежней дозе. На месте инъекции выделилась капля крови. При выходе из поликлиники почувствовал резкое ухудшение самочувствия - появились чувство стеснения в груди, слабость, сердцебиение, чувство жара во всем теле, беспокойство, головная боль, затруднённое дыхание, одышка, кашель, свист в груди. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные с холодным липким потом. ЧДД - 30 в минуту, АД -60/40, Ps-120 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. В легких дыхание поверхностное, ослабленное, с затрудненным выдохом, свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Тактика ведения больного.
3. Неотложная терапия

**Задача №13 (ХОБЛ, легкое течение, с невыраженными симптомами и редкими обострениями(группа А),ДН0)** Пациент 45 лет обратился к терапевту с жалобами на одышку при интенсивной физической нагрузке(бег, подъем тяжестей), по шкале mMRC=1 балл). Кашель с отхождением небольшого количества мокроты, преимущественно по утрам(по тесту САТ=8 б). Из анамнеза известно, что продуктивный кашель появился более 10 лет назад. Пациент не обследовался. Причиной обращения стала одышка при ранее удовлетворительно переносимой физической нагрузке(занятия спортом), которую стал замечать в течение последнего года. В течение года перенес 1 обострение, не потребовавшее госпитализации. Амбулаторно принимал амоксициллин. Наследственность по atopическим, респираторным и сердечно-сосудистым заболеваниям неотягощена. Курит по 1.5 пачки сигарет в день в течение 27 лет. Объективно :температура тела-36.6 С, ЧСС 68 в минуту. ЧДД 16 в минуту, АД 130\80 мм.рт. ст. Физикально: по органам и системам -без клинически значимых отклонений. Проведена обзорная рентгенография ОГК : легочные поля повышенной прозрачности, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, срединная тень не расширена. Общий анализ крови: лейкоциты- 4,7 x10<sup>9</sup> /л, эритроциты-3,9 x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 141 г/л, гематокрит 39.6%, тромбоциты-241x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 12 мм\ч, базофилы-0%. эозинофилы- 35, моноциты - 9%, нейтрофилы- 62%, лимфоциты-28%.

Сывороточный уровень IgE-27 МЕл (норма до 100). На электрокардиограмме: ритм синусовый. ЧСС74 уд. в минуту, нормальное положение ЭОС. ЭХО-КГ: фракция выброса ЛЖ-70%. Локальных нарушений сократимости не выявлено., стенки миокарда не утолщены, диастолическая функция не нарушена, камеры не расширены, выпота в полости перикарда нет. По данным исследования функция внешнего дыхания: ОФВ1=69%, ФЖЕЛ=75%, ОФВ1\ФЖЕЛ=64%, после проведения пробы с бронхолитиком (4 вдоха сальбутамола): ОФВ1=80%, ОФВ1\ФЖЕЛ=68%. SpO2= 96%. 6-минутная шаговая ходьба-480 м, SpO2=95%.Сформулируйте диагноз.

Задача 14 (Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, лёгкое течение. Дыхательная недостаточность (ДН) 0 ст.)

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор. 5. Пациенту назначена явка через два дня для оценки действия назначенных лекарственных препаратов и возможной коррекции терапии. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

Задача 15. ( Стартовая терапия нерациональна из-за низкой активности Цефазолина против основных возбудителей внебольничной пневмонии. 2. Смена Цефазолина на Амикацин не может обеспечить эффект из-за отсутствия активности Амикацина против наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, атипичная микрофлора). 3. Для контроля эффективности антибактериальной терапии через 48-72 часа необходимо оценить клиническое состояние пациента – уменьшение признаков интоксикации, снижение температуры, а также динамику лабораторных показателей (уменьшение лейкоцитоза, уменьшение количества палочкоядерных нейтрофилов). 4. Отменить Амикацин, возможно назначение: - ингибитор/защищенные пенициллины ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин) или - цефалоспорины III поколения (Цефотаксим, Цефтриаксон) ± макролиды (Спирамицин, Джозамицин, Азитромицин, Кларитромицин) или - «респираторные» фторхинолоны III-IV поколения (Левифлоксацин, Моксифлоксацин, Спарфлоксацин, Гемифлоксацин))

Больной Л. 37 лет находится в стационаре, диагноз «внебольничная пневмония с локализацией в нижней доле правого легкого, средне-тяжёлое течение, ДН I». Заболел остро 4 марта: появился озноб, повышение температуры тела до 38,8 °С. В течение последующих 3 дней появились жалобы на сухой кашель, боли и тяжесть в правой половине грудной клетки, температура в пределах 38-38,7 °С. Самостоятельно принимал противовирусные препараты (Арбидол, Ингавирин), жаропонижающие средства, врача-терапевта участкового на дом не вызывал. В связи с отсутствием улучшения состояния, сохранением кашля, болей в грудной клетке и повышения температуры тела 7.03, вызвал скорую помощь и был госпитализирован в терапевтическое отделение. Рентгенография лёгких (7 марта): признаки пневмонии нижней доли правого лёгкого. Общий анализ крови (7.03): Нв – 145 г/л, лейкоциты – 18×10<sup>9</sup> /л, эритроциты – 4,5×10<sup>12</sup>/л, тромбоциты – 240×10<sup>9</sup> /л, палочкоядерные – 12%, лимфоциты – 20%, нейтрофилы – 74%, эозинофилы – 1%, моноциты – 3%, СОЭ – 25 мм/ч. Лист назначения: цефазолин 2.0 в\в 3 раза в день, амикацин 1.0 в\в 1 раз в сутки. Амброксол 30 мг 3 раза в день. Вопросы: 1. Оцените рациональность стартовой эмпирической антимикробной терапии с учётом спектра действия препарата. 2. Оцените рациональность проведённой смены антибактериального препарата с учётом спектра действия препарата и наиболее частых возбудителей внебольничной пневмонии. 3. Предложите методы и время контроля эффективности антибактериальной терапии. 4. Сочетание каких из назначенных препаратов повышает риск развития нефротоксического

побочного действия? (Ответ обоснуйте). 5. Предложите рекомендации по оптимизации антибактериальной терапии.

Задача 16.( Да, возможно. Наиболее типичны: частые обострения, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, рак легких)

Мужчина, 65 лет, курильщик (40 пачка/лет) на приеме у пульмонолога. 4 мес назад находился на госпитализации в пульмонологическом отделении с жалобами на одышку при физической нагрузке, которая появилась около 2 лет назад, медленно прогрессирует, сухой кашель. Профессиональный анамнез без особенностей. Пациент был полностью обследован, поставлен диагноз "идиопатический легочный фиброз", также была диагностирована гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Назначена медикаментозная терапия: антифибротические препараты + ингибиторы протонной помпы. Пациент обеспокоен своим состоянием, около месяца назад бросил курить, в настоящий момент отмечает улучшение общего самочувствия. Возможно ли, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - осложнение ИЛФ? Какие осложнения наиболее типичны для ИЛФ? Варианты: 1. Да, возможно. Наиболее типичны: легочная гипертензия, частые обострения, дыхательная недостаточность. 2. Да, возможно. Наиболее типичны: частые обострения, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, рак легких.3.Нет, не возможно. Наиболее типичны: частые обострения, рак легких, дыхательная недостаточность, пневмоторакс. 4. Нет, не возможно. Наиболее типичны: частые обострения, эмфизема легких, дыхательная недостаточность, легочная гипертензия, рак легких.

Ответ: Среди наиболее вероятных осложнений ИЛФ следует отметить вторичную ЛГ, формирование "легочного" сердца, гастроэзофагеальный рефлюкс, эмфизему легких. Течение ИЛФ могут ухудшать и такие внешние стимулы, как курение, вирусная инфекция и др.Наличие у пациента гастроэзофагеальной рефлюксной болезни сопровождается микроаспирацией и может рассматриваться как фактор, ухудшающий течение болезни.

Рак легкого встречается у больных ИЛФ приблизительно в 3-12%.

Особого внимания заслуживает сочетание ИЛФ и эмфиземы, получившее в англоязычной литературе название отдельного синдрома сочетания легочного фиброза и эмфиземы CPFE. Одним из наиболее частых осложнений синдрома CPFE бывает легочная гипертензия, которая определяется почти в половине случаев (47%), т.е. чаще, чем при ИЛФ, и протекает тяжелее. У больных с синдромом CPFE отмечен также высокий риск развития рака легкого (около 33%), что резко ухудшает прогноз. Не исключено, что синдром CPFE -независимый фактор риска развития рака легкого.

Пневмоторакс возможен у пациентов ИЛФ, но не относится к типичным осложнениям.

Задача 17:( Уменьшить дозу нинтеданиба до 100 мг 2 раза в сутки, назначить симптоматическую терапию лоперамидом, метоклопрамидом, дать рекомендации по режиму питания)

Мужчина, 57 лет, курильщик (33 пачка/лет), находится в пульмонологическом отделении. Поступил 7 дней назад с жалобами на одышку при незначительной нагрузке, сухой кашель, слабость, снижение массы тела. Обследован, поставлен диагноз "идиопатический легочный фиброз". Назначена терапия ингибитором тирозинкиназы (нинтеданиб) в дозе 150 мг 2 раза в сутки. На фоне приема препарата отмечает появление диареи и тошноты.Какова тактика лечащего врача?Варианты:1. Отменить препарат, назначить преднизолон 40 мг/сут2. Уменьшить дозу нинтеданиба до 100 мг 2 раза в сутки, назначить симптоматическую терапию лоперамидом, метоклопрамидом, дать рекомендации по режиму питания3. Отменить препарат, назначить комбинированную терапию преднизолоном в дозе 40 мг/сут, циклофосфамидом 25 мг/сут4. Отменить препарат, назначить комбинированную терапию преднизолоном 60 мг/сут, циклофосфамидом 25 мг/сут и ацетилцистеином.

Ответ: Рекомендации при возникновении побочных эффектов при приеме нинтеданиба - уменьшение дозы и прерывание курса терапии для устранения неблагоприятных

явлений:временное прекращение (остановка) терапии препаратом, затем повторное начало с сокращенной дозой 100 мг 2 раза в день и при удовлетворительной переносимости вернуться к дозе 150 мг 2 раза в день;2.уменьшение дозы до 100 мг 2 раза в день без предварительного прерывания лечения3.симптоматическая терапия (лоперамид в случае диареи, метоклопрамид или ондансетрон в случае тошноты и/или рвоты);4.рекомендации по режиму питания.

По данным многоцентровых рандомизированных исследований, к препаратам с доказанной эффективностью при лечении ИЛФ относятся только 2 препарата: пирфенидон и нинтеданиб.

#### Задача 18.

Мужчина 56 лет, жалуется на выраженную одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с мокротой. Из анамнеза: кашель с мокротой более 10 лет, одышка при физической нагрузке около 5 лет. Курил 40 лет по 20—30 сигарет в день, в течение года не курит. Использует комбинированные короткодействующие бронхолитики (ипратерол/фенотерол) до 12 доз в сутки. Данные по опросникам и шкалам: CAT – тест – 32 балла. MRC – 4.

При аускультации в легких выслушивается ослабленное дыхание, небольшое количество рассеянных сухих свистящих хрипов на выдохе. Перкуторный звук с коробочным оттенком по всем полям. Частота дыхания 16 в 1 мин. SpO<sub>2</sub> при дыхании атмосферным воздухом 95% в покое. В тесте с 6-минутной ходьбой - SpO<sub>2</sub> 92%

1- При функциональном исследовании получены следующие результаты : Кривая поток – объем: ОФВ1- 14% от д.в. , ОФВ1/ФЖЕЛ - 19%, ФЖЕЛ - 56% от д.в.

2- ПОСТДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ – ОФВ1 – 20%, ОФВ1/ФЖЕЛ - 21%, ФЖЕЛ - 59% от д.в.

При компьютерной томографии в легочном «окне» определяются выраженные и распространенные буллезные эмфизематозные изменения . Газовый состав артериальной крови: у данного пациента выявлены гипоксемия (PaO<sub>2</sub> 64,6 мм рт. ст.), гиперкапния (PaCO<sub>2</sub> 46,9 мм рт. ст.), снижение pH до 7,37.ОАК – Эритроциты – 5.0 x10<sup>12</sup>, Нв-152 г/л, Лейкоциты – 6,8x 10<sup>9</sup>, эозинофилы 1%, СОЭ- 5 мм/ч

ВОПРОС: Поставьте диагноз, определите тактику ведения пациента, немедикаментозную и медикаментозную терапию, диспансерное наблюдение.

Задача 19. (Левосторонняя пневмония. Туберкулёз лёгких. Абсцесс лёгкого. 2. Анамнестически установлено, что больной начал лечение по поводу левосторонней пневмонии, но лечение было прервано, после чего через несколько дней отметил ухудшение. В данной ситуации возможно развитие осложнений (например, абсцесса лёгкого – имеется отхождение гнойной мокроты) или прогрессирование основного заболевания. Кроме того, необходимо думать о социально значимых заболеваниях, например, туберкулёзе. 3. Пациенту показана антибактериальная и симптоматическая терапия. Данные анамнеза и результаты обследования не позволяют исключить в данном случае абсцесс лёгкого. При диагностике абсцесса лёгкого показаны хирургические методы лечения. 5. При диагностике абсцесса лёгкого показаны хирургические методы лечения: вскрытие и дренирование гнойника. Продолжить антибактериальную терапию)

Больной С. 25 лет поступил в стационар с жалобами на кашель с большим количеством слизисто-гнойной мокроты (до 300 мл/сут) с неприятным запахом; кровохарканьем, повышением температуры до 39 °С, недомоганием, одышкой. Известно, что около 2 недель назад лечился по поводу пневмонии, но самостоятельно покинул отделение и продолжил лечение амбулаторно. Ухудшение около 2 дней назад. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. Пульс - 94 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца смещены вправо на 1,5 см, тоны сердца приглушены, акцент II тона над лёгочной артерией. Над лёгкими слева перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание везикулярное, ослабленное. Слева в нижних отделах выслушиваются звучные влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в минуту. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Обоснуйте тактику лечения пациента. 5. Есть ли показания у больного к хирургическому лечению? Обоснуйте.

#### Задача 20.

Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость,

кашель с выделением небольшого количества слизисто-гношной мокроты, повышение температуры до 38,5 °С. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38 °С. В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакта с больными туберкулёзом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день около 30 лет. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс - 95 в минуту, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный Периферических отёков нет. Общий анализ крови: эритроциты - 5,4×10<sup>12</sup>/л, лейкоциты - 10,2×10<sup>9</sup>/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 71%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%. СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: без патологии. Анализ мокроты: слизисто-гношная, без запаха, лейкоциты – 30-40 в поле зрения, эритроциты – не обнаружены, эпителий плоский – 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии. Врач-терапевт участковый поставил диагноз «пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: Азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, Ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, Парацетамол 500 мг 3 раза в день. Вопросы: 1. Правильно ли врач-терапевт участковый поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ. 2. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65. 3. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ. 4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности. 5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

Ответ: Врач-терапевт участковый правильно установил нозологию: о наличии пневмонии свидетельствуют характерные симптомы (кашель, лихорадка), признаки синдрома уплотнения лёгочной ткани (локальное притупление лёгочного звука, ослабленное дыхание, крепитация; рентгенологические данные), но формулировка диагноза неполная: не указаны локализация пневмонии, степень тяжести и условия развития, а также сопутствующие заболевания. Тяжесть пневмонии оценивается по витальным показателям, которые у данного пациента в пределах нормы (ЧДД 18 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 95 в минуту), следовательно, пневмония имеет нетяжёлое течение. Следует указать сахарный диабет 2 типа, для пациента в возрасте 40–65 лет без тяжёлых макрососудистых осложнений и с низким риском гипогликемии, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) < 7%. Правильная формулировка диагноза «внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого (S9), нетяжёлого течения. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7%». 2. Выбор врача-терапевта участкового правильный, пациенту показано лечение в амбулаторных условиях, так как по шкале CRB-65 он набирает 0 баллов: пациент в сознании, ЧД и АД в норме, возраст - 51 год. 3. Препараты выбраны неверно, так как пациент имеет сопутствующее заболевание (сахарный диабет), поэтому относится ко 2 группе пациентов, которые могут лечиться в амбулаторных условиях. Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у этих пациентов являются пневмококк, гемофильная палочка, хламидия, золотистый стафилококк, энтеробактерии. Пациентам 2 группы рекомендовано назначение ингибиторо-защищённых аминопенициллинов (Амоксициллин + Клавулонат или Амоксициллин + Сульбактам) ± макролид (в том числе Азитромицин), либо респираторных фторхинолонов (Левифлоксацин, Моксифлоксацин). 4. Пациент временно нетрудоспособен. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ВН) при нетяжёлой пневмонии 20–21 день.)

Задача 21. (Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I A группа ДУ. ДН0-1.)

Мужчина М. 34 лет, грузчик, при госпитализации в пульмонологическое отделение предъявляет жалобы на слабость, похудание в течение последнего месяца, одышку, боли в грудной клетке. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, температура 37,6 °С, справа отмечается сглаживание межрёберных промежутков, там же резко снижено голосовое дрожание и значительно укорочен перкуторный звук от 5 ребра по лопаточной и подмышечным линиям. Дыхание в верхних отделах правого лёгкого несколько ослаблено, в нижних - не проводится. Слева по всем легочным полям – везикулярное. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, тоны ясные, шумов нет. Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты -  $9,9 \times 10^9$  /л; эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 3%; сегментоядерные нейтрофилы - 76%; лимфоциты - 15%; моноциты - 5%; СОЭ - 35 мм/час. Общий анализ промывных вод бронхов: лейкоциты - 2-3 в поле зрения, единичные альвеолярные и эпителиальные клетки. Промывные воды бронхов (3 анализа) на микобактерии туберкулеза методом микроскопии – КУМ отриц. Посев промывных вод бронхов на неспецифическую микрофлору – роста патогенной микрофлоры нет. Общий анализ мочи: норма. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: справа ниже V ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с четкой косой верхней границей. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Ответ: Экссудативный правосторонний плеврит туберкулёзной этиологии. МБТ (-). I A группа ДУ. ДН0-1. 2. Постепенное развитие заболевания - 1 месяц, жалобы на слабость, похудание, одышку, боли в грудной клетке, тяжесть в боку, объективно - сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, притупление перкуторного звука, дыхание не проводится. В анализе крови – незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, лимфопения, умеренное ускорение СОЭ, в промывных водах бронхов нет патогенной флоры. Рентгенологически: справа ниже 5 ребра до диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение с четкой косой верхней границей. 3. Пациенту рекомендовано: анализ плевральной жидкости для уточнения её характера – трансудат или экссудат (количество белка, удельный вес, проба Ривальта), клеточного состава (гнойный нейтрофильный или серозный лимфоцитарный); исследование на микрофлору и микобактерии; эвакуация плевральной жидкости; повторная аускультация лёгких и рентгенограмма ОГК (МСКТ) после эвакуации плевральной жидкости для уточнения наличия воспалительных изменений в лёгких.

Задача 22. (Низкие суточные дозы будесонида + формотерола в режиме SMART-терапии)

Больная, 45 лет. В анамнезе - приступообразный кашель со слизистой мокротой после интенсивной физической нагрузки, особенно в зимнее время года, с 20–25-летнего возраста, продолжающийся от 3 до 10 мин, проходящий самостоятельно или после приема симптоматических средств. Около 10 лет беспокоит приступообразный "надсадный" кашель со слизистой и слизисто-гнойной мокротой на фоне и после острой респираторной вирусной инфекции продолжительностью до 10-12 дней, а также в ответ на физическую нагрузку. Острые респираторные вирусные инфекции повторяются 1 раз в 2-3 года. С этого времени - применение комбинации салметерол + флутиказон 250 мкг/50,0 мкг на регулярной основе 2 дозы в сутки и ингаляции сальбутамола 100 мкг по 2 дозы до 10-12 раз в сутки "по требованию" при указанных симптомах до 10-14 дней. Исследование функции внешнего дыхания выявило нарушение бронхиальной проходимости на уровне мелких бронхов средней степени. ОФВ<sub>1</sub> = 70% должной величины, отношение ОФВ<sub>1</sub> к форсированной жизненной емкости легких составляет 75%, ПС<sub>выд</sub> 380 л в минуту, насыщение крови кислородом 95%. Сопутствующее заболевание: интермиттирующий аллергический ринит. Очередная острая респираторная вирусная инфекция вызвала подобные симптомы. Интенсивный приступообразный кашель со слизистой и слизисто-гнойной мокротой беспокоил каждые 2-3 ч. Начата терапия будесонидом + формотеролом 160 мкг/4,5 мкг 1 ингаляция 2 раза в день и "по требованию" по 1-2 дозы препарата. Число доз достигало в первые 3 сут до 10-12, побочных эффектов не было. В последующие 3-4 сут больная применяла ингаляции будесонида + формотерола 160 мкг/4,5 мкг 1 ингаляция 2 раза в день и "по требованию" до 4-6 доз препарата в сутки, на 5-е сутки только плановая будесонид + формотеролом 160 мкг/4,5 мкг 1 ингаляция 2 раза в сутки в течение последних 2 нед. В течение этого времени беспокоил приступообразный кашель с ощущением свистящих хрипов в грудной клетке до 2-3 раз в неделю, проходящий после ингаляций будесонида + формотерола. Ограничений физической активности и ночных симптомов БА не отмечено. Какой вариант базисной (постоянной) терапии БА наиболее предпочтителен для данной пациентки в дальнейшем?

Варианты: 1. Монотерапия низкими суточными дозами ИГК

2. Монотерапия антилейкотриеновыми препаратами

3. Низкие суточные дозы ИГК + длительнодействующие  $\beta_2$ -агонисты

4. Средние суточные дозы ИГК + длительнодействующие  $\beta_2$ -агонисты

5. Низкие суточные дозы будесонида + формотерола в режиме SMART-терапии

Ответ: У больной не полностью контролируемое течение БА средней тяжести. При очередном ухудшении течения БА на фоне острой респираторной вирусной инфекции возникла угроза развития обострения заболевания. В результате применения в качестве постоянной терапии и "по требованию" ингаляций будесонида + формотерола 160 мкг/4,5 мкг удалось предотвратить развитие обострения БА. Однако симптомы БА сохранялись. Больной следует рекомендовать в качестве постоянной базисной терапии ингаляции будесонида + формотерола 160 мкг/4,5 мкг 2 раза в день и дополнительно эти же ингаляции "по требованию" (режим SMART-терапии). Краткосрочное увеличение объема лечения за счет увеличения количества дополнительных ингаляций будесонида + формотерола с дозой и кратностью базисной терапии без изменений позволяет предупредить развитие обострений БА, что и составляет сущность SMART-терапии. Режим SMART обеспечивает достижение лучшего контроля заболевания, снижая риск обострений БА, улучшая качество жизни пациентов и их приверженность терапии на фоне более низких среднесуточных доз ИГК по сравнению с постоянной терапией ИГК + длительнодействующими  $\beta_2$ -агонистами и применением короткодействующих бронходилататоров "по требованию". Режим SMART-терапии позволяет с каждой ингаляцией получить пациенту дополнительно противовоспалительную терапию и реализовать возможность ежедневной коррекции терапии.

#### Задача 23.(Пневмоторакс)

Пациент ,60 лет, поступил в стационар с жалобами на остро возникшую боль в левой половине грудной клетке после приступа кашля с иррадиацией в левую руку и шею, усиливающуюся при кашле, дыхании, движении, внезапное резкое усиление одышки. Чувство нехватки воздуха, страх. В анамнезе: гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 4, ИБС: Стенокардия напряжения ФК III, ХОБЛ, тяжелое течение., язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Более 30 лет работал химиком—лаборантом, контактировал с летучими кислотами, щелочами, галогенами. На постоянной основе получает лозартан 50 мг, метопролол 50 мг 2 раза в день , индапамид 1,5 мг, АСК 100 мг, симвастатин 40 мг, тиотропия бромид 18 мкг в сутки, будесонид\формотерол по 320\9.0 мкг 1 доза 2 раза. На фоне получаемой терапии адаптирован к АД 130-140\80 мм.рт. ст. ЧСС обычно в пределах 65-75 в минуту. Последнее обострение ХОБЛ полгода назад. Объективно: общее состояние тяжелое, отмечается диффузный цианоз, набухание яремных вен, отставание при дыхании левой половины грудной клетки -тимпанический перкуторный звук, участие дополнительной мускулатуры в акте дыхания. ЧСС 130 в минуту, ЧДД 28 в минуту, АД 85\45 мм.рт. ст. При аускультации легких справа выслушивается ослабленное везикулярное дыхание и определяется коробочный перкуторный звук, дыхание и голосовое дрожание не проводится. Тоны сердца глухие, ритм правильный, шумы не выслушиваются. Какова наиболее вероятная причина настоящего ухудшения?

Задача 24. ( Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). I A группа ДУ. Спонтанный пневмоторакс справа. ДН1-2)

Больной Ф . 35 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, потливость по ночам в течение 1,5-2 месяцев. Сегодня во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения. Из анамнеза: 3 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит, лечился у врача-терапевта участкового. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. ФЛГ проходит регулярно, последняя - год назад (без патологии). Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура - 37,5 °С. Больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧДД - 24 в минуту. Перкуторно справа – тимпанический звук, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного звука. Аускультативно справа – дыхание резко ослаблено,

слева в межлопаточной области выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Пульс - 120 ударов в минуту, АД - 90/50. Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты –  $4,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 143 г/л; лейкоциты –  $9,6 \times 10^9 /л$ , эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 69%, лимфоциты - 19%, моноциты - 5%; СОЭ – 25 мм/час. Общий анализ мочи: без патологических изменений. Анализ мокроты на МБТ: м/скопия – КУМ не найдены. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: справа лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре. Корни плохо дифференцируются. Сердце без особенностей. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Определите тактику ведения пациента.

Ответ: 1. Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ (-). I A группа ДУ. Спонтанный пневмоторакс справа. ДН1-2. 2. 3 года назад перенёс правосторонний сухой плеврит, постепенное развитие заболевания – 1,5-2 месяца, жалобы на слабость, повышенную утомляемость, потливость по ночам, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке, во время приступа кашля больной почувствовал острую боль в правой половине грудной клетки, усиление одышки, учащение сердцебиения; объективно справа сглаживание межрёберных промежутков, там же снижение голосового дрожания, тимпанит перкуторно, дыхание не проводится, слева – в верхних отделах укорочение лёгочного звука, в межлопаточной области перкуторный звук укорочен, выслушиваются единичные влажные хрипы. В анализе крови - незначительный лейкоцитоз, нет п-я сдвига, умеренное ускорение СОЭ, в мокроте нет КУМ. Справа лёгкое коллабировано на 1/5 гемиторакса за счёт прослойки воздуха. В лёгочной ткани в верхних и средних полях определяются очаговые тени разных размеров, малой и средней интенсивности, склонные к слиянию. В С1, С2 с обеих сторон – полости распада 1-2,5 см в диаметре. 3. Томография ОГК, посев мокроты на МБТ, МГМ. Исследования мокроты с определением чувствительности. 4. Госпитализация в хирургическое отделение (разрешение СП), консультация врача-фтизиатра, перевод в противотуберкулёзный стационар, лечение 4 противотуберкулёзными препаратами, патогенетическая терапия.

Задача 25.( Назначается при выраженной гипоксемии в покое: парциальное давление кислорода в артериальной крови 55 мм рт.ст)

Мужчина, 72 года, курильщик (59 пачка/лет). Находится в отделении пульмонологии с диагнозом "идиопатический легочный фиброз". Из анамнеза известно, что одышка появилась около 2 лет назад, медленно прогрессирует, настоящая госпитализация связана с ухудшением общего самочувствия в течение последних 3 мес, появлением одышки в покое и при минимальной физической нагрузке, сухого мучительного кашля, общей слабости. Диагноз верифицирован год назад, тогда же была назначена терапия пирфенидоном. Профессиональный анамнез без особенностей, контакта с птицами не было. При поступлении обращали на себя внимание появление центрального цианоза при небольшой физической нагрузке, пастозность голеней и стоп, одышка в покое. В отделении пациенту проводилась медикаментозная терапия пирфенидоном, кислородотерапия, коррекция сопутствующих заболеваний и осложнений (легочной гипертензии, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии). Уровень парциального давления кислорода в артериальной крови на момент выписки - 53 мм рт.ст. Пациенту рекомендовано продолжить прием медикаментозной терапии в полном объеме, также рекомендована длительная оксигенотерапия в домашних условиях. Какие показания для назначения длительной оксигенотерапии в данном случае? Варианты: 1. Назначается всем пациентам с диагнозом: "Идиопатический легочный фиброз" 2. Назначается всем пациентам с выраженной одышкой 3. Назначается при появлении центрального цианоза при физических нагрузках 4. Назначается при выраженной гипоксемии в

покое: парциальное давление кислорода в артериальной крови 55 мм рт.ст.

Ответ: Показания к назначению длительной кислородотерапии в домашних условиях такие же, как и при других респираторных заболеваниях (например, хроническая обструктивная болезнь легких): выраженная гипоксемия в покое (парциальное давление кислорода в артериальной крови <55 мм рт.ст.). Доказательства о пользе кислородотерапии при ИЛФ основаны на данных, полученных в 2 крупных рандомизированных исследованиях у больных хронической обструктивной болезнью легких с гипоксемией (парциальное давление кислорода в артериальной крови 55-60 мм рт.ст.), где было показано достоверное улучшение выживаемости на фоне длительной кислородотерапии.

Задача 26. (Ингаляционные глюкокортикостероиды +  $\beta_2$ -агонисты длительного действия). Мужчина, 28 лет, предъявляет жалобы на затруднение дыхания, кашель и хрипы при дыхании, повторяющиеся до 3-4 раз в неделю в дневное время и почти еженедельно ночью в течение последних 6 мес, которые купируются после ингаляций сальбутамола. В анамнезе астма, которая протекала бессимптомно с 10 лет. Данные жалобы появились после перенесенной острой респираторно-вирусной инфекции, их появление связывает с вдыханием холодного воздуха, отмечает кашель в ночное время. При общем осмотре - без особенностей. Аускультативно выслушиваются рассеянные свистящие хрипы.  $ОФВ_1 = 75\%$  от возрастной нормы, положительная проба с сальбутамолом. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. Какова адекватная терапия в данном случае? Варианты: 1. Сальбутамол "по требованию" 2.  $\beta_2$ -агонисты длительного действия + сальбутамол "по требованию" 3. Ингаляционные глюкокортикостероиды + сальбутамол "по требованию". 4. Ингаляционные глюкокортикостероиды +  $\beta_2$ -агонисты длительного действия 5. Антибактериальная терапия длительным курсом

Ответ: В случаях, когда симптомы повторяются более 3-4 раз в неделю (или 2 ночи в течение месяца), тогда речь идет о персистирующей БА неконтролируемого течения. Препараты выбора в данном случае - ингаляционные кортикостероиды +  $\beta_2$ -агонисты длительного действия (объем терапии соответствующий III ступени). Сальбутамол может быть включен в схему лечения как препарат скорой помощи, но он не служит базисной терапией, так как не влияет на воспалительный процесс дыхательных путей, характерной для данного заболевания. Монотерапия агонистами  $\beta_2$ -адренорецепторов длительного действия также не проводится, в связи с увеличением частоты обострений астмы. Роль антибиотиков в лечении БА на данный момент не доказана, хотя роль атипичных возбудителей, таких как хламидии и микоплазмы, в патогенезе заболевания изучается. Несмотря на результаты недавних исследований о возможности использования макролидов для лечения БА, последние также не рекомендуются, если нет данных за острый воспалительный процесс в легких.

Задача 27: (Диссеминированный туберкулез лёгких в фазе инфильтрации и распада, МБТ(-). Туберкулез кишечника. 1А группа ДУ. ДН1-2)

Больной Т. 48 лет. при обращении к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на слабость, повышенную утомляемость, температуру (утрами не выше 37 °С, вечерами до 38,5 °С), одышку при движении, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, боли в животе, жидкий стул до 4 раз в день. Анамнез жизни: язвенная болезнь желудка в течение 7 лет с частыми обострениями. Курит по 1 пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Ранее туберкулезом не болел. Контакт с больным туберкулезом отрицает. ФЛГ регулярно. Последняя 1 год назад без патологии. Объективно: состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, перкуторно – укорочение лёгочного звука паравертебрально с обеих сторон, аускультативно – дыхание везикулярное, при форсированном дыхании паравертебрально выслушиваются влажные хрипы, больше справа. ЧДД - 21 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс - 80 ударов в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации некоторое напряжение мышц и болезненность в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Лабораторные данные. Общий анализ крови: эритроциты –

3,8×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты - 11,2×10<sup>9</sup> /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 15%, моноциты - 14%; СОЭ – 38 мм/час. Общий анализ мочи: без патологических изменений. Общий анализ мокроты: вязкая, слизистого характера, лейкоциты – небольшое количество. Анализ мокроты микроскопия на КУМ (3 анализа) – КУМ не найдены. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции: с обеих сторон тотально, но гуще в верхних полях, определяются очаговые тени средней интенсивности, разных размеров, с нечёткими контурами, местами склонные к слиянию. На уровне I-II ребра в обоих лёгких – полости распада от 1,5 до 3 см в диаметре. Корни структурны. Синусы свободны. Сердце без особенностей. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Задача 28: (Силикоз, поздняя форма. Трудоспособен в профессии шофера)

Больной Д, 46 лет в течение 20 лет работал проходчиком в шахте, контактировал с свободной двуокисью кремния с превышением ПДК в 9 раз. Последние 6 лет работает шофером. С производственными вредностями не контактирует. Во время работы на шахте регулярно проходил мед. осмотры, ФЛГ грудной клетки, патологии не находили, признавался годным в своей профессии. Последние 5 лет-ФЛГ не проходил-при устройстве на работу шофером-ФЛГ-бнз патологии. При устройстве на работу шофером в другую автоколонну, в связи с переездом- в другой город была сделана ФЛГ. Выявлены узелковые тени до 1.5 мм в диаметре в средне-нижних отделах легких, усиление легочного рисунка. Предварительный диагноз? Экспертиза трудоспособности. Решение вопроса о возможности трудоустройства по месту обращения в автоколонну.

Задача 29. (Массивная ТЭЛА)

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились боли в грудной клетке, резкая одышка, потеряла сознание. Ранее регулярно принимала гормональные противозачаточные препараты.

Объективно: Общее состояние тяжелое, сознание присутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 30 в одну минуту. При аускультации дыхание ослаблено, средне- и мелкопузырчатые незвучные хрипы над всей поверхностью легких. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в одну минуту, тоны сердца глухие. Артериальное давление 90/40 мм рт.ст. Живот увеличен, пальпации не доступен. Установите предварительный диагноз.

Задача 30. (Грипп, средней тяжести)

У студента, навесившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 ударов в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет. Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Укажите план лечения данного пациента.

Дополнительные ситуационные задачи:

### 1. Ситуационные задачи.

#### Задача №1

Большая С., 23 лет, беременность 16 недель, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья. Приступы появились 8 лет назад, чаще возникают весной и осенью, при резкой перемене погоды, провоцируются вдыханием пыли, приемом термописа. В

аллергологической лаборатории у больной выявлена положительная кожная реакция на домашнюю пыль. Больная отмечает появление кожного зуда при контакте с пищевой содой. Воспалительными заболеваниями легких не болела. При осмотре: над легкими коробочный перкуторный звук, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, 86 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования и необходимость использования дополнительных методов исследования с учетом срока беременности.
3. Определите лечебную тактику и выбор препаратов с учётом срока беременности.

**Задача №2**

Больная Б., 35 лет, беременность 20 недель, обратилась с жалобами на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, повышение температуры, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, одышку. Ухудшение состояния наступило 5 дней назад. Беременность третья, предыдущие роды закончились кесаревым сечением в срок. Больна в течение 5 лет, обострения возникают периодически в осенне-весенний период и часто связаны с переохлаждением. Слизисто-гнойная мокрота выделяется при обострениях несколько месяцев подряд в умеренном количестве. Больная курит в течение 17 лет по 1 пачке сигарет в день. Объективно: температура 37,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание ослабленное, везикулярное, с обеих сторон определяются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Вопросы:**

4. Сформулируйте предварительный диагноз.
5. Определите план обследования и необходимость использования дополнительных методов исследования с учетом срока беременности.
6. Определите лечебную тактику и выбор препаратов с учётом срока беременности.

**Задача №3**

Больная М., 38 лет, беременность 8 недель, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа.

Сестра пациентки страдает полипозным риносинуситом, у матери больной пищевая аллергия в виде крапивницы на citrusовые. Пациентка работает вязальщицей на текстильном предприятии, имеет постоянный контакт с шерстью. В течение последних лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; citrusовые и клубника - крапивница. Из анамнеза заболевания известно, что в течение многих лет женщину беспокоит практически постоянная заложенность носа, два года назад диагностирован полипозный риносинусит, проведена полипотомия носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, в апреле впервые развился приступ удушья, купированный в/в введением эуфиллина. В последующем пациентка самостоятельно принимала антигистаминные препараты, эуфиллин, при этом эффект достигался. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Для обследования и подбора терапии больная поступила в клинику.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное. ЧД - 22 в минуту, на коже кистей -

экзематозные бляшки. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

**В анализе мокроты:** консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты - 1-5 в поле зрения, эозинофилы - 20-40-60 в поле зрения, эритроцитов нет, спирали Куршмана - 1-3 в препарате, кристаллы Шарко-Лейдена - 5-7 в препарате; атипичные клетки, эластичные волокна, БК не найдены.

**ФВД:** ЖЕЛ - 84%, ОФВ<sub>1</sub> - 55%, МОС 25 - 66%, МОС 50 - 42%, МОС 75 - 38%. После ингаляции 400 мкг сальбутамола: ОФВ<sub>1</sub> - 84%, МОС 25 - 68%, МОС 50 - 59%, МОС 75 - 58%.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Определит план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований
3. Лечебная тактика, выбор препаратов.

#### **Задача №4**

Больная Г., 27 лет, беременность 36 недель, обратилась с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку. Заболела 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечилась сама. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4 С. Объективно: температура - 38,6 С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Определит план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований
3. Лечебная тактика, выбор препаратов.

#### **Задача №5**

Пациентка К., 27 лет, маляр, беременность 15 недель. Поступила в клинику с жалобами на резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, кашель с отделением вязкой

стекловидной мокроты, чаще в ранние утренние часы.

Известно, что у сестры больной имеется аллергический дерматит. Трехлетний сын пациентки страдает экссудативным диатезом. Пациентка в течение 10 лет курит по пачке сигарет в день. В анамнезе отмечены аллергическая реакция в виде отека Квинке на новокаин, пищевая аллергия - крапивница при употреблении морепродуктов. Ухудшение состояния в течение недели, когда после ОРВИ появился кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больная самостоятельно начала принимать ампициллин. На второй день приема препарата ночью развился приступ удушья, купированный преднизолоном и эуфиллином внутривенно бригадой СМП. С этого времени беспокоит резкое затруднение дыхания, преимущественно выдоха, сохраняется приступообразный кашель.

При поступлении состояние средней тяжести. Дистанционные свистящие хрипы. ЧД -24 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями коробочный. В легких дыхание резко ослаблено, выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 100 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**В общем анализе крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты -4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 4,5 млн (п/я - 3%, с/я - 64%), эозинофилы - 13%, лимфоциты - 20%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

**В анализе мокроты:** характер слизистый, консистенция вязкая, лейкоциты - 5-10 в поле зрения, эозинофилы - 50-60 в препарате. Спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена - единичные в препарате. Эластичные волокна, атипичные клетки, БК не найдены.

**ФВД:** ЖЕЛ - 87%, ОФВ<sub>1</sub> - 53%, МОС 25 - 68%, МОС 50 -54%, МОС 75 - 24%, ОФВ/ФЖЕЛ - 82%.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
3. Назначьте лечение и обоснуйте выбор лекарственных препаратов с учетом срока беременности.

#### **Ответы к ситуационным задачам:**

##### **Задача №1**

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма, аллергическая форма.
2. С целью уточнения диагноза необходимо проведение дополнительных методов исследования: общеклинический анализ крови с подсчетом количества эозинофилов, биохимический анализ крови, уровень общего IgE. Также необходимо определение функции внешнего дыхания с пробой с бронхолитиком (400 мкг сальбутамола).
3. Препаратом выбора для лечения БА во время беременности является будесонид, т.к. он единственный относится к В классу безопасности (FDA). С целью купирования приступов удушья у беременных женщин, страдающих БА, рекомендован сальбутамол или фенотерол.

##### **Задача №2**

1. Предварительный диагноз: учитывая наличие факта курения, наиболее вероятный предварительный диагноз – хронический бронхит, обострение.
2. С целью уточнения диагноза необходимо проведение общеклинического анализа

крови, биохимического анализа крови с определением уровня СРБ. Для исключения/подтверждения наличия внебольничной пневмонии требуется выполнение рентгенографического исследования с использованием средств защиты плода от лучевого воздействия – прорезиненный фартук.

3. Учитывая наличие мокроты слизистого-гнойного характера, имеются показания для назначения антибактериальных препаратов – препаратом выбора стартовой терапии является амоксицилин внутрь. Пациентке показано назначение мукоактивных препаратов – наиболее безопасными являются амброксол или эрдостеин, которые можно применять во II и III триместрах беременности.

#### **Задача №3**

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма, аллергическая форма, впервые выявленная. Полипозный риносинусит.
2. С целью дообследования – определение уровня общего IgE.
3. Препаратом выбора для лечения БА во время беременности является будесонид, т.к. он единственный относится к В классу безопасности (FDA). С целью купирования приступов удушья у беременных женщин, страдающих БА, рекомендован сальбутамол или фенотерол. Учитывая тяжесть состояния пациентки, возможно назначение фиксированной комбинации будесонид/формотерол для поддерживающей терапии + использование по потребности для купирования приступов удушья.

#### **Задача №4.**

1. Предварительный диагноз: учитывая выраженный интоксикационный синдром, продуктивный кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, наличие одышки и длительность заболевания (10 дней), наиболее вероятным предварительным диагнозом является внебольничная пневмония.
2. С целью уточнения диагноза необходимо проведение общеклинического анализа крови, биохимического анализа крови с определением уровня СРБ. Для исключения/подтверждения наличия внебольничной пневмонии требуется выполнение рентгенографического исследования с использованием средств защиты плода от лучевого воздействия – прорезиненный фартук.
3. Всем беременным с диагнозом внебольничная пневмония показана госпитализация в круглосуточный стационар и ведение совместно врачом терапевтом или пульмонологом и акушером-гинекологом.
4. Учитывая наличие мокроты слизистого-гнойного характера, имеются показания для назначения антибактериальных препаратов – препаратом выбора стартовой терапии является амоксицилин внутрь. Пациентке показано назначение мукоактивных препаратов – наиболее безопасными являются амброксол или эрдостеин, которые можно применять во II и III триместрах беременности.

#### **Задача №5**

1. Предварительный диагноз: Бронхиальная астма, аллергическая форма, впервые выявленная. Полипозный риносинусит.
2. С целью дообследования – определение уровня общего IgE.
3. Препаратом выбора для лечения БА во время беременности является будесонид, т.к. он единственный относится к В классу безопасности (FDA). С целью купирования приступов удушья у беременных женщин, страдающих БА, рекомендован сальбутамол или фенотерол. Учитывая тяжесть состояния пациентки, возможно назначение фиксированной комбинации будесонид/формотерол для поддерживающей терапии + использование по потребности для купирования приступов удушья.

## Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

### 1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% <b>Удовлетворительно (3)</b> - 76 – 90% <b>Хорошо (4)</b> -91-100 <b>Отлично (5)</b>	<b>% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ</b>  61 – 75 76– 90 91 – 100

### 2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

### 3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> -пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов,

	собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
--	--

#### 4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b></p> <p>- четырем критериям <b>Хорошо (4)</b></p> <p>-пяти или шести критериям <b>Отлично (5)</b></p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций  
рабочей программы дисциплины «Пульмонология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-101	1-30	1-39	1-40	
	1	7-9, 11,13,16,17,19	4,28	1,7,12,16	1,3,19,33	
ПК	2	73,74	20,28	1,7,18	1,2	
	3			12,15,16	17-18, 36, 37	
	4	73, 74		1,2	1	
	5	6-29, 34-36, 38-42, 44-69, 72, 75-79, 81, 83, 85-89, 91, 96	1-10,12,13,14,16, 18-21.23,24,27-30.	3-10,14,17-18,24 -34, 36-39	4-12,14-16, 21-23, 25-30, 34-37	
	6	43,71,92,93,94,95,98	5-9,11,12,14.15.	11-15, 17-26, 28, 29, 31, 32,	6,12,13,15.17,18,20, 23,26,27,2	

		17,18,19,21.22,24-26,30.	33-39	8-31,33-40	
<b>7</b>				36, 37	
<b>8</b>			3,20,23,30	33	
<b>9</b>			1	3	
<b>10</b>			1	1,2,3	

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i><b>Б 1.Б.6.1</b></i>	Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии»	84
<i><b>Б 1.Б.6.2</b></i>	Раздел 2 «Частные вопросы клинической пульмонология »	204

### Вопросы и задания для самоконтроля:

<i><b>Б 1.Б.6.1</b></i> Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии »	<ol style="list-style-type: none"><li>1.Анатомия и физиология бронхо-легочной системы. Респираторная функция легких: вентиляция, газообмен и кровообращение. Механика дыхания.</li><li>2. Альвеолярный эпителий и легочный сурфактант. Эпителий дыхательных путей и образование секрета.</li><li>3. Реализация мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, гигиеническому обучению и воспитанию.</li><li>4. Физикальное обследование пульмонологического больного.</li><li>5. Лихорадка неясного генеза: дифференциально - диагностический алгоритм.</li></ol>
--	--

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической пульмонология»</p>	<p>6. Роль вирусной инфекции в заболеваниях дыхательных путей.</p> <p>7. Адьювантная (неантимикробная) терапия внебольничной пневмонии.</p> <p>8. Характеристика основных клинических форм туберкулеза органов дыхания. Лечение туберкулеза органов дыхания</p> <p>9. Особенности ведения пациентов с диффузным поражением легких и сердечно-сосудистой патологией.</p> <p>10. Терапия идиопатической легочной гипертензии</p> <p>11. Эмпиема плевры. Диагностика. Тактика ведения.</p> <p>12. Профессиональная бронхиальная астма. Факторы риска. Патогенез. Клинические варианты профессиональной бронхиальной астмы.</p> <p>13. Обструктивное апноэ сна. Патогенез. Эпидемиология. Клинические проявления. Диагностика.</p> <p>14. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и патология бронхолегочной системы</p> <p>15. Анафилаксия. Этиология и пусковые факторы (триггеры) анафилаксии. Механизмы развития. Классификация.</p> <p>16. Медицинская помощь при анафилаксии.</p> <p>17. Системное воспаление и хроническая обструктивная болезнь легких.</p> <p>18. Трансплантация легких. Показания. Противопоказания</p>
--	--

**Перечень дискуссионных тем :**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разработка вопросов планирования и управления лечебно-профилактической помощью населения</li> <li>2. Разработка и реализация мероприятий и действий при стихийных бедствиях и других экстремальных ситуациях.</li> <li>3. Табакокурение — фактор риска бронхолегочных заболеваний.</li> </ol>
--	---

- |  |  |
|--|--|
|  | <ol style="list-style-type: none"><li>4. Вакцинация беременных с заболеваниями органов дыхания.</li><li>5. Особенности ведения пациентов с заболеваниями легких, требующих длительной терапии ГКС. Профилактика осложнений лекарственной терапии.</li><li>6. Оценка утраты трудоспособности при болезнях органов дыхания.</li><li>7. Этапы развития трансплантации легких в мире. Вклад российских ученых в мировую трансплантологию</li></ol> |
|--|--|

**Б 1.Б.6.2** Раздел 2  
«Частные  
вопросы  
клинической  
пульмонология»

8. Медиастинит. Этиология. Клинические проявления. Диагностика. Тактика ведения.
9. Внебольничная пневмония, «не отвечающая» на лечение.
10. Туберкулез у больных с ВИЧ-инфекцией
11. Проблемы диагностики синдрома перекреста БА-ХОБЛ
12. Молекулярные механизмы канцерогенеза рака легких (геномика, протеомика и эпигенетика).
13. Аномалии бронхиальных артерий. Большие аортолегочные коллатерали. Аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочной артерии.
14. Некардиогенный отек легких. Этиология. Патогенез. Диагностика. дифференциальная диагностика. лечение.
15. Ведение беременных, больных бронхиальной астмой.
16. Острая интерстициальная пневмония. Диагностика. Диф. диагноз. Терапия. Прогноз.
17. Гистиоцитоз. Патогенез. Морфология. Клиническая картина. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение.
18. Таргетная терапия в пульмонологии
19. Амидароновый пневмонит. Диагностика. Тактика ведения.
20. Болезни легких, возникающие, при восхождении на большие высоты. Высокогорный острый отек легких. Патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
21. Лечение и профилактика баротравмы легких
22. Легочные осложнения при эндокринных заболеваниях
23. Воспалительные заболевания кишечника и патология бронхолегочной системы.
24. Кардиоваскулярные осложнения обструктивного апноэ сна. Ишемическая болезнь сердца, аритмии, застойная

сердечная недостаточность и обструктивное апноэ сна.

25. Особенности поражения легких при системных аутоиммунных воспалительных заболеваниях

## Темы рефератов

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Общие вопросы клинической пульмонологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.Эпидемиология заболеваний органов дыхания в России и за рубежом.</li><li>2. Иммунологические аспекты респираторной медицины.</li><li>3.Загрязнение воздуха. Механизмы защиты респираторной системы. Механизмы повреждения дыхательных путей и условия для развития заболеваний. Оксидативный стресс.</li><li>4.Методы изучения влияния загрязнения воздуха на здоровье. Негативное влияние специфических поллютантов на дыхательную систему.</li><li>5. Физиология дыхания во время сна. Регуляция дыхания во время сна. Гипокапния и центральные нарушения дыхания во время сна.</li></ol>
--	---

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Частные вопросы клинической пульмонологии»</p>	<p>6. Злокачественные опухоли лимфоидной ткани. 7.Аллергический бронхолегочный аспергиллез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. 8.Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом. Диагностика. лечение. 9.Муковисцидоз и беременность. 10.Микабактериозы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. 11.Диффузная злокачественная мезотелиома плевры. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. 12.Антифибротические и антипролиферативные препараты. Показания. Провопоказания побочные эффекты. 13. Альвеолярный протеиноз. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. 14.Диагностика профессиональной бронхиальной астмы . Дифференциальная диагностика фенотипов профессиональной бронхиальной астмы. Тактика ведения больного и экспертиза трудоспособность 15.Болезни легких и высокогорье. Влияние экзогенной (высокогорной)гипоксии на респираторную, циркуляторную и гемическую системы. Особенности клинических проявлений хронической обструктивной болезни легких у горцев. 16. Баротравма легких. Механизм. Баротравматическая эмфизема легких. Клиническая картина диагностика. 17. Заболевания легких у пациентов с ВИЧ-инфекцией 18. Нейромышечные заболевания и респираторные осложнения. Нарушения дыхательной функции при нейромышечных заболеваниях. Характеристика дыхательных нарушений при нейромышечных заболеваниях. 19.Особенности легочной гипертензии, ассоциированной с системными иммуновоспалительными ревматическими Заболеваниями 20. Типы трансплантации легких. Выбор процедуры. Особенности операции.</p>
--	---

### Критерии и шкала оценивания

#### 1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям	1.Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы

<b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

## 2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям <b>Удовлетворительно (3)</b> - четырем критериям <b>Хорошо (4)</b> - пяти критериям <b>Отлично (5)</b>	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия 2. Аргументированность 3. Соблюдение культуры речи 4. Собственная позиция 5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

