Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра терапии

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.45 Пульмонология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 101 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-пульмонолог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология составляет 3 зачетные единицы, из них: 2 зачетные единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.45 Пульмонология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-пульмонолог».

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	**УК-1.** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **общепрофессиональными компетенциями**:

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	**ОПК-4.** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями органов дыхания
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях органов дыхания и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях органов дыхания и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов с заболеваниями органов дыхания
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов с заболеваниями органов дыхания медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника

Обобщенные трудовые функции, соответствующие профессиональной деятельности выпускников	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
ОТФ А Диагностика заболеваний бронхолегочной системы **ТФ А/01.8**	**ПК-1.** Способен к диагностике заболеваний бронхолегочной системы
ОТФ А Назначение и проведение лечения пациентам при заболеваниях бронхолегочной системы, контроль его эффективности и безопасности **ТФ А/02.8**	**ПК-2.** Способен к назначению и проведению лечения пациентам при заболеваниях бронхолегочной системы, контроль его эффективности и безопасности
ОТФ А Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности **ТФ А/03.7**	**ПК-3.** Способен к назначению лечения и контролю его эффективности и безопасности
ОТФ А Проведение и контроль эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях бронхолегочной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов **ТФ А/03.8**	**ПК-3.** Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях бронхолегочной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОТФ А Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с заболеваниями бронхолегочной системы **ТФ А/04.8**	**ПК-4.** Способен к оказанию паллиативной медицинской помощи пациентам с заболеваниями бронхолегочной системы

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Бронхи 1-2 порядка от других бронхиальных ветвей отличаются

1) наличием фиброзно-хрящевого слоя
2) внелегочной их локализацией
3) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным
4) внутрилегочной локализацией

2. Перфузия каких зон легких понижена?

1) нижних
2) латеральных

3) верхних
4) медиальных

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.45 Пульмонология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Факторы, способствующие росту заболеваний органов дыхания.
2. Оценка наличия и степени тяжести одышки со современным шкалам.

Примеры контрольных заданий:

1. Методика сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания пульмонологического больного.
2. Методика осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации пульмонологического больного.

*включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Пациент 18 лет считает себя больным с раннего детского возраста. В анамнезе – рецидивирующие двусторонние пневмонии и синуситы, рецидивирующие бактериальные инфекции мягких тканей. При трехкратном исследовании хлориды пота – 30-40 ммоль/л. При компьютерной томографии органов грудной клетки выявлены двусторонние бронхоэктазии.

Задания:

1. Назовите исследование, которое необходимо провести в первую очередь для уточнения диагноза:

а) бактериоскопия мокроты на кислотоустойчивые микроорганизмы (далее – КУМ);
б) генетическое тестирование на муковисцидоз;
в) иммунограмма;
г) исследование NO в выдыхаемом воздухе;
д) бронхоскопия.

2. Назовите изменения, которые Вы ожидаете увидеть в иммунограмме:

а) снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и макрофагов;
б) снижение количества CD4+ лимфоцитов;
в) снижение количества CD8+ лимфоцитов;
г) снижение общего количества Ig A, M, G;
д) повышение концентрации Ig E.

3. В иммунограмме выявлено снижение общего количества Ig A, M, G. Укажите наиболее вероятный диагноз:

а) бронхоэктатическая болезнь, тяжелое течение;
б) общий вариабельный иммунодефицит;

в) синдром Мунье-Куна;
г) первичная цилиарная дискинезия;
д) муковисцидоз.

Ситуационная задача № 2.

У больного 58 лет через 5 месяцев от начала заболевания «затяжной двусторонней пневмонией» остаются жалобы на сухой кашель, одышку с постепенным снижением толерантности к физической нагрузке, небольшая слабость. Одышка возникла и стала нарастать постепенно. При аускультации легких выслушивается конечно-респираторная крепитация (треск целлофана) в заднебазальных отделах с обеих сторон, единичные сухие хрипы. Рентгенологически продолжают нарастать изменения в легких с уменьшением объема легочных полей при отсутствии плевральных изменений и полостных образований. При компьютерной томографии легких выявляется нерегулярные линейные тени, фокальные очаги снижения прозрачности легочных полей по типу «матового стекла». Аллергологический анамнез без особенностей. На спирограмме резкие рестриктивные нарушения. Диффузионная способность легких резко снижена. Фибробронхоскопия – катаральный эндобронхит. Сатурация кислорода 89 %. Других жалоб и симптомов нет.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп в настоящее время могут использоваться для лечения данного заболевания?
5. Укажите схему приема нинтеданиба.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Организации.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

– от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
– от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;

– от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
– менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

Чучалин А. Г. Пульмонология / под ред. Чучалина А. Г. – Москва: ГЭОТАР-Медиа,

2020. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453230.html

Салухов В. В. Практическая пульмонология: руководство для врачей / под ред. В. В. Салухова, М. А. Харитонова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 416 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-5780-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457801.html

Блохин Б. М. Детская пульмонология: национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 960 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-5857-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458570.html

Чучалин А. Г. Респираторная медицина: в 3 т. Т. 1.: руководство / под ред. А. Г. Чучалина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 640 с. – ISBN 978-5-4235-0262-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502621.html

Акопов А. Л. Справочник по пульмонологии / Акопов А. Л., Амосов В. И., Баранова О. П., Богданова А. В., Бойцова Е. В., Воинов В. А., Гембицкая Т. Е., Герасин В. А., Двораковская И. В., Заремба И. А., Иванов А. К., Игнатьев В. А., Илькович М. М., Илькович Ю. М., Каменева М. Ю., Келембет Н. А., Ковалева Л. Ф., Кокосов А. Н., Кузубова Н. А., Лучкевич В. С., Новикова Л. Н., Орлов С. В., Орлова Г. П., Перлей В. Е., Петрова М. А., Путов Н. В., Сесь Т. П., Смульская О. А., Сологуб Т. С., Суховская О. А., Трофимов В. И., Федосеев Г. Б., Черменский А. Г., Черный С. М., Чучалин А. Г., Шапорова Н. Л., Яковлева Н. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 928 с. – ISBN 978-5-9704-2843-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428436.html

Коган Е. А. Патология органов дыхания / Коган Е. А., Кругликов Г. Г., Пауков В. С., Соколина И. А., Целуйко С. С. – Москва: Литтерра, 2013. – 272 с. – ISBN 978-5-4235-0076-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500764.html

Стручков П. В. Спирометрия / Стручков П. В., Дроздов Д. В., Лукина О. Ф. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с. – ISBN 978-5-9704-5580-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455807.html

Троян В. Н. Лучевая диагностика органов грудной клетки / гл. ред. тома В. Н. Троян, А. И. Шехтер – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 584 с. (серия «Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии») – ISBN 978-5-9704-2870-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428702.html

Малявин А. Г. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания / Малявин А. Г., Епифанов В. А., Глазкова И. И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-1612-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416129.html

Овчаренко С. И. Хроническая обструктивная болезнь лёгких: руководство для практикующих врачей / под ред. А. Г. Чучалина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 192 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-3578-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435786.html

Ганцев Ш. Х. Рак лёгкого / Ш. Х. Ганцев – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4179-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441794.html

Дополнительная литература:

Измеров Н. Ф. Профессиональные заболевания органов дыхания: национальное руководство / под ред. Н. Ф. Измерова, А. Г. Чучалина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 792 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-3574-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435748.html

Щёкотова В. В. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / под ред. В. В. Щёкотова, А. И. Мартынова, А. А. Спасского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 928 с.

– ISBN 978-5-9704-4778-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447789.html

Чучалин А. Г. Кашель / А. Г. Чучалин, В. Н. Абросимов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 152 с. – ISBN 978-5-9704-4293-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442937.html

Илькович М. М. Диффузные паренхиматозные заболевания легких / под ред. Ильковича М. М. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 440 с. – ISBN 978-5-9704-5908-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459089.html

Лещенко И. В. Острый бронхит / Лещенко И. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 96 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4827-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448274.html

Ненашева Н. М. Бронхиальная астма. Современный взгляд на проблему / Ненашева Н. М. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-4499-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444993.html

Абросимов В. Н. Реабилитация больных ХОБЛ / В. Н. Абросимов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 112 с. – ISBN 978-5-9704-3637-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436370.html

Авдеев С. Н. Легочная гипертензия / под ред. Авдеева С. Н. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с. – ISBN 978-5-9704-5000-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450000.html

Яблонский П. К. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П. К. Яблонского – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-3675-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436752.html

Викторова И. Б. Диссеминированные заболевания легких у пациентов с различным ВИЧ-статусом / И. Б. Викторова [и др.] – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 248 с. – ISBN 978-5-9704-4214-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442142.html

Самсыгина Г. А. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 224 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5105-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html

Самсыгина Г. А. Кашель у детей. Клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 176 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – ISBN 978-5-9704-5532-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455326.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.45 Пульмонология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Пульмонология /40	**1. Бронхи 1-2 порядка от других бронхиальных ветвей отличаются:** 1) наличием фиброзно-хрящевого слоя; 2) внелегочной их локализацией; 3) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным; 4) внутрилегочной локализацией. **2. Перфузия каких зон легких понижена?** 1) нижних; 2) латеральных; 3) верхних; 4) медиальных. **3. Синдром уплотнения легочной ткани характеризуется:** 1) локальные изменения - притупление перкуторного тона, усиление голосового дрожания, жесткое дыхание с влажными мелкопузырчатыми хрипами; 2) локальные изменения - притупление перкуторного тона, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными мелкопузырчатыми хрипами; 3) локальные изменения - коробочный перкуторный тон, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными разнокалиберными хрипами. **4. Цианоз появляется при PaO2:** 1) 80 мм. рт. ст.; 2) 70 мм рт. ст.; 3) 60 мм рт. ст.; 4) 50 мм рт. ст. **5. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:** 1) электролитов потовой жидкости; 2) разности носовых потенциалов; 3) молекулярно-генетическое исследование; 4) все перечисленное. **6. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:** 1) дыхательный объем; 2) остаточный объем легких; 3) жизненная емкость легких; 4) общая емкость легких;

		5) функциональная остаточная емкость легких. **7. Для диагностики обструктивного или рестриктивного вариантов нарушений механических свойств легких используются следующие методики:** 1) спирометрия; 2) плетизмография; 3) исследование диффузионной способности легких. **8. О наличии бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ1 от исходного после бронходилятационного теста более:** 1) 10%; 2) 5%; 3) 1% 4) 15%; 5) 12%. **9. Что составляет структуру общей емкости легких (ОЕЛ)?** 1) ЖЕЛ+ООЛ; 2) ООЛ+ДО; 3) ВГО+ЖЕЛ; **10. Через сколько часов пребывания в стационаре развивается нозокомиальная пневмония:** 1) 24 ч; 2) 1 ч; 3) 48 ч; 4) 6-8 ч. **11. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения:** 1) внебольничная; 2) крупозная; 3) нозокомиальная; 4) аспирационная; 5) пневмония у лиц с иммунодефицитом. **12. Какой антибиотик не относится к группе макролидов:** 1) кларитромицин; 2) азитромицин; 3) спирамицин; 4) гентамицин. **13. Для лечения нозокомальной пневмонии, развившейся в отделении общего профиля без факторов риска, являются:** 1) тетрациклины; 2) гликопептиды; 3) цефалоспорины 3 поколения; 4) полусинтетические пенициллины; 5) макролиды. **14. Выберите антибактериальную терапию для нетяжелой внегоспитальной пневмонии у пациентов до 60 лет без сопутствующей патологии:** 1) современные тетрациклины;

		2) цефалоспорины 3 поколения; 3) ванкомицин; 4) амоксициллин внутрь или макролиды внутрь; 5) аминогликозиды. **15. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких:** 1) нагноительный процесс в брюшной полости; 2) контаминация; 3) септическое состояние; 4) аспирация. **16. Типичным возбудителем внебольничной пневмонии является:** 1) S.pneumoniae; 2) Haemophilius influenza; 3) Enterobacteriaceae; 4) Escherichia coli; 5) Klebsiella spp. **17. Оценить активность воспалительного процесса у больных БА позволяет все, за исключением:** 1) бронхоальвеолярного лаважа; 2) спирографического исследования; 3) биопсии слизистой бронхов; 4) цитологического исследования мокроты. **18. Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы:** 1) клинический анализ крови; 2) степень изменений ОФВ1; 3) рентгенография органов грудной клетки; 4) анализ мокроты. **19. Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:** 1) сальбутамол, сальметерол, формотерол; 2) будесонид, фликсотид; 3) спирива, атровент; 4) симбикорт, серетид, фостер. **20. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:** 1) неэффективности препаратов кромогликата и недокромила натрия; 2) легком персистирующем течении (II ступень терапии); 3) средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии); 4) тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии); 5) все перечисленное. **21. Для каких заболеваний характерно бессимптомное течение?** 1) саркоидоз легких; 2) экзогенный аллергический альвеолит; 3) синдром Вегенера. **22. При каком заболевании ведущим симптомом является одышка?**

		1) идиопатический фиброзирующий альвеолит; 2) саркоидоз легких; 3) остеохондропатия легких. **23. Применение какого метода лечения наиболее целесообразно при саркоидозе I стадии?** 1) выжидательная тактика; 2) ингаляционные кортикостероиды; 3) иммуносупрессанты. **24. При каких профессиональных заболеваниях легких может развиться коллагеноз?** 1) асбестоз; 2) пылевой бронхит; 3) силикоз. **25. Наличие каких клинических признаков позволяет предположить диагноз системного васкулита:** 1) полиорганное поражение; 2) лихорадка неясного генеза; 3) выраженные лабораторные признаки активного; воспалительного процесса; 4) наличие кожных изменений; 5) все перечисленное. **26. Основной причиной смерти при молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии является:** 1) острая коронарная недостаточность, сопровождающаяся бронхиолоспазмом; 2) отек легких с обструкционной дыхательной недостаточностью и нарушением диффузии через альвеоло-капиллярную мембрану; 3) инфаркт легкого с нарушением основной функции легочной ткани. **27. Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии надо:** 1) применять аспирин или фенилин, если нет противопоказаний; 2) своевременно использовать сердечные гликозиды; 3) ограничить инфузии декстранов. **28. К диагностическим признакам центрального рака легкого относятся:** 1) кашель, не приносящий облегчения; 2) кровохарканье; 3) параканкрозный пневмонит; 4) рентгенологическая тень опухоли вблизи от корня легкого; 5) все перечисленное. **29. Рутинный способ диагностики плеврита:** 1) рентгенограмма грудной клетки; 2) МРТ грудной клетки; 3) цитология мокроты. **30. При дифференциальной диагностике острых форм эмболии легочной артерии и инфаркта миокарда надо ориентироваться на следующие данные:** 1. при инфаркте миокарда есть электрокардиологические

		признаки гипоксии миокарда, а при эмболии легочной артерии этих признаков нет; 2. при фонокардиографическом исследовании для эмболии легочной артерии характерно укорочение систолы правого желудочка и опережение легочного компонента II тона, а при инфаркте миокарда – укорочение систолы левого желудочка и запаздывает аортальный компонент II тона; 3. при инфаркте миокарда резко увеличивается трансаминаза крови, чего, как правило, не наблюдается при эмболии легочной артерии. **31. Транссудат образуется при всем, кроме:** 1) сердечная недостаточность; 2) нефротический синдром; 3) эмболия легочной артерии; 4) цирроз печени; 5) карциноматоз плевры. **32. Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции?** 1) экспираторная; 2) инспираторная; 3) смешанная. **33. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье?** тромбоэмболия легочной артерии; 1) бронхоэктатическая болезнь; 2) рак легкого; 3) митральный стеноз; 5) эмфизема легких. **34. При каком заболевании формируется обструктивный синдром?** 1) идиопатический фиброзирующий альвеолит; 2) плеврит; 3) гистиоцитозХ легких. **35. Для какого заболевания характерна гиперсекреция слизистой бронхов?** 1) альвеолярный протеиноз легких; 2) бронхиолоальвеолярный рак. **36. При каких диффузных болезнях соединительной ткани чаще развивается синдром фиброзирующего альвеолита?** 1) системная красная волчанка; 2) системная склеродермия; 3) узелковый периартериит. **37. Клиническая картина бронхиальной астмы включает все, кроме:** 1) удушье; 2) кровохарканье; 3) свистящие хрипы в грудной клетке; 4) дистантные хрипы; 5) приступообразный сухой кашель. **38. У служащей крупной гостиницы, оснащенной**

		кондиционерами, остро повысилась температура до 40±С, появился озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сослуживец больного был госпитализирован с пневмонией. Какова наиболее вероятная причина пневмонии? 1) клебсиелла; 2) легионелла; 3) микоплазма пневмонии. **39. К компонентам «аспириновой триады» не относят:** 1) приступы удушья; 2) аллергический риноконъюнктивит; 3) полипозная риносинусопатия; 4) непереносимость аспирина и других НПВП. **40. Синуситы, бронхиты и бронхоэктазы возникают в связи с функциональной недостаточностью клеток мерцательного эпителия воздухоносных путей при синдроме:** 1) Мак-Леода; 2) Картагенера-Зиверта; 3) Вильямса-Кемпбелла;
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. Количественной характеристикой конкретной информации в здравоохранении является** а) медиана б) вариация в) показатель г) модуль **2. Инвалидом признается лицо, имеющее ____ нарушение здоровья, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость ___** а) обратимое; его санаторно-курортного лечения б) незначительное; его стационарного лечения в) временное; выдачи ему листка нетрудоспособности г) стойкое; его социальной защиты **3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи включает** а) порядки оказания медицинской помощи б) объемы соответствующих видов медицинской помощи в) стандарты медицинской помощи г) протоколы ведения пациентов **4. Применение клинических рекомендаций, стандартов и порядков медицинской помощи способствует** а) выработке единых подходов к оказанию медицинской помощи б) повышению укомплектованности медицинскими кадрами в) реорганизации медицинских организаций г) увеличению расходов финансовых средств **5. В основе организации оказания первичной медико-**

		санитарной помощи лежит ____ принцип а) гендерно-возрастной б) этапный в) индивидуальный г) территориально-участковый
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС

		3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Медицинские информационные	**1. Комплекс методологических, программных, технических, информационных и организационных**

	технологии /5	**средств, поддерживающих процессы функционирования информатизируемой организации, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **2. Совокупность программно-технических средств, баз данных и знаний, предназначенных для автоматизации различных процессов, протекающих в лечебно-профилактическом учреждении, называется** а) информационными технологиями б) информационными системами в) медицинскими информационными системами г) автоматизированными устройствами **3. Свойство информации отвечать запросам потребителей** а) ценность б) релевантность в) доступность г) эргономичность **4. Медицинская информация это** а) любая информация о человеке б) информация о социальном статусе человека в) информация, относящаяся к человеку как пациенту г) совокупность средств лечения **5. Автоматизированные медицинские информационные системы постоянного интенсивного наблюдения относятся к классу** а) ресурсных информационных медицинских систем б) технологических информационных медицинских систем в) статистико-аналитических информационных медицинских систем г) образовательных информационных медицинских систем
6.	Кардиология /20	**1. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром:** 1) длительный спазм коронарных артерий; 2) тромбоз; 3) эмболия. 4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%. **2. Через какой интервал времени после начала ишемии зона некроза в миокарде становится видима макро- и микроскопически?** 1) через 18-24 часа; 2) через 1-5 часов; 3) через 20-30 минут. **3. Больной 50 лет поступил в отделение через 4 дня после эпизода длительных (до 5 часов) загрудинных болей. На ЭКГ - полная блокада левой ножки пучка**

		Гиса. При решении вопроса о наличии острого инфаркта миокарда диагностическую ценность будет иметь: 1) определение содержания миоглобина; 2) определение активности аспартатаминотрасферазы; 3) определение активности креатинфосфокиназы; 4) определение тропонина. **4. Регистрация патологического зубца Q и подъёма сегмента ST в отведениях II, III, aVF является признаком:** 1) передне-перегородочного инфаркта миокарда 2) нижнего инфаркта миокарда 3) бокового инфаркта миокарда 4) задне-базального инфаркта миокарда **5. Факторы риска внезапной сердечной смерти:** 1) желудочковая тахикардия в анамнезе; 2) низкая фракция выброса у пациента с инфарктом миокарда в анамнезе; 3) пароксизмы фибрилляции предсердий у пациента с тиреотоксикозом; 4) низкая физическая активность после перенесенного миокардита. **6. Каковы основные патогенетические механизмы повышения артериального давления?** 1) активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон; 2) активация симпатической нервной системы; 3) дисфункция эндотелия; 4) избыточная реабсорбция натрия на уровне почек. **7. Какой инструментальный метод следует использовать в первую очередь для диагностики артериальной гипертензии почечного генеза?** 1) ультразвуковое исследование почек; 2) допплерография почечных артерий; 3) компьютерная томография органов брюшной полости; 4) радиоизотопная ренография. **8. Отметьте основные классы антигипертензивных препаратов** 1) холинолитики; 2) вета-адреномиметики; 3) тиазидовые диуретики; 4) блокаторы медленных кальциевых каналов; 5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; 6) блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа; 7) бета-адреноблокаторы. **9. Какой антигипертензивный препарат следует в первую очередь использовать у больных с ишемической болезнью сердца?** 1) диуретик; 2) прямой ингибитор ренина; 3) бета-адреноблокатор; 4) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; 5) агонист имидазолиновых рецепторов.

		10. Морфологические изменения при рестриктивной кардиомиопатии: 1) плексиформный кардиосклероз; 2) фиброз и гиалинизация клапанного эндокарда; 3) амилоидоз миокарда и клапанов сердца; 4) фиброз пристеночного эндокарда; 5) мелкоочаговый кардиосклероз. **11. Какая наиболее частая причина развития митрального стеноза?** 1) хроническая ревматическая болезнь сердца; 2) кальциноз митрального клапана; 3) врожденный порок сердца; 4) инфекционный эндокардит. **12. Какие нозологические формы входят в понятие органической митральной недостаточности?** 1) инфекционный эндокардит; 2) отрыв хорд митрального клапана; 3) кальциноз митрального клапана; 4) аннулоэктация митрального клапана; 5) ответы 1,3. **13. При постоянной форме фибрилляции предсердий тромбоэмболия наиболее часто встречается у больных:** 1) ишемической болезнью сердца; 2) гипертонической болезнью; 3) ревматическим митральным пороком сердца. **14. Этиология ХСН** 1) ИБС; 2) ГБ, вторичные АГ; 3) пороки сердца; 4) кардиомиопатии; 5) миокардиты; 6) токсические воздействия на миокард. **15. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:** 1) признака SI-QIII; 2) полной или неполной блокады правой ножки пучка Гиса; 3) отрицательных зубцов Т в отведениях V1-D; 4) синусовой тахикардии; 5) частых предсердных экстрасистол. **16. При развитии врожденного порока имеет значение прием:** 1) медикаментов; 2) наркотиков; 3) гормонов; 4) контрацептивов; 5) всего перечисленного в определенный период развития. **17. Первичный гиперальдестеронизм (синдром Конна) – это:**

		1) базофильная или хромофобная аденома гипофиза; 2) опухоль коры надпочечников, выделяющая избыточное количество альдостерона; 3) аденокарцинома пучковой зоны коры надпочечников; 4) опухоль из хромаффинных клеток мозгового вещества надпочечников. **18. Какой процент сужения коронарных артерий является гемодинамически значимым:** 1) менее 75%; 2) более 65 %; 3) более 75%; 4) более 50%. **19. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов**: 1) повышается; 2) понижается; 3) не изменяется; 4) может как повышаться, так и понижаться. **20. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:** 1) нифедипин; 2) верапамил; 3) дилтиазем; 4) различий между данными препаратами нет.
7.	Поликлиническая терапия /10	**1. При хроническом бронхите хрипы лучше выслушиваются при:** 1) форсированном дыхании; 2) обычном дыхании; 3) задержке дыхания; 4) на вдохе; 5) в горизонтальном положении. **2. Укажите изменения при хроническом легочном сердце:** 1) анемия; 2) эритроцитоз; 3) тромбоцитоз; 4) тромбоцитопения; 5) бластемия. **3. Согласно классификации гипертонической болезни по ВОЗ выделяют:** 1) две стадии течения заболевания; 2) три стадии течения заболевания; 3) пять стадий течения заболевания; 4) шесть стадий заболевания. **4. Наиболее важным методом диагностики хронического пиелонефрита среди ниже представленных методов является:** 1) выявление бактериурии; 2) пункционная биопсия почки; 3) выявление антител к базальной мембране клубочков; 4) термометрия; 5) определение активных лейкоцитов в моче.

		5. Продолжительность течения острой пневмонии: 1) до 2 - 3 дней; 2) до 10 недель; 3) до 6 недель; 4) до 3 - 4 недель; 5) до 8 недель. **6. На какой максимальный срок может выдать больничный лист участковый врач единолично и единовременно?** 1) на 3 дня; 2) на 6 дней; 3) на 10 дней; 4) на 21 день; 5) на 30 дней. **7. Перечислите особенности фармакокинетики, фармакодинамики лекарственных препаратов у пожилых людей:** 1) замедление всасывания; 2) замедление распределения; 3) снижение скорости метаболизма; 4) снижение скорости выведения; 5) ни одно из перечисленных. **8. Наиболее частой причиной хронического первичного панкреатита является**: 1) вирусная инфекция; 2) алкоголизм; 3) обменные и гормональные нарушения; 4) наследственная предрасположенность; 5) несбалансированное питание. **9. Выберете 4 показания для обязательного назначения антикоагулянтов у пациентов с нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий:** 1) предшествующая эмболия или инсульт в анамнезе; 2) гипертензия в анамнезе; 3) возраст более 45 лет; 4) инфаркт миокарда в анамнезе; 5) узловые образования в анамнезе; 6) тромбофлебит поверхностных вен голеней; 7) застойная недостаточность кровообращения. **10. Артрит, уретрит, конъюнктивит - триада, типичная для:** 1) синдрома Съегрена; 2) синдрома Рейгера; 3) синдрома Фелти; 4) ревматоидного артрита; 5) СКВ.
8.	Интенсивная терапия в гематологии /10	**1. Трансфузионная терапия больных апластической анемией включает следующие препараты крови, кроме:** 1) эритроцитарной массы; 2) гранулоцитарного колониестимулирующего фактора; 3) тромбоцитарного концентрата;

		4) плазмы крови; 5) размороженных эритроцитов. **2. Наличие выраженного геморрагического синдрома при значительном удлинении активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени и тромбинового времени может быть связано с:** 1) передозировкой гепарина; 2) тяжелым поражением печени; 3) патологическим фибринолизом; 4) ДВС-синдромом; 5) всем перечисленным. **3. При каком из перечисленных вариантов острого лейкоза наиболее часто развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания:** 1) М1; 2) М2; 3) М3; 4) М4; 5) М5. **4. Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости глобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристомицин-зависимой агрегации тромбоцитов.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **5. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом; 3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **6. Основное количество железа в организме человека всасывается:** 1) в желудке; 2) в нисходящем отделе ободочной кишки; 3) в двенадцатиперстной и тощей кишках; 4) в подвздошной кишке; 5) в слепой кишке. **7. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится**

		по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. диагносцировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **8. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **9. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение: 1. инфаркта миокарда; 2. диффузных болезней соединительной ткани; 3. острой пневмонии; 4. лимфопролиферативного синдрома.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **10. К антикоагулянтам непрямого действия относится:** 1) фенилин; 2) гепарин; 3) свежезамороженная плазма; 4) тиклид; 5) аминокапроновая кислота.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Факторы, способствующие росту заболеваний органов дыхания.
2. Оценка наличия и степени тяжести одышки со современным шкалам.

3. Основные рентгенологические синдромы.
4. Основные типы нарушений вентиляционной функции легких.
5. Методы выявления чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам.
6. Показания и противопоказания к проведению диагностической бронхоскопии.
7. Показания и противопоказания для проведения бронхопровокационного теста с метахолином.
8. Показания к трансторакальной пункции легкого.
9. Современная классификация пневмонии. Краткая характеристика.
10. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Основные причины возникновения заболевания.
11. Основные группы препаратов, используемых для лечения ХОБЛ.
12. Дифференциальные признаки ХОБЛ и бронхиальной астмы.
13. Основные причины развития бронхиальной астмы.
14. Клинические проявления обострения бронхиальной астмы.
15. Уровень контроля при бронхиальной астме.
16. Основные группы препаратов, используемых для лечения бронхиальной астмы.
17. Причины возникновения астматического статуса.
18. Краткая характеристика диффузных паренхиматозных заболеваний легких (ДПЗЛ).
19. Методы диагностики ДПЗЛ.
20. Принципы классификации злокачественных опухолей (система TNM) при раке легкого.
21. Основные методы диагностики рака легкого.
22. Показания и противопоказания к хирургическому лечению рака легкого.
23. Показания к проведению химиотерапии при раке легкого.
24. Методы профилактики рака легкого.
25. Принципы ранней диагностики рака легкого.
26. Основные факторы риска развития тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).
27. Современная классификация ТЭЛА.
28. Принципы диагностики ТЭЛА.
29. Основные принципы лечения ТЭЛА.
30. Заболевания, с которыми чаще всего приходится диагностировать ТЭЛА. Основные принципы дифференциальной диагностики.
31. Ингаляционная терапия в лечении заболеваний органов дыхания (основные классы препаратов, виды устройств).

2.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Методика сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания пульмонологического больного.
2. Методика осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации пульмонологического больного.

*включая исследования: центральной и периферической нервной системы (состояние сознания, двигательная и чувствительная сфера, оболочечные симптомы); органы чувств, полости рта, глотки; кожных покровов; периферического кровообращения; молочных желез; наружных половых органов.

3. Методика клинического обследования пульмонологического больного.
4. Методика проведения физикального обследования пациента с воспалительным заболеванием нижних дыхательных путей. Оценка полученных результатов.
5. Методика формулирования и обоснования предварительного диагноза.
6. Методика формулирования и обоснования дифференциального диагноза.

7. Составьте программу дополнительного обследования больного с бронхиальной астмой.

8. Составьте программу дополнительного обследования больного с хронической обструктивной болезнью легких.

9. Составьте программу дополнительного обследования больного с внебольничной пневмонией.

10. Методика назначения медикаментозной терапии пульмонологическому больному.

11. Методика оценки клинического анализа крови.

12. Методика оценки клинического анализа мочи.

13. Методика оценки клинического анализа мокроты.

14. Методика оценки клинического анализа плевральной жидкости.

15. Методика оценки биохимического анализа крови.

16. Методика оценки анализа мочи (проба Нечипоренко).

17. Методика оценки анализа мочи (проба Зимницкого).

18. Методика определения скорости клубочковой фильтрации (расчетным методом) и определение степени ХБП.

19. Методика регистрации, расшифровки и оценки ЭКГ.

20. Методика оценки спирографии.

21. Методика подготовки и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях бронхолегочной системы.

22. Составьте программу лечения больного с бронхиальной астмой.

23. Составьте программу лечения больного с хронической обструктивной болезнью легких.

24. Составьте программу лечения больного с внебольничной пневмонией.

25. Методика проведения спирометрии. Оценка значений показателей спирометрии.

26. Методика проведения спирометрии и теста с бронхолитиком. Оценка полученных результатов.

27. Методика оказания неотложной помощи при пневмонии тяжелого течения.

28. Методика оказания неотложной помощи при тяжелом обострении бронхиальной астмы.

29. Методика проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: обморок.

30. Методика проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипертонический криз.

31. Методика проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: инфаркт миокарда.

32. Методика первой врачебной помощи при неотложных состояниях: тромбоэмболия легочной артерии.

33. Методика проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: анафилактический шок.

34. Методика проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: приступ пароксизмальной тахикардии, фибрилляции предсердий.

35. Методика проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: гипогликемия, гипергликемия, диабетическая кома.

36. Методика проведения первой врачебной помощи при неотложных состояниях: легочное кровотечение.

37. Оценка степени нарушений дыхательной недостаточности у больного бронхиальной астмой.

38. Оценка степени нарушений дыхательной недостаточности у больного ХОБЛ.

39. Методика проведения непрямого массаж сердца пострадавшему в ДТП.

40. Методика проведения плевральной пункции.

41. Обоснуйте схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии у больного с обострением хронического бронхита.

42. Методика проведения небулайзерной терапии при обострении бронхиальной астмы.

43. Научите больного пользоваться компрессорным небулайзером.

44. Научите больного пользоваться Мэш-небулайзером.

45. Методика проведения пикфлоуметрии больному БА.

46. Научите пациента вести дневник пикфлоуметрии и проводить расчеты вариабельности пиковой скорости выдоха.

47. Объясните больному технику использования дозированного аэрозольного ингалятора.

48. Объясните больному технику использования дозированного аэрозольного ингалятора со спейсером.

49. Объясните больному технику использования дозированного аэрозольного ингалятора.

50. Объясните больному технику использования дозированного пудросодержащего ингалятора.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент 18 лет считает себя больным с раннего детского возраста. В анамнезе – рецидивирующие двусторонние пневмонии и синуситы, рецидивирующие бактериальные инфекции мягких тканей. При трехкратном исследовании хлориды пота – 30-40 ммоль/л. При компьютерной томографии органов грудной клетки выявлены двусторонние бронхоэктазии.

Задания:

2. Назовите исследование, которое необходимо провести в первую очередь для уточнения диагноза:

а) бактериоскопия мокроты на кислотоустойчивые микроорганизмы (далее – КУМ);

б) генетическое тестирование на муковисцидоз;

в) иммунограмма;

г) исследование NO в выдыхаемом воздухе;

д) бронхоскопия.

2. Назовите изменения, которые Вы ожидаете увидеть в иммунограмме:

а) снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и макрофагов;

б) снижение количества CD4+ лимфоцитов;

в) снижение количества CD8+ лимфоцитов;

г) снижение общего количества Ig A, M, G;

д) повышение концентрации Ig E.

3. В иммунограмме выявлено снижение общего количества Ig A, M, G. Укажите наиболее вероятный диагноз:

а) бронхоэктатическая болезнь, тяжелое течение;

б) общий вариабельный иммунодефицит;

в) синдром Мунье-Куна;

г) первичная цилиарная дискинезия;

д) муковисцидоз.

Задача 2.

У больного 58 лет через 5 месяцев от начала заболевания «затяжной двусторонней пневмонией» остаются жалобы на сухой кашель, одышку с постепенным снижением

толерантности к физической нагрузке, небольшая слабость. Одышка возникла и стала нарастать постепенно. При аускультации легких выслушивается конечно-респираторная крепитация (треск целлофана) в заднебазальных отделах с обеих сторон, единичные сухие хрипы. Рентгенологически продолжают нарастать изменения в легких с уменьшением объема легочных полей при отсутствии плевральных изменений и полостных образований. При компьютерной томографии легких выявляется нерегулярные линейные тени, фокальные очаги снижения прозрачности легочных полей по типу «матового стекла». Аллергологический анамнез без особенностей. На спирограмме резкие рестриктивные нарушения. Диффузионная способность легких резко снижена. Фибробронхоскопия – катаральный эндобронхит. Сатурация кислорода 89 %. Других жалоб и симптомов нет.

Задания:

4. Предположите наиболее вероятный диагноз.
5. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
6. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты каких групп в настоящее время могут использоваться для лечения данного заболевания?

5. Укажите схему приема нинтеданиба.

Задача 3.

У мужчины 32 лет, ранее практически здорового, возник приступ кашля, на фоне которого появились резкие боли в грудной клетке слева, одышка. При обследовании: слева перкутано тимпанит, резкое ослабление дыхания, голосового дрожания и бронхофонии. Сатурация кислорода 94%.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие заболевания могут вызывать подобное состояние?
5. Укажите тактику ведения пациента.

Задача 4.

Больной, 55 лет, длительно работал пескоструйщиком. В течение 3-х лет инвалид 2 группы, кроме того, в течение 5 лет состоит на учете в противотуберкулезном диспансере. Беспокоит одышка неадекватная физической нагрузке, часто субфебрильная температура, кашель со слизистой, слизистой-гнойной мокротой, иногда умеренное кровохарканье. Заболевание с годами прогрессирует, нарастает дыхательная недостаточность и клиника хронического легочного сердца.

Задания:

1. Какой патологической процесс можно заподозрить в первую очередь на основании предложенной клинико-анамнестической картины?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. С какими заболеваниями легких прежде всего надо проводить дифференциальную диагностику?

5. Укажите основные направления лечения данного заболевания.

Задача 5.

Больной 56 лет был направлен поликлиникой в стационар по поводу приступов удушья. При поступлении предъявлял жалобы на выраженную одышку, которая появилась внезапно без видимых причин 3 недели назад. В анамнезе: ИБС, пароксизмальная форма мерцательной аритмии, варикозная болезнь вен нижних конечностей. При поступлении

рентгенологическая картина без особенностей. Обращала на себя внимание выраженная картина дыхательной недостаточности по данным газового состава артериальной крови: PaO2 — 50 мм рт.ст., На ЭКГ — программа, зубец S в I отведении, глубокий зубец Q в III отведении.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите методы диагностики, применяющиеся в настоящее время для диагностики ТЭЛА.
4. С какими заболеваниям надо проводить дифференциальную диагностику ТЭЛА в первую очередь?
5. Какие методы лечения применяются в настоящее время для лечения пациентов с ТЭЛА?

Задача 6.

У больного 54 лет с раком прямой кишки в послеоперационный период внезапно возникла резкая боль в правой половине грудной клетки, приступ удушья, выраженная одышка. Кроме этого, больной много лет курит, страдает хроническим бронхитом. При обследовании выявлено: ЧД – 36 в мин, перкуторно над легкими коробочный звук, дыхание ослабленное, сухие хрипы с обеих сторон. АД —115/80 мм рт.ст. При рентгенологическом обследовании выявлены участки повышенной прозрачности легочной ткани, дисковидные ателектазы, высокое стояние купола диафрагмы справа, сердце треугольной формы. ЭКГ – синусовая тахикардия, глубокий зубец S и уменьшение амплитуды зубца R в отведениях I, aVL и левых грудных отведениях, зубец Q в III отведении и aVF. Отрицательный зубец Т в III отведении и правых грудных отведениях. При обследовании газов крови: PaO2 – 59 мм рт.ст.; PaCO2 – 28 мм рт.ст.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите методы диагностики, применяющиеся в настоящее время для диагностики ТЭЛА.
4. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику ТЭЛА в первую очередь?
5. Какие методы лечения применяются в настоящее время для лечения пациентов с ТЭЛА?

Задача 7.

Больная 42 лет жалуется на общую слабость, субфебрильную температуру тела, ноющую боль за грудиной, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой. Подобное состояние длится около месяца. При обследовании выявлено: ФЛГ – симметричное увеличение лимфоузлов в корнях легких. Клинический анализ крови: лимфопения, СОЭ – 25 мм/ч. При исследовании белков сыворотки крови – гипергаммаглобулинемия. Бронхоскопия: расширение сосудов слизистой оболочки бронхов, уплощение карины, сглаженность скатов, атрофический эндобронхит. Реакция Манту, серологические реакции с туберкулином – отрицательные. Иммунологическое исследование выявило снижение в крови Т-лимфоцитов, увеличение IgG и IgM. Гистологическое исследование биоптата стенки бронхов обнаружило гигантские клетки Пирогова-Лангханса.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. С какими заболеваниями прежде всего необходимо проводить дифференциальную диагностику?

5. Определите возможную тактику ведения пациентки.

Задача 8.

У больного 20 лет, ранее практически здорового, респираторная вирусная инфекция. На этом фоне появилась выраженная одышка (ЧД – 40 в 1 минуту.), нехватка воздуха, пульс 130 ударов в 1 мин., цианоз, над легкими резко ослабленное дыхание. При ЭКГ – обследовании выявлена острая перегрузка правых отделов сердца. Сатурация 93%. Рентгенологически выявляется признаки гиперинфляции, линейные тени, нечетко-очерченные узелки в паренхиме. На КТ легких картина «дерева в почках».

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику острого бронхиолита в первую очередь?
4. Определите тактику лечения пациента.

Задача 9.

У больного 35 лет заболевание началось остро с выраженной одышки, сухого кашля, лихорадки с температурой тела до 38^0С, потливости по ночам, была рвота, постепенно стал терять в весе. В течение 3 недель дома принимал таблетированные цефалоспорины, противовоспалительные средства (аспирин) – эффекта не было. Из анамнеза выявлено, что работа больного связана с длительными командировками в различные регионы страны и за рубеж. В течении 3 лет страдал героиновой наркоманией. В настоящее время наркотические вещества не принимает. При обследовании выявлены: явление цианоза, тахипноэ, аускультатино двухсторонние крепитирующие хрипы в нижних отделах легких, увеличение подмышечных и паховых лимфоузлов, увеличение печени и селезенки. При рентгенологическом обследовании выявлены очаговые инфильтративные изменения с обеих сторон в нижних долях легких; клинический анализ крови: лейкопения; при функциональном исследовании—снижение диффузионной способности легких, рестриктивные нарушения ФВД. В анализе мокроты туберкулезной палочки не выявлено.

Задания:

1. Какое из перечисленных заболеваний необходимо исключить в первую очередь?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие препараты в настоящее время могут использоваться для лечения данного пациента?
5. Укажите схему приема бисептола.

Задача 10.

У больного 27 лет постоянная одышка, умеренный кашель при респираторной вирусной инфекции. В детстве – частые простудные заболевания. Несколько лет назад заметил появление одышки, со временем снизилась толерантность к физической нагрузке. Не курит и никогда не курил, профессиональных вредностей не было. При осмотре обращают на себя внимание бочкообразная грудная клетка, выбухание надключичных пространств. Перкуторно над всеми полями легких коробочный звук. Аускультативно – ослабленное дыхание. Сатурация крови 90%. На ФВД крайне резкие обструктивные нарушения вентиляционной функции легких.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите основные заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику
5. Основные направления в лечении пациента.

Задача 11.

У женщины 35 лет в течение 3 лет наблюдалась клиническая картина рецидивирующего гнойного гайморита, периодические носовые кровотечения. Обратилась к врачу с жалобами на лихорадку, кашель, боли в правой половине грудной клетки, эпизодическое кровохарканье, одышку. При обследовании выявлены грубые сухие хрипы. СОЭ – 50 мм/ч, лейкоцитоз $12x10^9$/л, эозинофилия – 16%, гемоглобин – 110 г/л. При рентгенологическом исследовании: множественные инфильтраты и две полости 3 и 4 см диаметром, правосторонний гидроторакс. Лимфатические узлы средостения не увеличены. В моче белок 0,03 г/л, микрогематурия.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь
5. Назовите основные классы препаратов, используемых при лечении пациентки.

Задача 12.

Больному 25 лет, в возрасте от 1 до 5 лет шесть раз перенёс бронхопневмонии. В школьном возрасте часто болел бронхитами. Не курит и не курил, профессиональных вредностей не было. Ранее при плановом флюорографическом исследовании легких явной патологии не выявлялось. Последние 3 месяца жалуется на кашель с выделением гнойной мокроты эпизодически с прожилками крови, слабость, повышенную потливость, особенно в ночное время, эпизодически субфебрильную температуру тела, одышку со снижением толерантности к физической нагрузке. При аускультации легких- дыхание жесткое, единичные сухие хрипы на выдохе, единичные влажные хрипы в нижних отделах справа. SaO2 98%.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?
5. Назовите возможные осложнения.

Задача 13.

Мужчина в возрасте 45 лет в течение последнего года отмечает нарастание одышки, появление сухого кашля, иногда появление слизистой, слизисто-гнойной мокроты, слабость, похудание. Объективно – выявляется укорочение перкутоного тона над нижними легочными полями, ослабленное везикулярное дыхание, нежные крепитирующие хрипы в нижних отделах легких, не меняющиеся после кашля. При рентгенологическом исследовании легких выявлено большое количество сливающихся очагов, периферические отделы в состоянии вздутия. Изменения двусторонние, симметричные, преимущественно локализуются в нижних легочных полях. Спирографически – рестриктивные нарушения. Биопсия легких выявила заполнение

альвеол зернистым, резко ШИК-положительным веществом, скоплениями альвеолярных макрофагов с гранулами липидов в цитоплазме. SaO2 82%.

Задания:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?
5. Укажите направления лечения диагностированного заболевания.

Задача 14.

Больная в возрасте 30 лет, ранее была практически здорова. В течение 2 лет одышка, повторные спонтанные пневмотораксы, иногда при кашле умеренное кровохарканье. В течении последних нескольких месяцев заметила появление и постепенное нарастание одышки, снижение толерантности к физической нагрузке.

Рентгенологически выявлено усиление легочного рисунка диффузного характера с мелкоочаговыми затемнениями, элементы «сотового» легкого. Левосторонний гидроторакс. Спирографически – смешанные вентиляционные нарушения. Паховые лимфоузлы увеличены. Гинекологом выявлена фибромиома матки. SaO2 93%.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?

Задача 15.

Больная 19 лет. Впервые перенесла острую пневмонию в возрасте 3 месяцев, в дальнейшем пневмония повторялась ежегодно. С 5 лет беспокоит постоянный кашель, постепенно присоединяется одышка. Частые расстройства стула. С возрастом нарастала одышка, слабость, во время обострения болезни кашель сопровождался отхождением трудноотделяемой гнойной мокроты, повышением температуры тела. Больная плохо переносила жару: летом неоднократно случались обмороки, отставала в развитии от своих сверстников.

В наследственном анамнезе – у матери трижды самопроизвольное прерывание беременности, раннее развитие ЖКБ.

При поступлении: бледность кожных покровов, одутловатость лица, цианоз слизистых оболочек, одышка в покое до 26 в мин, астеническое телосложение, ногти в виде «часовых стекол», перкуторно над легкими коробочный звук, дыхание ослабленное, обилие сухих и влажных хрипов с обеих сторон, тахикардия. Рентгенологически: легочный рисунок ячеист, петлист, корни малоструктурны. Передние синусы запаяны. ФБС: дискинезия трахеи и главных бронхов, двусторонний гнойный эндобронхит. Анализ крови: признаки гнойной интоксикации. Анализ мокроты: лейкоциты покрывают все поле зрения, при бактериологическом анализе – обильные рост синегнойной палочки. SaO2 80%.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите основные критерии обострения бронхолегочного процесса, требующие назначения антибактериальной терапии.
5. Укажите примерный перечень препаратов, которые могут потребоваться для

лечения данной пациентки. Обоснуйте их использование.

Задача 16.

Больная 45 лет длительно страдает бронхиальной астмой с частыми обострениями, по поводу которых в течение последнего года 3 раза получала курсы системных кортикостероидов, длительно получает ингаляционные кортикостероиды в высоких дозах. Поступила в стационар с диагнозом пневмония, затяжное течение, на 42-е сутки от начала заболевания. До поступления в стационар лечилась амбулаторно, получала антибиотики: цефалоспорины, аминогликозиды, макролиды. При поступлении состояние больной средней тяжести, температура тела 37,2^{o} С, АД – 150/90 мм рт.ст. На рентгенограммах очаговая инфильтрация в верхней доле левого легкого, низкой интенсивности с нечеткими контурами. В крови при нормальном числе лейкоцитов выраженная эозинофилия – 36%. Ревматоидный фактор, антиядерные антитела, LE клетки отрицательные. IgE общий - 970 МЕ/мл. Анализы мочи без особенностей. Неоднократное исследование кала на яйца-глист – отрицательное. После назначения больной 40 мг (8 таблеток) преднизолона, а также в течение 7 дней 100 мг флюконазола ежедневно, инфильтративные изменения в легких регрессировали, исчезла эозинофилия. Больная выписана на амбулаторное лечение с рекомендацией приема 2 таблеток преднизолона в сутки. Попытка отмены преднизолона через 30 дней после выписки привела к рецидиву болезни.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат из какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Задача 17.

Больная 32 лет страдает бронхиальной астмой. Базисную терапию получает нерегулярно. Ухудшение на фоне ОРВИ в течение последней недели, сальбутамол использовала до 20 вдохов в сутки. Поступила в стационар с затяжным приступом удушья. При поступлении наблюдалась тяжелая гипоксемия с PaO2—53 мм рт.ст. и гиперкапния с PaCO2 – 55 мм рт.ст. Аускультивно – «немое легкое».

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Предположите наиболее вероятное осложнение.
3. Какое дополнительное обследование показано пациенту?
4. Тактика ведения и группы лекарственных препаратов для лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Другие группы лекарственных препаратов.

Задача 18.

У больного 60 лет в течение многих лет наблюдается приступообразный кашель, напоминающий «блеяние козы». Кашель усиливался при перемене положения тела, сопровождался выделением гнойной мокроты, иногда с прожилками крови. Часто на высоте приступа кашля наблюдалась потеря сознания. При обследовании больного выявлено:

Спирографически – выраженные обструктивные нарушения; бронхоскопически – двусторонний диффузный резко выраженный эндобронхит со слизисто-гнойной гиперсекрецией, трахеобронхомегалия; рентгенологически – мешотчатые бронхоэктазы справа в средней доле.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое дополнительное обследование показано пациенту?
4. Тактика ведения и группы лекарственных препаратов для лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

Задача 19.

Больной 69 лет, ученый. Обратился к врачу по поводу небольшого покашливания, остро возникших болей в правом боку, субфебрильную температуру тела. Никаких других респираторных проявлений заболевания не было, не отмечалось переохлаждений или контактов с больными ОРЗ. Больной по 10 ч в сутки сидел за столом, писал книгу. Явления выраженной интоксикации отсутствовали. Участковый врач диагностировал пневмонию, назначил макролиды. Через 2 недели подобные явления повторились, но слева. Врач вновь поставил диагноз пневмонии. Еще через 10 дней самочувствие больного ухудшилось: возникла резкая боль в правом боку, одышка, появилось кровохарканье, повысилась температура тела до $37,5^0$С.

Следует отметить, что больной в течение нескольких лет страдал мерцательной аритмией и тяжелым варикозным поражением голеней.

Задания:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие лекарственные средства Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Задача 20.

Врач вызван на срочную консультацию в ЛОР-отделение к больному 53 лет, у которого через несколько часов после операции по поводу поли поза носа и введения раствора диклофенака возник тяжелый приступ удушья. При осмотре выяснилось, что состояние больного требует перевода его в реанимационное отделение.

Задания:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие лекарственные средства Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 21.

Больной 43 лет поступил в клинику с жалобами на прогрессирующую одышку, сухой кашель, слабость. Болен в течение полугода. При предыдущем рентгенологическом исследовании были обнаружены диффузные изменения, которые трактовались как проявление диссеминированного туберкулеза легких. Специфическая терапия в течение полугода эффекта не дала.

При поступлении состояние больного тяжелое: выраженная одышка в покое (46 в мин), цианоз, одутловатость лица. В нижних отделах грудной клетки отчетливое притупление перкуторного звука, здесь же крепитация с обеих сторон на фоне ослабленного дыхания. Тоны сердца глухие. Пульс – 120 уд./мин, малый. А/Д – 90/60 мм рт.ст. При рентгенологическом исследовании отмечено нарастание мелкоочаговых изменений в легких, милиарные очаговые тени на фоне сетчатой деформации легочного рисунка, тень сердца расширена, больше вправо. Исследование функции дыхания выявило значительные рестриктивные нарушения вентиляции, резкое снижение (28% дол.) диффузионной способности легких. Тяжелая гипоксемия (РО2 – 38-52 мм рт.ст.). Анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – $12,4x10^9$/л; ю. – 1%, п. – 17%, с. – 79%, лимф. –

7%, мон. – 2%, СОЭ – 42 мм/ч.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие лекарственные средства Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 22.

Больной 45 лет, страдает бесплодием, поступил в клинику с диагнозом хронический обструктивные бронхит. В 13-летнем возрасте перенёс операцию по удалению нижней доли левого легкого по поводу бронхоэктазов. После операции улучшения состояния больной не отмечал. Продолжал беспокоить кашель с гнойной мокротой, частые обострения бронхита, хронического гайморита. При бронхоскопическом исследовании обнаружено обратное расположение бронхов.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие лекарственные средства Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 23.

У больной 60 лет после переохлаждения появились клинические признаки цистита, обратилась к врачу – был назначен бисептол и фуразолидон. Повторно к врачу не обращалась, через 2 недели у больной появилась одышка, повысилась температура тела до $37,5^0$С, стал беспокоить сухой кашель. Больная расценила свое состояние как простудное и продолжила приём бисептола. На этом фоне наблюдалось усиление одышки, появилась слабость. При обращении к врачу изменений со стороны крови выявлено не было. Спирографически – рестриктивные нарушения. Рентгенологически в легких выявлены двусторонние множественные мелкоочаговые тени.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие методы лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Задача 24.

Больная 46 лет. Поступила в торакальное отделение по поводу спонтанного пневмоторакса. До прошлого года считала себя здоровой. Год назад были нормальные роды. В отделении обращали на себя внимание признаки дыхательной недостаточности на фоне выраженной деформации грудной клетки (бочкообразная), клинические и рентгенологические признаки пневмоторакса справа. Пневмоторакс был ликвидирован и при повторном рентгенологическом исследовании привлёк к себе внимание мелкоячеистый легочный рисунок на всем протяжении обоих легких. Симптомы дыхательной недостаточности уменьшились, но не исчезли. Через 2 недели в стационаре возник спонтанный пневмоторакс слева и, при явлениях нарастающей дыхательной и сердечной недостаточности больная погибла.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие дополнительные методы обследования могли быть проведены пациенту?

4. Какие методы лечения Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Задача 25.

У больного 55 лет, длительно курящего (ИКЧ 40 пачко-лет), в течение 10 лет отмечается небольшой кашель со скудной серой мокротой по утрам. Два года назад установлен диагноз ХОБЛ, получал бета-2 агонисты короткого действия в режиме по требованию 0-2 вдоха в сутки. При обострении болезни отмечал умеренную одышку. В период ремиссии и при обострении ХОБЛ были выявлены умеренные обструктивные нарушения вентиляции, обструкция необратима (Индекс Тиффно после пробы с бронхолитиком менее 0.7 или 70%). Обострения переносит не более 1 раза в год, преимущественно на фоне ОРВИ, лечится амбулаторно, получает антибактериальную терапию и муколитики. Вне обострений активно жалоб не предъявляет.

Задания:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой группе лекарственных препаратов Вы отдадите предпочтение на первых этапах базисной терапии в период ремиссии болезни с целью улучшения бронхиальной проходимости и замедления прогрессирования патологического процесса?

Задача 26.

Женщина 20 лет, беременность 21 неделя. 10 дней назад перенесла ОРВИ с субфебрильной температурой тела, явлениями ринита и фарингита. Вчера вечером отмечалось повышение температуры тела до $39{,}2^0$ С, озноб, слабость, стало трудно дышать. Госпитализирована в стационар. При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела $38{,}7^0$ С, контактна, адекватна. ЧДД 26 в минуту. ЧСС 105 в минуту, АД 115/70 мм рт.ст. В легких дыхание жесткое, справа в нижнебоковых отделах ослабленное, хрипы не выслушиваются. Перкуторно там же – неотчетливое укорочение перкуторного тона. SO2 – 91%.

Задания:

1. Сформулируйте Ваш предположительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антибактериальных препаратов Вы не назначите данной пациентке?

Задача 27.

Больная 43 лет поступила с жалобами на выраженную одышку в покое и при минимальной физической нагрузке, отеки нижних конечностей. Жалобы появились полгода назад, лечилась в поликлинике, принимала мочегонные и сердечные гликозиды без какого-либо эффекта. В стационаре при спирографическом исследовании обнаружены умеренные обструктивные нарушения вентиляционной способности легких. На ЭКГ в отведении V1 высокий (12 мм) зубец R. ЭХО-кардиограмма: увеличение правого желудочка, относительная недостаточность трикуспидального клапана II степени и клапана легочной артерии II степени. Катетеризация полостей сердца Рла —110 мм рт.ст. Ангиопульмонография: множественные зоны нарушенной перфузии.

Задания:

1. Сформулируйте Ваш предположительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие методы лечения могут быть использованы у данной пациентки?

Задача 28.

Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на нечастый кашель со скудной слизистой мокротой, одышку при ходьбе и физической нагрузке, периодически затруднённое дыхание, возникающее днём почти ежедневно, заложенность носа.

Из анамнеза известно, что впервые возник тяжёлый приступ удушья в возрасте 43 лет по поводу которого был госпитализирован по СМП в стационар. Лечение дексаметазоном с хорошим эффектом. С этого времени принимал дексаметазон в качестве базисной терапии курсами от 2-х таблеток с постепенным снижением по четвертушкам до отмены. Всего получается около 6 курсов в год с периодами без лечения до 2 – 3-х недель с последующим новым обострением. Последние 2 года принимает Серетид 50/250 мкг при обострениях с эффектом.

С детства насморк, больше в сезоны осень – весна. Выявлен полипоз носа, проведена полипэктомия. При отмене дексаметазона насморк сразу усиливается. Были гаймориты.

Пневмонии с детства, всего около 10 раз, лечение амбулаторное.

Аллергия на пенициллин, эритромицин в виде отёка Квинке.

Курение с 1990 по 1993 год по 2 пачки в день и с перерывами, всего около 10 пачек/лет. Аспирин не принимал.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые обычной окраски. Носовое дыхание слегка затруднено. Пульс 64 в 1 мин, ритмичный. Sp O2 – 97%. Тоны сердца приглушены ритмичные. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, верхушки не выбухают, нижняя граница лёгких на IX ребре, экскурсия лёгочного края не ограничена. Перкуторно ясный тон, дыхание жёсткое, масса рассеянных свистящих высокотональных хрипов преимущественно на форсированном выдохе. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненно. Стул, диурез со слов в норме.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие препараты базисной терапии вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Задача 29.

Мужчина, 58 лет, обратился к врачу с жалобами на сухость и жжение во рту, дискомфорт при глотании, отхождение очень густой белой мокроты по утрам, одышку при ускоренной ходьбе, общую слабость, головокружения, потливость в области шеи по утрам, боли в ногах.

Из анамнеза: после появления выраженной общей слабости и болей в ногах пациент обратился в поликлинику и сделал ФЛГ лёгких после 6 лет перерыва в рентгенологическом исследовании. Выявлено плотное бугристое образование с неровными контурами 5х7 см в 8 сегменте правого лёгкого и очаг Гона в 10 сегменте левого лёгкого. Ранее практически здоров. Курение 45 лет по 1 пачке в день – 45 пачек/лет. В последние лет 10 отмечал незначительный кашель с мокротой значения которому не придавал. По профессии строитель-отделочник.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые обычной окраски. Концевые фаланги пальцев рук утолщены, ногти изменены по типу «часовых стёкол». Пальпируются несколько уплотнённые, не увеличенные подвижные болезненные лимфоузлы в надключичных областях. Слизистые полости рта и зева чистые, гиперемии нет. «Лаковый» сухой язык. Носовое дыхание свободное. Щитовидная железа не

пальпируется.

Пульс 80 в 1 мин, ритмичный. Sp O2 – 97%. АД 128/80 мм рт ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, верхушки лёгких не выбухают, нижняя граница на IX ребре, экскурсия лёгочного края сохранена. Перкуторно ясный тон с укорочением над S 8 – 9 справа. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненно. Стул, диурез со слов в норме.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите дополнительные методы верификации диагноза в данной ситуации.

Задача 30.

Женщина 51 года обратилась с жалобами на приступообразный надсадный «лающий» кашель с трудноотделяемой мокротой грязно-жёлтого цвета иногда с прожилками крови, ноющие боли при кашле за грудиной, сердцебиения. Приступообразный кашель появился на фоне ОРВИ и позже приобрёл надсадный характер с отхождением кусочков мокроты жёлтого цвета, впервые заметила прожилки крови в мокроте, появились боли при кашле.

Менопауза с 42 лет. Не курила. Пневмонии, СПИД, туберкулёз отрицает. Работа – свой бизнес.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые с сероватым оттенком, лёгкий цианоз губ, языка. Пальцевые фаланги и ногти не изменены. Слизистые полости рта и зева чистые, гиперемия зева. Носовое дыхание свободное, выделений нет. Пальпация околоносовых областей безболезненна. Пульс 96 в 1 мин, ритмичный. Sp O2 – 93%. Тоны сердца ясные ритмичные. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, верхушки лёгких не выбухают, нижняя граница на IX ребре. Перкуторно ясный тон, дыхание очень жёсткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненно. Стул, диурез со слов в норме.

Представлены данные обследования:

МСКТ лёгких: в центральном средостении между аортой и трахеей выявлено образование пониженной плотности с чёткими контурами, однородной структуры, размерами 1.8x1.1x3.8 см.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дальнейшая тактика ведения пациента.

Задача 31.

Женщина 53 лет обратилась с жалобами на приступообразный кашель с мокротой жёлто-зелёного цвета или бесцветной в основном по утрам до 30 – 50 мл в день. Иногда ощущает хрипы по утрам свистящего характера. Заложенность носа по утрам, иногда водянистые выделения, чихание. Кашель беспокоит около года, появился после курса лечения Рибавирином гепатита. Также около года стала замечать заложенность носа и периодические водянистые выделения. Аллергию отрицает. Наследственность: у отца и у матери была астма. Год назад в доме появилась морская свинка.

Курила лет 5 – 5 пачек/лет. Менопауза 3 года.

Представлены данные обследования:

КТВР лёгких: очаг Гона 3.5 мм в S 8 правого лёгкого, стенки бронхов уплотнены,

плевро-диафрагмальные спайки над диафрагмой.

ФБС: рубцово-пигментные изменения в В 4-5 слева, средне-долевом, верхнее-долевом и нижне-долевом бронхах справа.

ФГДС: данных за ГЭРБ не получено.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, лейкоциты покрывают всё поле, местами эозинофилы покрывают всё поле.

Анализ крови: эозинофилы – 0.81 – 12%. Оксид азота в выдыхаемом воздухе – 43.23 ppb.

Исследование ФВД: бронхиальная проходимость не нарушена, ФЖЕЛ в норме, проба с Вентолином 400 мкг отрицательна. Бронхопровокационный тест с метахолином 3.3% положительный, выявлена средняя степень гиперреактивности.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые обычной окраски. Носовое дыхание затруднено, выделений нет. Пульс 74 в 1 мин, ритмичный. Sp O2 – 98%. Тоны сердца ясные, ритмичные. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, верхушки лёгких не выбухают, нижняя граница на IX ребре, экскурсия лёгочного края сохранена. Перкуторно ясный тон. Дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненно. Стул, диурез со слов в норме.

Задание:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Лечебные мероприятия и их обоснование.

4. Дальнейшая тактика ведения пациента. Определение элиминационных мероприятий после обследования.

Задача 32.

Женщина 63 лет обратилась с жалобами на кашель с мокротой жёлто-зелёного цвета или бесцветной в основном по утрам до 50 – 100 мл в день. Иногда ощущает хрипы по утрам свистящего характера, затруднённое дыхание, тянущие боли за грудиной.

В молодости лечилась по поводу фиброзно-кавернозного туберкулёза. В последующем, особенно после 40 лет стали частыми бронхиты, в последние годы – ежесезонные. В периоды обострений всегда появлялась слизисто-гнойная мокрота до 100 мл в сутки. В последние месяцев 6 стали появляться свистящие хрипы по утрам. Назначался Симбикорт с небольшим эффектом.

Курила «Беломор» до 50 лет, всего около 20 пачек/лет.

Аллергии не было.

Представлены данные обследования:

МСКТ лёгких: уменьшение в объёме верхней доли правого лёгкого, мелкие плотные очаги в S 1,2 и 8 слева и в S3 справа, цилиндрические бронхоэктазы в 5 и 10 сегментах справа и в 5 сегменте слева. Множественные очаги фиброза с обеих сторон. Анализ мокроты: слизисто-гнойная, лейкоциты до 50 в поле зрения. Посев мокроты: Staph. aureus 10 в 3 ст.

Исследование ФВД: бронхиальная проходимость не нарушена, ФЖЕЛ в норме, проба с Вентолином 400 мкг отрицательна. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые обычной окраски. Носовое дыхание свободное выделений нет. Пульс 74 в 1 мин, ритмичный. Sp O2 – 98%. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, верхушки лёгких не выбухают, справ-немного западает, нижняя граница на IX ребре, экскурсия лёгочного края сохранена. Перкуторно ясный тон. Дыхание жёсткое, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненно. Стул, диурез со слов в норме.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Лечебные мероприятия и их обоснование. Дальнейшая тактика ведения пациента.

Задача 33.

Женщина, 67 лет, пенсионерка, обратилась к пульмонологу с жалобами на постоянную одышку, затрудненное дыхание, тяжесть за грудиной, приступообразный кашель с трудноотделяемой мокротой, а также усиление этих симптомов в ночное время. Считает себя больной в течение пяти лет (с 62 лет), когда на работе на фоне переохлаждения и стрессовой ситуации внезапно развился первый приступ удушья, перешедший в астматический статус. Госпитализирована в реанимационное отделение, где ей диагностирована бронхиальная астма (БА). В течение последующих пяти лет пациентка по два-три раза в месяц обращалась к неотложной «скорой» помощи, имела семь госпитализаций по поводу астмы, две из них в астматическом состоянии. Амбулаторно наблюдалась в условиях поликлиники, назначаемое врачами лечение пероральными и ингаляционными кортикостероидами (Симбикорт, Беклазон Эко, Кленил), проводила не регулярно, пользуясь постоянно ингаляционными бронхолитиками короткого действия (от 3 до 8 ингаляций в сутки). Последнее обострение БА пациентка связывает с приемом нестероидного противовоспалительного средства (кетанов) при зубной боли за неделю до обращения к пульмонологу. Наследственность не отягощена. Внелегочных аллергических проявлений не наблюдалось.

При обследовании: кожа и склеры чистые, носовое дыхание затрудненно, частота дыханий 18-20 в минуту, пульс 90 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, АД 140/80 мм. рт. ст., сатурация крови кислородом (SO2) 92%. Перкуторно: легочный тон с коробочным оттенком. При аускультации: выдох удлинен, над поверхностью легких сухие рассеянные хрипы, на форсированном выдохе выслушивается незначительный экспираторный стридор. Пиковая скорость форсированного выдоха (ПСФВ) 43% от прогнозируемого значения. Функция внешнего дыхания: спирометрия выявила крайне резкие нарушения проходимости дыхательных путей ($ОФВ_1$ 32,3 % Д), проба с бронхолитиком положительная, ΔОФВ1 +55,5%. Рентгенография придаточных пазух носа: гомогенное затенение обеих верхнечелюстных пазух. Заключение отоларинголога: рецидивирующий полипоз носа.

Задания:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 34.

Больной Т.,32 лет, доставлен в стационар в тяжелом состоянии с затянувшимся приступом удушья. Со слов родственников, с 16 лет страдает бронхиальной астмой. В начале заболевания приступы удушья, как правило, развивались в весенне-летний период. При аллергологическом обследовании была выявлена положительная реакция на аллергены деревьев (береза, ольха, тополь), злаковых (тимофеевка, овсяница, гречиха) и сорных трав (полынь, амброзия, крапива, пижма). В возрасте 28 лет перенес бронхопневмонию, после чего течение основного заболевания стало более тяжелым. Исчезла выраженная сезонность обострений болезни, приступы удушья стали более продолжительными и тяжелыми. Больной постоянно ингалировал сальметерол и бекодид. Примерно неделю назад после переохлаждения у больного повысилась температура до 38,5 градусов, появился сухой кашель и ринит. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами и отхаркивающими средствами. На этом фоне

возобновились приступы удушья. В ночь перед госпитализацией у пациента развился приступ удушья, не купировавшийся повторными ингаляциями сальбутамола (всего произвел 20 ингаляций в течение 10 часов). Бригадой СМП был введен эуфиллин и преднизолон, после чего пациент доставлен в клинику.

При осмотре состояние тяжелое, возбужден. Положение вынужденное – сидит в постели, опираясь на руки. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз.

Дыхание шумное с удлиненным выдохом, на расстоянии слышны свистящие хрипы. Частота дыхания 22 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Прекуторный звук коробочный. Дыхание резко ослабленное везикулярное, над нижними отделами легких участки над которыми дыхание не проводится. Выслушивается небольшое количество сухих свистящих хрипов. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, ЧСС -112 в минуту, экстрасистолы 7-8 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. перкуторные размеры её по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин-140 г/л. эритроциты-5,2х1012/л, лейкоциты – $9,2х10^9$, п/я-6%, с/я 62%, э.-6%, м.- 2%, л-24%. СОЭ-28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: фибриноген-5 г/л.(норма 2-3,5), СРБ – 12 мг/л (норма 05,0мг/л).

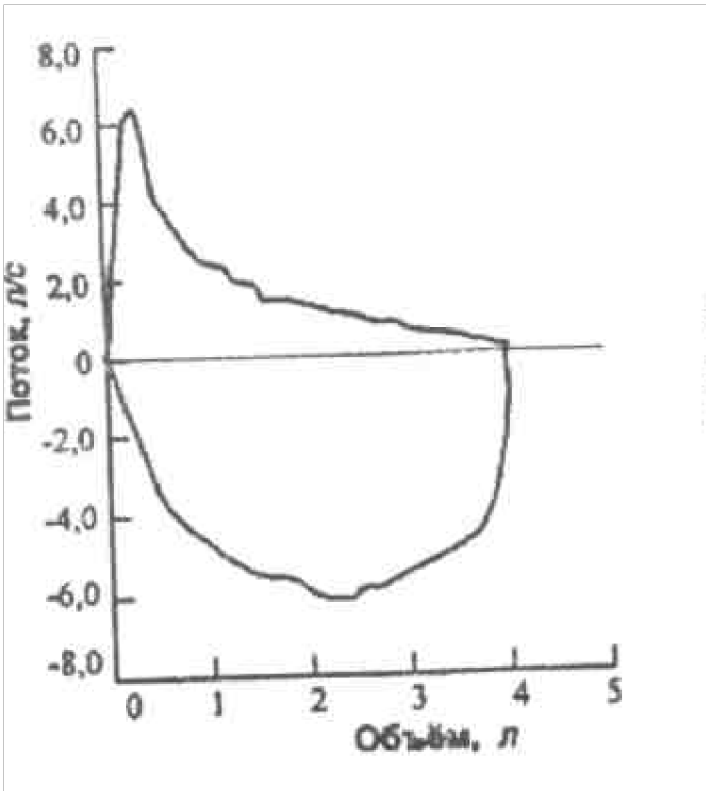
Иммунологическое исследование: в мокроте и крови обнаружено высокое содержание IgE. Анализ мокроты: мокрота вязкая стекловидная, лейкоциты -20/100 - 30/100 клеток; эритроциты - abs; эозинофилы >30/100 клеток; эпителиальные клетки > 10/100 клеток. Спирали Куршмана+; кристаллы Шарко-Лейдена ++.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачости, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок избыточен, деформирован, корни структурны. Диафрагма опущена. Синусы свободны. ФВД проведена через неделю после госпитализации: ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 55%, индекс Тиффно - 60%. Проба с беротеком положительная - прирост показателя после ингаляции 30%.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, единичные желудочковые экстрасистолы. Признаки систолической перегрузки правых отделов сердца.

КОР: pH - 7,33; PaO2 - 65 мм рт.ст; PaCO2 - 48 мм рт.ст; BE - (-) 3,5; SB – 17.

Пневмотахограмма



Задания:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.

2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?

3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?

5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?