



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

« 25 » января 2019 г.

С.А. Артюшкин /



## ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по  
специальности 31.08.45 ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Санкт-Петербург  
2019

## **Общие положения**

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) выпускников, освоивших программу ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология, проводится в целях определения соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 31.08.45 Пульмонология с последующей выдачей диплома государственного образца об окончании ординатуры. ГИА выпускников, освоивших программу ординатуры, является обязательным завершающим этапом обучения в ВУЗе.

К ГИА допускаются выпускники, освоившие программу ординатуры, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по специальности 31.08.45 Пульмонология.

ГИА обучающихся предусматривает оценку теоретической профессиональной подготовленности на основе государственных требований к минимуму и уровню подготовки по специальности 31.08.45 Пульмонология, предусмотренных федеральным государственным образовательным стандартом по специальности 31.08.45 Пульмонология и проводится в форме государственного экзамена.

ГИА выпускников, освоивших программу ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология в ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России осуществляется государственной экзаменационной комиссией (далее-ГЭК), которая работает в соответствии с приказом Минобрнауки России «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктура), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227.

При условии успешного прохождения ГИА, выпускнику, освоившему программу ординатуры по специальности 31.08.45 Пульмонология ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России присваивается квалификация врача по специальности 31.08.45 Пульмонология и выдается диплом государственного образца об окончании ординатуры.

## **2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

**Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает** охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

**Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:**

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:**

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (далее - УК) и профессиональных (далее - ПК) компетенций.**

**Универсальные компетенции (УК):**

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнитель-

ской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3);

#### **Профессиональные компетенции (ПК):**

- профилактическая деятельность:
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность:
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании пульмонологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

### **3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

ГИА проводится в форме государственного экзамена. К государственному экзамену по специальности допускается выпускник, успешно завершивший в полном объеме освоение основной образовательной программы ординатуры, разработанной Университетом в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта по программе ординатуры. Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Перед государственным экзаменом по специальности проводится консультирование выпускников, освоивших программу ординатуры по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Уровень знаний выпускника, освоившего программу ординатуры, оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

#### **Критерии оценок результатов государственного экзамена по специальности:**

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

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

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной аттестации**

На каждого выпускника, освоившего программу ординатуры, заполняется протокол приема государственного экзамена по специальности, в который вносятся вопросы билетов и дополнительные вопросы членов ГЭК. Протокол государственного экзамена по специальности подписывается теми членами ГЭК, которые присутствовали на экзамене.

Результаты государственного экзамена по специальности объявляются в тот же день после оформления протокола заседания комиссии.

Решение о присвоении (не присвоении) выпускнику, освоившему программу ординатуры, квалификации по специальности и выдаче диплома об окончании ординатуры принимает ГЭК.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель председателя комиссии) обладает правом решающего голоса.

Протоколы заседаний ГЭК хранятся в архиве Университета

#### **5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации**

##### **1. Паспорт фонда оценочных средств государственной итоговой аттестации**

Код контролируемой компетенции	Наименование компетенций, предусмотренных ФГОС ВО
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохране-

	ние и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании пульмонологической медицинской помощи
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

## 2. Результаты освоения основной профессиональной образовательной программы

Виды профессиональной деятельности	Профессиональные задачи	Сформированные профессиональные компетенции
ВПД 1 профилактическая	предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; проведение сбора и меди-	УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4

	ко-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья	
ВПД 2 диагностическая	диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; диагностика неотложных состояний; диагностика беременности; проведение медицинской экспертизы	ПК -5
ВПД 3 лечебная	оказание специализированной медицинской помощи; участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства; оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;	ПК -6 ПК-7 ПК-7
ВПД 1 реабилитационная	проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения	ПК-8
ВПД 2 психолого-педагогическая	формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-9
ВПД 3л организационно-управленческая	применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях; организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений; организация проведения медицинской экспертизы; организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицин-	УК-1 УК-2 ПК-10 ПК-11 ПК-7 ПК-12

	ской организации и ее структурных подразделениях; создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности	
--	---	--

### 3. Формы оценочных средств, в соответствии с формируемыми компетенциями

Индекс компетенции	Формулировка компетенции	Оценочные средства	Номер оценочного средства из перечня (п. 4 ФОС)
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Вопросы для собеседования	1-26
		Ситуационные задачи	1-32
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Вопросы для собеседования	1-13
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом	Вопросы для собеседования	7-13,88,94,95

	исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения		
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Вопросы для собеседования  Ситуационные задачи	3-6, 23, 26, 27, 28,29,30,31,32,39,56,58,78,80,88,91,93,94,95,114,116137,138,147,149  1-32
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Вопросы для собеседования  Ситуационные задачи	110, 116,124,125,128,129,147,149  1-32
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях	Вопросы для собеседования	14-19

	и иных чрезвычайных ситуациях		
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Вопросы для собеседования	1-14, 86,124,125,128,129
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Вопросы для собеседования  Ситуационные задачи	34-52  1-32
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании пульмонологической медицинской помощи	Вопросы для собеседования  Ситуационные задачи	53-163  1-32
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Вопросы для собеседования	14-19
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Вопросы для собеседования  Ситуационные задачи	53-163  1-32
ПК-9	готовность к формированию у насе-	Вопросы для собе-	110, 116,124,125,128,129,147,149

	ления, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	дования	
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Вопросы для собеседования	126-129
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Вопросы для собеседования	1-6
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Вопросы для собеседования	14-19

#### 4. Оценочные средства

##### 4.1 Вопросы для собеседования

1. Организация статистического учета в медицинской организации
2. Статистический анализ медицинской организации.
3. Управление качеством медицинской помощи в условиях медицинской организации стационарного типа.
4. Организация деятельности в условиях медицинского страхования на примере медицинской организации стационарного типа.
5. Организация диспансерного наблюдения за работающими в медицинской организации амбулаторно-поликлинического типа
6. Статистический анализ деятельности медицинской организации в условиях ОМС.
7. Правовые основы высшего образования в РФ
8. Переход от понятия квалификация к понятию компетентность
9. Этапы и компоненты образовательного проекта
10. Основные подходы к проектированию образовательных программ
11. Словесные методы обучения в медицинском вузе.
12. Наглядные методы обучения в медицинском вузе

13. Практические виды обучения в медицинском вузе
14. Основные принципы создания сил Российской службы медицины катастроф
15. Основные задачи службы экстренной медицинской помощи в ЧС
16. Основные мероприятия, осуществляемые Российской службой медицины катастроф
17. Режимы функционирования Российской службы медицины катастроф
18. Основные принципы управления Российской службой медицины катастроф
19. Основные формирования Российской службы медицины катастроф
20. Эмбриональное развитие дыхательной системы
21. Строение дыхательной системы: легкие, дыхательные пути, “мертвое” пространство.
22. Структур и функции воздухоносных путей и газообменной зоны легких
23. Защитные механизмы легких
24. Нереспирационные функции бронхиального и легочного кровообращений.
25. Классификация заболеваний органов дыхания
26. Классификация врожденных заболеваний легких
27. Агенезия легких: определение, клиника, диагностика, лечение
28. Трахеобронхомегалия: определение, клиника, диагностика, лечение
29. Поликистоз легких: определение, клиника, диагностика, лечение
30. Кисты легких: определение, клиника, диагностика, лечение
31. Секвестрация легких: определение, клиника, диагностика, лечение
32. Муковисцидоз: эпидемиология, понятие, этиология, клиника
33. Муковисцидоз: диагностика, лечение
34. Нормальная рентгенограмма грудной клетки в передней и боковой проекциях: алгоритм оценки, рентгеноанатомия, сегментарное строение.
35. Рентгенологические изменения при пневмонии: группировка пневмоний, стадии развития, дифференциальный диагноз.
36. Рентгенологические изменения при обструктивных заболеваниях легких.
37. Рентгенологические изменения при опухолях легких и средостения.
38. Компьютерная томография органов грудной клетки: основные понятия, принципы, КТ анатомия.
39. Пикфлоуметрия в диагностике и лечении заболеваний, связанных с обратимой обструкцией дыхательных путей (методика исследования, основные показатели тяжести обструктивных нарушений).
40. Методы обследования вентиляционной функции легких, показания, противопоказания, условия выполнения спирографии
41. Оценка спирограммы, основные ошибки выполнения маневров.
42. Виды нарушения вентиляционной функции легких. Особенности спирографических кривых при различных заболеваниях.
43. Бронхолитическая проба, показания, противопоказания, трактовка выявленных нарушений.
44. Диффузионная способность легких, бодиплетизмография, показания, противопоказания, трактовка выявленных нарушений.
45. Особенности спирографии при обструктивных заболеваниях легких
46. Особенности спирографии при рестриктивных заболеваниях легких
47. Основные методы определения давления в легочной артерии. Их достоинства и недостатки, показания и противопоказания
48. Основные методы оценки легочного кровотока. Их достоинства и недостатки, показания и противопоказания
49. Пульсоксиметрия. Особенности метода, показания.
50. Дыхательная недостаточность: определение, эпидемиология, критерии постановки диагноза, классификации.
51. Этиология, патогенез вентиляционной дыхательной недостаточности
52. Этиология, патогенез паренхиматозной дыхательной недостаточности
53. Клинические признаки хронической дыхательной недостаточности
54. Ведение больных с хронической дыхательной недостаточностью
55. Кислородотерапия – показания, условия проведения, контроль за состоянием пациентов, получающих длительную кислородотерапию на дому.
56. Острый бронхит: определение, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика
57. Хронический бронхит: эпидемиология, определение, этиология, клиника

58. Хронический бронхит: диагностика, лечение, профилактика
59. Хроническая обструктивная болезнь легких: эпидемиология, определение, этиология, клиника
60. Хроническая обструктивная болезнь легких: классификация, диагностика, лечение, профилактика
61. Эмфизема легких: определение, этиология, классификация
62. Эмфизема легких: клиника, лечение
63. Синдром жидкости в плевральной полости: эпидемиология, этиология, патогенез трансудативных и экссудативных плевральных выпотов.
64. Основные методы диагностики плевральных выпотов.
65. Диагностический торакоцентез, показания, противопоказания, дифференциально-диагностические различия трансудата и экссудата.
66. Дифференциальная диагностика экссудативных плевральных выпотов.
67. Плевриты, классификация, этиопатогенез, клиническая картина.
68. Лечение синдрома плеврального выпота
69. Легочные эозинофилии - определение, причины, классификация
70. Легочная эозинофилия при глистных инвазиях - механизмы возникновения, клиника, диагностика, принципы лечения.
71. Легочные эозинофилии, вызванные лекарственными препаратами и токсинами.
72. Синдром Леффлера - причины, клиника, диагностика, лечение.
73. Острая эозинофильная пневмония - клиника, диагностика, принципы лечения, прогноз.
74. Хроническая эозинофильная пневмония - клиника, диагностика, принципы лечения, прогноз.
75. Синдром Чердж-Штрауса - патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, прогноз
76. Гиперэозинофильный синдром - патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, прогноз.
77. Принципы лечения легочных эозинофилий
78. Экзогенный аллергический альвеолит - определение, распространенность, этиология, патогенез. Роль курения и генетических факторов в возникновении заболевания.
79. Экзогенный аллергический альвеолит - классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
80. Профилактика, принципы лечения и прогноз экзогенного аллергического альвеолита.
81. Бронхиальная астма (диагностика, клинико-патогенетические варианты).
82. Аспириновая астма (частота у взрослых больных, астматическая триада, триггеры обострения).
83. Показатели тяжести течения бронхиальной астмы в момент осмотра (перед началом лечения, на фоне проводимого лечения).
84. Особенности контролируемой, частично контролируемой, неконтролируемой астмы
85. Ступенчатый подход к лечению бронхиальной астмы.
86. Медикаментозное лечение больных бронхиальной астмой (основные средства базисной терапии, бронхорасширяющие препараты).
87. Лечение обострений бронхиальной астмы в амбулаторных и больничных условиях.
88. Обучение в лечении больных бронхиальной астмой (необходимые больному знания и умения)
89. Место системных глюкокортикостероидов в лечении неспецифических заболеваний легких.( пневмония, астма, хроническая обструктивная болезнь легких, саркоидоз).
90. Астматический статус ( определение, патогенез, морфологические изменения в бронхах, клинико-лабораторная характеристика).
91. Лечение и профилактика астматического статуса (основные препараты, показания к ИВЛ, лечебной бронхоскопии, частые причины астматического статуса )
92. Системные глюкокортикостероиды (механизмы действия, современные препараты, пути введения системных ГКС, перевод с парентерального на пероральный путь введения, виды терапии)
93. Факторы, влияющие на течение астмы во время беременности
94. Программа лечения астмы у беременных
95. Варианты побочного действия препаратов на плод, Категории безопасности лекарственных препаратов во время беременности FDA
96. Бронхолитическая терапия при лечении беременных женщин, страдающих бронхиальной астмой.
97. Базисная терапия астмы у беременных

98. Системные кортикостероиды при беременности. Возможность назначения отдельных препаратов (преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон, триамцинолон)
99. Антилейкотриеновые препараты при лечении астмы у беременных
100. Ступенчатый подход к лечению астмы во время беременности и лактации
101. Ведение родов у беременных, больных астмой
102. Лечение бронхиальной астмы во время лактации
103. Саркоидоз (определение, классификации, методы диагностики, формулирование диагноза)
104. Лечение саркоидоза (показания с глюкокортикостероидной терапии, лечение системными и ингаляционными глюкокортикоидами, альтернативная терапия, контроль за эффективностью лечения)
105. Эпидемиология идиопатического фиброзирующего альвеолита
106. Место идиопатического фиброзирующего альвеолита в классификациях диссеминированных болезней легких
107. Основные этапы патогенеза идиопатического фиброзирующего альвеолита
108. Варианты течения идиопатического фиброзирующего альвеолита. Оценка прогноза течения заболевания.
109. Критерии диагностики идиопатического фиброзирующего альвеолита
110. Лечение идиопатического фиброзирующего альвеолита (медикаментозное и немедикаментозное)
111. Принципы комплексного лечения идиопатического фиброзирующего альвеолита
112. Бронхоэктатическая болезнь: этиопатогенез, классификация, клиническая картина.
113. Бронхоэктатическая болезнь: методы диагностики и дифференциальный диагноз.
114. Бронхоэктатическая болезнь: лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.
115. Абсцесс и гангрена легкого: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, методы диагностики.
116. Абсцесс и гангрена легкого: дифференциальный диагноз, лечение, профилактика, экспертиза трудоспособности.
117. Центральный рак легкого: факторы риска, классификация, клиническая картина, методы диагностики.
118. Периферический рак легкого: факторы риска, классификация, клиническая картина, методы диагностики.
119. Рак легкого: дифференциальный диагноз, методы лечения.
120. Образования средостения: рентгеновская и КТ картина, дифференциальный диагноз.
121. Пневмония: определение, распространенность, этиопатогенез, классификация.
122. Пневмония: клинические проявления пневмоний, критерии тяжести пневмоний, методы диагностики.
123. Особенности пневмонии, вызванной *H. influenzae*.
124. Особенности пневмонии, вызванной *K. Pneumoniae*
125. Особенности стафилококковых пневмоний.
126. Особенности пневмонии, вызванной *Legionella spp.*
127. Клинические проявления пневмоний, вызванных *M. pneumoniae*.
128. Этио-патогенез, клиника пневмоцистных пневмоний
129. Дифференциальная диагностика пневмоний.
130. Рентгенологическая диагностика пневмоний (методы исследования,
131. рентгеносемиотика).
132. Этиотропная терапия пневмоний.
133. Принципы антибиотикотерапии больных пневмонией.
134. Патогенетическая терапия пневмоний. Показания для ИВЛ.
135. Диспансерное наблюдение реконвалесцентов пневмонии, профилактика
136. пневмонии.
137. Тромбоэмболия легочной артерии: эпидемиология, определение, критерии риска, причины.
138. Механизмы развития тромба. Заболевания, способствующие тромбообразованию.
139. Тромбоэмболия легочной артерии: диагностика, дифференциальная диагностика.
140. Принципы лечения тромбоэмболии легочной артерии
141. Принципы назначения непрямых антикоагулянтов при ТЭЛА, дозы,

142. контроль, длительность терапии.
143. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии.
144. Принципы реабилитации при заболеваниях легких
145. Экспертиза временной нетрудоспособности при болезнях легких
146. Экспертиза стойкой утраты трудоспособности при болезнях легких
147. Диспансеризация больных с заболеваниями органов дыхания
148. Принципы лечения табакокурения
149. Аллергические заболевания: определение, распространенность, принципы лечения
150. Характеристика аллергических заболеваний
151. Аллергены как причины развития аллергических заболеваний: классификация и характеристика
152. Основные этапы обследования больных с аллергическими заболеваниями легких
153. Определение аллергии. Классификация и механизмы развития аллергических реакций
154. Анафилактический шок: эпидемиология, определение, причины и механизмы развития
155. Анафилактический шок: диагностика, лечение и профилактика
156. Аллергический ринит: определение, распространенность, механизмы развития, классификация, клиника
157. Принципы лечения аллергического ринита
158. Диагностика и принципы лечения поллинозов
159. Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы
160. Антигистаминные препараты: классификация, механизм действия, показания к назначению, побочные эффекты
161. Антилейкотриеновые препараты: механизм действия, классификация, показания к назначению
162. Механизмы развития и классификация ангиоотечек.
163. Клиника и неотложная терапия при ангиоотеке гортани

### Ситуационные задачи

#### Задача 1

##### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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 выявляются 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: в данном случае учитывая типичное течение и наличие данных КТ,

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

Укажите схему приема нинтеданиба

#### Задача 2

##### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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

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

### Задача 3

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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, слизисто-гнойной мокротой, иногда умеренное кровохарканье. Заболевание с годами прогрессирует, нарастает дыхательная недостаточность и клиника хронического легочного сердца.

Какой патологической процесс можно заподозрить в первую очередь на основании предложенной клинико-анамнестической картины:

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: рентгенологическое исследование легких, анализ мокроты – общий,

С какими заболеваниями легких прежде всего надо проводить дифференциальную диагностику

Укажите основные направления лечения данного заболевания

### Задача 4

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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:  $PaO_2$  — 50 мм рт.ст., На ЭКГ — правограмма, зубец S в I отведении, глубокий зубец Q в III отведении.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Перечислите методы диагностики, применяющиеся в настоящее время для диагностики ТЭЛА

С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику ТЭЛА в первую очередь

Какие методы лечения применяются в настоящее время для лечения пациентов с ТЭЛА

### Задача 5

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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 T в III отведении и правых грудных отведениях. При обследовании газов крови:  $PaO_2$ — 59 мм рт.ст.;  $PaCO_2$ — 28 мм рт.ст.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Перечислите методы диагностики, применяющиеся в настоящее время для диагностики ТЭЛА

С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику ТЭЛА в первую очередь

Какие методы лечения применяются в настоящее время для лечения пациентов с ТЭЛА

### Задача 6

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

С какими заболеваниями прежде всего необходимо проводить дифференциальную диагностику

Определите возможную тактику ведения пациентки

### Задача 7

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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 минуту., цианоз, над легкими резко ослабленное дыхание. При ЭКГ— обследовании выявлена острая перегрузка правых отделов сердца. Сатурация 93%. Рентгенологически выявляются признаки гиперинфляции, линейные тени, нечетко-очерченные узелки в паренхиме. На КТ легких картина ”дерева в почках”.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз

С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику острого бронхолита в первую очередь

Определите тактику лечения пациента

### Задача 8

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У больного 35 лет заболевание началось остро с выраженной одышки, сухого кашля, лихорадки с температурой тела до 38°C, 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, аускультативно 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.

Какое из перечисленных заболеваний необходимо исключить в первую очередь:

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какие препараты в настоящее время могут использоваться для лечения данного пациента

Укажите схему приема бисептола

### Задача 9

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Укажите основные заболевания с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику

Основные направления в лечении пациента

### Задача 10

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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, оышку. При обследовании выявлены грубые сухие хрипы. СОЭ —50 мм/ч, лейкоцитоз  $12 \times 10^9/\text{л}$ , 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь

Назовите основные классы препаратов, используемых при лечении пациентки

Систмные глюкокортикостероиды, цитостатики, ритуксимабантиагреганты, антикоагулянты,

### Задача 11

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больному 25 лет, в возрасте от 1 до 5 лет шесть раз перенес 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. SaO<sub>2</sub> 98%

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: Компьютерная томография легких, посев мокроты на флору,

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь

Назовите возможные осложнения

### Задача 12

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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 перкуторного 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. Какой диагноз наиболее вероятен. SaO<sub>2</sub> 82%

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь

Укажите направления лечения диагностированного заболевания

### Задача 13

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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. SaO<sub>2</sub> 93%

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь

### Задача 14

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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. SaO<sub>2</sub> 80%

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Перечислите основные критерии обострения бронходегочного процесса, требующие назначения антибактериальной терапии

Укажите примерный перечень препаратов, которые могут потребоваться для лечения данной пациентки.

Обоснуйте их использование

### Задача 15

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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°C, 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Препарат из какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

### Задача 16

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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  $\text{PaO}_2$ —53 мм рт.ст. и гиперкапния с  $\text{PaCO}_2$ —55 мм рт.ст. Аускультивно – «немое легкое».

Предположите наиболее вероятное осложнение.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз астматического статуса 2 установлен на основании имеющейся в анамнезе бронхиальной

Какое дополнительное обследование показано пациенту?

Тактика ведения и группы лекарственных препаратов для лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор. другие группы лекарственных препаратов.

### Задача 17

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Какое дополнительное обследование показано пациенту?

Тактика ведения и группы лекарственных препаратов для лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.

### Задача 18

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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°C.

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

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какие лекарственные средства Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

### Задача 19

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какие лекарственные средства Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

### Задача 20

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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 ударов/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 ( $PO_2$ —38—52 мм рт.ст.). Анализ крови: гемоглобин—138 г/л, лейкоциты— $12,4 \times 10^9$ /л: ю.—1%, п.—17%, с.—79%, лимф.—7%, мон.—2%, СОЭ—42 мм/ч.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какие лекарственные средства Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

### Задача 21

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной 45 лет, страдает бесплодием, поступил в клинику с диагнозом хронический обструктивный бронхит. В 13-летнем возрасте перенес 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какие лекарственные средства Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

### Задача 22

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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  $37,5^\circ C$ , стал беспокоить сухой кашель. Больная расценила свое состояние как простудное и продолжила прием 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

### Задача 23

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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 привлек к себе внимание мелко—ячеистый 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Какие дополнительные методы обследования могли быть проведены пациенту?

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

### Задача 24

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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.

Сформулируйте развернутый диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз хронической обструктивной болезни легких установлен на основании жалоб на кашель с

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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 25

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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 С, озноб, слабость, стало трудно дышать. Госпитализирована в стационар. При поступлении состояние средней тяжести. Т тела 38.7 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. SO<sub>2</sub> – 91%

Сформулируйте Ваш предположительный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какие группы антибактериальных препаратов Вы не назначите данной пациентке?

### Задача 26

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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. Катеризация полостей сердца Рла — 110 мм рт.ст. Ангиопульмонография: множественные зоны нарушенной перфузии.

Сформулируйте Ваш предположительный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какие методы лечения могут быть использованы у данной пациентки?

### Задача 27

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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 O<sub>2</sub> – 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

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

### Задача 28

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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 5x7 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 O<sub>2</sub> – 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.

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

### Задача 29

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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..

Не курила. Пневмонии, СПИД, туберкулёз отрицает.

Работа – свой бизнес.

Менопауза с 42 лет.

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 O<sub>2</sub> – 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.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Дальнейшая тактика ведения пациента..

### Задача 30

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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- долевым, верхнее- долевым и нижне- долевым 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 O<sub>2</sub> – 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.

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

Определение элиминационных мероприятий после обследования.

### Задача 31

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

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 O<sub>2</sub> – 98%. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, верхушки лёгких не выбухают, справа-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.

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

### Задача 32

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**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 неотягощена. Внелегочных аллергических проявлений не наблюдалось. При обследовании: кожа и склеры чистые, носовое дыхание затруднено, 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 (SO<sub>2</sub>) 92%. Перкуторно: легочный тон с коробочным оттенком. При аускультации: выдох удлинен, над поверхностью легких сухие рассеянные хрипы, на форсированном выдохе выслушивается незначительный экспираторный стрidor. Пиковая скорость форсированного выдоха (ПСФВ) 43% от прогнозируемого значения. Функция внешнего дыхания: спирометрия выявила крайне резкие нарушения проходимости дыхательных путей (ОФВ<sub>1</sub> 32,3 % Д), проба с бронхолитиком положительная, ΔОФВ<sub>1</sub> +55,5%. Рентгенография придаточных пазух носа: гомогенное затемнение обеих верхнечелюстных пазух. Заключение отоларинголога: рецидивирующий полипоз носа.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

На основании анамнестических данных, рентгенографии придаточных пазух носа установлена

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

## 6. Перечень рекомендуемой литературы

### а) основная литература

1. Пульмонология: Национальное руководство./ Под ред. А.Г. Чучалина - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 960 с
2. Аллергология и иммунология. Национальное руководство.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009.-656 с.
3. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 800 с.
4. Аллергология и иммунология. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 640 с.
5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA). Национальный институт сердца, легких и крови. Пересмотр 2011. Пер. с англ./ Под ред. Чучалина А.Г. – Москва: Издательский дом «Атмосфера», 2011. – 104 с.
6. Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких (GOLD) / Национальный институт сердца, легких и крови. Пересмотр 2011. Пер. с англ./ Под ред. Чучалина А.Г. – Москва: Издательский дом «Атмосфера», 2011. – 96с.
7. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. 2-е издание, переработанное и дополненное. Руководство для практикующих врачей/ Под ред. А.Г.Чучалина.-М.: Литера, 2013- 874 С.
8. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. – М.: Мед. информ. агенство, 2012. – 464 с.

### б) дополнительная литература

1. Герасименко Н.Ф. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2005. - 519с.
2. Респираторная медицина: Руководство в 2 т. / Под ред. А.Г. Чучалина - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – Т.1 -742 с.
3. Стандарты медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития РФ. М.: Ньюдиамед, 2004. – С. 139-141.
4. Онкология. Клинические рекомендации под ред. В.И. Чиссова и С.Л. Дарьялова «ГЭ ОТАР-Медиа» 2006. -700с.
5. Тюрин И.Е. Компьютерная томография органов грудной полости. – СПб.: ООО 2 Элби, 2003. - 371с.

6. Емельянов А.В., Дзюба О.Ф. Поллинозы. Методическое пособие с атласом и описаниями растений и их пыльцы, вызывающих пыльцевую аллергию. - Москва, 2010.-76 с.4.Емельянов А.В. Анафилактический шок.- М.: Фармарус Принт, 2010 - 28 с.
7. то должен знать и уметь врач, занимающийся длительным лечением больных бронхиальной астмой. Под общей ред. С. А.Собченко, СПб, 2008. - 143с
8. Ч.Дворецкий Л.Н. Ведение пожилого больного ХОБЛ. Литтерра, 2007.-216с
9. Соболева Л.Г. с соавт. Тромбоэмболия легочной артерии. Учебное пособие. СПб.: СПб МАПО, 2009. – 40 с.
10. Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф. с соавт. Ответственность за правонарушения в медицине. - М.: Академия, 2006. – 238 с.
11. Герасименко Н.Ф. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 519 с.
12. Кемпбелл И.А., Феннерти А., Миллер А. Руководство Британского торакального общества по ведению больных с предполагаемой ТЭЛА. //Пульмонология. – 2005. № 4. С. 19 – 39.
10. Лобзин Ю.В. с соавт. ВИЧ/СПИД. - СПб.: Фолиант, 2005. - 145 с.
11. Онкология: Клинические рекомендации./Под ред. В.И.Чиссова, С.В.Дарьялова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 700 с.
12. Пневмология в пожилом и старческом возрасте /Под ред. А.Н. Кокосова. – СПб.: МедМассМедиа, 2005. – 712 с.
13. Протокол ведения больных «Хроническая обструктивная болезнь легких»// Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2007. - № 1. - 123 с.
14. Чучалин А.Г., Синопальников А.П. с соавт. Внебольничная пневмония у взрослых: Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. – М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2006. – 76 с.
15. Чучалин А.Г., Синопальников А.П. с соавт. Нозокомиальная пневмония у взрослых. Практические рекомендации по диагностике, лечению, профилактике: Пособие для врачей. - МЗ РФ, 2005. – 54 с.
16. Шипова В.М., Ковальский В.Л. Сборник нормативов по труду учреждений здравоохранения. - М.: Мед.книга, 2005, - 595 с.
17. Яковлев С.В., Яковлев В.П. Современная антимикробная терапия // Consilium medicum. – 2007. Т. 9 - № 1. – 21 с.