

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра госпитальной терапии**

**Е.В. Филиппов, Н.Н. Никулина, И.В. Буданова**

**Методические указания для студентов  
по дисциплине «Госпитальная терапия»**

**Пульмонология**

Уровень высшего образования – специалитет  
Специальность – 31.05.01 Лечебное дело

Рязань, 2018

**УДК 616.24 (075.83)**

**ББК 54.12**

**Ф 38**

Под редакцией профессора С.С. Якушина

***Рецензенты:***

В.Н. Абросимов, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапии ФДПО с курсом семейной медицины ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

М.А. Бутов, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

А.А. Низов, д.м.н., проф., зав. кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

В.А. Фомина, к.м.н., зав. 8 кардиологическим отделением ГБУ РО РОККД

***Авторы:***

Е.В. Филиппов, д.м.н., проф.; Н.Н. Никулина, д.м.н., проф.; И.В. Буданова, к.м.н., ассистент

**Ф 38 Филиппов Е.В.** Методические указания для студентов по дисциплине «Госпитальная терапия» / Е.В. Филиппов, Н.Н. Никулина, И.В. Буданова; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТС и ОП, 2018.- 66с.

В настоящих методических указаниях для студентов представлены отдельные темы по «госпитальной терапии», не входящие в темы практических занятий и лекций, в которые включены вопросы для самоконтроля, программированный контроль, кейс–задачи и рекомендуемая литература.

**УДК 616.24(075.83)**

**ББК 54.12**

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2018

© Филиппов Е.В., Никулина Н.Н., Буданова И.В., 2018

## Содержание

Внебольничная и нозокомиальная пневмония. Российские национальные рекомендации. Этиология, патогенез, клинические и рентгенологические симптомы, критерии диагноза. Основные классы антимикробных препаратов, критерии эффективности антибактериальной терапии. <i>Никулина Н.Н.</i> .....	4
Дифференциальная диагностика при легочном инфильтрате. Нагноительные легочные заболевания. Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи. Методы исследования в пульмонологии: рентгенодиагностика, КТ, МРТ. <i>Буданова И.В.</i> .....	21
Хроническая обструктивная болезнь легких. Терминология. Современные принципы диагностики и лечения. (Федеральная программа. GOLD). Функциональные методы исследования. <i>Буданова И.В.</i> .....	34
Программа лечения и профилактики бронхиальной астмы, ступени терапии. Обострение бронхиальной астмы: степени тяжести и медикаментозное лечение. GINA. Ингаляционные провокационные тесты. Дифференциальная диагностика при бронхиальной обструкции (заболевание гортани, ангионевротический отек, болезни трахеи, средостения, истерия, карциноидный синдром, узелковый полиартериит, гранулематоз Вагенера, синдром Чарджа-Стросса). <i>Никулина Н.Н.</i> .....	44
Легочная гипертензия: классификация и факторы риска, диагностика и лечение. Одышка: механизмы, типы, оценка. Хроническая дыхательная недостаточность. Плевриты: этиология, методы лечения. Дифференциальный диагноз при плевральном выпоте. Синдром обструктивного апноэ сна: принципы диагностики и лечения. <i>Филиппов Е.В.</i> .....	61

**Тема занятия: ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ И НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ. РОССИЙСКИЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА. ОСНОВНЫЕ КЛАССЫ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ, КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

**Цель занятия:** изучить этиопатогенез, современные алгоритмы диагностики и лечения внебольничной и нозокомиальной пневмонии, научиться интерпретировать клиническую картину, результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики, контролировать эффективность и безопасность антибактериальной терапии.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов): 6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи, рентгенограммы.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ПК-6:** способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

**ПК-8:** способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**

### **III. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

#### **Программированный контроль:**

#### **1. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:**

- А. Амоксициллина или современных макролидов
- Б. Тетрациклинов
- В. Цефалоспоринов
- Г. Гентамицина

#### **2. ОСНОВНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Клебсиелла
- Б. Стафилококк
- В. Пневмококк
- Г. Гемофильная палочка

#### **3. ЗАТЯЖНОЙ НАЗЫВАЮТ ПНЕВМОНИЮ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬ КОТОРОЙ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_:**

- А. Четырех недель
- Б. Двух недель
- В. Двух месяцев
- Г. Шести месяцев

#### **4. У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:**

- А. Пенициллина
- Б. Ровамицина
- В. Левофлоксацина
- Г. Цефтриаксона

#### **5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Микоплазма
- Б. Гемофильная палочка
- В. Клебсиелла пневмонии

Г. Стрептококк пневмонии

**6. АНТИСТАФИЛОКОКОВЫМ ПРЕПАРАТОМ, ПРОИЗВОДНЫМ ИЗОКСАЗОЛПЕНИЦИЛЛИНОВ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Ампициллин
- Б. Амоксициллин
- В. Оксациллин
- Г. Тикарциллин

**7. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, ПРИМЕНЯЮТ:**

- А. Азитромицин
- Б. Цефтриаксон
- В. Гентамицин
- Г. Амоксициллин

**8. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Амоксициллин
- Б. Цефтриаксон
- В. Гентамицин
- Г. Оксациллин

**9. К АТИПИЧНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЯМ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ:**

- А. Микоплазма
- Б. Риновирусы
- В. Аденовирусы
- Г. Коронавирусы
- Д. Все вышеперечисленное

**10. ПНЕВМОНИЯ, РАЗВИВШАЯСЯ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА, С БЫСТРОПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ВЫЗВАНА:**

- А. Пневмококком
- Б. Стафилококком
- В. Палочкой Фридлиндера
- Г. Микоплазмой

**11. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА (ПЕРВОГО РЯДА) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У МОЛОДОГО ЧЕЛОВЕКА БЕЗ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Цефазолин
- Б. Амоксициллин
- В. Тетрациклин
- Г. Эритромицин
- Д. Амоксициллин+клавуланат

**12. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА (ПЕРВОГО РЯДА) ДЛЯ ЭМПИРИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, РАЗВИВШЕЙСЯ У ПАЦИЕНТА 63 ЛЕТ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Амоксициллин+клавуланат
- Б. Бисептол
- В. Моксифлоксацин
- Г. Тетрациклин
- Д. Амоксициллин

**13. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИБИОТИКА, НАЗНАЧЕННОГО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ОЦЕНИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_ ЧАСОВ.**

- А. 48-72
- Б. 12-24
- В. 6-12
- Г. 3-6

**14. КРИТЕРИЕМ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Срок 3 дня после нормализации температуры при общей длительности назначения антибиотика 7 дней
- Б. Срок 7-8 дней после нормализации температуры

- В. Рассасывание пневмонической инфильтрации
- Г. Исчезновение влажных хрипов

**15. ПРИ ПНЕВМОНИЯХ, ВЫЗВАННЫХ ПНЕВМОКОККОМ, МИКОПЛАЗМОЙ И ЛЕГИОНЕЛЛОЙ, ОДИНАКОВО ЭФФЕКТИВНО ДЕЙСТВУЕТ**

- А. Амоксициллин
- Б. Цефтриаксон
- В. Ципрофлоксацин
- Г. Левофлоксацин

**16. БОЛЬНОМУ ПНЕВМОНИЕЙ С УКАЗАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ НА АЛЛЕРГИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА ПЕНИЦИЛЛИН СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:**

- А. Амоксициллин
- Б. Цефазолин
- В. Гентамицин
- Г. Кларитромицин

**17. К ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ:**

- А. Спирометрию
- Б. Рентгенографическое исследование органов грудной клетки
- В. Бронхоскопию
- Г. Бронхографию

**18. СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ВКЛЮЧАЕТ:**

- А. Оральные цефалоспорины II поколения
- Б. Макролиды нового поколения
- В. Фторхинолоны
- Г. Аминогликозиды

**19. ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТА 77 ЛЕТ С ИБС, АРТЕРИАЛЬНОЙ**



**ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРОВОДИТСЯ В:**

- А. Отделении общей реанимации
- Б. Отделении кардиологии
- В. Амбулаторных условиях
- Г. Общепатрипевтическом стационаре

**20. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО, ПЕРЕНЕСШЕГО ПНЕВМОНИЮ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ, СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ МЕС.**

- А. 6-12
- Б. 3-5
- В. 2
- Г. 1

**21. ПРИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНА**

- А. Интенсивная гомогенная долевая инфильтрация
- Б. Инфильтрация в форме треугольника с верхушкой, направленной к корню
- В. Инфильтрация с ранним формированием полостей распада
- Г. Прикорневая инфильтрация с полициклическим контуром

**22. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПНЕВМОКОККОВУЮ ПНЕВМОНИЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ**

- А. Стрептомицин
- Б. Эритромицин
- В. Левомецетин
- Г. Пенициллины

**23. ДЛЯ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ В РАЗГАР БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫМ ПЕРКУТОРНЫМ ЗВУКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Коробочный
- Б. Тупой
- В. Тимпанический
- Г. Металлический

**24. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ НАЕМОРИЛUS INFLUENZAE, ЯВЛЯЮТСЯ:**

- А. Аминопенициллины
- Б. Оксазолидиноны
- В. Тетрациклины
- Г. Сульфаниламиды

**25. ДЛЯ ВЫБОРА МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ:**

- А. HAS-BLED
- Б. SOFA
- В. CRB-65
- Г. MRC

**26. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ СОСТАВЛЯЕТ:**

- А. 21-30 дней
- Б. 14-21 день
- В. 7-14 дней
- Г. 30-35 дней

**27. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПРИ ВСПЫШКЕ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ В КОЛЛЕКТИВЕ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Микоплазма
- Б. Кишечная палочка
- В. Пневмококк
- Г. Протей

**28. НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ:**

- А. В период эпидемии гриппа
- Б. При наличии вторичного иммунодефицита
- В. В результате аспирационного поражения
- Г. Через 48 часов после госпитализации
- Д. Все ответы верные

**29. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Гемофильная палочка
- Б. Микоплазма
- В. Золотистый стафилококк
- Г. Пневмококк

**30. ОБРАЗОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ ДЕСТРУКЦИИ В ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ**

- А. Стафилококком
- Б. Пневмококком
- В. Хламидией
- Г. Энтерококком

**31. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННОЙ В 1-М ТРИМЕСТРЕ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:**

- А. Ципрофлоксацин
- Б. Тетрациклин
- В. Левомецетин
- Г. Амоксициллин

**32. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Рассасывание пневмонической инфильтрации
- Б. Стойкая нормализация температуры
- В. Нормализация показателей периферической крови
- Г. Прекращение кашля

**33. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Бронхогенный
- Б. Гематогенный
- В. Лимфогенный

Г. Травматический

**34. ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ КРЕПИТАЦИЯ ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ...**

- А. В стадии красного опеченения
- Б. В стадии серого опеченения
- В. В стадиях прилива и разрешения
- Г. Во всех стадиях

**35. ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗБУДИТЕЛЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Стафилококк (*S. aureus*)
- Б. Пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*)
- В. Гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*)
- Г. Синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*)

**36. К АНТИБИОТИКАМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ, КОТОРЫЕ ОБЛАДАЮТ ВЫРАЖЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ И ОТНОСЯТСЯ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ОТНОСЯТ:**

- А. Фторхинолоны
- Б. Макролиды
- В. Аминопенициллины
- Г. Цефалоспорины

**37. ЛЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:**

- А. Амоксициллина или макролидов
- Б. Тетрациклинов
- В. Цефалоспоринов
- Г. Гентамицина

**38. ПРИ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ МИКОПЛАЗМОЙ, ПРИМЕНЯЮТ:**

- А. Цефтриаксон

- Б. Гентамицин
- В. Азитромицин
- Г. Амоксициллин

**39. ПРИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММАХ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНА:**

- А. Инфильтрация в форме треугольника с верхушкой, направленной к корню
- Б. Инфильтрация с ранним формированием полостей распада
- В. Интенсивная гомогенная доленая инфильтрация
- Г. Прикорневая инфильтрация с полициклическим контуром

**40. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ ПРИНЦИПИАЛЬНО ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А. Температуры тела пациента выше 38°C
- Б. Гнойной мокроты
- В. Лейкоцитоза
- Г. Рентгенологически подтвержденного легочного инфильтрата

**41. САМЫМ ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭФФЕКТИВНОЙ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ СЛУЖИТ:**

- А. Нормализация или выраженное снижение температуры тела
- Б. Уменьшение степени гнойности мокроты
- В. Нормализация лейкоцитарной формулы
- Г. Исчезновение легочного инфильтрата

**42. ПОД ТЕРМИНОМ «АТИПИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ» ПОНИМАЮТ**

- А. Пневмонию, вызванную легионеллами, хламидиями или микоплазмами
- Б. Пневмококковую пневмонию верхнедолевой локализации
- В. Вирусную бронхопневмонию
- Г. Эозинофильный инфильтрат
- Д. Все перечисленное

**43. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. Амоксициллин, кларитромицин
- Б. Ципрофлоксацин, пефлоксацин,
- В. Эритромицин, офлоксацин
- Г. Стрептомицин и гентамицин

**44. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГИОНЕЛЛЕЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. Цефалоспорины
- Б. Макролиды
- В. Аминогликозиды
- Г. Защищенные аминопенициллины

**45. У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ**

- А. Пневмококком
- Б. Стафилококком
- В. Стрептококком
- Г. Клебсиеллой

**46. ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ ГРИППА ВОЗРАСТАЕТ ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ВЫЗВАННЫХ**

- А. Кишечной палочкой
- Б. Пневмоцистой
- В. Микоплазмой
- Г. Клебсиеллой

**47. ДЛЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ЭТИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИИ**

- А. Пневмококковая
- Б. Пневмоцистная
- В. Стафилококковая
- Г. Вирусная

**48. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ, ПЕРВАЯ ДОЗА АНТИБИОТИКА ДОЛЖНА БЫТЬ ВВЕДЕНА МАКСИМАЛЬНО РАНО, НЕ ПОЗЖЕ ПЕРВЫХ 4 ЧАСОВ, Т.К. ЭТО**

- А. Увеличивает выживаемость и снижает летальность
- Б. Уменьшает частоту госпитализаций
- В. Сокращает длительность стационарного лечения
- Г. Сокращает расходы на лечение

**49. ПРИ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПНЕВМОНИЮ НА ДОМУ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ШКАЛЫ CRB65 НЕ ОЦЕНИВАЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ПАРАМЕТР:**

- А. Частота сердечных сокращений
- Б. Индекс массы тела
- В. Возраст
- Г. Нарушение сознания

**50. ГДЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ, ЕСЛИ ПО ШКАЛЕ CRB65 ПРИ ОСМОТРЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПАЦИЕНТ НАБРАЛ 4 БАЛЛА**

- А. Терапевтическое отделение
- Б. Отделение реанимации и интенсивной терапии
- В. В амбулаторных условиях
- Г. В отделении торакальной хирургии

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Дайте определение понятиям: пневмония, внебольничная пневмония, нозокомиальная пневмония.

2. Классификация пневмоний.

3. Критерии диагноза пневмонии.

4. Опишите синдромы пневмонии (виды инфильтратов) при рентгенологическом исследовании и компьютерной томографии легких.

5. В чем заключается выбор стратегии ведения пациента с внебольничной пневмонией.

6. Что такое шкала CRB65? Когда и как она используется, ее интерпретация?

7. Основные положения антимикробной терапии при внебольничной пневмонии.

8. Схемы антимикробной терапии первой линии и альтернативные схемы у разных категорий пациентов при внебольничной терапии легкой степени тяжести.

9. Схемы антимикробной терапии первой линии и альтернативные схемы у разных категорий пациентов при внебольничной терапии средней степени тяжести.

10. Принципы реабилитации и диспансеризации пациентов, перенесших внебольничную пневмонию легкой и средней степени тяжести.

11. Принципы вакцинопрофилактики пневмонии.

12. Классификация нозокомиальных пневмоний.

13. Факторы риска выделения возбудителей нозокомиальных пневмоний с множественной устойчивостью к антибиотикам.

14. Принципы антимикробного лечения нозокомиальных пневмоний.

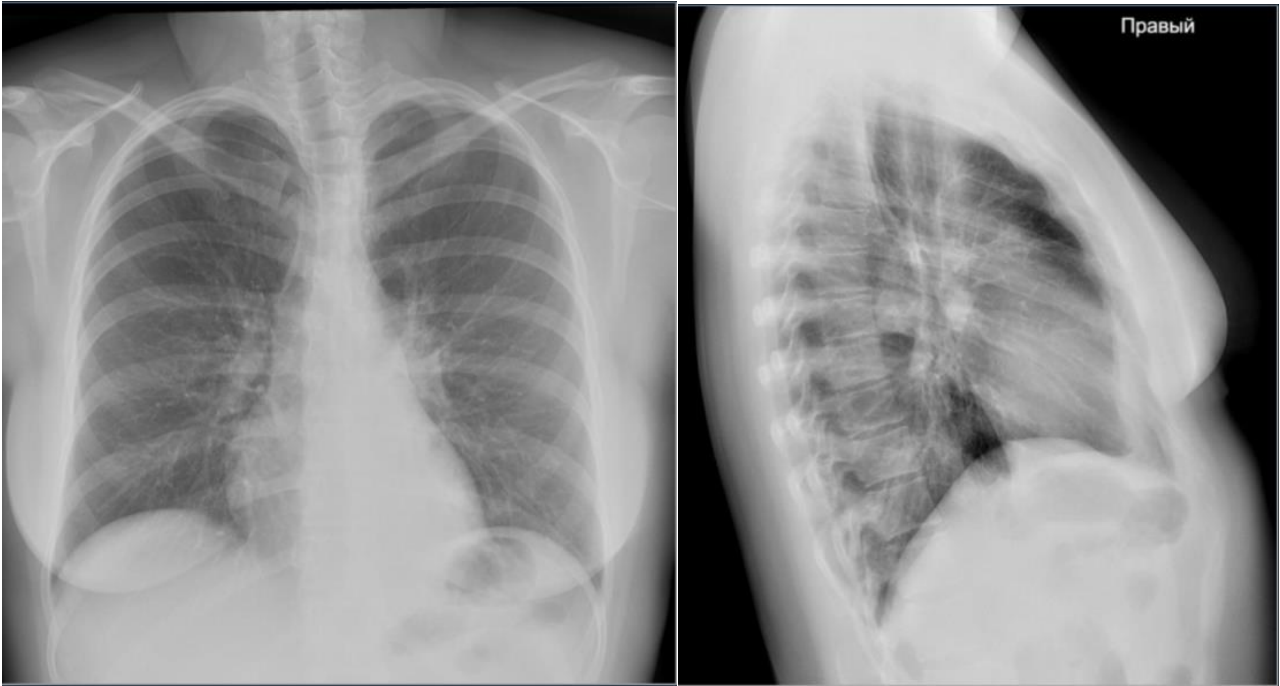
**V. Клиническая работа:** курация больных – 1. ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

#### Кейс – задачи:

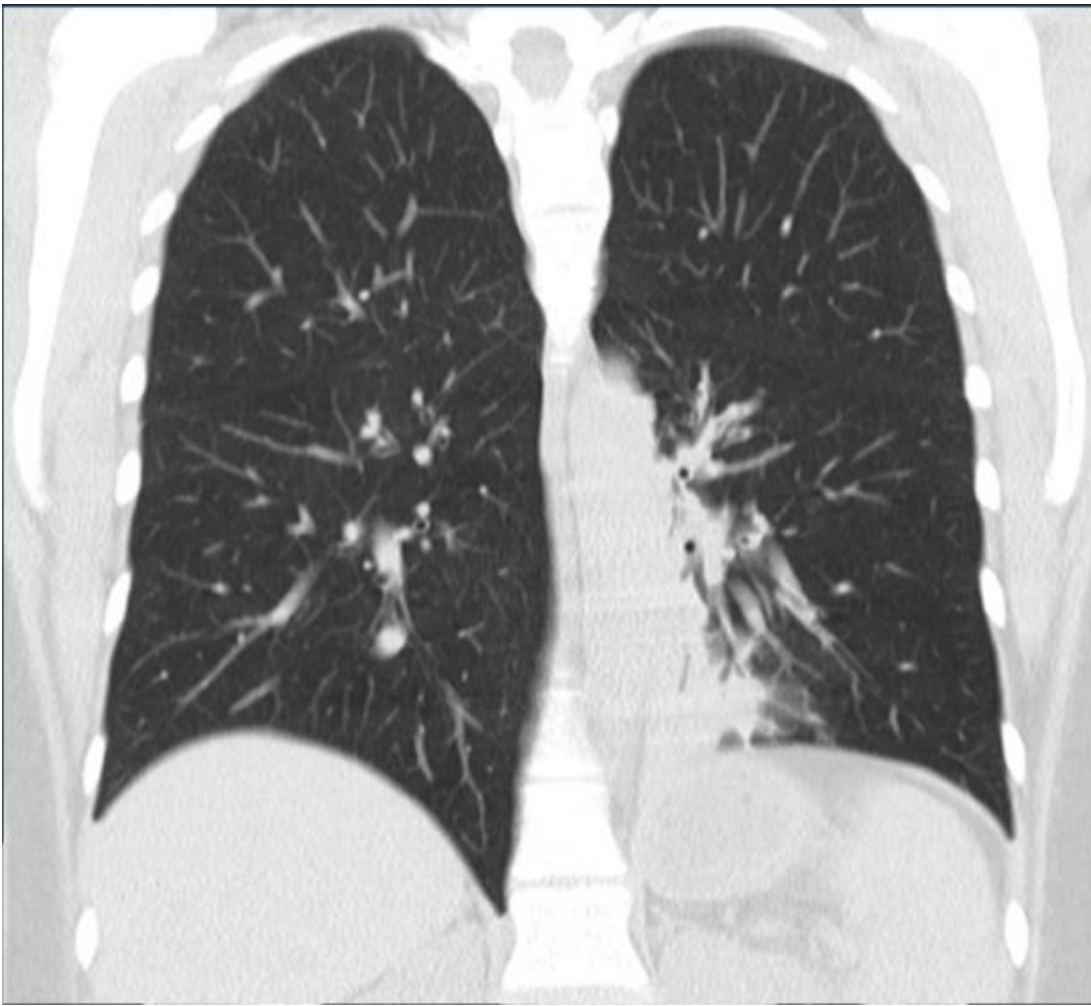
##### **Задача №1.**

Ж, 34 года. Лихорадка до 37,8°C последние 5 дней. Сухой кашель, потливость, слабость. Рентгенограмма год назад – норма. Объективно: ослабление дыхания и мелкопузырчатые хрипы внизу с обеих сторон, больше слева. Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях.





В последующем была выполнена КТ.



### **Вопросы:**

1. Дайте интерпретацию рентгенологической картины.
2. Почему в данной ситуации проведение компьютерной томографии более информативно?
3. Ваш диагноз?

### **Задача №2.**

Больной С. 50 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на повышение температуры до 38°C, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой.

Анамнез: заболел остро, 3 дня назад повысилась температура до 38°C, отмечал общее недомогание, слабость, озноб. Лекарств не принимал. Вчера присоединился кашель со скудной светлой мокротой.

При осмотре: состояние больного средней тяжести. Температура тела 37,7°C. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧДД – 20 в мин. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС=100 ударов в минуту. АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Стул регулярный, оформленный.

### **Вопросы:**

1. Составьте предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Назначьте обследование, обоснуйте
3. Пациенту проведена рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекции – выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония. Назначьте лечение.
4. Несмотря на проводимую терапию состояние больного ухудшалось, мокрота стала зелёной, симптомы интоксикации усилились. Через 3 дня пациент явился на повторный приём к врачу поликлиники. Получен результат общего анализа крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , ЦП 0,91, ретикулоциты - 1,0%. тромбоциты –  $220 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $0,9 \times 10^9/л$ , п/я - 2%, с/я - 8%,

эозинофилы – 0%, базофилы – 0%, моноциты – 4%, лимфоциты – 86%, СОЭ - 30 мм/ч. Установите окончательный диагноз, обоснуйте.

### **Задача №3.**

Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противопростудными безрецептурными препаратами. Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39°C, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает.

Объективно: температура тела 37,8°C, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, а также усиление голосового дрожания и бронхофонии, частота дыхания 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС – 80 уд. в минуту, АД – 120/72 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отеков нет.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?
3. Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Опишите методы профилактики данного заболевания

**VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**

**VII. Рекомендуемая литература:**

### **Основная:**

1.Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2.Внутренние болезни : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

2. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.-2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит» , 2013. - 175 с.

### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

**Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЛЕГОЧНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ. НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЛЕГОЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПНЕВМОНИЯ, СВЯЗАННАЯ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ: РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА, КТ, МРТ**

**Цель занятия:** изучить особенности диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний, проявляющихся легочным инфильтратом. Изучить клинику, диагностику, особенности лечения при нагноительных легочных заболеваниях. Изучить особенности диагностики, лечения пневмоний, связанных с оказанием медицинской помощи. Изучить возможности визуализирующих методов диагностики в пульмонологии.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ПК-6:** способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

**ПК-8:** способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**

### **III. Обсуждение материала:**

- 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

#### **Программированный контроль:**

**1. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ ОКРУГЛОЙ ТЕНИ С РЕЗКИМИ КОНТУРАМИ И НЕОДНОРОДНОЙ СТРУКТУРОЙ ТРЕБУЕТСЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЖДУ СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:**

- А. Туберкулома
- Б. Периферический рак легкого с распадом
- В. Эхинококк
- Г. Все ответы правильные

**2. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЛЕГКИХ ЗАТЕМНЕНИЯ ДОЛИ ИЛИ СЕГМЕНТА ЛЕГКОГО С НЕРОВНЫМИ ОЧЕРТАНИЯМИ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:**

- А. рак бронха
- Б. междолевой плеврит
- В. плевральная шварта
- Г. пневмония

**3. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПАРАМЕТРОМ ОЧАГОВОЙ ТЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ РАЗМЕРЫ ДО \_\_\_ ММ**

- А. 10
- Б. 14
- В. 16
- Г. 20

**4. ЛУЧИСТОСТЬ КОНТУРА ОКРУГЛОГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:**

- А. ретенционной кисты
- Б. туберкулёмы

- В. периферического рака
- Г. эхинококка легкого

**5. НАЛИЧИЕ ОКРУГЛОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЛЕГКИХ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ И ОЧАГОВ БРОНХОГЕННОГО ОБСЕМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

- А. туберкулёмы
- Б. рака легкого
- В. эхинококка
- Г. пневмонии

**6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФОРМИРУЮЩЕЙСЯ ПОЛОСТИ В ЛЕГКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. кольцевидное затемнение с неровными краями и толстыми стенками
- Б. просветление неправильной формы с неопределяющимся наружным контуром
- В. кольцевидное затемнение с четким наружным и внутренним контурами
- Г. просветление с четким горизонтальным уровнем жидкости

**7. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО С РАЗМЕРАМИ ДО 1,5 СМ, КРОМЕ:**

- А. дорожки к корню легкого
- Б. нечеткого наружного контура
- В. отсутствия очаговых теней в прилежащей легочной ткани
- Г. однородности фокуса затемнения

**8. ВЫЯВЛЕНИЕ В ЛЕГКИХ ЗАТЕМНЕНИЯ С БУГРИСТЫМИ КОНТУРАМИ И ПРОСВЕТЛЕНИЕМ В ЦЕНТРЕ, ОТСУТСТВИЕМ ОЧАГОВ ВОКРУГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. при кисте



- Б. при туберкулёзной каверне
- В. на фоне абсцесса
- Г. при опухоли с распадом

**9. БОЛЬНОМУ С ОКРУГЛЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В ЛЕГКОМ НЕУТОЧНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ**

- А. биопсию легкого
- Б. гормональную терапию
- В. динамическое наблюдение
- Г. противотуберкулезную терапию

**10. ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЕДИНИЧНОГО МЕТАСТАЗА В ЛЕГКОМ, КРОМЕ**

- А. малоинтенсивной однородной тени с ровными правильными контурами без дорожки к корню легкого
- Б. интенсивной неоднородной тени с ровными контурами, без дорожки к корню легкого
- В. отсутствия очаговых теней и фиброзных изменений в окружающей легочной ткани
- Г. отсутствия клинических признаков поражения

**11. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ СЕПСИСЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. билатеральными инфильтратами на рентгенограмме
- Б. субтотальным поражением легочной ткани
- В. экссудативным плевритом
- Г. легочной гипертензией

**12. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. компьютерная томография
- Б. рентгенография
- В. фибробронхоскопия с биопсией
- Г. бронхография

**13. В ВЕРХНЕМ ОТДЕЛЕ НИЖНЕЙ ДОЛИ ЛЕГКОГО РАСПОЛАГАЕТСЯ \_\_\_\_\_ СЕГМЕНТ**

- А. VI
- Б. VII
- В. VII
- Г. IX

**14. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. фибробронхоскопия
- Б. рентгенография органов грудной клетки
- В. флюорография
- Г. компьютерная томография органов грудной клетки

**15. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ УСТАНОВИТЬ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ, ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. микроскопия мокроты по методу Циля-Нельсена
- Б. клинический анализ крови и мочи
- В. объективное исследование больного
- Г. рентгенография органов грудной клетки

**16. ВЫЯВЛЕНИЕ В ЛЕГКИХ ЗАТЕМНЕНИЯ С БУГРИСТЫМИ КОНТУРАМИ И ПРОСВЕТЛЕНИЕМ В ЦЕНТРЕ, ОТСУТСТВИЕМ ОЧАГОВ ВОКРУГ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. при кисте
- Б. притуберкулёзной каверне
- В. на фоне абсцесса
- Г. при опухоли с распадом

**17. НАЛИЧИЕ В ЛЕГКИХ ТОНКОСТЕННОЙ ПОЛОСТИ С ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ БЕЗ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ В ОКРУЖАЮЩЕЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:**

- А. туберкулёзной каверны

- Б. кисты легкого
- В. аспергиллемы
- Г. эхинококка

**18. КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

- А. редким выделением микобактерий туберкулеза
- Б. скудным выделением микобактерий туберкулеза
- В. обильным выделением микобактерий туберкулеза
- Г. однократным выделением микобактерий туберкулеза

**19. КОЛЬЦЕВИДНАЯ ТЕНЬ В ЛЕГКИХ С ДОРОЖКОЙ К КОРНЮ И ПОЛИМОРФНЫМИ ОЧАГАМИ ВОКРУГ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:**

- А. абсцесса
- Б. кисты легкого
- В. опухоли с распадом
- Г. туберкулёзной каверны

**20. ТРЕХСЛОЙНОСТЬ МОКРОТЫ ПОСЛЕ ОТСТАИВАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:**

- А. саркоидоза
- Б. абсцесса легкого и бронхоэктазов
- В. экзогенного аллергического альвеолита
- Г. хронический обструктивный бронхит

**21. ПРИЧИНОЙ ТОТАЛЬНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ПОЛЯ СО СМЕЩЕНИЕМ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ:**

- А. ателектаз легкого
- Б. тотальная пневмония
- В. плевральный фиброзе
- Г. осумкованный плеврите

**22. ПРИЧИНОЙ ТОТАЛЬНОГО ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГОЧНОГО ПОЛЯ БЕЗ СМЕЩЕНИЯ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ:**

- А. тотальная пневмония
- Б. ателектаз легкого

- В. экссудативный плеврит
- Г. осумкованный плеврит

**23. КРОВОХАРКАНЬЕ И ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ  
МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ:**

- А. экссудативном плеврите
- Б. бронхиальной астме
- В. муковисцидозе
- Г. абсцессе легкого

**24. ОСТРЫЙ АБСЦЕСС ЛЕГКОГО ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ  
ПНЕВМОНИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С АБСЦЕДИРОВАНИЕМ:**

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

**25. ДЛЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ  
ХАРАКТЕРНЫ:**

- А. симптом «барабанных палочек», кашель с гнойной мокротой, кровохарканье
- Б. кашель с гнойной мокротой, сухой кашель, кровохарканье
- В. кашель с гнойной мокротой, кровохарканье
- Г. артралгии, кашель с гнойной мокротой, кровохарканье

**26. РЕНТГЕНОГРАММУ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ  
СЧИТАЮТ ВЫПОЛНЕННОЙ С ПОВЫШЕНИЕМ  
ЖЕСТКОСТИ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗЛУЧЕНИЯ, ЕСЛИ:**

- А. видно менее 3-х верхних грудных позвонков
- Б. отчетливо видны 2 верхних грудных позвонка
- В. отчетливо видны 3-4 верхних грудных позвонка
- Г. видно более 4-х верхних грудных позвонков

**27. ПРАВИЛЬНОСТЬ УСТАНОВКИ БОЛЬНОГО НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОЦЕНИВАЕТСЯ:**

- А. по одинаковому расстоянию между медиальными контурами ключиц и остистыми отростками позвонков
- Б. по одинаковым межреберным промежуткам
- В. по симметричности легочных полей
- Г. когда тени лопаток не наслаиваются на легочные поля

**28. БОЛЬНОЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ФЛЮОРОГРАММЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПРИВЛЕЧЕН К ДООБСЛЕДОВАНИЮ В ТЕЧЕНИЕ:**

- А. 4 недель
- Б. 3 недель
- В. 2 недель
- Г. 6 недель

**29. 40-ЛЕТНЕМУ БОЛЬНОМУ АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ ПРИ ВЫДЕЛЕНИИ ИЗ МОКРОТЫ И КРОВИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА, РЕЗИСТЕНТНОГО К МЕТИЦИЛЛИНУ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:**

- А. цефазолин
- Б. оксациллин
- В. ванкомицин
- Г. тобрамицин

**30. БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С:**

- А. хроническим синуситом, аденоидами
- Б. язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
- В. сахарным диабетом

**31. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ОГРАНИЧЕННОГО ЗАТЕМНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ:**

- А. соответствие тени обычным размерам доли, сегмента
- Б. однородность тени
- В. наличие и характер распада

Г. все ответы правильные

**32. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ МИКРООРГАНИЗМЫ:**

- А. грамотрицательные палочки (Enterobacteriaceae, Ps.Aeruginosa)
- Б. грамположительные кокки (S. aureus, Streptococcuspyogenes)
- В. неклостридиальные анаэробные микроорганизмы
- Г. все перечисленные

**33. ДЛЯ АБСЦЕССА ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КРОМЕ:**

- А. отделение гнойной мокроты
- Б. одышка
- В. симптомы интоксикации
- Г. бессимптомное течение

2)обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

**IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Дайте определение легочного инфильтрата? Какие заболевания протекают с данным синдромом? Выделите основные группы инфильтратов.
2. Какие основные этапы дифференциально-диагностического поиска при легочном инфильтрате? Назовите алгоритм дифференциальной диагностики при легочном инфильтрате?
3. Клинико-рентгенологические особенности легочного инфильтрата при пневмониях?
4. Особенности клиники, диагностики легочного инфильтрата при туберкулезе?
5. Особенности клиники, диагностики легочного инфильтрата при центральном и периферическом раке легких?
6. Клинико-рентгенологические особенности эозинофильного легочного инфильтрата?
7. Особенности клиники, диагностики легочного инфильтрата при ТЭЛА?
8. Особенности диагностики абсцесса и гангрены легкого? Принципы лечения?

9. Этиология, клиника, современные возможности диагностики, лечения бронхоэктатической болезни?

10. Особенности диагностики и лечения пневмоний у пожилых пациентов домов престарелых.

11. Особенности диагностики, лечения пневмоний при иммунодефицитных состояниях, при хроническом диализе.

12. Диагностические возможности рентгенологического исследования, КТ, МРТ в пульмонологии.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

#### Кейс – задача:

##### **Задача №1.**

Больная Л., 34 года, работает учителем в школе, поступила в отделение общей терапии больницы с жалобами на сильную боль в левой половине грудной клетки прокалывающего характера, усиливающуюся на вдохе, без иррадиации, одышку, кровохарканье, повышение температуры тела до 38,5°C.

Анамнез: заболела 3 дня назад, когда внезапно появилась одышка с затруднением вдоха, которая в покое и лежа уменьшалась, но усиливалась при движении. Данные жалобы связала с переохлаждением, к врачу не обращалась. Вчера повысилась температура тела до 38,5°C, появилась боль в грудной клетке, кровохарканье, усилилась одышка. Из сопутствующих заболеваний отмечается тромбофлебит вен нижних конечностей.

Объективно: одышка инспираторного характера, бледность кожных покровов. Пульс 92 в минуту, единичные экстрасистолы. АД 110/70 мм.рт.ст. В нижних отделах левого легкого отмечается притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧДД – 24 в мин. Левая голень увеличена в объеме.

Общий анализ крови : эр.  $4,2 \times 10^{12}/л$ , л.  $8,4 \times 10^9/л$ , СОЭ 36 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, рН-5,5, уд. вес 1030, белок –0, сахар – 0, эпителий плоский 0-1-2 в п/зр., лейкоциты ед. в п/зр, эритроциты ед. в п/зр. Биохимический анализ крови: билирубин общий 14,4 мкмоль/л, АСТ 14,7Е/л, АЛТ 18,0 Е/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, креатинин 79 мкмоль/л.

ЭКГ: Синусовый ритм. Нормальное положение ЭОС. Изменения в миокарде передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка в виде отрицательных зубцов Т.

КТ органов грудной клетки: слева в нижней доле субкортикально определяются участки уплотнения неправильной треугольной формы.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тяжесть заболевания и оценить риск неблагоприятного исхода.
5. Определить тактику лечения.

## **Задача №2.**

Больной Б. 45 лет, грузчик, поступил в клинику с жалобами на кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, озноб, повышение температуры тела до  $39^{\circ}C$ , боль в правой половине грудной клетки, связанную с актом дыхания, одышку, общую слабость.

Анамнез: считает себя больным в течение 10 дней, когда после переохлаждения появилась головная боль и боль в мышцах тела, поднялась температура до  $37,8^{\circ}C$ . Обратился к врачу, был диагностирован грипп. Через 2 дня появились насморк, першение в горле, «саднение» за грудиной, сухой кашель. На 4 день болезни общее состояние резко ухудшилось: усилилась общая слабость, появилась боль в правой половине грудной клетки, при дыхании, температура тела повысилась до  $38,2^{\circ}C$ . Участковым врачом диагностирована острая пневмония и назначено лечение амоксициллином в таблетках. Состояние продолжало ухудшаться: появились озноб, потливость, повышение температуры тела до  $39^{\circ}C$ , одышка, головная боль. С перечисленными жалобами больной был доставлен в стационар. Из



анамнеза жизни: много курит (полторы пачки в сутки), злоупотребляет спиртными напитками, работает на производстве с неблагоприятным температурным режимом и запыленностью рабочего места.

Объективно: общее состояние средней тяжести, умеренный акроцианоз. Число дыханий 28 в мин. Отмечается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Справа в проекции средней доли определяется притупление перкуторного звука, жесткое дыхание, мелкопузырчатые влажные звучные хрипы: бронхофония и голосовое дрожание усилены. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Во время осмотра у больного появился приступ кашля с отхождением гнойной мокроты неприятного запаха в количестве около 100 мл.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Назначьте лечение.
4. Чем можно объяснить внезапное выделение большого количества мокроты?

### **Задача №3.**

Больной Н. 52 года, поступил с приёма участкового терапевта в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,2°C с ознобом, одышку, кашель со скудной мокротой, боль в правом боку при глубоком дыхании. Болен в течение 5 дней.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ, кожные покровы бледные. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, под лопаткой слева укорочение перкуторного звука, там же выслушивается крепитация, ЧДД – 25 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс – 100 уд/мин., АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Отёков нет.

На рентгенограмме в области нижней доли левого лёгкого выявлена инфильтрация. Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л; лейкоциты – 12 тысяч, палочкоядерные – 11%, сегментоядерные – 46%, СОЭ – 38мм/час.

Больному был назначен кларитромицин в/м. На 5 день лечения состояние больного ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1°C, появилась обильная гнойная мокрота, выросли признаки

интоксикации. На компьютерной томографии лёгких в нижней доле слева выявлена полость до 1,2 см в диаметре.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**VI. Заключительная часть** (подведение итогов) - 5 мин.

**VII. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1.Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2.Внутренние болезни : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске)/ А.Г. Чучалин. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

**Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

**Тема занятия: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ. ТЕРМИНОЛОГИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. (ФЕДЕРАЛЬНАЯ ПРОГРАММА. GOLD). ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Цель занятия:** изучить клиническую картину, классификацию методы диагностики, дифференциальной диагностики и лечения ХОБЛ согласно современным представлениям. Изучить возможности функциональных методов исследования при ХОБЛ.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ПК-6:** способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

**ПК-8:** способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**
  - 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

**Программированный контроль:**

**1. ОСЛАБЛЕНИЕ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ:**

- А. пневмосклерозе
- Б. полости в лёгком, сообщающейся с бронхом
- В. компрессионном ателектазе
- Г. эмфиземе легких

**2. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ СИСТЕМНЫХ (ПЕРОРАЛЬНЫХ) ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ХОБЛ СОСТАВЛЯЕТ:**

- А. 1 год
- Б. 3 дня
- Б. 1-3 месяца
- В. 10-14 дней

**3. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. ОФВ1 менее 60%
- Б. ЖЕЛ менее 50%
- В. ОФВ1/ФЖЕЛ менее 90%
- Г. ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%

**4. ОБЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО И БРОНХИТИЧЕСКОГО ТИПОВ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. хронический кашель
- Б. положительная реакция на бронходилататоры
- В. полицитемия
- Г. одышка

**5. ОСЛОЖНЕНИЕМ ХОБЛ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. дыхательная недостаточность
- Б. легочное сердце

- В. полицитемия
- Г. абсцесс легкого

**6. ПРИ СНИЖЕНИИ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ОФВ1<50% ОТ ДОЛЖНОГО СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК:**

- А. крайне тяжелая
- Б. среднетяжелая
- В. легкая
- Г. тяжелая

**7. ТИОТРОПИЯ БРОМИД ОБЛАДАЕТ СЕЛЕКТИВНОСТЬЮ К РЕЦЕПТОРАМ БРОНХОВ ТИПА:**

- А.  $\beta$ -1- и  $\beta$ -2-адренорецепторы
- Б. М1-, М2- -холинорецепторы
- В.  $\beta$ -2-адренорецепторы
- Г. М3-холинорецепторы

**8. АТРОВЕНТ ПРИ ХОБЛ НАЗНАЧАЮТ ПО \_\_\_\_\_ РАЗА В ДЕНЬ:**

- А. 1 ингаляция 4
- Б. 2 ингаляции 2
- В. 3 ингаляции 2
- Г. 2 ингаляции 4

**9. МУЖЧИНЕ С ХОБЛ И ЖАЛОБАМИ НА ЗАТРУДНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧИТЬ:**

- А. теofilлин
- Б. сальбутамол
- В. фенотерол
- Г. атровент

**10. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИПРАТРОПИУМА БРОМИДА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. язва желудка

- Б. катаракта
- В. хронический пиелонефрит
- Г. глаукома

**11. БЕРОДУАЛ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. пролонгированным холинолитиком
- Б. комбинацией адреномиметика и холинолитика
- В. ингаляционным глюкокортикостероидом
- Г. коротко действующий адреномиметиком

**12. ПОКАЗАТЕЛЕМ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. МВЛ
- Б. ФЖЕЛ
- В. ПСВ25-75
- Г. ОВФ1

**13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. пневмококк
- Б. пневмококк
- В. стафилококк
- Г. гемофильная палочка

**14. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. пикфлоуметрия
- Б. спирометрия
- В. бронхоскопия
- Г. компьютерная томография

**15. В ТЕРАПИИ ХОБЛ СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ:**

- А. муколитики
- Б. ингаляционные глюкокортикостероиды
- В. антибактериальные препараты
- Г. бронходилататоры

**16. ПРИ ХОБЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВАКЦИНАЦИЯ \_\_\_\_\_ ВАКЦИНОЙ:**

- А. противодифтерийной
- Б. противокклюшной
- В. противоменингококковой
- Г. противогриппозной

**17. БРОНХОСКОПИЯ ПРИ ХОБЛ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ:**

- А. получить материал для цитологического исследования
- Б. получить материал для микробиологического исследования
- В. выявить трахеобронхиальную дискинезию
- Г. выявить обструкцию периферических бронхов

**18. ПРИ ХОБЛ ИНГАЛЯЦИОННАЯ ПРОБА С БРОНХОДИЛАТАТОРОМ ВЫЯВЛЯЕТ СТЕПЕНЬ ОБРАТИМОСТИ ОБСТРУКЦИИ:**

- А. до 20%
- Б. до 30%
- В. до 12%
- Г. до 60%

**19. OVERLAP-ФЕНОТИП-ЭТО:**

- А. сочетание ХОБЛ и артериальной гипертензии у одного пациента
- Б. сочетание ХОБЛ и пневмонии у одного пациента
- В. сочетание обострения ХОБЛ и нестабильности гемодинамики у одного пациента
- Г. сочетание ХОБЛ и бронхиальной астмы у одного пациента

**20. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОБСТРУКЦИИ У АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА С ХОБЛ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ПОСТБРОНХОДИЛЯТАЦИОННОГО ОФВ1 СОСТАВЛЯЕТ 46%:**

- А. легкая
- Б. крайне тяжелая
- В. тяжелая



Г. среднетяжелая

## **21. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ НАЗНАЧАЮТСЯ ПРИ:**

- А. I-II степени тяжести и редких обострениях
- Б. I-II степени тяжести и частых обострениях
- В. III-IV степени тяжести и редких обострениях
- Г. III-IV степени тяжести и частых обострениях

2)обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Дайте определение ХОБЛ? Назовите факторы риска ХОБЛ.
2. Патогенез и патофизиология ХОБЛ?
3. Диагностика ХОБЛ, роль спирометрии, оценка степени тяжести ХОБЛ.
4. Назовите классификацию ХОБЛ?
5. Дифференциальная диагностика ХОБЛ.
6. Мониторирование ХОБЛ, осложнения.
7. Алгоритм лечения стабильной ХОБЛ.
8. Нефармакологическое лечение ХОБЛ.
9. Бронхолитики в лечении ХОБЛ, классификация, показания, способы применения.
10. Глюкокортикостероиды в лечении ХОБЛ.
11. Показания к длительной кислородотерапии при ХОБЛ.
12. Лечение обострений ХОБЛ, роль антибактериальной терапии.
13. Лечение обострений ХОБЛ, бронходилатационная терапия.
14. Исследование легочных потоков и объемов с помощью спирометрии.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задача:

#### **Задача №1.**

Больной М., 54 года, обратился к врачу поликлиники с жалобами на кашель по утрам с выделением умеренного количества мокроты

слизисто-гнойного характера, одышку, утомляемость, общую слабость, недомогание. При расспросе выявлено, что М.- “заядлый” курильщик, выкуривает до 30 сигарет в сутки на протяжении 25 лет. В течение многих лет был кашель по утрам с выделением незначительного количества слизистой мокроты, на что пациент не обращал внимания. С годами кашель стал более постоянным, беспокоил не только по утрам, но и ночью, а иногда и днем, особенно в холодную погоду. Мокроты стало выделяться больше, она приобрела слизисто-гнойный характер. 2 года назад к указанным симптомам присоединилась одышка, возникающая при незначительной физической нагрузке.

Объективно: общее состояние средней тяжести, число дыханий 22 в минуту. Небольшой цианоз лица. В легких - коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, множество свистящих хрипов на фоне ослабленного везикулярного дыхания, выдох удлинен. ЧСС 80 в мин. АД 130/70, на рентгенограмме органов дыхания усиление и деформация легочного рисунка в нижних зонах, неравномерное повышение прозрачности легочных полей.

Общий анализ крови: эр.  $5,9 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин 190 г/л, л -  $7,6 \times 10^9$  /л, СОЭ - 8 мм/час. Показатели ФВД: ЖЕЛ - 3,5 л, объем форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) после пробы с бронходилататором (сальбутамолом) 42% от должного, индекс Тифно - 60.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. План дообследования.
3. Оцените показатели ФВД.
4. Назначьте лечение.

### **Задача №2.**

Больной 60 лет, курильщик, длительно страдающий хроническим обструктивным бронхитом, обратился с жалобами на усиление кашля, увеличение количества отделяемой мокроты зеленовато-желтого цвета, повышение температуры до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , слабость. Клинико-рентгенологических данных за пневмонию не выявлено. Отмечено снижение показателей ОФВ1 (55% от должного),

увеличение СОЭ до 37 мм/ч. Проведение бактериоскопического и микробиологического исследований мокроты не представляется возможным.

**Вопрос:**

Какой антимикробный препарат в комплексном лечении больного наиболее оправдан?

**Задача №3.**

Больной М. 65 лет, обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение.

Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать за последний год. В течение последнего месяца, после перенесённого ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жёлто-зелёный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенёс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат).

Объективно: общее состояние средней тяжести. Лёгкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лёгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации лёгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лёгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинён. ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст.

На ЭКГ: рубцовые изменения по боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, индекс Тифно - 57,2.

На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лёгких.

Общий анализ мокроты: много лейкоцитов в поле зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного.
3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.
4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом?
5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему.

#### **Задача №4.**

Пациент К., 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъём на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов.

Анамнез: курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика 37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м<sup>2</sup>. Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над лёгочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,8 \cdot 10^{12}/л$ , Hb – 168 г/л, лейкоциты –  $6,1 \cdot 10^9/л$  (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ 60.

Пульсоксиметрия: SaO<sub>2</sub> - 87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов

грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**VI. Заключительная часть** (подведение итогов) - 5 мин.

**VII. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

**Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.



**Тема занятия: ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, СТУПЕНИ ТЕРАПИИ. ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. GINA. ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ПРОВОКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ (ЗАБОЛЕВАНИЕ ГОРТАНИ, АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК, БОЛЕЗНИ ТРАХЕИ, СРЕДОСТЕНИЯ, ИСТЕРИЯ, КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ, УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ, ГРАНУЛЕМАТОЗ ВАГЕНЕРА, СИНДРОМ ЧАРДЖА-СТРОСС)**

**Цель занятия:** изучить современные алгоритмы лечения и профилактики бронхиальной астмы, научиться интерпретировать клиническую картину, результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики с целью определения степени тяжести бронхиальной астмы и назначения необходимой терапии, проводить дифференциальную диагностику при бронхиальной обструкции, оказывать медицинскую помощь при обострении бронхиальной астмы.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов): 6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи, рентгенограммы, результаты спирометрии и ингаляционных провокационных тестов.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ПК-6:** способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной

статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

**ПК-8:** способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**
  - 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

### **Программированный контроль:**

**1. У ПАЦИЕНТА СИМПТОМЫ ЧАЩЕ 1 РАЗА В НЕДЕЛЮ, НО РЕЖЕ 1 РАЗА В ДЕНЬ; ОБОСТРЕНИЯ МОГУТ СНИЖАТЬ ФИЗИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ И НАРУШАТЬ СОН, НОЧНЫЕ СИМПТОМЫ ЧАЩЕ ДВУХ РАЗ В МЕСЯЦ, ОФВ1 ИЛИ ПСВ  $\geq$  80% ОТ ДОЛЖНОГО, РАЗБРОС ПСВ ИЛИ ОФВ1 20-30%.**

- А. Ступень 1: Интермиттирующая БА
- Б. Ступень 2: Легкая персистирующая БА
- В. Ступень 3: Персистирующая БА средней тяжести
- Г. Ступень 4: Тяжелая персистирующая БА

**2. У ПАЦИЕНТА ЕЖЕДНЕВНЫЕ СИМПТОМЫ, ОБОСТРЕНИЯ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К ОГРАНИЧЕНИЮ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И НАРУШЕНИЮ СНА, НОЧНЫЕ СИМПТОМЫ ЧАЩЕ 1 РАЗА В НЕДЕЛЮ, ЕЖЕДНЕВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ В2-АГОНИСТОВ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ, ОФВ1 ИЛИ ПСВ 60-80% ОТ ДОЛЖНОГО, РАЗБРОС ПСВ ИЛИ ОФВ1  $>$  30%.**

- А. Ступень 1: Интермиттирующая БА
- Б. Ступень 2: Легкая персистирующая БА
- В. Ступень 3: Персистирующая БА средней тяжести
- Г. Ступень 4: Тяжелая персистирующая БА

**3. У ПАЦИЕНТА СИМПТОМЫ БА НАБЛЮДАЮТСЯ РЕЖЕ 1 РАЗА В НЕДЕЛЮ, КОРОТКИЕ ОБОСТРЕНИЯ, НОЧНЫЕ СИМПТОМЫ НЕ ЧАЩЕ ДВУХ РАЗ В МЕСЯЦ, ОФВ1**



**ИЛИ ПСВ  $\geq 80\%$  ОТ ДОЛЖНОГО, РАЗБРОС ПСВ ИЛИ ОФВ1  $< 20\%$ . УКАЖИТЕ СТУПЕНЬ ТЯЖЕСТИ БА:**

- А. Степень 1: Интермиттирующая БА
- Б. Степень 2: Легкая персистирующая БА
- В. Степень 3: Персистирующая БА средней тяжести
- Г. Степень 4: Тяжелая персистирующая БА

**4. У ПАЦИЕНТА ЕЖЕДНЕВНЫЕ СИМПТОМЫ, ЧАСТЫЕ ОБОСТРЕНИЯ, ЧАСТЫЕ НОЧНЫЕ СИМПТОМЫ, ОГРАНИЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ОФВ1 ИЛИ ПСВ  $\leq 60\%$  ОТ ДОЛЖНОГО, РАЗБРОС ПСВ ИЛИ ОФВ1  $> 30\%$ .**

- А. Степень 1: Интермиттирующая БА
- Б. Степень 2: Легкая персистирующая БА
- В. Степень 3: Персистирующая БА средней тяжести
- Г. Степень 4: Тяжелая персистирующая БА

**5. ОПРЕДЕЛИТЕ ТЯЖЕСТЬ БА У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ПОЛУЧАЕТ РЕГУЛЯРНУЮ КОНТРОЛИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ. БА ХОРОШО КОНТРОЛИРУЕТСЯ ТЕРАПИЕЙ СТУПЕНИ 3, Т.Е. НИЗКИМИ ДОЗАМИ ИГКС/ДБА.**

- А. Легкая
- Б. Среднетяжелая
- В. Тяжелая
- Г. У пациентов, которые получают терапию, классификация БА по тяжести не используется.

**6. ОПРЕДЕЛИТЕ ТЯЖЕСТЬ БА У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ПОЛУЧАЕТ РЕГУЛЯРНУЮ КОНТРОЛИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ. БА ТРЕБУЕТ ТЕРАПИИ СТУПЕНИ 4 И 5, Т. Е. ВЫСОКИХ ДОЗ ИГКС/ДБА, ТИОТРОПИЯ, ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ И/ИЛИ СИСТЕМНЫХ ГКС ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ СОХРАНИТЬ КОНТРОЛЬ (5 СТУПЕНЬ), ИЛИ БА, КОТОРАЯ ОСТАЕТСЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ, НЕСМОТРЯ НА ЭТУ ТЕРАПИЮ.**

- А. Легкая
- Б. Среднетяжелая
- В. Тяжелая

Г. У пациентов, которые получают терапию, классификация БА по тяжести не используется.

**7. ОПРЕДЕЛИТЕ ТЯЖЕСТЬ БА У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ПОЛУЧАЕТ РЕГУЛЯРНУЮ КОНТРОЛИРУЮЩУЮ ТЕРАПИЮ. БА ХОРОШО КОНТРОЛИРУЕТСЯ ТЕРАПИЕЙ 1-Й И 2-Й СТУПЕНЕЙ, Т.Е. ТОЛЬКО ИЗОЛИРОВАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ КДБА ПО ПОТРЕБНОСТИ, ИЛИ СОВМЕСТНО С НИЗКИМИ ДОЗАМИ ИГКС ИЛИ АЛР, ИЛИ КРОМОНАМИ.**

- А. Легкая
- Б. Среднетяжелая
- В. Тяжелая

Г. У пациентов, которые получают терапию, классификация БА по тяжести не используется.

**8. ПРИВЕДЕНЫ УТВЕРЖДЕННЫЕ И КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ФЕНОТИПЫ БА. ОДИН УКАЗАН ОШИБОЧНО. КАКОЙ?**

- А. Аллергическая
- Б. Неаллергическая
- В. С ранним дебютом
- Г. С поздним дебютом
- Д. С фиксированной обструкцией дыхательных путей
- Е. У больных с ожирением

**9. ПРИВЕДЕНЫ ПРИЗНАКИ, КОТОРЫЕ ПОВЫШАЮТ ВЕРОЯТНОСТЬ ДИАГНОЗА БА. ОДИН УКАЗАН ОШИБОЧНО.**

А. Распространенные сухие свистящие хрипы при выслушивании (аускультации) грудной клетки

Б. Хронический продуктивный кашель при отсутствии свистящих хрипов или удушья

В. Низкие показатели пиковой скорости выдоха или ОФВ1 (ретроспективно или в серии исследований), не объяснимые другими причинами;

Г. Эозинофилия периферической крови, необъяснимая другими причинами.

**10.НОРМАЛЬНАЯ СПИРОМЕТРИЯ ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕ ИСКЛЮЧАЕТ ДИАГНОЗА БА. ОЦЕНИТЕ ДАННОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ.**

- А. Верное
- Б. Неверное

**11.КАКОВА РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ БА?**

- А. Сразу приступить к пробному лечению.
- Б. Провести дообследование.

**12. БРОНХОДИЛАТАЦИОННЫЙ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ,**

А. Если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по  $ОФВ_1$  составляет не менее 15%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более.

Б. Если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по  $ОФВ_1$  составляет не менее 15%, и при этом абсолютный прирост составляет 300 мл и более.

В. Если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по  $ОФВ_1$  составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более.

Г. Если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по  $ОФВ_1$  составляет не менее 12%, и при этом абсолютный прирост составляет 300 мл и более.

**13. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:**

Дневные симптомы чаще, чем 2 раза в неделю; потребность в препарате для купирования симптомов чаще, чем 2 раза в неделю, но нет ночных пробуждения из-за БА и нет какого-либо ограничения активности из-за БА.

- А. Хорошо контролируемая
- Б. Частично контролируемая
- В. Неконтролируемая

**14. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ: ДНЕВНЫЕ СИМПТОМЫ ЧАЩЕ, ЧЕМ 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ; ПОТРЕБНОСТЬ В ПРЕПАРАТЕ ДЛЯ**

**КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ ЧАЩЕ, ЧЕМ 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ, ЕСТЬ НОЧНЫЕ ПРОБУЖДЕНИЯ ИЗ-ЗА БА, НО НЕТ КАКОГО-ЛИБО ОГРАНИЧЕНИЯ АКТИВНОСТИ ИЗ-ЗА БА.**

- А. Хорошо контролируемая
- Б. Частично контролируемая
- В. Неконтролируемая

**15. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:**

**ДНЕВНЫЕ СИМПТОМЫ ЧАЩЕ, ЧЕМ 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ; ПОТРЕБНОСТЬ В ПРЕПАРАТЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ ЧАЩЕ, ЧЕМ 2 РАЗА В НЕДЕЛЮ, ЕСТЬ НОЧНЫЕ ПРОБУЖДЕНИЯ ИЗ-ЗА БА И УМЕРЕННОЕ ОГРАНИЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ ИЗ-ЗА БА.**

- А. Хорошо контролируемая
- Б. Частично контролируемая
- В. Неконтролируемая

**16. ОЦЕНИТЕ УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ:**

**ДНЕВНЫЕ СИМПТОМЫ 1-2 РАЗА В НЕДЕЛЮ; ПОТРЕБНОСТЬ В ПРЕПАРАТЕ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ 1-2 РАЗА В НЕДЕЛЮ, НО НЕТ НОЧНЫХ ПРОБУЖДЕНИЙ БА И КАКОГО-ЛИБО ОГРАНИЧЕНИЯ АКТИВНОСТИ ИЗ-ЗА БА.**

- А. Хорошо контролируемая
- Б. Частично контролируемая
- В. Неконтролируемая

**17. ПРОДОЛЖИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ. ПРИ СОХРАНЕНИИ КОНТРОЛЯ НАД БА В ТЕЧЕНИЕ  $\geq 3$  МЕСЯЦЕВ И НИЗКОМ РИСКЕ ОБОСТРЕНИЙ, ...**

А. ...Необходимо сделать все возможное, чтобы удержать терапию на том же уровне, т.к. снижение ее интенсивности приведет с высокой вероятностью к обострению БА и потере контроля.

Б. ...Возможно уменьшение объема поддерживающей терапии с целью установления минимального объема терапии и наименьших доз препаратов, достаточных для поддержания контроля.

**18. ПРИ ДОСТАТОЧНОМ КОНТРОЛЕ ВОЗМОЖНО СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ КАЖДЫЕ ТРИ МЕСЯЦА НА...**

- А. 10-25%
- Б. 25-50%
- В. 50-75%
- Г. 75-100%

**19. С КАКИМ ПРЕПАРАТОМ ЧАЩЕ ВСЕГО В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ КОМБИНИРУЕТСЯ БУДЕСОНИД И БЕКЛАМЕТАЗОН?**

- А. Сальметерол
- Б. Формотерол
- В. Вилантерол
- Г. Тиотропий
- Д. Омализумаба

**20. КАКОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БА?**

- А. Ритуксимаб
- Б. Адалimumаб
- В. Омализумаба
- Г. Инфликсимаб

**21. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ВИЛАНТЕРОЛ?**

- А. Неселективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик короткого действия
- Б. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик короткого действия
- В. Неселективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия
- Г. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия

**22. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ МОМЕТАЗОН?**

- А. Антагонист лейкотриеновых рецепторов
- Б. Ингаляционный глюкокортикоид
- В. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия
- Г. Моноклональные антитела против IgE.

**23. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ОМАЛИЗУМАБ?**

- А. Антагонист лейкотриеновых рецепторов
- Б. Ингаляционный глюкокортикоид
- В. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия
- Г. Моноклональные антитела против IgE.

**24. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ЦИКЛЕСОНИД?**

- А. Антагонист лейкотриеновых рецепторов
- Б. Ингаляционный глюкокортикоид
- В. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия
- Г. Моноклональные антитела против IgE.

**25. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ МОНТЕЛУКАСТ?**

- А. Антагонист лейкотриеновых рецепторов
- Б. Ингаляционный глюкокортикоид
- В. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия
- Г. Моноклональные антитела против IgE.

**26. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ВИЛАНТЕРОЛ?**

- А. Антагонист лейкотриеновых рецепторов
- Б. Ингаляционный глюкокортикоид
- В. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия
- Г. Моноклональные антитела против IgE.

**27. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ФЛУТИКАЗОН?**

- А. Антагонист лейкотриеновых рецепторов
- Б. Ингаляционный глюкокортикоид
- В. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия
- Г. Моноклональные антитела против IgE.

**28. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ПРЕПАРАТ ЗАФИРЛУКАСТ?**

- А. Антагонист лейкотриеновых рецепторов
- Б. Ингаляционный глюкокортикоид

- В. Селективный бета<sub>2</sub>-адреномиметик длительного действия
- Г. Моноклональные антитела против IgE.

**29. К КАКОЙ СТУПЕНИ ОТНОСИТСЯ ОПИСАННАЯ ТЕРАПИЯ БА? ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ: СРЕДНИЕ ИЛИ ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ/ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИХ БЕТА-2 АГОНИСТОВ. ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ: ДОБАВИТЬ ТИОТРОПИЙ; ИЛИ ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ + АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫЙ ПРЕПАРАТ; ИЛИ ВЫСОКИЕ ДОЗЫ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ + ТЕОФИЛЛИН ЗАМЕДЛЕННОГО ВЫСВОБОЖДЕНИЯ.**

- А. 1-ая ступень
- Б. 2-ая ступень
- В. 3-ья ступень
- Г. 4-ая ступень
- Д. 5-ая ступень

**30. К КАКОЙ СТУПЕНИ ОТНОСИТСЯ ОПИСАННАЯ ТЕРАПИЯ БА? ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ВЫБОР: РЕГУЛЯРНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПЛЮС КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЕ БЕТА-2 АГОНИСТЫ ПО ПОТРЕБНОСТИ. АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ РЕКОМЕНДУЮТСЯ КАК ПРЕДОТВРАЩАЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЕ ПРИ БА В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, ПРИ ВИРУСИНДУЦИРОВАННОЙ БА, АСТМЕ ФИЗИЧЕСКОГО УСИЛИЯ.**

- А. 1-ая ступень
- Б. 2-ая ступень
- В. 3-ья ступень
- Г. 4-ая ступень
- Д. 5-ая ступень

**31. К КАКОЙ СТУПЕНИ ОТНОСИТСЯ ОПИСАННАЯ ТЕРАПИЯ БА? КОМБИНАЦИЯ НИЗКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ/ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИХ БЕТА-2 АГОНИСТОВ КАК**

**ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ПЛЮС КОРОТКО ДЕЙСТВУЮЩИЕ БЕТА-2 АГОНИСТЫ ПО ПОТРЕБНОСТИ ИЛИ КОМБИНАЦИЯ НИЗКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ /ФОРМОТЕРОЛ В КАЧЕСТВЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИМПТОМОВ (В РЕЖИМЕ ЕДИНОГО ИНГАЛЯТОРА). АНТАГОНИСТЫ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ИЛИ ТЕОФИЛЛИН ЗАМЕДЛЕННОГО ВЫСВОБОЖДЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНЕНИЯ К ТЕРАПИИ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ.**

- А. 1-ая ступень
- Б. 2-ая ступень
- В. 3-ья ступень
- Г. 4-ая ступень
- Д. 5-ая ступень

**32. НА КАКОЙ СТУПЕНИ ТЕРАПИИ БА ДОПОЛНИТЕЛЬНО ДОБАВЛЯЮТ ОМАЛИЗУМАБ И ПЕРОРАЛЬНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ?**

- А. 1-ая ступень
- Б. 2-ая ступень
- В. 3-ья ступень
- Г. 4-ая ступень
- Д. 5-ая ступень

**33. К КАКОЙ СТУПЕНИ ОТНОСИТСЯ ОПИСАННАЯ ТЕРАПИЯ БА? ИНГАЛЯЦИОННЫЕ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЕ БЕТА-2 АГОНИСТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В КАЧЕСТВЕ НЕОТЛОЖНОЙ ОБЛЕГЧАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ. РЕГУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ НИЗКИМИ ДОЗАМИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В ДОПОЛНЕНИЕ К КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИМ БЕТА-2 АГОНИСТАМ ПО ПОТРЕБНОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ РАССМОТРЕНА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РИСКОМ ОБОСТРЕНИЙ.**

- А. 1-ая ступень
- Б. 2-ая ступень
- В. 3-ья ступень
- Г. 4-ая ступень



Д. 5-ая ступень

2)обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Обоснуйте актуальность БА для современного здравоохранения.
2. Дайте современное определение БА.
3. Приведите классификацию БА по степени тяжести. Дайте характеристику каждой ступени.
4. Как определить степень тяжести БА у пациента, который получает регулярную контролирующую терапию?
5. В чем отличие между неконтролируемой и тяжелой БА?
6. Перечислите и дайте характеристику фенотипам БА.
7. Какие характеристики БА необходимо указать в диагнозе? Приведите примеры.
8. Перечислите клинические признаки, повышающие вероятность БА.
9. Перечислите клинические признаки, понижающие вероятность БА.
10. Дайте характеристику методов инструментальной диагностики БА.
- 11.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику БА?
12. Опишите алгоритм Ваших действий в зависимости от вероятности диагноза БА, полученных на основании клинического исследования.
13. Укажите современные цели терапии БА.
14. Дайте характеристику уровней контроля БА.
15. В чем заключается основной принцип ступенчатой терапии БА.
16. Дайте характеристику методов лечения на каждой ступени лечения БА.
17. Что такое режим единого ингалятора?
18. Опишите аллерген-специфическую иммунотерапию БА.
19. Обоснуйте необходимость и виды вакцинопрофилактики у пациентов с БА.

20. Охарактеризуйте позицию современного здравоохранения по использованию методов нетрадиционной и альтернативной медицины в лечении БА.

21. Дайте характеристику понятия «астма физического усилия» и перечислите группы препаратов для ее лечения.

22. Дайте характеристику понятия «профессиональная БА», приведите классификацию. В отношении каких профессий необходимо проявлять настороженность по наличию профессиональной БА?

23. Какие симптомы увеличивают вероятность наличия у пациента профессиональной БА?

24. Современные принципы реабилитации пациентов с БА.

25. Ключевые положения профилактики БА.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

#### Кейс – задачи:

##### **Задача №1.**

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Ночные приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день с 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет.

При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧДД – 18 в минуту. При

перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд./мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.

**Задача №2.**

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов и длительно действующий бета-2 агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол – приблизительно 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает.

При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ<sub>1</sub>=85%.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

3. План лечебных мероприятий.
4. Составьте план диспансерного наблюдения
5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы? Обоснуйте свой ответ.

### **Задача №3.**

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжелой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В легких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, свистящие при форсированном выдохе. ЧДД – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л.

Анализ мочи: удельный вес – 1028 г/л, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения.

Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно; ВК - бациллы Коха).

R-графия грудной клетки: повышена прозрачность легочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Легочный рисунок усилен. Корни легких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. План обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
5. План лечения

**Задача №4.**

Женщина 32 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на учабившиеся в течение последнего месяца приступы удушья, они сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами, кашлем с выделением небольшого количества вязкой мокроты, после чего наступает облегчение. Подобные состояния беспокоят около 2 лет, не обследовалась. В анамнезе аллергический ринит. Ухудшение состояния связывает с переходом на новую работу в библиотеку. В течение последнего месяца симптомы возникают ежедневно, ночью - 3 раза в неделю, нарушают активность и сон.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Кожные покровы бледно-розового цвета, высыпаний нет. Периферические отёки отсутствуют. Над лёгкими дыхание жёсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 72 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 123 г/л, лейкоциты -  $4,8 \times 10^9/л$ , эозинофилы - 16%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, лимфоциты - 18%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

Анализ мокроты общий: слизистая, лейкоциты - 5-7, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршманна.

Рентгенограмма легких. Инфильтративных теней в лёгких не определяется. Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей.

Спирометрия. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести и степень контроля заболевания.
2. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Назначьте лечение.
5. Имеются ли показания к назначению ингаляционных глюкокортикоидов в данном случае?

**VI. Заключительная часть** (подведение итогов) - 5 мин.

**VII. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.:ГЭОТАР–Медиа, 2009.
2. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.-2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит» , 2013. - 175с.

**Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

**Тема занятия. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: КЛАССИФИКАЦИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. ОДЫШКА: МЕХАНИЗМЫ, ТИПЫ, ОЦЕНКА. ХРОНИЧЕСКАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. ПЛЕВРИТЫ: ЭТИОЛОГИЯ, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ ПЛЕВРАЛЬНОМ ВЫПОТЕ. СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**Цель занятия:** изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии) легочной гипертензии, ХОБЛ и плевритов, изучить подходы к диагностике и лечению дыхательной недостаточности.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

**ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**Расчет учебного времени**



- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**
  - 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

**Программированный контроль:**

**1.ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ**

- А. гиповолемии малого круга кровообращения
- Б. гиперволемии малого круга кровообращения
- В. гиперволемии большого круга кровообращения
- Г. гиповолемии большого круга кровообращения

**2.У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ IIIА ГРУППЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ СОСУДОВ ПО ХИТУ - ЭДВАРДСУ СООТВЕТСТВУЮТ**

- А. I-III стадиям
- Б. IV стадии
- В. V стадии
- Г. VI стадии

**3.ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЛЮБОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ, КРОМЕ**

- А. ствола легочной артерии
- Б. выходного отдела правого желудочка
- В. трансанулярного, через правый желудочек и легочную артерию
- Г. правого предсердия

**4.ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРОКАХ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ**

- А. порока митрального клапана
- Б. наличия сброса крови слева направо
- В. стеноза легочной артерии
- Г. порока аортального клапана

Д. эмболии легочной артерии

**5. СИМПТОМОКОМПЛЕКС, СОСТОЯЩИЙ ИЗ ОДЫШКИ, ОТСТАВАНИЯ БОЛЬНОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В АКТЕ ДЫХАНИЯ, АБСОЛЮТНОЙ ТУПОСТИ ПРИ ПЕРКУССИИ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ, ОТСУТСТВИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ШУМОВ НАД ЭТОЙ ЗОНОЙ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

- А. пневмония;
- Б. абсцесс легкого;
- В. экссудативный плеврит;
- Г. эмфизема легких;
- Д. ХОБЛ.

**6. ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ:**

- А. острым бронхите;
- Б. ХОБЛ;
- В. бронхиальной астме;
- Г. острым трахеите;
- Д. туберкулезе.

**7. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА РИВАЛЬТА, БЕЛОК 32 Г/Л, ПЛОТНОСТЬ 1019, ЕДИНИЧНЫЕ ЛИМФОЦИТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТ:**

- А. транссудат;
- Б. экссудат.

**8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВИРУСНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. вирус герпеса;
- Б. Коксаки В;
- В. ЕСНО;
- Г. риновирус;
- Д. аденовирусы.

**9. В ДИАГНОСТИКЕ СОАС ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ:**

- А. спиромертия;
- Б. капнография;

- В. рентгенография органов грудной клетки;
- Г. полисомнография;
- Д. бронхоскопия.

**10. ГИДРОТОРАКС МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ:**

- А. острым бронхите;
- Б. ХСН;
- В. бронхиальной астме;
- Г. острым трахеите.

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

**IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Этиология легочной гипертензии
2. Диагностика легочной гипертензии
3. Плевриты: этиология
4. Лечение синдрома обструктивного апноэ сна
5. Дифференциальный диагноз одышки

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин,  
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при  
невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

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

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?

### **Задача №2.**

Пациент А. 45 лет, инженер. Жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39°C, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время.

Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. В связи с тяжестью состояния и подозрением на пневмонию направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39°C. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,08 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты -  $13,2 \times 10^9$ /л, юные - 2%, палочки - 12%, сегменты - 56%, лимфоциты - 27%, моноциты - 3%, СОЭ - 38 мм/ч.

На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

**Вопросы:**

1. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

2. Какова причина одышки?

**V. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**

**VI. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е.В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 800 с.

2. Мухин Н.А. Пропедевтика внутренних болезней : учебник / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 848 с.

3. Стрюк Р.И. Внутренние болезни: учебник / Р.И. Стрюк, И.В. Маев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 544 с.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Клинические Рекомендации ESC/ERS по диагностике и лечению легочной гипертензии, 2017.- Электрон. дан.- Режим доступа: [http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESC%20L\\_hypert\\_2015.pdf](http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESC%20L_hypert_2015.pdf); дата последнего обновления: 14.11.2017

2. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 800 с.

**Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»);  
<http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» <http://biblio-online.ru>