

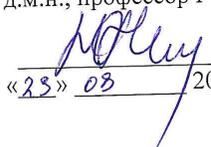
1

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра профпатологии

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП ВО
по программе ординатуры
31.08.45 Пульмонология
д.м.н., профессор Горблянский Ю.К.


« 23 » 03 / 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ -
ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

Специальность: 31.08.45 Пульмонология

Форма обучения: очная

Ростов-на-Дону
2023 г

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.45 Пульмонология
рассмотрена на заседании кафедры профпатологии

Протокол от 21 марта 2023г. №4

Председатель заседания Горблянский Ю.Ю.

Директор библиотеки: «Согласовано»

«29» 03 2023 г. И.А. Кравченко

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.45 Пульмонология.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2 Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-4 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5 Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции (ОПК-):

ОПК-1 Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2 Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3 Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями органов дыхания

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях органов дыхания и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях органов дыхания и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов с заболеваниями органов дыхания

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции (ПК-):

ПК-1 Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с бронхолегочными заболеваниями, в том числе при оказании паллиативной помощи

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация по основной профессионально образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.45 Пульмонология осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку пульмонолога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.45 Пульмонология проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.45 Пульмонология.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.45 Пульмонология.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата^{*}).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.45 Пульмонология путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую

^{*} Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющего теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
	1. Диагностика и лечение бронхиальной астмы	УК-1;ОПК-4; ОПК-5 ПК-1
	2. Больной К. 42 лет. Жалобы на нарастающую одышку, сухой кашель. В анамнезе многолетнее курение. Объективно: При аускультации выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Обзорная рентгенограмма ОГК: Легочные поля повышенной прозрачности, диафрагма уплощена и смещена вниз, тень сердца уменьшена, тени ребер расположены горизонтально, видны передние отрезки девяти ребер. I. Сформулируйте предварительный диагноз. II. Предложите дополнительные исследования для уточнения диагноза.	УК-1; ОПК-4;ПК -1

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Социально-гигиенические аспекты заболеваний органов дыхания.
Профилактика заболеваний органов дыхания
2. Клиническая анатомия легких, плевральных листков и средостения.
3. Механизмы защиты легких от повреждающих воздействий.
4. Основы физиологии дыхания и газообмена в легких.
5. Негазообменная функция легких.
6. Мукоцилиарный аппарат в норме и патологии.
7. Трахея и бронхи – краткая анатомо-морфологическая характеристика.
8. Цель и техника проведения пикфлоуметрии.
9. Цель и техника проведения спирографии.
10. Спирография. Легочные объемы в норме и патологии.
11. Инструментальные методы диагностики легочного сердца.
12. Принципы и способы рентгенологического исследования органов грудной клетки.
13. Контрастные рентгенологические методы исследования.
14. Трахеобронхоскопия: показания, противопоказания и техника проведения.
15. Этиология, патогенез острого бронхита.

16. Определение, этиология и патогенез хронического бронхита.
17. Классификация хронического бронхита.
18. Клиническая картина хронического необструктивного бронхита.
19. Клиническая картина хронического обструктивного бронхита.
20. Диагностические критерии и принципы лечения хронического необструктивного бронхита.
21. Диагностические критерии и принципы лечения хронического обструктивного бронхита.
22. Определение, патогенез, клиника и диагностика хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)
23. Дифференциальная диагностика, плановое лечение и профилактика ХОБЛ
24. Определение, классификация пневмоний.
25. Этиология внебольничных и госпитальных пневмоний Особенности пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией. Клиника, диагностика, принципы лечения и медицинской реабилитации пациентов.
26. Роль вирусов в этиологии пневмоний.
27. Инфекционные легочные осложнения ВИЧ-инфекции
28. Клинические варианты течения пневмоний в зависимости от вида возбудителя. Методы диагностики пневмоний
29. Дифференциальная диагностика пневмоний.
30. Виды осложнений пневмоний.
31. Принципы антибиотикотерапии пневмоний.
32. Патогенетическая терапия пневмоний.
33. Инфекционно-токсический шок: клиника, диагностика.
34. Терапия инфекционно-токсического шока.
35. Туберкулез органов дыхания. Диагностика, эпидемиология, факторы риска.
36. Клинические формы туберкулеза легких. Дифференциальная диагностика.
37. Микробиологическая диагностика туберкулеза органов дыхания.
38. Постановка туберкулиновых проб.
39. Принципы комплексного лечения больных туберкулезом органов дыхания.
40. Профилактика туберкулеза. Диспансеризация пациентов с туберкулезом легких.
41. Грибковые заболевания легких: виды, клиника, диагностика и лечение.
42. Аспирационная пневмония: клиника, диагностика и лечение.
43. Определение и классификация бронхиальной астмы, эпидемиология, факторы риска.
44. Этиология и патогенез бронхиальной астмы.
45. Клиника и диагностика бронхиальной астмы, дифференциальная диагностика.
46. Ступенчатый подход к медикаментозной терапии бронхиальной астмы.
47. Основные группы лекарственных препаратов, применяемых для лечения бронхиальной астмы.

48. Небулайзерная терапия: показания и техника проведения, лекарственные средства, применяемые для ее проведения.
49. Обострения бронхиальной астмы, диагностика, лечение.
50. Определение, классификация саркоидоза органов дыхания.
51. Этиология и патогенез саркоидоза органов дыхания.
52. Дифференциальная диагностика саркоидоза легких.
53. Клинические варианты течения саркоидоза органов дыхания.
54. Диагностика саркоидоза органов дыхания.
55. Лечение саркоидоза органов дыхания.
56. Идиопатический фиброзирующий альвеолит: этиология, клиника.
57. Методы диагностики идиопатического фиброзирующего альвеолита.
58. Принципы лечения идиопатического фиброзирующего альвеолита.
59. Экзогенный аллергический альвеолит: этиология, клиника.
60. Методы диагностики экзогенного аллергического альвеолита.
61. Принципы лечения экзогенного аллергического альвеолита.
62. Этиология и патогенез токсического фиброзирующего альвеолита.
63. Диагностика токсического фиброзирующего альвеолита.
64. Принципы лечения токсического фиброзирующего альвеолита.
65. Клиника, диагностика и лечение изменений в легких при красной волчанке.
66. Изменения в легких при узелковом периартериите: клиника, диагностика и лечение.
67. Изменения в легких при гранулематозе Вегенера: клиника, диагностика и лечение.
68. Изменения в легких при системной склеродермии: клиника, диагностика и лечение.
69. Изменения в легких при ревматизме: клиника, диагностика и лечение.
70. Изменения в легких при ревматоидном артрите: клиника, диагностика и лечение.
71. Изменения в легких при дерматомиозите: клиника, диагностика и лечение.
72. Аномалии развития органов дыхания: клиника, диагностика и лечение.
73. Пороки развития органов дыхания: клиника, диагностика и лечение.
74. Наиболее часто встречающиеся сочетания аномалий и пороков развития органов грудной клетки (синдромы): клиника, диагностика и лечение.
75. Дизонтогенетические образования легких и средостения: диагностика и тактика лечения.
76. Муковисцидоз: клиника, диагностика и лечение.
77. Генетические детерминированные заболевания с поражением легких: дефицит α 1-антитрипсина, легочной альвеолярный микролитиаз. Клиника, диагностика, лечение.
78. Первичная эмфизема легких: клиника, диагностика и лечение.
79. Этиология и патогенез острого абсцесса легкого.
80. Клиника и диагностика острого абсцесса легкого.

81. Принципы лечения острого абсцесса легкого, показания к хирургическому лечению.
82. Этиология и патогенез хронического абсцесса легкого.
83. Клиническая картина и диагностика хронического абсцесса легкого.
84. Принципы лечения хронического абсцесса легкого, показания к хирургическому лечению.
85. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, патогенез.
86. Клиника и диагностика бронхоэктатической болезни.
87. Дифференциальная диагностика полостных образований в легких.
88. Легочной эозинофильный инфильтрат: клиника, диагностика.
89. Принципы лечения легочного эозинофильного инфильтрата.
90. Тромбоэмболия легочных артерий: этиология, патогенез.
91. Классификация тромбоэмболии легочной артерии.
 92. Клиническая картина тромбоэмболии легочной артерии.
 93. Методы диагностики тромбоэмболии легочной артерии.
 94. Дифференциальная диагностика тромбоэмболии легочной артерии.
 95. Принципы лечения тромбоэмболии легочной артерии, показания к оперативному лечению.
96. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии.
97. Первичная легочная гипертензия: этиология, клиника.
98. Определение, классификация первичной легочной гипертензии.
99. Первичная легочная гипертензия: диагностика и лечение.
100. Классификация легочного сердца.
101. Острое легочное сердце: этиология, патогенез, клиника.
102. Острое легочное сердце: диагностика и лечение.
103. Подострое легочное сердце: этиология, патогенез, клиника.
104. Подострое легочное сердце: диагностика и лечение.
110. Хроническое легочное сердце: этиология, патогенез, клиника.
111. Хроническое легочное сердце: диагностика и лечение.
112. Роль ХНЗЛ в развитии легочного сердца.
113. Легочной альвеолярный протеиноз: клиника, диагностика и принципы лечения.
114. Идиопатический легочной гемосидероз: клиника, диагностика и лечение.
115. Синдром Гудпасчера: клиника, диагностика, лечение.
116. Гистиоцитоз Х: клиника, диагностика, лечение.
117. Дифференциальная диагностика диссеминированных заболеваний легких.
118. Дифференциальная диагностика плеврального пунктата.
119. Цели и техника проведения плевральной пункции.
120. Этиология и патогенез плевритов.
121. Классификация плевритов.
122. Клиническая картина фибринозного плеврита.
123. Клиническая картина экссудативного плеврита.
124. Методы диагностики плевритов.

125. Лечение и прогноз плевритов.
126. Первичный рак легкого: клиника, диагностика и принципы лечения.
127. Метастатические опухоли органов дыхания: клиника, диагностика и принципы лечения.
128. Доброкачественные опухоли легких: клиника, диагностика и принципы лечения.
129. Клиника и диагностика опухолей и кист средостения.
130. Лечебные мероприятия при опухолях и кистах средостения.
131. Мезотелиома плевры: клиника, диагностика и лечение.
132. Принципы системной глюкокортикоидной терапии.
133. Роль продленных β 2-агонистов в терапии бронхообструктивного синдрома.
134. Ингаляционные глюкокортикостероиды: показания к их назначению, характеристика данных препаратов.
135. Спонтанный пневмоторакс: диагностика, клиника, лечебные мероприятия.
136. Легочное кровотечение: диагностика, клиника, лечебные мероприятия.
137. Астматический статус: диагностика, клиника.
138. Астматический статус: лечебная тактика и профилактика.
139. Отек легких: этиология, клиническая картина, диагностика, лечение.
140. Респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСв): этиология, патогенез, клиника, стадии процесса.
141. Респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСв): диагностика, лечение.
142. Хроническая дыхательная недостаточность: виды, этиология, клиника.
143. Диагностика и лечебная тактика при хронической дыхательной недостаточности.
144. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания в Российской Федерации.
145. Диспансеризация пульмонологических больных
146. Порядок установления, определения и оформления документации по временной нетрудоспособности пульмонологических больных.
147. Порядок оформления направления на МСЭ пульмонологических больных.
148. Классификация профессиональных заболеваний органов дыхания.
149. Вредные (опасные) факторы производственной среды как детерминанты профессиональных заболеваний органов дыхания
150. Профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких, этиология, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика
151. Профессиональная бронхиальная астма, этиология, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика
152. Пневмокониозы, классификация, диагностика, принципы лечения, профилактика
153. Профессиональный гиперчувствительный пневмонит, этиология, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика

154. Профессиональный рак легких, факторы риска, диагностика, профилактика
155. Экспертиза связи заболевания с профессией, общие принципы, нормативные документы. Установление причинно-следственной связи на примере пневмокониоза.
156. Экспертиза профпригодности работников, общие принципы. Экспертиза профпригодности работников с заболеваниями органов дыхания.
157. Заболевания органов дыхания как медицинские противопоказания для выполнения работ во вредных (опасных) условиях труда при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров работников
158. Современная комплексная профилактика заболеваний бронхолегочной системы
159. Принципы медицинской реабилитации при заболеваниях бронхолегочной системы
160. Методы контроля эффективности респираторной реабилитации в пульмонологии

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

ЗАДАЧА 1

Пациент А. 45 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. В связи с тяжестью состояния направлен в приёмный покой.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Периферических отёков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. 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. Общий анализ крови: эритроциты - $4,08 \times 10^{12}/л$,

гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $13,2 \times 10^9$ /л, СОЭ - 38 мм/ч. На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

III. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

ЗАДАЧА 2

Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при физической нагрузке; на приступообразный кашель. Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. В последнее время одышка усилилась, появилась мокрота жёлто-зелёного цвета. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до $37,8^\circ\text{C}$, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась одышка. Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура $37,5^\circ\text{C}$. Перкуторный звук – коробочный. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Отёков нет. ОАК: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}$ /л, Нв - 165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9$ /л, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. Сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 3

Женщина 45 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью. Заболела 11 лет назад. Приступы повторялись после нагрузки и во время ОРЗ. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: бронхопневмония, аппендицит. Аллергоанамнез не отягощен. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычной окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В легких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Печень, селезёнка не пальпируются. ОАК: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,5 \times 10^9$ /л, п/я нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ – 19 мм/ч, общий билирубин – 5,3 мкм/л; общий белок – 82 г/л, мочевины – 4,7 ммоль/л.

Анализ мочи: без патологий. Анализ мокроты: При микроскопии: лейкоциты – 5-6 в поле зрения, эозинофилы – 10-12 в поле зрения. ВК – отриц. (3-кратно). Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

I. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.

II. Проведите дифференциальный диагноз.

III. Составьте план лечения, назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

ЗАДАЧА 4

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$ в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 5

Больной К. 39 лет обратился с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение.

Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии легких ясный лёгочный звук над всей поверхностью легких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

I. Сформулируйте предварительный диагноз.

II. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

III. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?

ЗАДАЧА 6

Мужчина 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднённым выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью. Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приема таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трёх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – $6,0 \times 10^9/\text{л}$; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1–5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. IgE сыворотки крови повышен в три раза. Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 25%. Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 7

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 отеки 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 в поле зрения, плоский эпителий - 7-10 в поле зрения, детрит в небольшом количестве, спирали Куршмана. Рентгенограмма легких. Инфильтративных теней в легких не определяется.

Диафрагма, тень сердца, синусы без особенностей. Спиротест. Исходные данные: ЖЕЛ - 82%, ОФВ1 - 62%, ФЖЕЛ - 75%. Через 15 минут после ингаляции 800 мкг Сальбутамола: ОФВ1 - 78%.

I. Сформулируйте клинический диагноз. Обоснуйте степень тяжести заболевания.

II. Как проводится проба с бронходилататором? Оцените результаты.

III. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

ЗАДАЧА 8

Мужчина 56 лет обратился с появившимися после переохлаждения жалобами на кашель с небольшим количеством трудно отделяемой слизисто-гноивной мокроты, одышку при нагрузке, повышение температуры тела до $37,4^{\circ}C$. Обострения заболевания 3-4 раза в год. Пациент курит 30 лет по 1 пачке в день. При осмотре: лицо одутловатое, отмечается теплый цианоз, набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка бочкообразной формы. Над лёгочными полями перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, с обеих сторон выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 24 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, там же выслушивается диастолический шум, ритм правильный, ЧСС - 90 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Периферических отёков нет. ОАК: гемоглобин - 168 г/л,

лейкоциты - $9,1 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, нейтрофилы - 73%, лимфоциты - 26%, СОЭ - 28 мм/ч. Рентгенограмма ОГК: лёгочный рисунок усилен, деформирован,

сосудистый рисунок усилен в центре и обеднен на периферии, корни легких расширены, выбухание ствола легочной артерии. Инфильтративных изменений не выявлено. ЭКГ: признаки гипертрофии правого желудочка. Данные спирографии: снижение ЖЕЛ - до 80%, ОФВ1 - до 32% от должных величин.

I. Сформулируйте клинический диагноз.

II. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

III. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 9

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

Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. В течение последнего месяца, после перенесенного 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 легких - дыхание ослабленное, в нижних отделах легких сухие низко тембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинён. При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тиффно - 57,2. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза легких. Общий анализ мокроты: лейкоциты – до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

I. Сформулируйте предварительный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.

III. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте ваше мнение.

ЗАДАЧА 10

Больной Б. 35 лет доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель. Болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал Преднизолон 2 т в сутки и ингаляции Беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад Преднизолона. Аллергоанамнез – спокойный. Приступам удушья предшествует

короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.

Объективно: состояние тяжёлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бёдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждён. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, 32 дыхательных движения в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук по всем лёгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO₂ - 85%.

В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг Преднизолона.

I. Сформулируйте предварительный диагноз.

II. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?

III. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?

ЗАДАЧА 11

Больной 25 лет, водитель, обратился с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднённым выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За мед. помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы чистые, влажные. Рост - 175 см, вес - 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД – 18 в минуту. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет.

I. Поставьте предварительный диагноз.

II. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

III. Составьте план лечебных мероприятий.

ЗАДАЧА 12

Больной Р. 38 лет по профессии подсобный рабочий, обратился с жалобами на повышение температуры до 38,0 °С, кашель с обильной слизисто-гноющей мокротой, неинтенсивные боли в грудной клетке при кашле, головную боль, слабость, в конечностях, потливость. Заболел остро после переохлаждения.

Вредные привычки: курит более 15 лет по 20 сигарет в день; сопутствующих заболеваний нет.

Объективные данные: кожные покровы бледноватые, влажные. Обращает внимание повышенная потливость больного. Нёбные миндалины покрыты беловатым налётом, гиперемированы. В легких дыхание ослабленное справа, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются у угла правой лопатки. ЧД в покое до 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений. Лабораторные и инструментальные методы обследования. ОАК: гемоглобин – 135 г/л, эритроциты $4,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 28%, сегментоядерные – 57%; СОЭ – 35 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,99 г/л, гиалиновые цилиндры. БАК: АЛТ – 58 ед/л; АСТ – 100 ед/л; креатинин – 115 мкмоль/л; фибриноген – 8 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Рентгенография ОГК: очаговая инфильтрация в базальных отделах правого лёгкого, деформация корня правого лёгкого.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска.

ЗАДАЧА 13

Больной Р. 65 лет, пенсионер, при обращении предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, небольшую мокроту слизистого характера, головную боль, одышку, сердцебиение и слабость в конечностях. Заболел остро после переохлаждения. Больной страдает ИБС, хронической сердечной недостаточностью; принимает постоянную терапию (Периндоприл 2,5 мг 2 раза, Гидрохлортиазид 12,5 мг, Верошпирон 50 мг, Симвастатин 20 мг). Контакт с больными туберкулёзом и инфекционными болезнями не было. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективно при осмотре: кожные покровы бледноватые, влажные, цианоз губ. Температура тела 37,8 °С. Язык обложен беловатым налётом. В легких дыхание ослабленное везикулярное, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются в нижнем отделе левого лёгкого. ЧД в покое до 24 в минуту.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Печень на 1 см выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Голени пастозны. По другим органам и системам без видимых патологических отклонений.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 126 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $10,9 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 77%; СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 0,33 г/л, в осадке лейкоциты – 2–4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 38 ед/л; АСТ – 35 ед/л; мочевины – 9 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговых изменений миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: усиление лёгочного рисунка в базальных отделах левого лёгкого. ЭХО-КГ: умеренно расширены полости левого желудочка, гипертрофия задней стенки левого желудочка, фракция выброса – 45%.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска. Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 14

Больной С. 25 лет поступил в стационар с жалобами на кашель с большим количеством слизисто-гноной мокроты (до 300 мл/сут) с неприятным запахом; кровохарканьем, повышением температуры до 39 °С, недомоганием, одышкой. Известно, что около 2 недель назад лечился по поводу пневмонии, но самостоятельно покинул отделение и продолжил лечение амбулаторно. Ухудшение около 2 дней назад.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. Пульс – 94 в минуту, ритмичный, АД – 100/70 мм рт. ст. Границы сердца смещены вправо на 1,5 см, тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Над лёгкими слева перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание везикулярное, ослабленное. Слева в нижних отделах выслушиваются звучные влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы. ЧД – 24 в минуту.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Обоснуйте тактику лечения пациента.

ЗАДАЧА 15

Мужчина 47 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С градусов, кашель с трудноотделяемой мокротой

«ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение.

Из анамнеза известно, что пациент заболел 3 дня назад – после переохлаждения повысилась температура тела, появился кашель. Госпитализирован в стационар. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, цианоз губ, кончиков пальцев. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в IV-V межреберье по среднеключичной линии справа. При аускультации в том же отделе дыхание бронхиальное, крепитация. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 85/50 мм рт. ст. Сатурация – 80%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. ОАК: лейкоциты – $22 \times 10^9/\text{л}$, юные формы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 23%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, моноциты – 5%. СРБ – 125 мг/л. Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекция.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Какова тактика лечения данного пациента, назовите препараты «стартовой» терапии и препараты резерва?

III. Какова тактика диспансерного наблюдения пациента после выписки из стационара?

ЗАДАЧА 16

Больной В. 56 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении, кашель с гнойной мокротой, отеки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышении температуры до $37-39^\circ\text{C}$. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния после простуды, повышения температуры (до 38°C) впервые появились отеки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Аллергологический анамнез – без особенностей. Состояние тяжёлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД – 36 в минуту. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, акцент II тона на легочной артерии. Пульс – 112 ударов в минуту, ритмичен. АД – 100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объёме из-за асцита. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации.

Рентгенограмма – диффузное усиление лёгочного рисунка, горизонтальный ход рёбер, признаки эмфиземы легких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях. ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия

и правого желудочка. ОАК: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель - 1, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, п\я нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты - $33 \times 10^9/л$, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

I. Сформулируйте предположительный диагноз.

II. Назовите критерии основного диагноза.

III. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

ЗАДАЧА 17

Больной Г. 55 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку при физической нагрузке, кашель с жёлтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость. В течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе. Самостоятельно принимает Эуфиллин внутрь. Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты. Курит. Индекс курения - 120 пачко-лет. Аллергологический и гемотранфузионный анамнез не отягощен. Состояние тяжёлое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - $36,8^{\circ}C$. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеки на голенях до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем лёгочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в мин, на легочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. ОАК: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - $10,6 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты - 20%; моноциты - 5%. СОЭ - 22 мм/час. Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Лёгочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол легочной артерии.

Спирограмма: индекс Тиффно - 65; ОФВ1 после БДТ - 29%. КЩС: pO_2 - 46 мм рт. ст., SaO_2 - 78%.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Препараты какой группы вы бы рекомендовали в качестве неотложной помощи и в качестве базисной терапии для лечения ХОБЛ? Обоснуйте свой выбор.

ЗАДАЧА 18

Больной С. 50 лет обратился с жалобами на повышение температуры до 38 °С, слабость, озноб, кашель со светлой мокротой. Анамнез: заболел остро, 3 дня назад повысилась температура до 38 °С, 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 °С. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Периферических отёков нет. Лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено в нижней половине правого лёгкого, там же выслушивается крепитация, при перкуссии – притупление перкуторного звука. ЧД – 20 в минуту. 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.

I. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте.

II. Назначьте обследование, обоснуйте.

III. Пациенту проведена рентгенограмма легких в прямой и боковой проекции - выявлены инфильтративные изменения в нижней доле правого лёгкого. Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 19

Мужчина 55 лет обратился по поводу хронического кашля. Также он отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента, в последнее время отмечается усиление кашля. (Во время беседы Вы отмечаете запах табачного дыма от пациента). При опросе он признает, что курит ежедневно 1 пачку сигарет в течение 35 лет и пробовал самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно. При обследовании ЧСС - 80 ударов в минуту, АД - 125/82 мм рт. ст., частота дыхания - 16 в минуту. Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жёстким оттенком, по всем лёгочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ - 0,89, ОФВ1 - 81% от нормы.

I. Опишите роль медицинских работников в стимулировании отказа от курения.

II. Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?

III. Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?

ЗАДАЧА 20

В приёмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно

нарасталась слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился.

При осмотре: состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°C. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет.

Анализ крови: лейкоциты - $21 \times 10^9/\text{л}$, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 16%, моноциты - 2%, СОЭ - 58 мм/час, АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: pH - 7,5; P CO₂ - 20; P O₂ - 50; BE - 10.

I. Сформулируйте предположительный диагноз.

II. Назовите критерии основного диагноза.

III. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

ЗАДАЧА 21

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 (Фервекс). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39 °С, 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 °С, 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 ударов в минуту, АД - 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отёков нет.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?

III. Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.

ЗАДАЧА 22

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β_2 -агонист (Флутиказонапропионат 100 мкг + Сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности Сальбутамол 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/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет.

Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ₁=85%.

I. Сформулируйте диагноз.

II. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

III. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.

ЗАДАЧА 23

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. 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/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлинённым 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. ОАК: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$, Hb – 168 г/л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9/л$ (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ₁=30,0% от должного, ОФВ₁/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия.

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

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

III. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.

ЗАДАЧА 24

Больной Н. 49 лет поступил с приема врача-терапевта участкового в терапевтическое отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,2 °С 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, частота дыхательных движений (ЧДД) – 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс – 100 ударов в минуту, артериальное давление (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. В гемограмме: гемоглобин – 126 г/л; лейкоциты – 12 тысяч, палочкоядерные – 11%, сегментоядерные – 46%, СОЭ – 38 мм/час. Больному был назначен Ампициллин 1000000 ЕД в/м 6 раз в сутки. На 5 день лечения состояние больного ухудшилось, температура тела повысилась до 40,1 °С, появилась обильная гнойная мокрота, выросли признаки интоксикации. На компьютерной томографии легких в нижней доле слева выявлена полость до 1,2 см в диаметре.

I. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

II. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

III. Какое лечение следует назначить данному больному?

ЗАДАЧА 25

Больной 52 лет с жалобами на систематический кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела.

Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работает наборщиком в типографии. В течение предшествующих 5 лет беспокоит хронический кашель, в последние 2 года присоединились прогрессирующая одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенёс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал Азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных

эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Перенесенные заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте, аппендэктомия в детском возрасте. Аллергоanamнез неотягощён.

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост - 178 см, вес - 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO₂ - 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс - 88 в минуту, акцент II тона над легочной артерией. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

III. Назначьте и обоснуйте лечение.

ЗАДАЧА 26

Больной 44 лет жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту, рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденной пищей. Вызванной бригадой скорой медицинской помощи диагностирован острый гастрит, введены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота. При осмотре врачом вновь вызванной скорой медицинской помощи больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст.

Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4 °С. На ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. При рентгенографии – затемнение над диафрагмой и в нижней доле слева.

I. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

II. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

III. Какое лечение следует назначить данному больному?

ЗАДАЧА 27

Больной 35 лет госпитализирован в стационар после осмотра на дому врачом-терапевтом участковым. Жалобы на мучительный сухой кашель с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, одышку, боль в левом боку при глубоком дыхании и кашле, резкую общую слабость.

Заболел 3 дня назад. Днём переохладился, вечером внезапно почувствовал озноб, общую слабость. Температура тела повысилась до 39,6 °С, ознобы не повторялись, температура оставалась на высоких цифрах, присоединился кашель, одышка и затем боль в боку при дыхании.

Объективно: состояние тяжёлое. Акроцианоз. Крылья носа раздуваются при дыхании. Гиперемия щек, больше слева, небольшой цианоз слизистых, на губах герпес. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, в верхних отделах усиление голосового дрожания. При перкуссии притупление слева в верхних отделах, здесь же определяется бронхиальное дыхание высокого тембра, шум трения плевры спереди, хрипов не слышно. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 32 в минуту. Над остальной поверхностью легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 112 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст.

I. Поставьте наиболее вероятный диагноз.

II. Какие методы исследования необходимы в данном случае?

III. Какое лечение следует назначить данному больному?

ЗАДАЧА 28

Больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне приступы стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6–8 раз в день.

Объективно: состояние тяжёлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выход удлинен, на выходе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление (АД) – 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Госпитализирована в стационар.

I. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз.

II. Какое лечение следует назначить данному больному?

III. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА 29

Больной 25 лет Петров И. И., водитель, обратился с жалобами на появление эпизодов удушья с затруднённым выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю, чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 месяцев. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-

осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела – 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост – 175 см, вес – 81 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии - ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10×9×7 см. Дизурических явлений нет.

I. Сформулируйте предварительный диагноз.

II. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.

III. Составьте план лечебных мероприятий.

ЗАДАЧА 30

Мужчина 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры до 37,6°C в течение пяти дней, кашель с желтоватой мокротой. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ. Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 19 в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается умеренное количество влажных крепитирующих хрипов в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, 82 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки прямой и боковой проекции: справа в 9-10 сегментах нижней доли определяется инфильтрация.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	ответа	содержании ответа	
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Практическая пульмонология: руководство для врачей, интернов, ординаторов, аспирантов / под ред. В.В. Салухова, М.А. Харитонов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 416 с.-Доступ из ЭБС «Консультанта врача»
2. Профессиональная хроническая обструктивная болезнь легких: монография / Ю.Ю. Горблянский, Н.В. Яковлева, Т.Е. Пиктушанская [и др.]; под ред. Ю.Ю. Горблянского. – Ростов–на-Дону: Изд-во Фонд науки и образования, 2018. – 312 с. – Доступ из ЭБ РостГМУ

Дополнительная литература

1. Пульмонология: учеб. пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / М.А. Осадчук, С.Ф. Усик, Е.А. Исламова [и др.]. – Москва: МИА, 2010. – 296 с.
2. Таютина Т.В. Амбулаторная пульмонология: учеб. пособие / Т.В. Таютина, О.А. Чижикова, А.Д. Багмет. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2011. - 102 с.
3. Справочник по пульмонологии / под ред. А.Г. Чучалина, М.М. Ильковича. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 298 с. Доступ из ЭБС «Консультанта врача»
4. Пульмонология: национальное руководство / под ред. А.Г. Чучалина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 800 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
5. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии: учеб. пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / под ред. Е.Е. Баженова [и др.]. – Москва: БИНОМ, 2010. – 359 с.
6. Клиническая интерпретация рентгенограммы легких: справочник / М. Дарби [и др.]; пер. с англ. под ред. В.Н. Трояна. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 214 с.-Доступ из ЭБС «Консультанта врача»
7. Профессиональные болезни: руководство для врачей и студентов мед. вузов / под ред. Н.А. Мухина, С.А. Бабанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 575 с.-Доступ из ЭБС «Консультанта врача»
8. Профессиональные интерстициальные заболевания легких. Диагностика и лечение: учебное пособие / Ю.Ю. Горблянский, Ходарева К.В., Федякина В. В. [и др.]; под ред. Ю.Ю. Горблянского. – Ростов–на-Дону: Изд-во Рост ГМУ, 2019. – 120 с.

9. Профессиональные аспекты новой коронавирусной инфекции COVID-19: учебное пособие / Ю.Ю. Горблянский, Е.П. Конторович, О.П. Понамарева [и др.]; под ред. Ю.Ю. Горблянского. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2021. – 147 с.

10. Медицинская реабилитация работников, перенесших COVID-19: учебное пособие / Ю.Ю. Горблянский, Т.Е. Пиктушанская, Е.П. Конторович, О.П. Понамарева; под ред. Ю.Ю. Горблянского. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2021. – 155 с.

Периодические издания

1. Аллергология и иммунология – Доступ из Elibrary.ru
2. Антибиотики и химиотерапия – Доступ из Elibrary.ru
3. Врач– Доступ из Elibrary.ru
4. Российский медицинский журнал – Доступ из Elibrary.ru

Интернет-ресурс

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacq/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html	Контент открытого доступа
6	Российское образование. Единое окно доступа : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
7	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. -	Открытый

	URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	доступ
8	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
9	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
10	Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
11	Кокрейн Россия: российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
12	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
13	Univadis from Medscape : международ. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
14	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
15	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru .	Бесплатная регистрация
16	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
17	МЕДВЕСТНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
18	PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
19	Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: https://cyberleninka.org/	Контент открытого доступа
20	Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
21	SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
22	EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access	Контент открытого доступа
23	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/	Открытый доступ
24	ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
25	Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals : журналы открытого доступа. – URL: https://www.tandfonline.com/openaccess/dove	Контент открытого доступа
26	Taylor & Francis. Open access books : книги открытого доступа. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого доступа

27	Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: https://open.thieme.com/home	Контент открытого доступа
28	Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index	Контент открытого доступа
29	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
30	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
31	Directory of Open Access Journals : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
32	Free Medical Journals . - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
33	Free Medical Books . - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
34	International Scientific Publications . – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
35	Эко-Вектор : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
36	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
37	Южно-Российский журнал терапевтической практики / РостГМУ. – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index	Открытый доступ
38	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
39	ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
40	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru	Открытый доступ
41	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/	Открытый доступ
42	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
43	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
44	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
45	Словари и энциклопедии на Академике . - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
46	Официальный интернет-портал правовой информации . - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

Ординатор должен внимательно прочитать первый теоретический вопрос билета, соотнести его с определенной темой теории и дать развернутый ответ:

- 1) содержащий определения медицинских терминов;
- 2) дать подробную характеристику, раскрывающую сущность вопроса;
- 3) описать современное видение различных аспектов данной темы;
- 4) раскрыть критерии и виды (классификацию) изучаемой темы.

2. Экзаменуемый на примере ситуационной задачи должен уметь соотнести тему первого вопроса с конкретной клинической ситуацией и:

- 1) провести анализ клинической ситуации;
- 2) дать развернутые ответы на поставленные вопросы, касающиеся клиники, диагностики или лечения больного;
- 3) при дискуссионности проблемы должен предоставить несколько точек зрения различных ученых или вправе выбрать любую, но при условии достаточной ее аргументации.

Аналогично дать ответ на второй теоретический вопрос и ситуационную задачу.

Пример.

Вопрос 1. Клиническая картина хронического обструктивного бронхита.

Ответ. Обструктивный бронхит проявляется генерализованной бронхообструкцией. Из известных 6-ти механизмов обструкции (воспалительный, с преобладанием спастического компонента, дискринии, гиперпластических изменений, с преобладанием дискинетических нарушений и эмфизематозный) воспалительные изменения бронхиального дерева (гипертрофия слизистой, отек, скопление в бронхах патологического содержимого и органические изменения вторичного характера) являются одними из ведущих.

В начале заболевания основным проявлением хронического обструктивного бронхита является кашель, усиливающийся в холодное и сырое время года. Возникает задолго до присоединения других симптомов заболевания. Он может возникать только по утрам, а может беспокоить весь день и даже ночью, вызывая боль в мышцах груди и живота. Важным симптомом хронического обструктивного бронхита является одышка при физической нагрузке, медленно прогрессирующая и усиливающаяся при обострениях заболевания. Наибольшая выраженность одышки отмечается в утренние часы, после откашливания мокроты она уменьшается. Вне обострения кроме одышки, при хронической бронхиальной обструкции больной отмечает надсадный малопродуктивный кашель, признаки повышенной реактивности дыхательных путей в виде бронхоспастических реакций, возникающих при действии различных неспецифических раздражителей (холодный воздух, ирританты). Обострения хронического обструктивного бронхита характеризуются как «вялые» они протекают с нормальной или субфебрильной температурой, усилением кашля и увеличением гноя в мокроте, астенизацией больных. Во время обострения большинство больных отмечают изменение количества мокроты. Из слизистой она становится слизисто-гноющей или гноющей.

В дальнейшем прогрессируют симптомы дыхательной недостаточности, формируется так называемое легочное сердце.

Развернутой картине обструктивного ХБ свойственны стойкость и малая обратимость обструкции, что отличает его от БА. Но при динамическом наблюдении на фоне активизации воспалительного процесса и усиления астматического синдрома можно выявить нарастание обструктивных нарушений. С другой стороны, под влиянием успешного лечения наблюдается уменьшение обструкции бронхов (например, использование противовоспалительных препаратов при активизации воспаления в бронхах).

Задача 1. Больной Н., 58 лет поступил в стационар с жалобами на сильную одышку смешанного характера, возникающую при незначительной физической нагрузке, кашель с желтой вязкой мокротой до 150 мл/сутки, сердцебиение, слабость, потливость.

Анамнез заболевания: в течение 15 лет беспокоит кашель со скудной слизистой мокротой, в основном по утрам, к врачу по этому поводу не обращался. Последние 7 лет появилась одышка при ходьбе на расстояние около 500 метров на выдохе, в холодное время ощущает затруднение выдоха и «свисты» в груди. Самостоятельно принимает Эуфиллин внутрь.

Ухудшение состояния 5 дней назад, когда после ОРВИ резко усилилась одышка, ночь спал сидя, увеличилось количество мокроты.

Работает водителем. Курит. Индекс курения - 120 пачко/лет. Алкоголь употребляет 2 раза в месяц понемногу. Аллергологический и гемотрансфузионный анамнез не отягощен.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа влажная, цианоз губ и кончика носа. Температура - 36,7°C. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отеки на голених до средней трети. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в дыхании. ЧД - 28 в минуту. Перкуторный звук мозаичный. При аускультации по всем легочным полям масса сухих хрипов. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на легочном стволе - акцент 2 тона. АД - 130/70 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 177 г/л; лейкоциты - $10,6 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%; базофилы - 0%; палочкоядерные нейтрофилы - 5%; сегментоядерные нейтрофилы - 70%; лимфоциты - 20%; моноциты - 5%. СОЭ - 22 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: очаговые и инфильтративные изменения не определяются. Легочный рисунок деформирован. Корни расширены, бесструктурны. Диафрагма расположена обычно, синусы свободны. Выбухает ствол легочной артерии.

Спирограмма: индекс Тиффно – 65%; ОФВ1 после БДТ - 29%. КЩС: рО₂ - 46 мм рт. ст., SaO₂ - 78%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Лечебные мероприятия, которые вы бы рекомендовали в качестве неотложной помощи и в качестве базисной терапии для лечения ХОБЛ. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии пациент бросил курить, отметил уменьшение одышки, купированы отеки. При осмотре гепатомегалия не определяется. ЧД – 24 в минуту. В легких при аускультации единичные сухие хрипы. ОФВ1 - 32% от должной величины, индекс Тиффно - 64%. Пиковая скорость выдоха – 35% от должной величины. КЩС - рО₂, 70 мм

рт. ст., SaO₂ – 90. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Эталон ответа

1. ХОБЛ, крайне тяжелой степени тяжести, обострение. ДН 2.

ИПЛ - 120 пачко-лет.

ХЛС, декомпенсация. ХСН 2Б, ФКЗ. Легочная гипертензия. Вторичный эритроцитоз.

2. Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании фактора риска – курение 120 пачко/лет, снижения индекса Тиффно - менее 70%, стойкого снижения после бронходилатационного теста ОФВ₁ (объема форсированного выдоха за первую секунду) - менее 80% от должной величины. Обострение – на основании усиления одышки, лейкоцитоза в общем анализе крови и ускорения СОЭ.

Крайне тяжелая степень установлена на основании ДН в покое, признаков НК в покое и показателя ОФВ₁ - 29%.

ДН 2 на основании - тахипное, показателей КЩС - PO₂ - 46 мм рт. ст., SaO₂ - 78%

ХЛС - установлен на основании увеличения размеров сердца вправо при осмотре. ХСН - на основании отеков на нижних конечностях, гепатомегалии, сердцебиения, слабости, недомогания, одышки смешанного характера. Легочная гипертензия установлена на основании акцента 2 тона при осмотре на легочной артерии, рентгенологически выбухания ствола легочной артерии.

Вторичный эритроцитоза установлен на основании – повышения уровня гемоглобина и эритроцитов выше нормы.

3. Рекомендовано: общий анализ мокроты для уточнения характера воспаления, посев мокроты для выявления возбудителя, вызвавшего обострение.

ЭХОКГ для уточнения гипертрофии правых отделов сердца и уровня давления в легочной артерии. ЭКГ - для уточнения нарушений ритма на фоне ХЛС.

4. Для неотложной помощи – оксигенотерапия, так как имеется выраженная гипоксия. Для купирования бронхообструктивного синдрома - небулайзеротерапия с Беродуалом (1,0 мл) и Будесонидом 0,5% (2 мл) 3-4 раза в сутки. С целью купирования обострения ХОБЛ, вызванного как правило микробной микрофлорой, рекомендовано назначение антибиотиков. С учетом наиболее частых возбудителей и неотягощенного аллергологического анамнеза – Амоксиклав 1,2 в/в 3 раза в сутки. Отхаркивающие препараты. Дезагрегантная терапия, учитывая эритроцитоз

– Гепарин 5000×4 раза подкожно в живот. Для уменьшения признаков ХСН
– мочегонные препараты – Диурвер 10 мг. В качестве базисной терапии
рекомендовано отказ от курения и назначение М-холинолитика продленного
действия Тиотропия бромид (спирива) 18 мкг утром или Спирива-респимат
5 мкг утром. Поскольку ХОБЛ крайне тяжелого течения рекомендовано
назначение комбинированного препарата серетид – Мультидиск (бета-2
агонист продленного действия Сальметерол 50 мкг в сочетании с
ингаляционным глюкокортикостероидом флутиказона пропионатом 500
мкг) 2 раза в сутки. Домашняя кислородотерапия.

5. Продолжить амбулаторно малопоточную кислородотерапию по 16 часов в
сутки, продолжить прием базисной терапии М-холинолитик продленного
действия Тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг утром или Спирива-респимат
5 мкг утром. Поскольку ХОБЛ крайне тяжелого течения рекомендовано
назначение комбинированного препарата серетид – Мультидиск (бета-
агонист продленного действия Сальметерол 50 мкг в сочетании с иГКС
флутиказона пропионат 500 мкг) 2 раза в сутки. Бета-2 агонист короткого
действия по потребности. Вакцинация Пневмо-23 и антигемофильной
вакциной, ежегодная противогриппозная вакцинация.

Продолжить динамическое наблюдение через 6 месяцев. Контроль
спирометрии через 6 месяцев.

МАКЕТ БИЛЕТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственный экзамен
по образовательной программе высшего образования -
программе ординатуры 31.08.45 Пульмонология.
Год начала подготовки – 2021**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

Утверждено
На заседании кафедры профпатологии от
21.03.2023, протокол № 4

Номер задания	Содержание задания
1.	<p>1. Определение, классификация интерстициальных заболеваний легких</p> <p>2. Пациент А. 45 лет, инженер, предъявляет жалобы на озноб, повышение температуры тела до 39 °С, одышку инспираторного характера при обычной физической нагрузке, сухой кашель, боль при глубоком дыхании и кашле справа в подлопаточной области, общую слабость, утомляемость, потливость в ночное время. Заболел остро три дня назад после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты с незначительным эффектом. Обратился к участковому врачу-терапевту, направлен в приёмный покой стационара по месту жительства. В анамнезе: работает 15 лет инженером на машиностроительном заводе. Не курит. Ранее у врача не наблюдался.</p> <p>Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 175 см, вес - 72 кг. Окружность талии - 100. Периферических отёков нет.</p>

	<p>Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура 39 °С. Грудная клетка нормостеническая. При глубоком дыхании некоторое отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД - 24 в минуту. Справа по лопаточной линии отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации справа ниже угла лопатки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову - 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.</p> <p>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.</p> <p>На обзорной рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях: справа в нижней и средней доле затемнение в виде инфильтрата.</p> <p>I. Предположите наиболее вероятный диагноз. II. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. III. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</p>
2.	<p>1. Клиническая картина хронической обструктивной болезни легких</p> <p>2. Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8°С.</p> <p>Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения.</p>

Обратился в приёмный покой городской больницы.

Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет.

По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$, Нв -165 г/л, Нt - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет. По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%. ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

I. Предположите наиболее вероятный диагноз.

II. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

III. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.

Руководитель ООП, д.м.н., проф.

Горблянский Ю.Ю.