

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.45 «ПУЛЬМОНОЛОГИЯ»

Ситуационная задача 1

Пациентка 40 лет поступила по «скорой помощи» с жалобами на удушье, приступообразный сухой кашель. В течение 10 лет наблюдается отоларингологом по поводу полипозного риносинусита. Неоднократно проводили полипэктомию. В связи с головной болью приняла таблетку метамизола натрия (анальгин), после чего развился приступ удушья.

При осмотре: пациентка возбуждена, на вопросы отвечает отдельными словами, положение вынужденное. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 130 в 1 мин, АД 160/90 мм рт.ст. Дыхание ослабленное везикулярное, сухие свистящие хрипы, ЧДД 35 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. При пульсоксиметрии SatO₂ 88%.

Вопрос:

1. Ваш диагноз? С чем связано ухудшение состояния больной?
2. Ваша тактика ведения больной:
 1. Ингаляция кислорода до достижения SatO₂ ≥ 90%
 2. Ингаляция β₂-агониста быстрого действия или ингаляционного β₂-агониста в сочетании с ингаляционным антихолинэргическим препаратом короткого действия
 3. Системные глюкокортикостероиды
 4. Седативная терапия
 5. Все ответы правильные.

Ситуационная задача 2

Пациент Д., 38 лет, работает грузчиком, пожаловался на внезапно возникшую одышку во время еды (ел мясо с косточкой). Постепенно одышка уменьшилась и от обращения к врачу воздержался, т.к. думал, что все пройдет. Однако в последующее время ночами стал беспокоить кашель со скудной мокротой, иногда приступы удушья, которые купировались после ингаляций Беротека (который порекомендовал ему знакомый). Так продолжалось около 2 недель, когда все-таки после одного из приступов удушья больной пошел в поликлинику. При осмотре врачом было обращено внимание, что у пациента имеется осиплость голоса, значительно удлинен выдох, а при аускультации в передне-боковой проекции справа имеется значительное ослабление дыхания. В этой же зоне определялось укорочение перкуторного звука. Было сделано рентгенологическое исследование легких (крупнокадровая флюорограмма), при котором выявленная зона повышенной плотности легочной ткани в виде треугольной тени, верхушкой, направленной к корню правого легкого. Анатомически это затемнение соответствовало средней доле правого легкого с уменьшением ее объема. С диагнозом: «среднедолевая пневмония» больной госпитализирован.

При поступлении состояние больного удовлетворительное, одышки в покое нет. Температура тела 36,8°C. Гиперстеник, крепкого телосложения. Кожные покровы с небольшим цианотическим оттенком, небольшая одутловатость лица. Грудная клетка активно участвует в акте дыхания. Физикальные данные в легких такие же, как оценены врачом поликлиники. Гемодинамически стабилен: тоны сердца приглушены, ритм

правильный, ЧСС = 80 уд/мин. Со стороны других органов – без видимых патологических изменений.

При рентгеноскопии легких тень средостения ниже бифуркации трахеи несколько смещена вправо. Движение определяемой треугольной тени средней доли правого легкого не синхронизировано с актом дыхания, поскольку отмечается ее парадоксальное смещение по отношению к диафрагме (симптом Гольцкнехта-Якобсона), а тень среднедолевого бронха обрывалась в точке анатомического сужения в виде «культи». Было рекомендовано сделать больному бронхоскопию.

Общий анализ крови и мочи – без патологических изменений.

Больному произведена бронхоскопия, при которой из устья среднедолевого бронха был извлечен фрагмент плоской кости размером 1,8 x 2,3 см, который полностью закупоривал просвет бронха.

Вопрос:

1. Укажите наиболее характерные признаки ателектаза средней доли.
2. Правильно ли было решение об ингалировании β_2 -агониста короткого действия в данном случае?
3. Как называют изменения в средней доле с ее уплотнением и нарушением вентиляции?

Ситуационная задача 3

Пациентка Б., 27 лет, студентка университета легкой промышленности, поступила в клинику с жалобами на кашель с обильным выделением мокроты гнойного характера (до 700 мл/сутки), иногда в мокроте прожилки крови, одышку при физической нагрузке, повышение температуры к вечеру до 37,5-38°C, ночные «проливные» поты, слабость, снижение массы тела (рост 165 см, вес 41 кг) при сохраненном и даже повышенном аппетите. Считает себя больной с детства, когда часто болела простудными заболеваниями, бронхитом и неоднократно были пневмонии в правом легком. В детстве была оперирована по поводу пластики «заячьей губы». Состояние ухудшилось после работы в помещении со сквозняком.

При обследовании: состояние ближе к удовлетворительному, пониженного питания. Кожные покровы бледные, имеются бурые пигментации кожи на груди, животе, пояснице. Тургор кожи снижен, небольшой акроцианоз, пастозность нижних конечностей. Имеется симптом «барабанных пальцев» и ногти в виде «часовых стекол». Из рта неприятный гнилостный запах. Щитовидная железа пальпируется в пределах нормальных параметров. Периферические лимфоузлы не увеличены. Число дыханий 24 в 1 мин. Грудная клетка с воронковидной деформацией, втянутость межреберных промежутков. Молочные железы выражены слабо. При перкуссии легких имеется укорочение перкуторного тона справа по передне-боковой поверхности книзу от 4 межреберья. Слева перкуторный тон с коробочным оттенком. Аускультативно – дыхание с жестким компонентом как в правом, так и в левом легком, в нижних отделах справа выслушиваются влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы. Границы относительной перкуторной тупости сердца несколько смещены вправо – проекция правой границы сердца на 1,0 см смещена кнаружи от правой парастернальной линии, левая граница в пределах нормы. Тоны сердца достаточной звучности, тахикардия, систолический шум на верхушке, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС=112 уд/мин, АД 90/50 мм рт. ст. Язык влажный, обложен грязно-желтоватым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезнен во всех отделах. Печень у реберного края, безболезненная.

Пальпируется нижний полюс селезенки в левом подреберье, поверхность его уплотнена. Диспепсических и дизурических явлений нет.

Анализ крови общий: Эритроциты - $3,25 \cdot 10^{12}/л$, Гемоглобин - 106 г/л,

Цветовой показатель - 0,72, Лейкоциты – $9,8 \cdot 10^9/л$, Базофилы 1 %, Эозинофилы 3%, Палочкоядерные нейтрофилы 6%, Сегментоядерные нейтрофилы 73%,

Лимфоциты 12%, Моноциты 5%, СОЭ - 44 мм в час.

На ЭКГ: Синусовая тахикардия, отклонение ЭОС сердца вправо, изменения в правом предсердии по типу «P – pulmonale», признаки гипертрофии правого желудочка (SI - QIII; высокоамплитудные зубцы R в V1-V2 и углубленные зубцы S в V5-V6). Неполная блокада правой ветви п.Гиса.

Бронхоскопия: бронхоскопическая картина атрофического эндобронхита, атония бронхов. Из устья среднедолевого бронха и бронхов базальной пирамиды справа выделяется большое количество гнойного, вязкого секрета. Взяты бронхосмывы. Произведена санация бронхов 1% р-ром Диоксидина.

Рентгенография и КТ органов грудной клетки. Легочные поля левого легкого и в/доли правого легкого повышенной прозрачности. В проекциях средней доли и сегментов базальной пирамиды определяется усиление и грубая деформация бронхосудистого рисунка по петлистое-ячеистому типу, местами признаки перибронхиальной инфильтрации. Слева – менее выраженное усиление бронхосудистого рисунка в базальных сегментах. Корни расширены, справа мало структурны. Имеются увеличенные бронхопульмональные лимфоузлы в корне правого легкого. Тень сердца вытянута в продольном направлении по типу «капельного». Выбухает 2-я дуга по левому контуру сердца, правая граница смещена к латеральной части за пределы грудино-реберных сочленений. КТ – картина множественных бронхоэктазов и полостных образований размерами от 1,0 до 4,5 см в диаметре преимущественно в бронхах средней доли и бронхах 7,8 и 9 сегментов н/доли правого легкого.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства – Паренхима и размеры печени и поджелудочной железы без патологических изменений. Желчный пузырь – без особенностей. Признаков портальной гипертензии нет. Селезенка увеличена в размерах (98 мм х 76 мм), нижние отделы селезенки с бесструктурной паренхимой. При исследовании надпочечников отмечается их уменьшение в размерах, а паренхима правого надпочечника также бесструктурна. Отмечается дистопия почек в малый таз, смазанность структуры паренхимы правой почки.

Биохимия крови: Общий белок – 44 г/л, Мочевина – 18,8 ммоль/л,

Креатинин – 126 мкмоль/л, Фибриноген – 4,4 г/л, С-реактивный белок - ++, ЛДГ общ – 370 ед/л, ЛДГ 1 - 155 ед/л, АсАТ – 39 ед/л, АлАТ – 36 ед/л, Билирубин общ. – 19,2 мкмоль/л, Билирубин связан. – 4,8 мкмоль/л, ГГТП – 48 ед/л, Альфа-амилаза – 37,7 ед/л.

Анализ крови на RW, ВИЧ, HBs Ag, HCV – отрицательные.

Вопрос:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите основные проявления хронической гнойной интоксикации.
3. Какое осложнение имеется у больной?

Ситуационная задача 4

Больной Р., 30 лет, менеджер рекламной компании, доставлен в клинику из аэропорта машиной «скорой помощи» в тяжелом состоянии. 10 дней находился в заграникомандировке

(Индия, Бомбей). Большую часть времени проводил в офисе и в отеле, где постоянно работали кондиционеры. Много курил (до 2-х пачек сигарет в сутки), часто употреблял спиртные напитки (банкеты, деловые встречи). За 2 дня до прилета в Москву заболел остро, когда почувствовал недомогание, озноб, головную боль и боли в мышцах. Появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки и в правом подреберье. Была сильная потливость, температура 40,5°C. Несколько раз была рвота пищей, а затем желчью. Сопровождавшие его коллеги давали аспирин, панадол, аугментин, но состояние не улучшалось. Авиарейсом доставлен в Москву. Раньше болел редко, вел активный образ жизни, служил в ВДВ.

При поступлении: состояние тяжелое, сонлив, заторможен, раздражителен при попытке контакта. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы влажные, горячие на ощупь, акроцианоз, бледность носогубного треугольника, на губах герпетические высыпания. Температура тела 40,2°C. ЧД = 36 в мин. Постоянно покашливает. Грудная клетка правильной формы. Правая ее половина отстаёт в акте дыхания. При сильном кашле отходит кровянистая мокрота. При перкуссии легких отмечается значительное снижение громкости перкуторного тона справа на всем протяжении от ключицы до 6 межреберья спереди и от верхнего края лопатки до 9 межреберья. Дыхание справа значительно ослаблено, с бронхиальным компонентом, местами выслушивается шум трения плевры, а также крепитации, преимущественно в задне-нижне-боковых отделах. Слева – дыхание везикулярное, с жестковатым оттенком. Тоны сердца значительно приглушены, тахикардия до 120 уд/мин., негрубый систолический шум на верхушке, акцент 2-го тона на легочной артерии. Единичные перебои (экстрасистолы). Пульс нитевидный, частый. АД 80/40 мм рт.ст. Язык сухой, красный, спинка его покрыта желто-серым налетом. Живот несколько вздут. Пальпация живота безболезненна. Пальпируется увеличенная печень, выходящая из-под реберной дуги на 3 см. Селезенка не увеличена. Стула не было 2 дня. За последние сутки выделил всего около 200 мл мочи. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии.

Анализ крови общий: эритроциты – $3,85 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 116 г/л; гематокрит - 59,5%; тромбоциты – $130 \times 10^9/л$; лейкоциты – $25,6 \times 10^9/л$ миелоциты- 4%; палочкоядерные нейтрофилы - 26%; сегментоядерные нейтрофилы - 56%; лимфоциты -

Рентгенография органов грудной клетки – В правом легком имеются очагово-сливные инфильтративные тени с преимущественным поражением 3-го сегмента в/доли, и субтотально сегментов средней и нижней доли с двумя очагами распада в обл. 6, 5 и 10 – го сегментов н/доли. Корни не структурны, расширены. В плевральном синусе справа – небольшое количество жидкости. Левое легкое с прикорневой реакцией бронхо-сосудистого рисунка, без очаговых инфильтративных теней. Сердце и аорта в пределах возрастной нормы.

Биохимия крови: мочевины – 18,8 ммоль/л; креатинин – 126 мкмоль/л; общ. белок – 54 г/л; фибриноген – 9,4 г/л; С-реактивн. белок - ++++; ЛДГ общ – 1870 ед/л; ЛДГ1 - 205 ед/л; АсАТ – 89 ед/л; АлАТ – 56 ед/л; билирубин общ. – 33,2 мкмоль/л; билирубин связан. – 6,8 мкмоль/л; ГГТП – 62 ед/л; альфа-амилаза – 47,7 ед/л.

Анализ крови на RW, ВИЧ, HBs Ag, HCV – отрицательные.

Анализ на малярийный плазмодий («толстая капля») – отрицательный.

Анализ мокроты: кровянистая, слизисто-гнойная, эритроциты покрывают все поле зрения. ВК и атипических клеток не обнаружено. Плевральная пункция: получено около 100 мл густого экссудата буроватого цвета с обильным содержанием фибрина.

Вопрос:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Предполагаемый возбудитель.
3. Назначьте терапию

Ситуационная задача 5

Пациент 54 лет, обратился к врачу с жалобами на мучительный кашель с отделением зеленоватой мокроты, одышку смешанного характера, возникающую при ходьбе на расстояние 200-300м в спокойном темпе.

Данные анамнеза. Кашель в течение 10 лет, последние 2 года - одышка прогрессирующего характера. В течение недели после переохлаждения отмечает усиление кашля, появление зеленой мокроты, отеков стоп, голеней.

Курит 35 лет по 1,5 пачки в день. Страдает ИБС, стенокардией напряжения, ФК II. Получает метопролол 50мг в день, нитраты ситуационно.

Данные объективного обследования. ПСВ - 230л/мин. SaO₂ - 86%. ЧДД - 22. Температура 36,80С. Кожные покровы: цианоз носогубного треугольника, чистые, нормальной эластичности. Набухание вен в области шеи. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно коробочный звук над задними отделами грудной клетки. При аускультации дыхание жесткое, единичные сухие низкотембровые хрипы, изменяющиеся при покашливании. При маневре форсированного выдоха сухие свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС - 64 уд/мин. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 12*10*8см. Отеки стоп, нижних третей голеней.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Эр - 6,1*10¹²/л, Л- 11*10⁹/л, Э - 0, П - 6, С - 68, ЛФ - 22, М - 4, СОЭ - 24мм/ч. Общий анализ мокроты: зеленого цвета, слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты 30-40 в п/зр, эритроциты ед. в п/зр. Лейкограмма: нейтрофилы 95%, лимфоциты 5%; ВК- отр.

Данные инструментальных методов исследования: Рентгенография ОГК: усиление и деформация легочного рисунка, разрежение в базальных отделах, уплощение купола диафрагмы, расширение тени сердца вправо. ФВД с бронхолитиком:

Показатель

До бронхолитика	После бронхолитика
FVC (ФЖЕЛ) 3,04 л (72% от должного)	3,23 л (76,5%)
FEV1 (ОФВ1) 1,98 л (44% от должного)	2,10 л (49,8%)
FEV1/ FVC 65%	67%
MMEF25-75%	
(СОС 25-75%)	14% 17%

Вопрос:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите ведущие критерии заболевания.
3. Предложите дополнительные исследования для верификации диагноза.
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 6

Больная Л., 47 лет, обратилась за помощью к пульмонологу с жалобами на выраженную одышку при минимальных физических нагрузках (IV балла по шкале mMRC), эпизоды сердцебиений, головокружения, отеки голеней и стоп.

Больная по профессии бухгалтер, профессиональные вредности отрицает, никогда не курила, не употребляла алкоголь и наркотики. Из перенесенных заболеваний известно только о ежегодных эпизодах острых респираторных заболеваний.

Из анамнеза известно, что впервые одышка при физических нагрузках появилась около 2-х лет назад. После многократных консультаций у различных врачей-специалистов выставлялись диагнозы: нейроциркуляторная астения, бронхиальная астма, хронический бронхит, миокардит, назначались различные препараты, включая бронхолитики, ингаляционные стероиды, бета-блокаторы, антидепрессанты. Ни один из видов терапии не приводил к уменьшению симптомов, одышка постепенно прогрессировала. Около 1 года назад после проведения тщательного ЭХО-КГ исследования была заподозрена легочная гипертензия (Систолическое давление в легочной артерии около 75 мм рт. ст.)

При осмотре: пациентка в ясном сознании, индекс массы тела 25 кг/м², умеренные отеки стоп и голеней. Границы легких перкуторно не изменены, при аускультации по всей поверхности выслушивалось жесткое дыхание, хрипов не было, частота дыхания 20/мин. Насыщение артериальной крови кислородом по данным пульс-оксиметрии (SpO₂) в покое 95%. Границы сердца расширены, выслушивался систолический шум над трикуспидальным клапаном и акцент 2-го тона над легочной артерией, пульс 110/мин, АД 110/70 мм рт.ст.

Исследование функции внешнего: скоростные и объемные показатели в пределах нормы, диффузионная способность легких (52% от должных величин). Газовый состав артериальной крови (днем, дыхание атмосферным воздухом): PaO₂ 75 мм рт.ст., PaCO₂ 36 мм рт.ст., pH 7.45, HCO₃ 23 ммоль/л, SaO₂ 96%. По данным лабораторных анализов - гемоглобин крови (158 г/л).

ЭХО-КГ- дилатация правого предсердия (ПП) и правого желудочка (ПЖ) и снижение ударного объема (УО). По данным теста с 6-минутной ходьбой (6-MX) - (дистанция 234 м и SpO₂ до 88%).

Вопрос:

1. О каком диагнозе можно думать?
2. Какие еще исследования необходимо провести для верификации диагноза?
3. Известные Вам группы лекарственной терапии при данной патологии?

Ситуационная задача 7

Пациент, 26 лет, был ужален пчелой в область предплечья. Через 15 минут после ужаления возникли генерализованная крапивница, ангиоотек в области лица, сдавление в груди. Через 20 минут после ужаления – диспноэ, потеря сознания

Вопрос:

1. Какой степени тяжести системная реакция развилась у данного пациента?
 - А. I степени
 - Б. II степени
 - В. III степени
 - Г. IV степени
 - Д. I степени - II степени
2. Последовательность действий при оказании первой помощи пациенту:

- А. Наложить жгут на 25 минут на конечность выше места ужаления
 - Б. Обколоть место ужаления 0,1% раствором адреналина, разведенного 1:10 физиологическим раствором
 - В. Катетеризировать центральную вену
 - Г. Ввести 0,1% раствор адреналина в объеме 0,3–0,5 мл внутримышечно в передне-латеральную поверхность бедра
 - Д. Уложить больного на кушетку и опустить головной конец. Повернуть голову пациента на бок, зафиксировать язык.
3. Пациент, перенесший анафилактический шок, подлежит госпитализации в реанимационное отделение, где ему следует проводить следующие лечебные мероприятия:
- А. Инфузионная терапия преднизолоном 1–2 мг/кг каждые 6 ч
 - Б. Инфузионная терапия физиологическим раствором, из расчета 5–10 мл/кг веса пациента
 - В. Вводятся антигистаминные препараты внутривенно.
 - Г. При резистентной гипотонии назначить допамин (400 мг в 500 мл физиологического раствора) под контролем артериального давления (> 90 мм рт. ст.)
 - Д. Инфузионная терапия преднизолоном 2-3 мг/кг каждые 3 часа
4. Через 2 дня из реанимационного отделения больного переводят в аллергологическое отделение, где ему следует проводить следующие лечебные мероприятия:
- А. Продолжить гормональную терапию преднизолоном перорально в дозе 10–15 мг в течение 10 дней;
 - Б. Назначить антигистаминные препараты II поколения
 - В. Проводить контроль за функцией почек, печени, сердца,
 - Г. ЭКГ-контроль
 - Д. Консультация невропатолога
5. Пациенту для дальнейших случаев предотвращения анафилаксии следует рекомендовать:
- А. Иметь набор для оказания неотложной помощи
 - Б. Иметь индивидуальный план действий при развитии анафилаксии
 - В. Иметь предписание по использованию адреналина
 - Г. Иметь инструкции по исключению аллергена
 - Д. Иметь инструкции по распознаванию симптомов анафилаксии

Ситуационная задача 8

Больная К., 51 год, поступила в пульмонологическое отделение с жалобами на одышку при физической нагрузке, малопродуктивный кашель, усиливающийся на высоте вдоха, легкую слабость, утомляемость, периодические головные боли, снижение аппетита.

Из анамнеза: В течение последних 9-ти лет в доме живет волнистый попугай, с которым больная постоянно контактирует (уборка, кормление). Считает себя больной в течение пяти лет, когда появился сухой кашель. Спустя год после появления сухого кашля отмечает появление одышки при физической нагрузке. Периодически заболевание обострялось усилением малопродуктивного кашля, одышки, слабости, повышением температуры тела, лечилась амбулаторно или стационарно по поводу пневмонии или обострения хронического бронхита. На рентгенограммах были выявлены диффузные

изменения, в связи с чем неоднократно обследовалась на наличие туберкулеза, диагноз не подтверждался.

Анамнез жизни: живет в собственной квартире. В течение последних 9-ти лет в доме живет волнистый попугай, с которым больная постоянно контактирует (уборка, кормление). Профессиональные вредности отрицает (работает бухгалтером)

При поступлении состояние больной относительно удовлетворительное. Астенична. Кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые, чистые. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти – «часовых стекол». Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка обычной формы, симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. При перкуссии – легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации – по всем легочным полям дыхание с жестким оттенком, звучная крепитация, особенно спереди и сухие хрипы, усиливающиеся на высоте вдоха. ЧД – 22 в 1 мин.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз:
 - А. Идиопатический фиброзирующий альвеолит
 - Б. Саркоидоз Бека
 - В. Острая форма экзогенного аллергического альвеолита
 - Г. Подострая форма экзогенного аллергического альвеолита
 - Д. Хроническая форма экзогенного аллергического альвеолита
2. Следует провести дифференциальный диагноз с:
 - А. Бронхиальной астмой
 - Б. Идиопатическим фиброзирующим альвеолитом
 - В. Хронической обструктивной болезнью легких
 - Г. Пневмонией
 - Д. Туберкулезом легких
3. Прогноз для жизни и труда у данной пациентки:
 - А. Для жизни – хороший, для труда – хороший
 - Б. Для жизни – хороший, для труда – плохой
 - В. Для жизни – сомнительный, для труда – сомнительный
 - Г. Для жизни – сомнительный, для труда – плохой
 - Д. Для жизни – плохой, для труда – хороший
4. Для подтверждения диагноза необходимо провести дополнительные обследования:
 - А. Определить уровень иммуноглобулинов
 - Б. Бодиплетизмографию с определением диффузионной способности легких
 - В. Провести компьютерную томографию
 - Г. Бронхоскопию с исследованием лаважной жидкости
 - Д. Видеосопровождаемую биопсию легких
5. Лечебные мероприятия, показанные данной пациентке:
 - А. Элиминация аллергена
 - Б. Назначение глюкокортикостероидов
 - В. Назначение D-пенициламина (купренил)
 - Г. Плазмаферез
 - Д. Назначение Цитостатиков

Ситуационная задача 9

Больной 29 лет страдает аллергическим конъюнктивитом, пищевой аллергией к орехам (фундук). Сопутствующее аллергическое заболевание – аллергический ринит. В настоящее время аллергический ринит и конъюнктивит в фазе ремиссии. При специфическом аллергологическом обследовании выявлена сенсibilизация к домашней пыли, клещу дерматофагоиду птеронисимус, шерсти кошки (дома живет кошка), перхоти лошади, пыльце деревьев.

Вопрос:

1. Тактика лечения пациента должна включать:
 - А. Элиминацию аллергена
 - Б. Образование пациента
 - В. Фармакотерапию
 - Г. Аллергенспецифическую иммунотерапию
 - Д. Гипоаллергенную диету
2. Аллергенспецифическую иммунотерапию следует провести с:
 - А. Бытовыми аллергенами
 - Б. Пыльцевыми и пищевыми аллергенами
 - В. Пыльцевыми и эпидермальными аллергенами
 - Г. Пыльцевыми аллергенами
 - Д. Пищевыми аллергенами

Ситуационная задача 10

Женщина, 68 лет, пенсионерка. Заболела остро два дня назад, когда после подъема тяжести внезапно почувствовала давящие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, с иррадиацией под левую лопатку, одышку в покое, небольшой сухой кашель. Это сопровождалось выраженной потливостью и побледнением кожных покровов. Был вызван врач на дом, больную госпитализировали. Из анамнеза: Приступов стенокардии никогда не было. Артериальное давление не повышалось.

При поступлении продолжает жаловаться на одышку в покое, давящие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании.

Объективно: Состояние средней тяжести, вынужденное - ортопноэ, не может лежать. Кожные покровы с цианотичным оттенком, небольшой цианоз губ. Левая половина шеи и надключичная ямка слегка выбухает, кожа над ней напряжена. При пальпации этой зоны ощущается крепитация. ЧД 24 в мин. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, более выраженным слева. Дыхание везикулярное, слева в подмышечной области дыхание значительно ослаблено. Пульс 68 в мин, аритмичный. АД 130/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости не расширены. При аускультации первый тон на верхушке приглушен. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. На ногах отеков нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции - определяется коллапсирование нижней доли левого легкого, воздух в нижних отделах левой плевральной полости, органы средостения несколько смещены вправо.

Анализ крови: Эритроциты - 4,5 млн; Гемоглобин - 140 г/л; Тромбоциты - 350 тыс; Лейкоциты - 7,3 тыс, эозинофилы - 1%; палочкоядерные нейтрофилы - 6%; сегментоядерные нейтрофилы - 67%; лимфоциты - 20%; моноциты - 6%; СОЭ - 18 мм/час. Общий белок – 72

г/л; ЛДГ – 255 Ед/л; КФК – 165 Ед/л; КФК МБ – 22 Ед/л; фибриноген – 3,7 г/л; глюкоза – 5,4 ммоль/л.

ЭКГ: синусовая тахикардия, перегрузка правого предсердия, S-тип ЭКГ.

Вопрос:

Какие диагностические синдромы у больной? С чем связано ухудшение состояния? Ваша тактика ведения.

Ситуационная задача 11

Мужчина 67 лет, наблюдается в ЛПУ с диагнозом: ХОБЛ, тяжелая степень тяжести (GOLD 3), смешанный вариант течения (бронхитический + эмфизематозный фенотип), невыраженные симптомы, высокий риск обострения. Хроническая ДН 3 степени. Диффузный пневмосклероз. Хроническое легочное сердце, стадия декомпенсации. ХСН IIa стадия (ПФК NYHA). ИБС, стенокардия напряжения II ФК, нарушение ритма – предсердные и желудочковые экстрасистолы, гиперлипидемия, дегенеративные изменения аортального клапана. Гипертоническая болезнь III стадии, АГ 3 степени, риск 4. Ожирение 2 степени. Нарушение толерантности к глюкозе. Постоянно принимает фиксированные комбинации ДДБА/ИГКС и ДАХП, ингибиторы АПФ, верапамил, диуретики, статины, нитраты, метформин в минимальной суточной дозе. Симпатомиметики короткого действия использует по потребности. Ежегодно проводится вакцинопрофилактика гриппа. Больному рекомендована немедикаментозная терапия: диетотерапия, ЛФК, дыхательная гимнастика. Настоящее обращение пациента в поликлинику связано с ухудшением его самочувствия после перенесенной ОРВИ. Беспокоит выраженная слабость, недомогание, быстрое утомление при выполнении привычной ежедневной работы по дому и постоянное желание отдохнуть, головная боль, сонливость, эпизоды повышения АД (максимально до 190/100 мм рт.ст.), сердцебиение, перебои в работе сердца, учащение приступов боли за грудиной сжимающего и давящего характера с иррадиацией в левое плечо при физической и эмоциональной нагрузке, купирующиеся приемом нитроглицерина, потливость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 37,7 гр.С, боль в правой половине грудной клетки, усиливающаяся при глубоком дыхании, кашле, движениях, чувство «тяжести» в груди, нарастание одышки (смешанного характера при незначительной физической нагрузке и в покое) и интенсивности кашля (кашель приступообразный малопродуктивный с отделением слизисто-гнойной вязкой мокроты), появление отеков голеней и стоп, повышение потребности в препаратах «скорой помощи».

В анамнезе: частые ОРВИ, неоднократные пневмонии. Курит 50 лет, 20 сигарет в сутки. Алкоголь употребляет редко. Работал на ковровой фабрике. Инвалид 2 группы. Аллергологический анамнез не отягощен.

Осмотр на дому: Общее состояние тяжелое. Гиперстеническое телосложение. ИМТ 38 кг/м². Кожные покровы бледные, повышенной влажности, выраженный «серый» цианоз лица и верхней половины туловища, цианоз губ и кончиков пальцев рук. Температура тела 37,5°С. Отеки нижних конечностей. Выявляется болезненность при пальпации межреберных промежутков справа, усиливающаяся при движениях и кашле. Крылья носа участвуют в дыхании. Набухание шейных вен. Трахея не смещена. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Отмечается отставание ее правой половины при глубоком дыхании. Эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью. Во время вдоха нижние отделы грудной клетки двигаются внутрь. Сравнительная перкуссия – коробочный звук. Топографическая перкуссия – изменение

границ легких (нижние границы - опущены, верхние – приподняты), ограничение подвижности нижнего легочного края. При аускультации легких дыхание несколько ослабленное, выслушиваются мелкопузырчатые влажные звучные хрипы и высокотональные сухие хрипы на выдохе. ЧД 30 в минуту. Верхушечный толчок при пальпации локализован в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, разлитой. При аускультации сердца тоны глухие, ритм неправильный, акцент 2 тона над легочной артерией, грубый систолический шум на верхушке. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 120 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 13-11-10 см. Симптом «поколачивания» над областью почек отрицательный. Большой заторможен, вял, на вопросы отвечает неохотно. Неврологический статус без особенностей.

Вопрос:

Выделите основные синдромы. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз. Назначьте дополнительные исследования. Определите тактику ведения больного.

Ситуационная задача 12

Пациент, 68 лет, жалуется на одышку в течение 1 года, которая усилилась последние 3 месяца. При осмотре изменение концевых фаланг пальцев рук по типу «барабанные палочки» и ногтей «часовые стекла», цианоз губ, ЧДД 20 в мин. в покое, SpO₂ 89% на воздухе в покое, аускультативно в нижних отделах легких в конце вдоха выслушивается крепитация.

Вопрос:

Какой предварительный диагноз?

1. бронхиальная астма
2. ХОБЛ
3. интерстициальное заболевание легких
4. туберкулез
5. пневмония

Ситуационная задача 13

Пациент, 42 года, жалуется на одышку при физической нагрузке, сухой кашель. ИК 15 пачка-лет, ЧДД 20 в мин в покое, SpO₂ 89% на воздухе в покое, в легких выслушиваются единичные сухие хрипы. МСКТ ОГК: двусторонние изменения - множественные «центролобулярные узелки»

Вопрос:

Какой предварительный диагноз?

1. бронхиальная астма
2. ХОБЛ
3. бронхит
4. муковисцидоз
5. респираторный бронхиолит

Ситуационная задача 14

Пациент, 51 год. Из анамнеза известно, что заболел остро, с подъема температуры тела. Отметил прогрессирующую одышку, малопродуктивный кашель. БСМП доставлен в стационар. КТ ОГК – двусторонняя полисегментарная пневмония высокой вероятности

COVID-19 (КТ-3). Госпитализирован в условия ОРИТ. Проводилась ИВЛ. Вводился Тоцилизумаб.

Сопутствующая патология – Гипертоническая болезнь 2 степени, II стадии.

Получает гипотензивную терапию, адаптирован в АД 130/80 мм рт.ст. ОИМ, ОНМК, СД в анамнезе отрицает. Респираторную патологию в анамнезе отрицает.

При осмотре: сознание – ясное, Т тела 36,9 С, ЧДД 23/мин, SpO₂ 94% на фоне 2 л/мин O₂, АД 110/80 мм рт.ст.

Лабораторно: СРБ 25 мг/л, ферритин 250 нг/мл, WBC 10,6 x 10⁹/л, LYM 5 x 10⁹/л.

ИВЛ проводилась в течение 12 дней. На момент осмотра в отделении интенсивной терапии отлучен от ИВЛ, дыхание самостоятельное. Активность – минимальная в пределах постели, самостоятельно не садится. Обращает на себя внимание атрофия мышечной ткани, за время госпитализации вес снизился на 10% от исходного.

Вопрос:

Проведение раннего этапа реабилитации (в условиях ОРИТ) возможно во всех перечисленных объемах, кроме:

1. Позиционирование в постели
2. Пассивная/активная кинезиотерапия
3. Электростимуляция
4. Управляемое сопротивление выдоху (дыхательные тренажеры)
5. Активная мобилизация с минимальным весом

Ситуационная задача 15

Пациент 44 года. Перенес SARS-Cov-19, осложнившуюся вирусной пневмонией (КТ-3), по поводу чего получал стационарное лечение, в рамках которого находился в условиях ОРИТ 14 дней. 2 месяца назад выписан с улучшением, однако, при выписке сохранялась ДН 2ст (гипоксемическая) – SpO₂ 88% в покое на воздухе, при ходьбе десатурация до 80%. Амбулаторно использовал кислородный концентратор для респираторной поддержки. Самостоятельно выполнял упражнения для верхней и нижней группы мышц, использовал дыхательный тренажер для тренировки вдоха. Согласно рекомендациям врача после выписки принимал системные ГКС с постепенным снижением дозировки до полной отмены.

Жалобы: невозможность глубокого вдоха, одышка при минимальной нагрузке (m MRC 4 балла), непродуктивный кашель, усиливающийся при вдохе.

При осмотре: сознание ясное, Т тела 36,7С. ЧД 22/мин, SpO₂ 92% в покое на воздухе, АД 130/80 мм.рт.ст. Аускультативно глухая крепитация в базальных отделах обоих легких.

Вопрос:

Необходимо назначение всех исследований, кроме:

1. Компьютерная томография органов грудной клетки
2. Определение диффузионной способности легких
3. Теста с 6 минутной ходьбой
4. Трансбронхиальная биопсия легкого
5. Эхокардиография

Ситуационная задача 16

Больной, 67 лет, с жалобами на одышку экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (подъем выше 1 этажа), малопродуктивный кашель со слизисто-гнойной мокротой.

Стаж курения - 40 пачка/лет. В течение 5 лет респираторные жалобы, прогрессирующие во времени. Отмечает усиление симптомов в течение последнего года. Обратился за медицинской помощью.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Эмфизематозная грудная клетка. Верхушки легких выступают в области надключичных ямок.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела 36.4°C. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. SpO2 – 94% на дыхании атмосферным воздухом. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, рассеянные низкотональные сухие хрипы при форсированном выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Общий анализ крови: показатели в пределах референсных значений.

Общий анализ мочи: показатели в пределах референсных значений.

Биохимический анализ крови: показатели в пределах референсных значений.

ЭКГ: ритм синусовый. Горизонтальная ЭОС.

Рентгенография органов грудной клетки: эмфизема

Вопрос:

1. План необходимых дополнительных обследований для постановки диагноза (множественный выбор)

- 1.1. компьютерная томография органов грудной клетки
- 1.2. УЗИ органов брюшной полости
- 1.3. спирометрия
- 1.4. УЗИ вен нижних конечностей
- 1.5. тредмил-тест

2. Для заключения по данным спирометрии необходимо оценить следующие основные показатели (множественный выбор)

- 2.1. ОФВ1 (FEV1)
- 2.2. ФЖЕЛ (FVC)
- 2.3. ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/ FVC)
- 2.4. ООЛ (RV)
- 2.5. DLco

3. Заключение по представленным показателям спирометрии следующее

		ИЗМ.	ДОЛЖ.	%ДОЛЖ
FVC	л	2.16	4.28	51
FEV1	л	0.81	3.48	23
FEV1/FVC	%	37.3	78.4	48
FEF.2-1.2	л/с	0.58		
FEF25-75%	л/с	0.38	3.94	10
FEF75-85%	л/с	0.18		
PEF	л/мин	95	517	18
FEF25%	л/с	0.66	7.50	9
FEF50%	л/с	0.43	4.65	9
FEF75%	л/с	0.22	1.87	12

- 3.1. нарушение вентиляции по рестриктивному типу
- 3.2. нарушение вентиляции по обструктивному типу
- 3.3. нарушение вентиляции по смешанному типу
- 3.4. нарушений вентиляции не выявлено

4. Ваш предполагаемый диагноз

- 4.1. бронхиальная астма
- 4.2. пневмония
- 4.3. ХОБЛ
- 4.4. гистиоцитоз из клеток Лангерганса
- 4.5. гиперчувствительный пневмонит
- 5. Наиболее вероятно форма кривой поток-объем соответствует

Рис.1

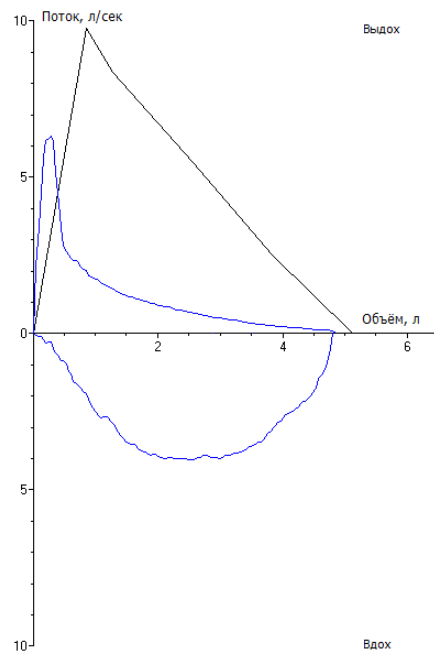


Рис.2

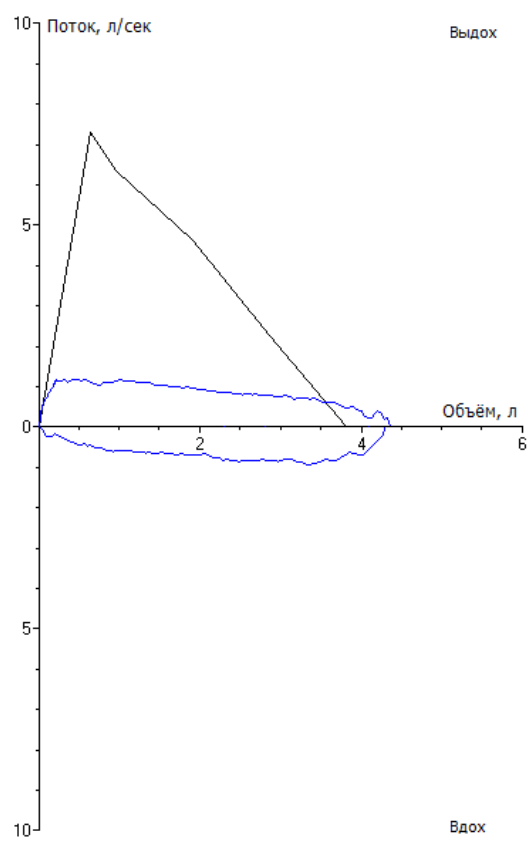


Рис.3

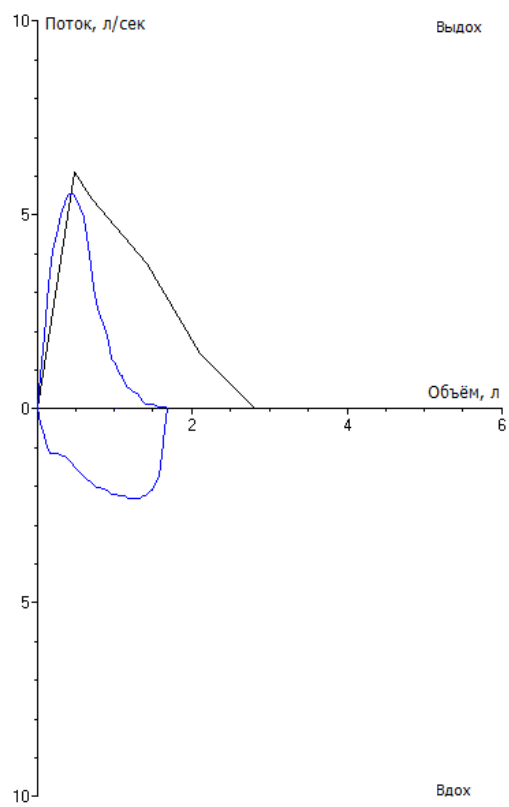
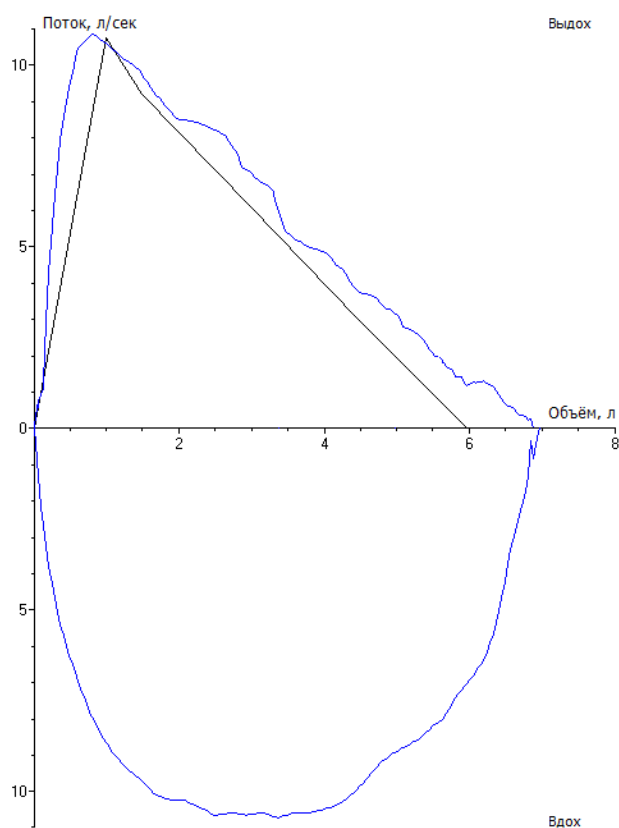


Рис.4



Ситуационная задача 17

Женщина, 44 лет, обратилась с жалобами на одышку при физической нагрузке (подъем выше 1 этажа), общую слабость.

В течение 3 лет пациентка отмечает снижение толерантности к физической нагрузке, прогрессирующие во времени. Год назад перенесла пневмоторакс, который был успешно дренирован. В течение 3 месяцев принимает эстрогенсодержащий препарат по назначению гинеколога.

Курение, профессиональные вредности отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез без особенностей.

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ-23 кг/м². Температура тела 36,6 С. Кожные покровы физиологической окраски. ЧДД – 22 в мин. SpO₂ в покое – 93%. Дыхание везикулярное, ослабленное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 100 ударов в минуту. АД – 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Выполнена рентгенография органов грудной клетки

Вопрос:

1. Имеющиеся изменения по данным рентгенографии органов грудной клетки можно расценить как



- 1.1. пневмоторакс
- 1.2. эмфизему
- 1.3. гидроторакс
- 1.4. пневмонию
- 1.5. отек легких





2. План необходимых дополнительных обследований для постановки диагноза (множественный выбор)

- 2.1. компьютерная томография органов грудной клетки
- 2.2. УЗИ плевральных полостей
- 2.3. спирометрия
- 2.4. УЗИ вен нижних конечностей
- 2.5. тредмил-тест

3. Какое спирометрическое заключение можно сделать на основании представленных показателей

		Долж	Пре	Пре % Долж
FVC	[L]	3,41	3,53	104 %
FEV 1	[L]	2,94	1,66	56 %
FEV1%FVC[%]		81,69	47,06	58 %
MMEF	[L/s]	3,66	0,63	17 %
MEF 75	[L/s]	5,94	1,77	30 %
MEF 50	[L/s]	4,23	0,72	17 %
MEF 25	[L/s]	1,87	0,26	14 %
PEF	[L/s]	6,80	3,63	53 %

- 3.1. нарушение вентиляции по рестриктивному типу
- 3.2. нарушение вентиляции по обструктивному типу
- 3.3. нарушение вентиляции по смешанному типу
- 3.4. нарушений вентиляции не выявлено
- 4. Ваш предположительный диагноз
 - 4.1 бронхиальная астма
 - 4.2. ХОБЛ
 - 4.3. лимфангиолейомиоматоз
 - 4.4. гистиоцитоз из клеток Лангерганса
 - 4.5. пневмония
- 5. Для уточнения функционального состояния легких необходимо провести (множественный выбор)
 - 5.1. бодиплетизмографию

- 5.2. исследование диффузионной способности легких
- 5.3. исследование оксида углерода в выдыхаемом воздухе
- 5.4. исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе
- 5.5. тест с метахолином

Ситуационная задача 18

Пациент С., 40 лет, предъявляет жалобы на периодический малопродуктивный кашель со слизистой мокротой.

Около 5 лет назад впервые стал отмечать периодический кашель с продукцией мокроты, длительностью до 3 месяцев. Часто отмечает усиление кашля на фоне ОРЗ. По этому поводу не обследовался.

Курение отрицает. Работает формовщиком на литейном производстве в течение 20 лет. Наследственность неотягощена. Аллергоанамнез без особенностей.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Температура тела 36.4°C. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. Пульс - 78 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. SpO2 в покое – 98%. Дыхание везикулярное, ослабленное, единичные рассеянные низкотоновые сухие хрипы при форсированном выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопрос:

1. Основные методы обследования, в первую очередь, необходимые для уточнения генеза предъявляемых жалоб

- 1.1. рентгенологическое исследование органов грудной клетки (рентгенография или флюорография)
- 1.2. спирометрия
- 1.3. определение оксида углерода в выдыхаемом воздухе
- 1.4. бодиплетизмография
- 1.5. магнитно-резонансная томография сердца

2. Заключение по данным представленных показателей спирометрии

Date				03.12.19
FVC	[L]	2.95	3.02	102.6
FEV 1	[L]	2.51	2.68	106.6
FEV 1 % VC MAX	[%]	79.79	85.87	107.6
FEV 1 % FVC	[%]		88.65	
MMEF 75/25	[L/s]	3.26	3.09	94.7
FEF 25	[L/s]	5.54	5.84	105.3
FEF 50	[L/s]	3.87	3.37	87.2
FEF 75	[L/s]	1.57	1.52	96.8
PEF	[L/s]	6.25	6.32	101.2
FIF 50	[L/s]		2.58	

- 2.1. нарушение вентиляции по рестриктивному типу
- 2.2. нарушение вентиляции по обструктивному типу
- 2.3. нарушение вентиляции по смешанному типу
- 2.4. нарушений вентиляции не выявлено
- 3. Ваш предположительный диагноз

- 3.1. бронхиальная астма
- 3.2. ХОБЛ
- 3.3. хронический бронхит
- 3.4. ларинготрахеит
- 3.5. пневмония
- 4. Для углубленного исследования легких необходимо провести (множественный выбор)
 - 4.1. бодиплетизмографию
 - 4.2. исследование диффузионной способности легких
 - 4.3. компьютерную томографию органов грудной клетки
 - 4.4. исследование оксида углерода в выдыхаемом воздухе
 - 4.5. тест с маннитолом
- 5. Наиболее вероятно форма кривой поток-объем соответствует

Рис.1

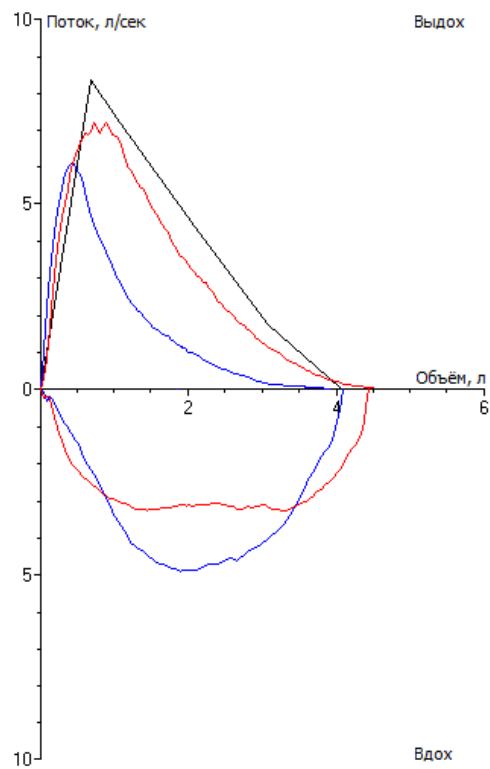


Рис.2

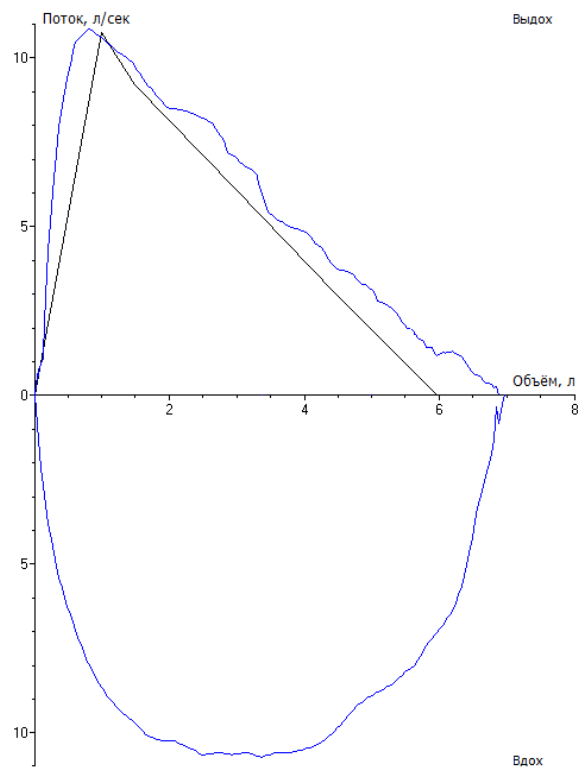


Рис.3

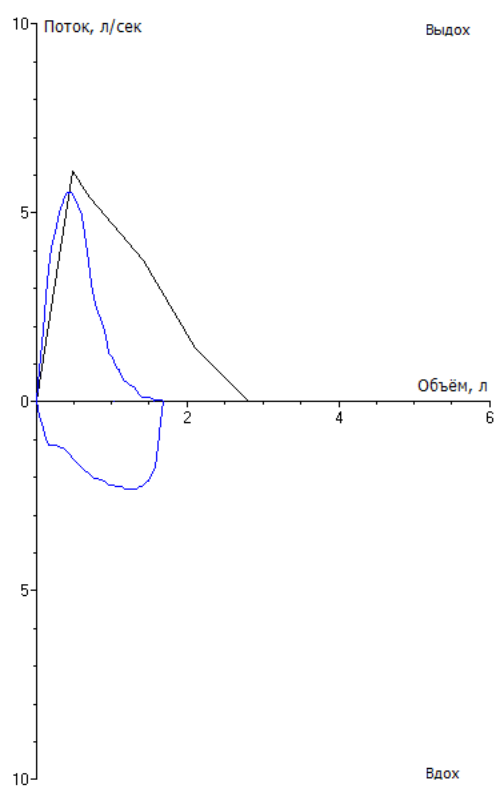
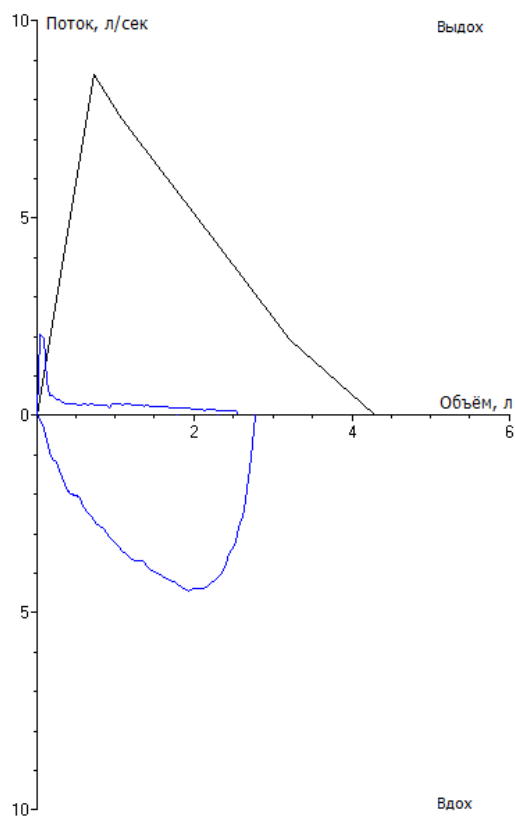


Рис.4



Пациентка В., 30 лет, жалобы на приступы затрудненного дыхания и свистов в грудной клетке, приступообразный непродуктивный кашель, эпизодическое снижение толерантности к физической нагрузке.

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 3 лет. На фоне признаков ОРЗ нередко отмечает усиление жалоб. Самостоятельно ингалирует бронхолитик короткого действия с положительным эффектом, суточная потребность в препарате 0-3 раза в сутки. По этому поводу не обследовалась.

Курение отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность по бронхолегочной патологии не отягощена. Перенесенные заболевания: ОРЗ, детские инфекции.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Температура тела 36.5°C. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. Пульс - 70 в мин. АД - 110/80 мм рт. ст. SpO2 в покое – 96%. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопрос:

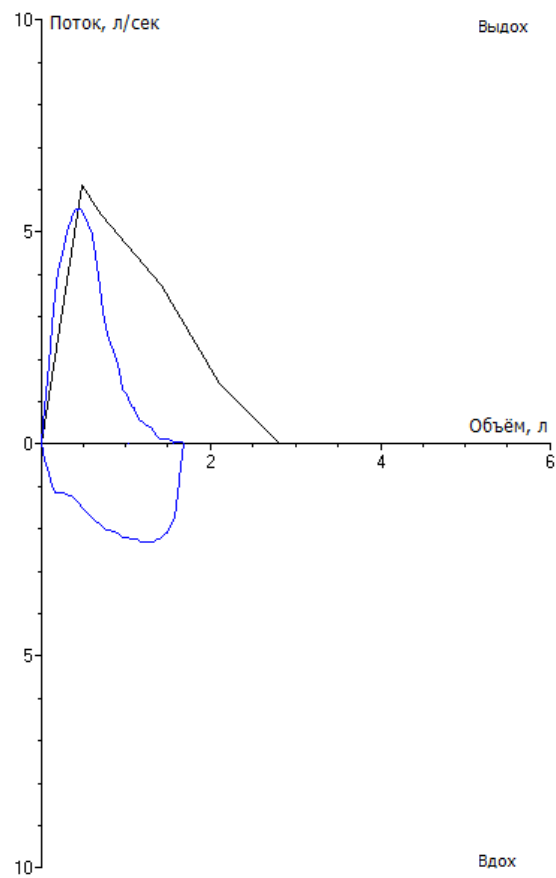
1. Основные методы обследования, в первую очередь, необходимые для уточнения генеза предъявляемых жалоб

- 1.1. рентгенологическое исследование органов грудной клетки (рентгенография или флюорография)
- 1.2. спирометрия
- 1.3. определение оксида углерода в выдыхаемом воздухе
- 1.4. бодиплетизмография
- 1.5. магнитно-резонансная томография сердца

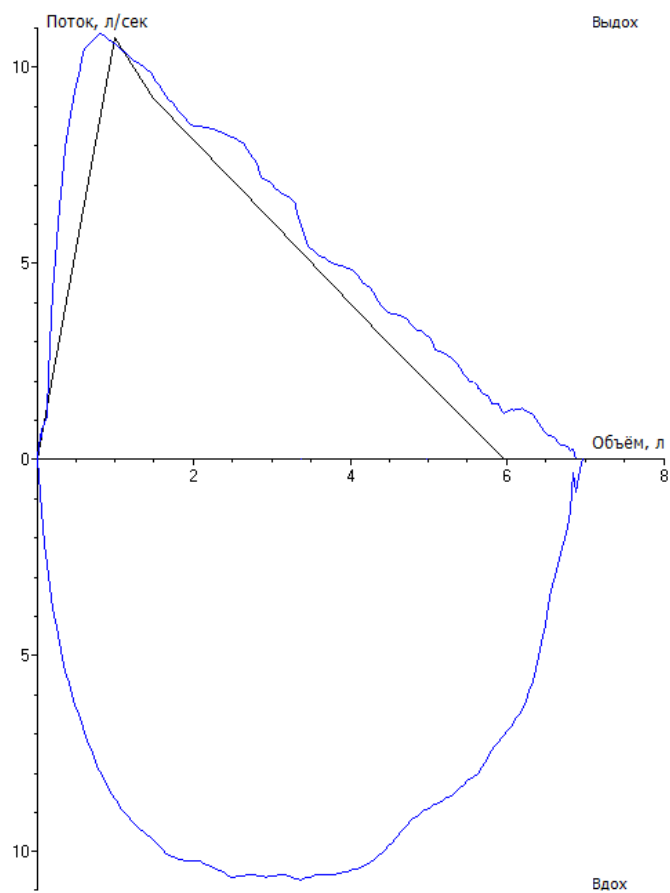
2. Заключение по представленным показателям спирометрии

		-----	-----	
FVC	[L]	3.34	3.33	100
FEV1	[L]	2.87	1.63	57
FEV1/FVC	[%]	80.6	48.9	61
PEF	[L/sec]	6.72	4.99	74
FEF25	[L/sec]	5.85	1.65	28
FEF50	[L/sec]	4.13	0.75	18
FEF75	[L/sec]	1.74	0.19	11
FEF2575	[L/sec]	3.48	0.55	16
FEV6	[L]		2.85	

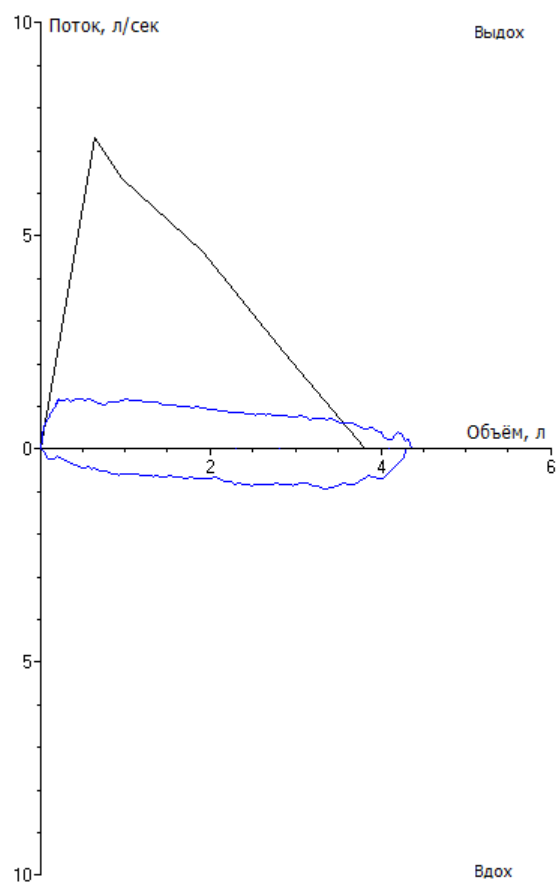
- 2.1. нарушение вентиляции по рестриктивному типу
- 2.2. нарушение вентиляции по обструктивному типу
- 2.3. нарушение вентиляции по смешанному типу
- 2.4. нарушений вентиляции не выявлено
3. Ваш предположительный диагноз
 - 3.1. бронхиальная астма
 - 3.2. ХОБЛ
 - 3.3. хронический бронхит
 - 3.4. ларинготрахеит
 - 3.5. пневмония
4. Как наиболее вероятно выглядит петля поток - объем
 - 4.1. Рис. 1



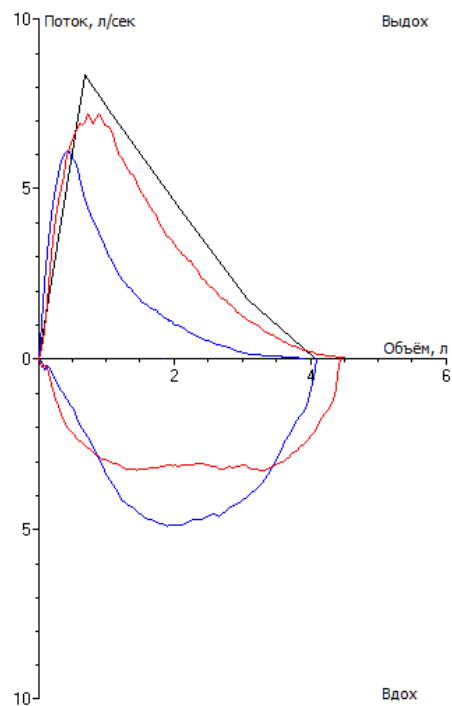
4.2. Рис.2



4.3. Рис.3



4.4. Рис.4



5. Нарушение вентиляции по обструктивному типу характеризуются снижением (множественный выбор)

5.1. ОФВ1 (FEV1)

5.2. ОЕЛ или TLC

5.3. ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/ FVC)

5.4. ООЛ (RV)

5.5. DLco

Ситуационная задача 20

Пациент В., 50 лет, жалобы на затрудненное дыхание на вдохе, непродуктивный кашель, охриплость голоса.

Вышеуказанные жалобы отмечает в течение последних 6 месяцев. Известно, что год назад перенес грипп, который осложнился развитием двусторонней пневмонии и острой дыхательной недостаточностью. В течение 1 недели находился на искусственной вентиляции легких, выполнялась трахеостомия. Хронические бронхолегочные заболевания отрицает.

Стаж курения 20 пачек/лет.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Стридорозное дыхание. Температура тела 36.5°C. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца ритмичные. Пульс - 70 в мин. АД - 110/80 мм рт. ст. SpO₂ в покое – 98%. Дыхание везикулярное, проводные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

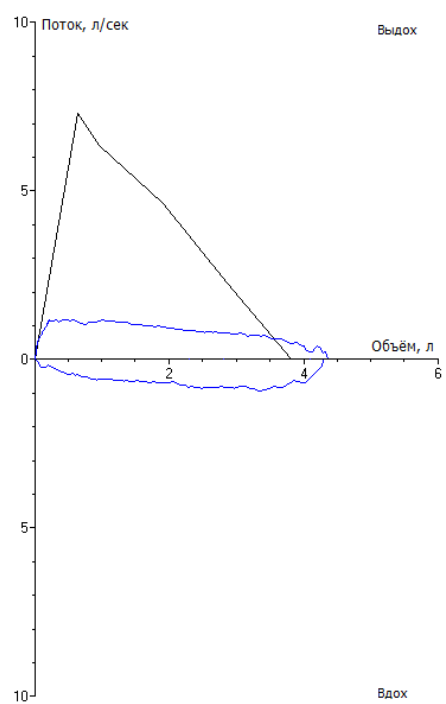
Вопрос:

1. Для оценки вентиляции легких необходимо проведение
 - 1.1. рентгенографии органов грудной клетки
 - 1.2. спирометрии
 - 1.3. исследования оксида углерода в выдыхаемом воздухе
 - 1.4. исследования оксида азота в выдыхаемом воздухе
 - 1.5. компьютерной томографии органов грудной клетки
2. По представленным показателям спирометрии можно сделать следующее заключение

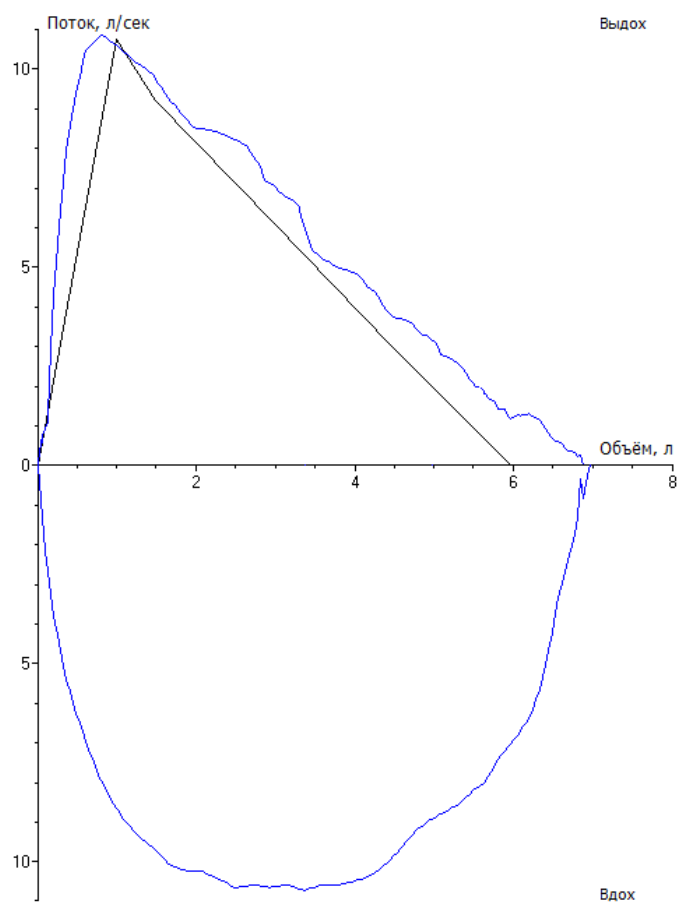
показатели	
ФЖЕЛ, л (%долж.)	6,38 (139)
ОФВ1, л (%долж.)	3,27 (89)
ОФВ1/ФЖЕЛ, %	51
МОС25, л/с	3,30 (43)
МОС50, л/с	2,97 (62)
МОС75, л/с	0,96 (49)
МОСвд50, л/с	2,20
МОСвд50/ МОСвыд50	менее 1

- 2.1. нарушение вентиляции по рестриктивному типу
 - 2.2. нарушение вентиляции по обструктивному типу
 - 2.3. нарушение вентиляции по смешанному типу
 - 2.4. нарушений вентиляции не выявлено
3. Ваш предположительный диагноз
 - 3.1. идиопатический легочный фиброз
 - 3.2. пневмония
 - 3.3. хронический необструктивный бронхит
 - 3.4. ларингит
 - 3.5. стеноз трахеи
4. Наиболее вероятно форма кривой поток-объем соответствует

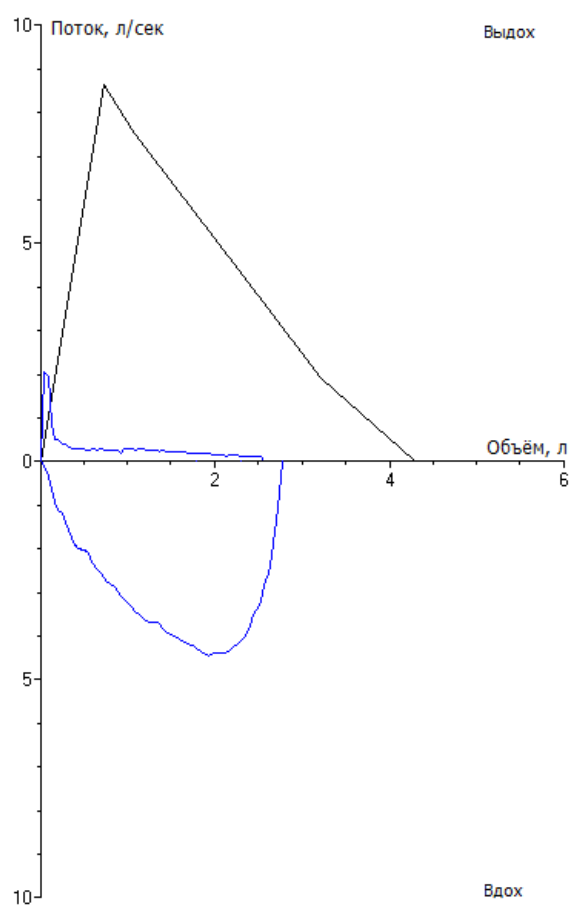
4.1. Рис.1



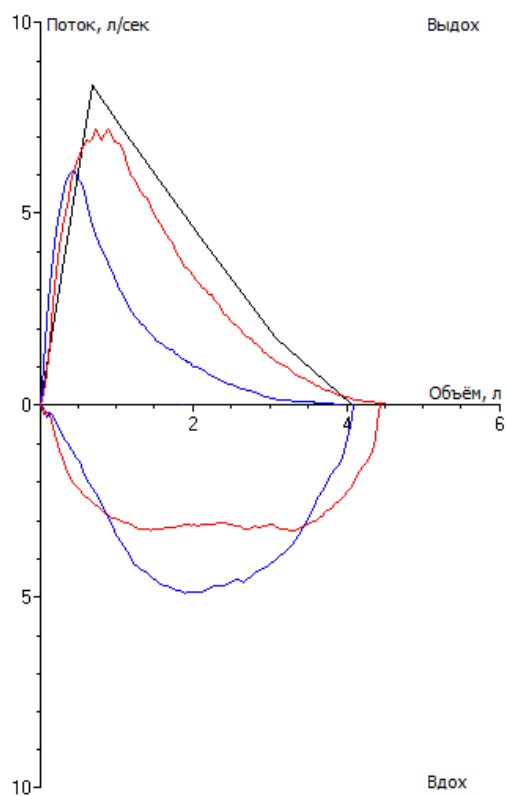
4.2. Рис.2



4.3. Рис.3



4.4. Рис.4



5. В качестве дообследования необходимо проведение (множественный выбор)
- 5.1. пробы с сальбутамолом

- 5.2. эндоскопического исследования
- 5.3. рентгенологического исследования
- 5.4. бодиплетизмографии
- 5.5. пробы с метахолином

Ситуационная задача 21

Больная, 52 лет, жалобы на непродуктивный кашель, одышку при умеренной физической нагрузке, быструю утомляемость.

Курение, профессиональные вредности отрицает. Хронические бронхолегочные заболевания отрицает. В течение 6 месяцев отмечает вышеописанные жалобы. Обратилась за медицинской помощью.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела 36.4°C. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 78 в мин. АД - 130/80 мм рт. ст. SpO₂ – 98% на дыхании атмосферным воздухом. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Общий анализ крови: показатели в пределах референсных значений.

Общий анализ мочи: показатели в пределах референсных значений.

Биохимический анализ крови: показатели в пределах референсных значений.

ЭКГ: ритм синусовый. Горизонтальная ЭОС.

Рентгенография органов грудной клетки: внутригрудная лимфаденопатия.

Вопрос:

1. План необходимых дополнительных обследований для постановки диагноза (множественный выбор)

- 1.1. компьютерная томография органов грудной клетки
- 1.2. УЗИ плевральных полостей
- 1.3. спирометрия
- 1.4. УЗИ вен нижних конечностей
- 1.5. тредмил-тест

2. Для заключения по данным спирометрии необходимо оценить следующие основные показатели (множественный выбор)

- 2.1. ОФВ1 (FEV1)
- 2.2. ФЖЕЛ (FVC)
- 2.3. ОФВ1/ФЖЕЛ (FEV1/ FVC)
- 2.4. ООЛ (RV)
- 2.5. DLco

3. Заключение по представленным показателям спирометрии следующее



- 3.1. нарушение вентиляции по рестриктивному типу
- 3.2. нарушение вентиляции по обструктивному типу
- 3.3. нарушение вентиляции по смешанному типу
- 3.4. нарушений вентиляции не выявлено
- 4. Для уточнения функционального состояния легочной ткани необходимо проведение
 - 4.1. Бодиплетизмографии
 - 4.2. Исследование диффузионной способности легких
 - 4.3. Исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе
 - 4.4. Велоэргометрия
 - 4.5. Тредмил тест
- 5. Показатели диффузионного теста: DLCO, % от должного 65,9, DLCO/VA, % от должного 76,2 соответствуют
 - 5.1. Легкой степени тяжести нарушений диффузионной способности легких
 - 5.2. Средней степени тяжести нарушений диффузионной способности легких
 - 5.3. Тяжелой степени тяжести нарушений диффузионной способности легких
 - 5.4. Крайне тяжелой степени тяжести нарушений диффузионной способности легких

Ситуационная задача 22

Пациент 67 лет. Из анамнеза известно, что пациент перенес SARS-Cov-19, осложнившуюся двусторонней вирусной пневмонией (КТ-2). Госпитализирован, проводилась НВЛ. Отмечено снижение массы тела на 15% от исходного. ИМТ 18,5 кг/кв.м. На фоне терапии (Дексаметазон, Олокизумаб, переливание донорской плазмы) отмечалась положительная динамика – снижение уровня СРБ, ферритина, стабилизация SpO₂ 92% в покое на воздухе (при госпитализации 90% на фоне 2 л/мин O₂ через канюли). В дальнейшем отмечен эпизод десатурации – SpO₂ в покое на воздухе 86%, резкое усиление выраженности одышки, на ЭКГ признаки перегрузки правых отделов сердца, по данным Эхо-КГ СДЛА 68 мм.рт.ст. В экстренном порядке выполнено КТ ОГК с в/в контрастным усилением – выявлен дефект контрастирования на уровне сегментарных ветвей легочной артерии справа. Диагностирована ТЭЛА, назначена антикоагулянтная терапия. После стабилизации состояния (14 дней после тромбоэмболии) переведен в стационар общего профиля для продолжения лечения и реабилитации.

Сопутствующая патология: Сахарный диабет 2 типа, инсулиннезависимый. При осмотре: сознание ясное, телосложение астенического типа, масса тела пониженная, дефицит пжк, мышечная сила снижена. Активности минимальная в пределах постели, присаживается самостоятельно. ЧДД 18/мин. АД 100/70 мм.рт.ст. (адаптирован к 100/70 мм.рт.ст.). SpO₂ в покое на воздухе 90%, на фоне O₂ 4 л/мин через канюли 96%.

Вопрос: Какой из перечисленных методов реабилитации возможно применять у данного пациента?

1. Электромиостимуляция
2. Активная физическая реабилитация в положении сидя/стоя
3. Вставание и ходьба с ходунками
4. Активная мобилизация в положении лежа
5. Вибротерапия

Ситуационная задача 23

Больная 18 лет обратилась к аллергологу с жалобами на сезонные (апрель-май) зуд век, слезотечение, гиперемию конъюнктивы, ощущение «инородного тела в глазах», светобоязнь и отек век.

Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы беспокоят сезонно в течение 5 лет. Ухудшение состояния в солнечную ветреную погоду. В течение последних двух лет пищевая аллергия к персикам, абрикосам с клиникой орального синдрома. В настоящее время ремиссия заболевания.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз:
 - А. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный аллергией к пыльце деревьев
 - Б. Сезонный аллергический конъюнктивит, вызванный аллергией к непатогенным плесневым грибам
 - В. Контактный аллергический конъюнктивит
 - Г. Весенний кератоконъюнктивит
 - Д. Вирусный конъюнктивит
2. Для подтверждения диагноза необходимо провести дополнительные обследования:
 - А. Общеклинический анализ крови
 - Б. Кожные пробы с аллергенами
 - В. Провокационный конъюнктивальный тест с аллергенами
 - Г. Определение общего и специфических IgE
 - Д. Биохимический анализ крови
3. Лечебные мероприятия, показанные данной пациентке:
 - А. Элиминация аллергена
 - Б. Образование пациента
 - В. Фармакотерапия;
 - Г. Аллергенспецифическая иммунотерапия;
 - Д. Гипоаллергенная диета.

Ситуационная задача 24

На консультацию обратилась женщина 48 лет с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 гр. С в течение года, ночную потливость, похудание на 5 кг, усиливающуюся

одышку, последние 2 недели отмечает сильный кашель со светлой мокротой и повышение температуры тела максимально до 38,4 гр.С.

Из перенесенных заболеваний отмечает редкие простудные заболевания. Не курит, алкоголь не употребляет. Профессиональные вредности отрицает. Работает бухгалтером. Эпидемиологический анамнез без особенностей.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Рост-163 см. Вес-55 кг. ИМТ=20,7 кг/м².

Температура тела 37,0 гр.С. Сатурация O₂ 96% (в покое), при физической нагрузке десатурации нет. В легких выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах справа и в средних отделах слева. ЧД 16 в мин. ЧСС 82 в мин.

При амбулаторном обследовании: Эозинофилия крови - 25% (1900 клеток/мкл). С-реактивный белок - 10,7 мг/л.

Общий IgE - 1050 МЕ/мл. Эозинофилы в мокроте – 45%.

Спирометрия: ФЖЕЛ-94%должного; ОФВ₁-76%должного; проба с сальбутамолом (400 мкг) положительная - прирост ОФВ₁ составил 280 мл и 12%. Терапевт поликлиники установил диагноз «Бронхиальная астма». Рекомендовано: Будесонид+формотерол 160/4,5 мкг по 1 вдоху утром и вечером; сальбутамол - по потребности.

При МСКТ органов грудной клетки выявлены двусторонние симметричные субплевральные участки инфильтративного уплотнения легочной ткани.

Вопрос:

О каком диагнозе следует подумать в первую очередь:

1. простая эозинофильная пневмония
2. идиопатическая острая эозинофильная пневмония
3. идиопатическая хроническая эозинофильная пневмония
4. эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
5. аллергический бронхолегочный аспергиллез

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз:

1. криптогенная organizing пневмония
2. микоплазменная пневмония
3. инфекционный бронхолит
4. эозинофильный бронхит
5. вирусная пневмония

Ситуационная задача 25

Женщина, 64 лет, поступила в приемное отделение с жалобами на сильную одышку и ощущения сдавления за грудиной в течение 8 часов. В анамнезе: ИБС, артериальная гипертензия, СД 2 типа. На недавно выполненной ЭхоКГ - глобальная гипокинезия и выраженное снижение ФВ до 30%. Получает инсулин п/к, эналаприл, нитроглицерин при загрудинных болях. При обследовании: Акроцианоз. Температура тела -37,0 гр. С. ЧДД 28 в мин. ЧСС 108 в мин. АД 94/58 мм рт.ст. В легких выслушиваются влажные инспираторные хрипы с обеих сторон. Газы артериальной крови: рН-7.43, рСО₂-28 mm Hg, PO₂-45 mm Hg, НСО₃-18 мэкв/л, SaO₂-82%. Рентгенография легких – интенсивное затемнение и расширение корней легких. ЭКГ – элевация ST на 1,5 мм в отведениях II, III, aVF.

Вопрос:

Какая причина тяжести пациента? Какую первую помощь нужно оказать пациенту?
Дальнейшая тактика ведения пациента?