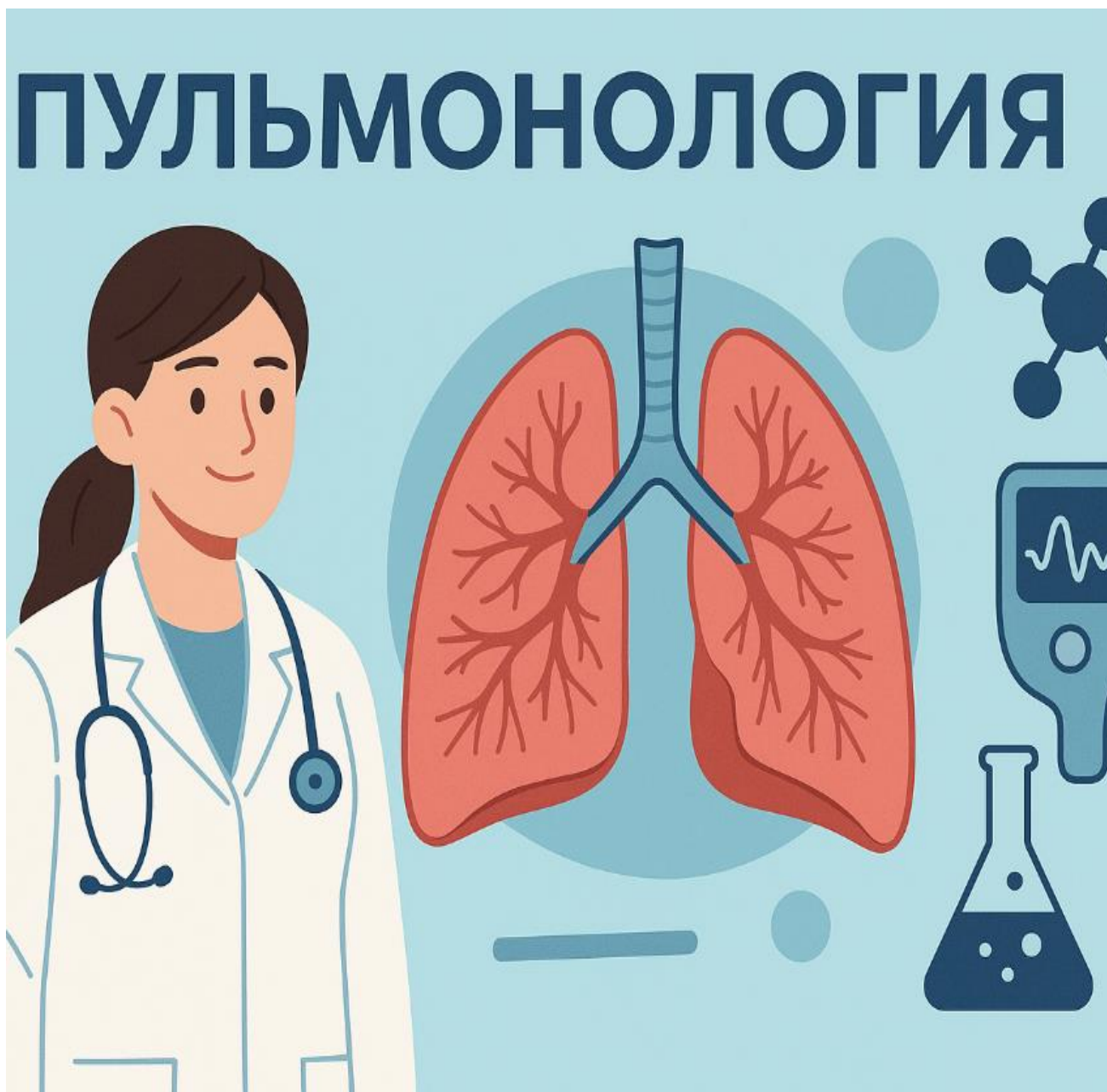


Ситуационные задачи

Пульмонология

medkeys.ru/product/pulmonolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 28 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

на приступы удушья и кашля, возникающие внезапно до 1-2 раз в неделю, связывает с вдыханием табачного дыма, различных химических средств, во время приступа ощущает «свист в груди», после него – отхождение вязкой, светлой, скудной мокроты.

Анамнез заболевания

Приступы удушья появились 2 года назад в летнее время при проживании за городом, при возвращении в городскую среду чувствовал себя хорошо, затруднений дыхания не было. В следующий летний период приступы удушья вновь возобновились уже и при проживании в городских условиях. Затем стал отмечать, что приступы удушья появляются при вдыхании табачного дыма и различных парфюмированных средств 2-4 раза в месяц. В течение последних 2 месяцев приступы удушья стали несколько чаще (до 1-2 раз в неделю), несколько раз просыпался ночью от сухого кашля. Ранее к врачу не обращался, приступы купировались чаще самостоятельно или после приема таблетки эуфиллина.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ.

* Наследственность отягощена по бронхиальной астме. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 74 кг, ИМТ – 25. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы при форсированном дыхании. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 ударов в минуту, АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз основного заболевания следующий

Больному необходимо назначить в качестве базисной терапии

- стабилизаторы мембран тучных клеток
- ингаляционные глюкокортикостероиды в средней дозе

- системные глюкокортикостероиды
- ингаляционные глюкокортикостероиды в низкой дозе

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов подбирается с учетом

- возраста и пола пациента
- длительности течения заболевания
- патогенетического варианта астмы
- степени тяжести бронхиальной астмы

При стабилизации состояния больного коррекция дозы ИГКС проводится через

- один месяц
- три месяца
- шесть месяцев
- две недели

Наиболее целесообразно снижение дозы ИГКС на + _____ + % от исходной

- 20
- 25
- 5
- 10

При назначении β_2 -адреномиметика короткого действия для купирования приступов удушья необходимо предупредить больного о возможности при передозировке препарата

- появления тошноты, снижения аппетита
- усиления бронхоспазма
- появления боли в животе
- онемения пальцев

Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной должен отслеживать

- изменения показателей (ОФВ₁) функции внешнего дыхания
- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- суточные колебания частоты дыхательных движений
- эффективность применения β_2 -адреномиметика

Диетические рекомендации у больных бронхиальной астмой включают

- снижение животных жиров в рационе
- снижение доли белков в рационе
- снижение жидкости в рационе

- гипоаллергенную диету

У пациентов с коморбидным течением бронхиальной астмы и ИБС для купирования приступов удушья целесообразно применение

- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора

Профилактика астматического статуса у больного бронхиальной астмой включает наряду с применением β_2 -адреномиметика короткого действия в режиме «по требованию» постоянный прием

- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- комбинации β_2 -адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 43 лет обратился в поликлинику.

Жалобы

• На приступы удушья, возникающие ежедневно, чаще в дневное время, купирующиеся тербуталином, которым пользуется, как правило, не более 1 раза в день. Приступы связывает с различными раздражающими запахами, вдыханием холодного воздуха. Вне приступа удушья сохраняется небольшая «заложенность» в груди, затруднение при выдохе, периодический кашель со скудной, светлой мокротой. • На ноющие боли в эпигастрии на голодный желудок, изжогу.

Анамнез заболевания

В течение 12 лет страдает бронхиальной астмой, последний год постоянно получает ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазон (бекотид) в дозе 500 мкг/сут), на фоне которого приступы удушья в среднем возникают не чаще 1 раза в неделю, для их купирования использует тербуталин. 3 недели назад перенес ОРВИ, после этого приступы удушья стали ежедневными, увеличилась потребность в β_2 -адреномиметиках короткого действия (тербуталин ежедневно). В течение двух недель появились боли в эпигастрии на голодный желудок, изжога.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки НР-негативная с 18 лет,

обострения ежегодно. • Наследственность отягощена по atopическому дерматиту. • Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Масса тела – 91 кг, рост – 172 см, ИМТ – 30,7 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык обложен белым налетом. Грудная клетка правильная, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, при перкуссии над легкими ясный легочный звук, при аускультации дыхание с удлиненным выдохом, единичные свистящие хрипы по передней поверхности грудной клетки. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 74 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень у края реберной дуги. Отеков нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- комбинации β₂-адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- комбинации β₂-адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных эндоскопических данных, показано выполнение

- препаратов теофиллина пролонгированного действия
- глюкокортикостероидов системного действия
- ингаляционных М-холиноблокаторов
- комбинации β₂-адреномиметика короткого действия и М-холиноблокатора

Результаты лабораторных методов обследования

Диагноз основного заболевания: Бронхиальная астма + _____ + неконтролируемого течения

- аллергического генеза, интермиттирующая, легкой степени тяжести
- аллергического генеза, персистирующая, средней степени тяжести
- аллергического генеза, персистирующая, легкой степени тяжести
- смешанной формы, персистирующая, средней степени тяжести

Диагноз сочетанного заболевания

- аллергического генеза, интермиттирующая, легкой степени тяжести
- аллергического генеза, персистирующая, средней степени тяжести
- аллергического генеза, персистирующая, легкой степени тяжести
- смешанной формы, персистирующая, средней степени тяжести

Учитывая недостаточный контроль бронхиальной астмы у данного пациента возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии + _____ + препаратов

- антигистаминных
- жаропонижающих
- антилейкотриеновых
- иммуномодулирующих

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов подбирается с учетом

- возраста и пола пациента
- патогенетического варианта астмы
- степени тяжести бронхиальной астмы
- длительности течения заболевания

Для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой больной должен отслеживать

- суточные колебания пиковой скорости выдоха
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- изменения показателей (ОФВ₁) функции внешнего дыхания
- суточные колебания частоты дыхательных движений

Мониторирование пиковой скорости выдоха проводится

- ежедневно однократно в вечерние часы
- 2 дня в неделю в утренние часы
- ежедневно 2 раза в сутки
- ежедневно однократно в утренние часы

Лечение обострения язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, должно обязательно включать

- М-холиноблокаторы
- препараты для эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*

- спазмолитики и прокинетики
- антациды и альгинаты

В РФ схемой эрадикационной терапии *H. pylori* первой линии является назначение ингибитора протонной помпы и

- левофлоксацина и амоксициллина
- тетрациклина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина
- кларитромицина и метронидазола

Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить

- левофлоксацина и амоксициллина
- тетрациклина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина
- кларитромицина и метронидазола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 22 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на * на ежедневные приступы удушья до 3-4 раз в сутки преимущественно в ночные и ранние утренние часы, * чувство заложенности в грудной клетке, экспираторную одышку при физической нагрузке, * приступообразный кашель с отделением умеренного количества прозрачной мокроты.

Анамнез заболевания

* С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). * В 15 лет впервые развился приступ затруднённого дыхания после контакта с кошкой, диагностирована бронхиальная астма. * В качестве поддерживающей терапии использует ингаляционные глюкокортикостероиды в средней суточной дозе. * В последние 3 месяца появились эпизоды затруднённого «свистящего» дыхания до 4-5 раз в неделю, купирующиеся ингаляцией короткодействующих бронхолитиков, одышка при быстрой ходьбе. * Ухудшение состояния в течение 7 дней: стали беспокоить ежедневные приступы удушья (3-4 раза), ночные пробуждения из-за симптомов заболевания, возросла потребность в бронхорасширяющих препаратах.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает медицинской сестрой в поликлинике. * Перенесённые заболевания: детские инфекции. * Наследственность не отягощена. * Пищевая аллергия (цитрусовые – явления крапивницы). * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,4°C.

Астенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Носовое дыхание не нарушено. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, при аускультации дыхание жёсткое, над всей поверхностью лёгких выслушиваются рассеянные сухие дискантовые хрипы, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 86 в минуту, АД – 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- левофлоксацина и амоксициллина
- тетрациклина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина
- кларитромицина и и метронидазола

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- левофлоксацина и амоксициллина
- тетрациклина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина
- кларитромицина и и метронидазола

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является:

Аллергическая бронхиальная астма + _____ + ринит.

Сенсибилизация к пыльцевым (деревья), эпидермальным (шерсть кошки), пищевым (цитрусовые) аллергенам

- левофлоксацина и амоксициллина
- тетрациклина и метронидазола
- кларитромицина и амоксициллина
- кларитромицина и и метронидазола

Диагноз

Для неотложной терапии заболевания необходимо назначить небулайзерную терапию короткодействующим бронходилататором и

- глюкокортикостероидом
- муколитиком
- антибиотиком
- кромоном

Эффективность неотложной терапии после назначения следует оценить через (в минутах)

- 120
- 30
- 60
- 15

Суточная доза системных глюкокортикостероидов (преднизолон внутрь) для лечения обострения заболевания составляет (в мг)

- 5-10
- 10-15
- 40-50
- 15-20

Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию

- ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета2-агонистов
- системных глюкокортикостероидов и длительно действующих бета2-агонистов
- ингаляционных глюкокортикостероидов и кромонов
- ингаляционных и интраназальных глюкокортикостероидов

Больной показано проведение вакцинации против

- гепатита В
- дифтерии
- гриппа
- кори

Единственным методом, позволяющим предотвратить развитие бронхиальной астмы у пациентов с аллергическим ринитом является

- терапия препаратами стабилизирующие мембрану тучных клеток
- лечение ингаляционными глюкокортикостероидами
- аллерген-специфическая иммунотерапия
- терапия антилейкотриеновыми препаратами

Бронхиальная астма средней степени тяжести устанавливается у пациентов, получающих терапию, соответствующую ступени

- 2
- 3
- 1
- 5

Критерием тяжёлого обострения астмы является частота дыханий $\geq$ ____ в мин.

- 32
- 25
- 35
- 30

Критерием жизнеугрожающей астмы является $SpO_2 < \_\_\_\%$

- 32
- 25
- 35
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 65 лет госпитализирована.

Жалобы

на * кашель с трудноотделяемой мокротой жёлтого цвета, * повышение температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, * одышку при незначительной физической нагрузке, * учащённое сердцебиение, отёки ног, * озноб, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

* Заболела остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до $38,2^{\circ}\text{C}$, появились кашель с мокротой жёлтого цвета, озноб, общая слабость. * Одновременно отметила усиление одышки при ходьбе и в ночные часы. * С 50 лет страдает артериальной гипертонией с повышением АД до 170/110 мм рт.ст. * В 60 лет перенесла инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST с локализацией в передне-перегородочной области левого желудочка. * С 63 лет присоединились одышка при обычной физической нагрузке, отёки ног. Постоянно принимает статины и ацетилсалициловую кислоту, нерегулярно – ингибиторы АПФ, тиазидовые диуретики.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия. * Наследственность и аллергоанамнез: без особенностей. * Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – $38,2^{\circ}\text{C}$.

Гиперстенического телосложения, рост – 158 см, масса тела – 72 кг, индекс массы тела – $28,8 \text{ кг/м}^2$, периферические лимфоузлы не увеличены, отёчность стоп и нижней трети голеней. Дыхание поверхностное, ЧДД – 20 в минуту. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в подлопаточных областях с обеих сторон. При аускультации в зонах притупления выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца

звучные, ритм правильный, ЧСС – 100 в минуту. АД – 160/95 мм рт.ст. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из под рёберной дуги на 3 см. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены. **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования будут**

- 32
- 25
- 35
- 30

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 32
- 25
- 35
- 30

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 32
- 25
- 35
- 30

В данной клинической ситуации к сопутствующей патологии можно отнести - ИБС: постинфарктный кардиосклероз

- ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, стадия 1, III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., целевой уровень АД не достигнут, риск 4. Избыточная масса тела
- ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, стадия 2. II ФК. Гипертоническая болезнь II ст., целевой уровень АД достигнут, риск 4. Избыточная масса тела
- ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ, стадия 2, I ФК. Гипертоническая болезнь II ст., целевой уровень АД не достигнут, риск 4. Ожирение I ст.
- ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ, стадия 1, IV ФК. Гипертоническая болезнь II ст., целевой уровень АД достигнут, риск 3. Ожирение I ст.

В качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии пациентке показано внутривенное введение

- ингибиторзащищённого аминопенициллина
- макролида

- аминогликозида
- фторхинолона I поколения

Пациентке была выполнена ЭХО-КГ, ФВ 38%. Для лечения ХСН целесообразно назначить

- иАПФ, бета-адреноблокатор, ингибитор натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа, петлевой диуретик
- иАПФ/валсартан+сакубитрил, бета-адреноблокатор, антагонист альдостерона, ингибитор натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа, петлевой диуретик
- бета-адреноблокатор, антагонист альдостерона, ингибитор натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа, петлевой диуретик
- иАПФ/валсартан+сакубитрил, бета-адреноблокатор, сердечные гликозиды, петлевой диуретик

Суточный объём потребляемой жидкости для данной пациентки не должен превышать + _____ + л

- 3
- 2
- 3,5
- 2,5

Целевое значение систолического артериального давления для пациентки менее + _____ + мм рт.ст

- 110
- 150
- 120
- 140

Целевым значением диастолического артериального давления для пациентки является величина + _____ + мм рт.ст

- 70-79
- 60-69
- 90-99
- 80-89

Вторичная профилактика пневмонии включает проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- гриппа
- туберкулёза
- гепатита А
- гепатита В

Критерий достаточности антибактериальной терапии у пациентов является количество лейкоцитов в крови менее + _____ + $10 \times 10^9/\text{л}$

- 10
- 12
- 8
- 14

Критериями достаточности антибактериальной терапии у пациентов без хронической ДН является частота дыхания менее

- 10
- 12
- 8
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 28 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на * повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$, * интенсивный кашель со скудной желтоватой мокротой, сопровождающийся «свистящим» дыханием, * головную боль, * боли в мышцах, слабость.

Анамнез заболевания

* Болеет в течение 7 дней, в дебюте заболевания отмечались слабость, субфебрилитет, миалгии, боли в горле при глотании. * На 3 день заболевания присоединился кашель со скудной мокротой, эпизоды диспноэ, сопровождающиеся свистящими хрипами в грудной клетке. * Подобные симптомы отмечались у членов семьи (муж, дети).

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает уборщицей помещений. * Перенесённые заболевания: корь, скарлатина. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: курит с 20 лет (10 сигарет в день).

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – $37,2^{\circ}\text{C}$. Умеренная гиперемия зева. Нормостенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски, влажные. При осмотре грудной клетки значимой патологии не выявлено. При сравнительной перкуссии легких – лёгочный звук. При аускультации дыхание жёсткое, умеренное количество сухих базовых хрипов, в подлопаточных областях с обеих сторон умеренное количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧДД – 20 в минуту. Пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД - 110/65 мм.рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 10
- 12
- 8
- 14

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 10
- 12
- 8
- 14

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом выявленных рентгенологических изменений целесообразно выполнить исследование для обнаружения + _____ + инфекции

- 10
- 12
- 8
- 14

Получен дополнительный результат

Получен дополнительный результат: пациентка выполнила ПЦР *Mycoplasma pneumoniae*, результат - положительный

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 10
- 12
- 8
- 14

Диагноз

Для оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения следует использовать шкалу

- CRB-65
- GRACE
- SMART-COP

- SCORE

У данной пациентки по шкале CRB-65 + _____ + баллов

- 2
- 1
- 3
- 0

В качестве стартовой эмпирической терапии пациентке может быть назначен + _____ + внутрь

- кларитромицин
- доксициклин
- ципрофлоксацин
- метронидазол

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах)

- 48-72
- 6-10
- 24-36
- 12-18

Критерием достаточности антибактериальной терапии, помимо стойкого снижения температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч; отсутствия интоксикационного синдрома; гнойной мокроты и нормальной частоты дыхания является снижение

- ферритина
- СРБ
- количества лейкоцитов
- СОЭ

Критерием достаточности антибактериальной терапии будет снижение количества лейкоцитов в крови менее

- 10
- 12
- 18
- 15

Для микоплазменной пневмонии характерно(ы)

- острое начало, высокая лихорадка
- неврологическая симптоматика
- мышечные и головные боли

- предшествующая герпетическая инфекция

Основным методом диагностики микоплазменной пневмонии является

- острое начало, высокая лихорадка
- неврологическая симптоматика
- мышечные и головные боли
- предшествующая герпетическая инфекция

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

Жалобы

на * надсадный постоянный малопродуктивный кашель, * скудное кровохарканье, * одышку при быстрой ходьбе, * слабость, прогрессирующее похудание.

Анамнез заболевания

* Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 50 лет присоединилась одышка с затруднённым выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращался. * В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание. * 10 дней назад впервые заметил примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка). Обратился в районную поликлинику.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает водителем автобуса. * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 178 см, масса тела – 58 кг, индекс массы тела – $18,3 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при перкуссии грудной клетки справа в I и II межреберьях определяется притупление лёгочного звука, при аускультации в зоне притупления – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – жесткое дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO_2 – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- острое начало, высокая лихорадка
- неврологическая симптоматика

- мышечные и головные боли
- предшествующая герпетическая инфекция

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- острое начало, высокая лихорадка
- неврологическая симптоматика
- мышечные и головные боли
- предшествующая герпетическая инфекция

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является

- острое начало, высокая лихорадка
- неврологическая симптоматика
- мышечные и головные боли
- предшествующая герпетическая инфекция

В данной клинической ситуации сопутствующим заболеванием является

- хронический необструктивный бронхит, инфекционное обострение тяжёлой степени
- хронический необструктивный бронхит, обострение средней степени тяжести
- хроническая обструктивная болезнь лёгких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа A (mMRC 1, редкие обострения).
- хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлая степень (GOLD 3), группа C (mMRC 1, частые обострения)

Для верификации основного диагноза следует назначить бронхоскопию и

- компьютерную томографию органов грудной клетки
- перфузионную сцинтиграфию лёгких
- пульмонангиографию
- бодиплетизмографию

Для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания пациенту следует назначить

- антагонисты эндотелиновых рецепторов
- длительно действующие антихолинергические препараты
- короткодействующие антихолинергические препараты
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» пациенту следует назначить

- пероральные глюкокортикостероиды
- коротко действующие бронходилататоры
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- коротко действующие нитраты

Пациенту показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- туберкулёза
- гепатита А
- гепатита В
- гриппа

В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать прекращение курения и проведение

- трансплантации лёгких
- аллерген-специфической иммунотерапии
- респираторной поддержки
- лёгочной реабилитации

Для оценки влияния ХОБЛ на качество жизни пациента следует использовать +_____+ опросник

- CAT
- COPD
- mMRC
- Миннесотский

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет +_____+ раз/раза

- 3
- 2
- 1
- 4

Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет +_____+ раз/раза

- 3
- 2
- 1
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась больная 58 лет.

Жалобы

* на надсадный постоянный малопродуктивный кашель, * скудное кровохарканье, * одышку при быстрой ходьбе, * слабость, прогрессирующее похудание.

Анамнез заболевания

* Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 56 лет присоединилась одышка с затруднённым выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращалась. * В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание. * 10 дней назад впервые заметила примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка). Обратилась в районную поликлинику.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Не работает. * Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия. * Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. * Вредные привычки: курит с 25 лет (20 сигарет в день).

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 1,60 м, вес – 46 кг, индекс массы тела – $18,0 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при аускультации справа по передней аксиллярной линии на уровне IV, V межреберья – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO_2 – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3
- 2
- 1
- 4

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 3
- 2

- 1
- 4

Результаты инструментальных методов обследования

Сформулируйте предполагаемый основной диагноз

- 3
- 2
- 1
- 4

Диагноз

Укажите сопутствующее заболевание

- Хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлая степень (GOLD 3), группа C (mMRC 1, частые обострения)
- Хронический необструктивный бронхит, mMRC 1, частые обострения, обострение
- Хроническая обструктивная болезнь лёгких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа A (mMRC 1, редкие обострения)
- Хронический необструктивный бронхит, mMRC 1, редкие обострения, ремиссия

Для верификации основного диагноза следует назначить

- бронхоскопию и компьютерную томографию органов грудной клетки
- компьютерную томографию органов грудной клетки и пульмонангиографию
- бронхоскопию и бодиплетизмографию
- бронхоскопию и определение онкомаркёров

Препаратами выбора для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания являются

- длительнодействующие антихолинергики
- короткодействующие антихолинергики
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- антагонисты эндотелиновых рецепторов

Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» следует назначить

- пероральный глюкокортикостероид
- короткодействующий нитрат
- короткодействующий бронходилататор
- ингаляционный глюкокортикостероид

Пациенту показано проведение вакцинации против

- туберкулёза, гепатита А
- гриппа, пневмококковой инфекции
- гриппа, туберкулёза
- пневмококковой инфекции, гепатита В

В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать

- трансплантацию лёгких, кислородотерапию
- прекращение курения, лёгочную реабилитацию
- аллерген-специфическую иммунотерапию, респираторную поддержку
- лёгочную реабилитацию, низкокалорийную диету

Для средней степени тяжести ХОБЛ характерно значение ОФВ1, % от должного

- $50\% \leq \text{ОФВ1} < 80\%$
- менее 30%
- $30\% \leq \text{ОФВ1} < 50\%$
- более 80%

Кратность посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет _____ раз/раза в год

- 3
- 4
- 1
- 2

Кратность посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет _____ раз/раза в год

- 3
- 4
- 1
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на • ежедневные приступы затруднённого дыхания до 1-2 раз в сутки, чувство заложенности в грудной клетке, преимущественно, в ночные и ранние утренние часы, • приступообразный малопродуктивный кашель, • затруднение носового дыхания со слизистыми выделениями.

Анамнез заболевания

• С детского возраста отмечает появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). • В 17 лет впервые развился приступ затруднённого дыхания после контакта с кошкой. Симптомы регрессировали самостоятельно, к врачу не обращалась. • В течение предшествующих 3 недель на фоне цветения деревьев появились симптомы ринита, принимала антигистаминные препараты (дезлоратадин 1 таблетка в день). • 10 дней назад стали регистрироваться приступы затруднённого дыхания до 1-2 раз в сутки, преимущественно в ночные и ранние утренние часы, непродуктивный кашель.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально. • Является студенткой техникума. • Перенесённые заболевания: детские инфекции. • Наследственность не отягощена. • Пищевая аллергия (цитрусовые – явления крапивницы). • Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,5°C. Нормостенического телосложения, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Кожные покровы обычной окраски. Носовое дыхание затруднено. При перкуссии грудной клетки лёгочный звук, при аускультации – дыхание жёсткое, над всей поверхностью лёгких выслушиваются рассеянные сухие дискантовые хрипы, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 82 в минуту, АД – 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 3
- 4
- 1
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 3
- 4
- 1
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- 3
- 4
- 1
- 2

Для поддерживающей терапии заболевания необходимо назначить комбинацию длительнодействующих бета₂-агонистов и

- низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов
- ритуксимаба
- высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов
- омализумаба

Мониторирование пиковой скорости выдоха проводится

- ежедневно однократно в утренние часы
- ежедневно однократно в вечерние часы
- 2 дня в неделю в утренние часы
- ежедневно 2 раза в сутки

Уменьшение объёма поддерживающей терапии при достижении контроля симптомов заболевания после начала терапии может быть проведено через (в месяцах)

- 3
- 6
- 2
- 1

Для устранения симптомов в режиме «по требованию» следует назначить

- антагонист лейкотриеновых рецепторов
- муколитик
- коротко действующий бета₂-агонист
- кромон

Пациентке показано проведение вакцинации против

- кори
- дифтерии
- пневмококковой инфекции
- гриппа

Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

- II
- IIIa
- I
- IIIб

Минимальная периодичность диспансерных приемов (консультаций пульмонолога) пациента с бронхиальной астмой составляет

- 4-5 раз в год
- 1-3 раза в год
- каждый квартал
- каждые два месяца

В рамках проведения диспансерного наблюдения пациента с бронхиальной астмой необходимо контролировать

- бодиплетизмографию
- КТ органов грудной клетки
- ФВД
- рентгенографию органов грудной клетки

Диспансеризация пациентов с бронхиальной астмой

- бодиплетизмографию
- КТ органов грудной клетки
- ФВД
- рентгенографию органов грудной клетки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 26 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на • кашель с трудноотделяемой ржавой мокротой, • повышение температуры тела до 38,2°C, • общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

• Заболел остро после переохлаждения 2 дня назад: повысилась температура до 38,2°C, появились непродуктивный кашель, озноб, общая слабость. • На второй день заболевания при кашле стала отделяться мокрота с ржавым оттенком, принимал жаропонижающие без эффекта.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Работает банковским служащим. • Перенесённые заболевания: корь, скарлатина. • Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. • Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 38,2°.

Нормостенического телосложения, рост – 176 см, масса тела – 75 кг, индекс массы тела – $24,2 \text{ кг/м}^2$, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Определяются гиперемия щек, более выраженная справа, herpes labialis. Дыхание поверхностное, ЧДД – 18 в минуту. При проведении физикального обследования определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в правой надключичной области, в I и II межреберье справа. При аускультации над местом притупления выслушивается крепитация. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД – 100/65 мм рт.ст. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- бодиплетизмографию
- КТ органов грудной клетки
- ФВД
- рентгенографию органов грудной клетки

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза целесообразно выполнить

- бодиплетизмографию
- КТ органов грудной клетки
- ФВД
- рентгенографию органов грудной клетки

Результаты лабораторных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- бодиплетизмографию
- КТ органов грудной клетки
- ФВД
- рентгенографию органов грудной клетки

Всем амбулаторным пациентам с внебольничной пневмонией для оценки прогноза и выбора места лечения рекомендуется использовать шкалу

- CURB/CRB-65
- mMRC
- SAT
- PORT

В качестве стартовой эмпирической терапии в амбулаторных условиях пациенту может быть назначен + _____ + внутрь

- доксициклин
- амоксициллин
- метронидазол
- ципрофлоксацин

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через (в часах)

- 6-10
- 12-18
- 24-36
- 48-72

Главным критерием окончания антибактериальной терапии является

- исчезновение аускультативных признаков пневмонии
- стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч
- количество лейкоцитов в крови $11-15 \times 10^9/\text{л}$
- снижение температуры до субфебрильных цифр

Ориентировочные сроки разрешения рентгенологических признаков пневмонии составляют (в неделях)

- 7-8
- 3-4
- 1-2
- 5-6

Препаратом выбора для лечения в амбулаторных условиях нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов с сопутствующими заболеваниями будет

- амоксициллин+клавулановая кислота
- кларитромицин
- амоксициллин
- левофлоксацин

Наиболее эффективным средством профилактики внебольничной пневмонии в настоящее время является

- закаливание
- дыхательная гимнастика, йога
- пневмококковая вакцина
- прием поливитаминов содержащих витамин Д

Шкала CURB-65, помимо возраста пациента ≥ 65 лет, повышения уровня азота мочевины > 7 ммоль/л, тахипноэ ≥ 30 /мин; снижения САД < 90 мм рт.ст. или ДАД, включает в себя

- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- наличие дыхательной недостаточности
- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Пульсоксиметрия является скрининговым методом, позволяющим определить необходимость в

- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- наличие дыхательной недостаточности
- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 56 лет обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на • кашель с трудноотделяемой вязкой желтоватой мокротой, • повышение температуры тела до $37,3^{\circ}\text{C}$, • слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

• С 52 лет беспокоит хронический кашель, длительность которого примерно 3-4 месяца в году, преимущественно в осенне-зимний период. Кашель сопровождается скудным количеством светлой мокроты в утренние часы. • В течение последних 2 лет ежегодно, не менее 4 раз переносила эпизоды бронхолёгочной инфекции (усиление кашля с отделением гнойной мокроты на фоне простудных заболеваний). • Настоящее ухудшение в течение 4 дней – на фоне простудного заболевания (боли в горле, першение, заложенность носа) усилился кашель, увеличилось количество мокроты, которая приобрела желтоватый оттенок.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально. • Работает кассиром. • Перенесённые заболевания: пневмония, частые ОРВИ. • Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. • Вредные привычки: курит с 18-летнего возраста (30 сигарет в день).

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – $37,2^{\circ}\text{C}$.

Нормостенического телосложения, рост – 160 см, масса тела – 56 кг, индекс массы тела – $21,9 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка правильной формы, при перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие базовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД – 18 в

минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 78 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- наличие дыхательной недостаточности
- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- наличие дыхательной недостаточности
- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Результаты инструментальных методов обследования

В данной клинической ситуации основным диагнозом является

- повышение глюкозы крови более 11 ммоль/л
- наличие дыхательной недостаточности
- нарушение ритма сердца, обусловленное пневмонией
- нарушение сознания, обусловленное пневмонией

Факторами риска обострения заболевания у пациентки являются курение и

- женский пол
- индекс массы тела
- частые респираторные инфекции
- средний возраст

В связи с частыми ежегодными обострениями заболевания у больной повышен риск развития

- экссудативного плеврита
- хронического лёгочного сердца
- бронхоэктазов
- базального пневмофиброза

Для лечения обострения заболевания показано комбинированное назначение

- антибиотиков и муколитиков
- ингаляционных антибиотиков и противокашлевых средств
- системных глюкокортикостероидов и муколитиков
- антибиотиков и ингаляционных глюкокортикостероидов

Пациентка относится к _____ группе состояния здоровья

- I
- II
- II с последующим переходом в I
- III

Лечение пациентов по поводу обострения хронического бронхита проводится в

- отделении дневного стационара
- пульмонологическом отделении
- общетерапевтическом отделении
- амбулаторных условиях

Пациентке показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и

- гриппа
- гепатита А
- туберкулёза
- гепатита В

Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения больного хроническим бронхитом с обострениями заболевания более 3 раз в год составляет +_____+ раз/раза

- 2
- 1
- 3
- 4

Кратность посещения терапевта и пульмонолога 1 раз в год приемлема для пациентов с хроническим бронхитом при частоте обострений

- 5-6 раз в год
- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- каждый месяц

Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении больного хроническим бронхитом включают спирометрию и

- 5-6 раз в год
- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- каждый месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

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

Анамнез заболевания

• В течение 5 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, в последние 2 года присоединилась одышка при физической нагрузке, похудел на 5 кг. • 2 месяца назад перенёс простудное заболевание со значительным усилением кашля и одышки, амбулаторно принимал азитромицин с положительным эффектом. • В связи с сохраняющейся выраженной одышкой при обычной ходьбе обратился в поликлинику. • В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Работает маляром-штукатуром. • Перенесённые заболевания, операции: пневмония, аппендэктомия. • Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. • Вредные привычки: курит с 20-летнего возраста (20 сигарет в день).

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Пониженного питания, рост – 1,78 м, масса тела – 55 кг, индекс массы тела – $17,3 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких – коробочный звук, при аускультации – умеренное диффузное ослабление везикулярного дыхания, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 2.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 5-6 раз в год
- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- каждый месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 5-6 раз в год
- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- каждый месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 5-6 раз в год
- 1 раз в год
- 1 раз в квартал
- каждый месяц

Диагноз

Из системных проявлений заболевания у пациента присутствует

- бронхиальная обструкция
- хронический бронхит
- эмфизема лёгких
- недостаточная масса тела

Дифференциально-диагностический ряд в данном клиническом случае включает

- хронический бронхит, пневмоторакс, экссудативный плеврит
- хронический бронхит, бронхиальную астму, хроническую сердечную недостаточность
- хронический ларингит, внебольничную пневмонию, бронхоэктатическую болезнь
- острый бронхит, внебольничную пневмонию, бронхоэктатическую болезнь

Для базисной фармакотерапии заболевания следует назначить комбинацию

- ингаляционного глюкокортикостероида и муколитика
- кромона и длительно действующего антихолинергического препарата
- длительно действующего антихолинергического препарата и длительно действующего бета₂-агониста
- антагониста лейкотриеновых рецепторов и длительно действующего бета₂-агониста

Для устранения симптомов в режиме «по требованию» следует назначить

- короткодействующий нитрат
- ингаляционный глюкокортикостероид
- короткодействующий бронходилататор
- пероральный глюкокортикостероид

Пациенту показано проведение вакцинации против

- туберкулёза, гепатита А
- гриппа, пневмококковой инфекции
- гриппа, туберкулёза
- пневмококковой инфекции, гепатита В

В качестве нефармакологических методов лечения больному следует рекомендовать

- аллерген-специфическую иммунотерапию, респираторную поддержку
- прекращение курения, лёгочную реабилитацию
- лёгочную реабилитацию, низкокалорийную диету
- трансплантацию лёгких, кислородотерапию

Кратность ежегодного посещения врача терапевта в рамках диспансерного наблюдения по основному заболеванию составляет +_____+ раз/раза в год

- 3
- 4
- 2
- 1

Лабораторные исследования при диспансерном наблюдении включают клинический анализ крови и

- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении включают спирометрию и

- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 64 лет обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

• на кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой зеленоватого цвета, • одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, • эпизоды «свистящего» дыхания в ранние утренние часы, проходящие после откашливания мокроты, • повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст.

Анамнез заболевания

• С 50 лет беспокоит хронический кашель с небольшим количеством светлой мокроты, с 56 лет присоединилась экспираторная одышка при физической нагрузке с постепенным снижением её переносимости. • В 60 лет диагностирована ХОБЛ, нерегулярно использует фиксированную комбинацию фенотерола/ипратропия бромид 2 дозы 2-3 раза в день. • В течение последних 3 лет ежегодно, не менее 2 раз, госпитализировался по поводу обострений ХОБЛ, проявлявшихся усилением кашля с отделением слизисто-гнойной мокроты и экспираторной одышки. Последнее спирометрическое исследование 3 месяца назад: ОФВ₁ – 48%. • С 56 лет отмечаются подъёмы АД (максим. цифры 160/100 мм рт.ст.), регулярной терапии не получает. • Настоящее ухудшение в течение 2 дней: после переохлаждения усилился кашель с затруднением дыхания в утренние часы, мокрота приобрела зеленоватый оттенок.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально. • Работал наборщиком в типографии. • Перенесённые заболевания, операции: холецистэктомия в 40 лет. • Наследственность и аллергоанамнез не отягощены. • Вредные привычки: курит с 18-летнего возраста (20 сигарет в день).

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, температура тела – 36,8°C. Избыточного питания, рост – 1,75 м, масса тела – 93 кг, индекс массы тела – 30,4 кг/м². Кожные покровы: лёгкий диффузный цианоз лица и шейно-воротниковой зоны, отёков нет. Грудная клетка гиперстенической формы, при перкуссии лёгких – лёгочный звук, при аускультации – жёсткое везикулярное дыхание, рассеянные сухие базовые и дискантовые хрипы в умеренном количестве, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 88 в минуту. АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC 3.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- общий анализ мочи, бактериологическое исследование мокроты
- общий анализ мокроты, бактериологическое исследование мокроты
- биохимический анализ крови, общий анализ мочи
- кровь на сахар, общий анализ мочи

Диагноз

Какая сопутствующая патология присутствует у пациента?

- Артериальная гипертензия 2 степени, риск 3. Ожирение I степени.
- Артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Избыточная масса тела.
- Изолированная систолическая артериальная гипертензия 2 степени, риск 1. Ожирение I степени.
- Артериальная гипертензия 1 степени, риск 2. Ожирение II степени.

Дополнительное инструментальное обследование для оценки сопутствующей патологии включает ЭКГ и

- чрезпищеводную эхокардиографию, дуплексное сканирование вен нижних конечностей
- магнитно-резонансную томографию головного мозга, дуплексное сканирование почечных артерий
- эхокардиографию, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
- эхокардиографию, дуплексное сканирование вен нижних конечностей

Для лечения обострения заболевания следует назначить

- теofilлин, муколитики, спазмолитики
- ингаляционные глюкокортикостероиды, теofilлин, отхаркивающие
- небулайзерную терапию короткодействующими бронходилататорами, муколитики, отхаркивающие
- небулайзерную терапию короткодействующими бронходилататорами, антибиотики, муколитики

Для базисной фармакотерапии ХОБЛ следует назначить комбинацию

- длительно действующего антихолинергика и длительно действующего бета~2~-агониста
- теофиллина и короткодействующего бета~2~-агониста
- кромона и длительно действующего антихолинергика
- антагониста лейкотриеновых рецепторов и теофиллина

Препаратами выбора для лечения сопутствующей патологии являются

- альфа-адреноблокаторы, препараты центрального действия
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов, неселективные бета-блокаторы
- петлевые диуретики, препараты центрального действия
- блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальциевых каналов

В качестве нефармакологических методов лечения основного заболевания следует рекомендовать

- аллерген-специфическую иммунотерапию, респираторную поддержку
- прекращение курения, лёгочную реабилитацию
- лёгочную реабилитацию, высококалорийную диету
- трансплантацию лёгких, кислородотерапию

Кратность посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения для данного пациента по основному заболеванию составляет 1 раз в +_____+ месяца/месяцев

- 2
- 12
- 6
- 4

В рамках диспансерного наблюдения пациента с ХОБЛ 3 стадии помимо общего анализа крови, мокроты, биохимического анализа крови рекомендовано исследование

- пресепсина
- прокальцитонина
- МНО, протромбинового индекса
- ДНК _Pseudomonas aeruginosa_

Инструментальные исследования при диспансерном наблюдении по основному заболеванию включают спирометрию и

- пресепсина
- прокальцитонина
- МНО, протромбинового индекса
- ДНК _Pseudomonas aeruginosa_

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной С., 45 лет, преподаватель ВУЗа, обратился к участковому врачу

Жалобы

На кашель с выделением скудной мокроты желтого цвета, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, отсутствие аппетита, значительное снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Заболел внезапно, 3 дня назад. Отметил ощущение недомогания, появился кашель (вначале сухой, затем – с выделением скудной мокроты желтого цвета), повысилась температура до 38,0°C. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Самостоятельно принимал парацетамол, аскорбиновую кислоту.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально; • Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит, консолидированный перелом костей левой голени; • Наследственность неотягощена; • Вредные привычки: курит на протяжении 10 последних лет по полпачки сигарет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 75 кг, рост 180 см. Кожные покровы нормальной окраски. Цианоза нет. При пальпации грудной клетки справа ниже угла лопатки выявлен небольшой участок усиления голосового дрожания. При перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, в этой же области выслушиваются влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы при аускультации. Частота дыхания 16 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 82 ударов в минуту. АД 125/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Из лабораторных исследований целесообразно выполнить

- пресепсина
- прокальцитонина
- МНО, протромбинового индекса
- ДНК *Pseudomonas aeruginosa*

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- пресепсина
- прокальцитонина
- МНО, протромбинового индекса
- ДНК *Pseudomonas aeruginosa*

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- пресепсина
- прокальцитонина
- МНО, протромбинового индекса
- ДНК *Pseudomonas aeruginosa*

Диагноз

Для оценки тяжести пневмонии в амбулаторных условиях можно использовать шкалу

- SMART-COP/SMRT-CO
- CHA2DS2-VASc
- APACHE III
- CURB/CRB-65

Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии нетяжелого течения являются

- карбапенемы
- аминогликозиды
- аминопенициллины
- витамин С, ингавирин

Тактика ведения данного больного включает

- амбулаторное лечение с динамическим наблюдением
- госпитализацию в инфекционное отделение
- отложенную антибактериальную терапию после дообследования
- незамедлительное направление пациента к фтизиатру

Симптоматическая терапия неосложненной бактериальной пневмонии включает назначение

- метилксантинов
- гастропротекторной терапии
- отхаркивающих и жаропонижающих препаратов
- противовирусных препаратов

Критерием эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмонией является

- восстановление аппетита
- полное восстановление работоспособности
- обязательно полное исчезновение хрипов в легких

- стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч

При отсутствии эффективности антибактериальной терапии пневмонии на протяжении 48 – 72 часов и появлении признаков нарастания дыхательной недостаточности необходимо

- удвоить дозу ранее назначенного антибиотика и лечить амбулаторно
- госпитализировать пациента в стационар
- добавить второй антибиотик и продолжить амбулаторное лечение
- продолжить назначенную ранее терапию и лечить амбулаторно

Длительность антибактериальной терапии при пневмонии в среднем составляет

- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 5-7 дней
- 1 месяц
- 3 – 4 дня

Наиболее часто в связи со схожестью клинико-рентгенологической картины дифференциальную диагностику пневмонии следует проводить с

- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких
- паразитарной инвазией
- бронхиальной астмой

Показанием для проведения КТ органов грудной клетки при пневмонии является

- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких
- паразитарной инвазией
- бронхиальной астмой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Е., 35 лет, осматривается терапевтом в приемном отделении стационара.

Жалобы

На кашель с выделением мокроты желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, одышку при незначительной нагрузке, боль в нижних отделах левой половине грудной клетки, выраженную общую слабость, головокружение, значительное снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Заболела внезапно после переохлаждения, 4 дня назад. Стал беспокоить непродуктивный кашель, повысилась температура тела до 38,0°C. Через сутки при кашле стала выделяться мокрота желто-зеленого цвета, еще через день появилась боль в нижних отделах грудной клетки слева, температура тела повысилась до 39,0°C, стала беспокоить сильная слабость, появилась одышка при небольшой нагрузке. За медицинской помощью не обращалась. Самостоятельно принимала парацетамол, противовирусный препарат – без эффекта. Вызвала СМП, которой была госпитализирована.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась нормально. • Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит. • Наследственность не отягощена. • Вредные привычки: не имеет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 65 кг, рост 175 см. Кожные покровы нормальной окраски. Цианоз губ, акроцианоз. При пальпации грудной клетки слева в нижних отделах - усиление голосового дрожания, при перкуссии в этой же области определяется укорочение звука и выслушиваются влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы, бронхиальное дыхание. Частота дыхания 31 в минуту. SpO₂ ~ 89 %. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких
- паразитарной инвазией
- бронхиальной астмой

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких
- паразитарной инвазией
- бронхиальной астмой

Результаты инструментальных методов обследования

Исходя из клинико-рентгенологических данных верным диагнозом является

- герпетической инфекцией
- туберкулезом легких

- паразитарной инвазией
- бронхиальной астмой

Осложнением пневмонии у данной больной является развитие

- бронхообструктивного синдрома
- пневмоторакса
- острой дыхательной недостаточности
- острой правожелудочковой недостаточности

Для определения степени тяжести дыхательной недостаточности у больной необходимо провести исследование

- газового анализа артериальной крови
- уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе
- уровня ферритина крови
- функции внешнего дыхания

Учитывая результаты проведенного исследования – значение P_{aO_2} / F_{iO_2} - 200, тактика ведения данной больной включает госпитализацию в отделение

- терапии
- пульмонологии
- торакальной хирургии
- интенсивной терапии и реанимации

Стартовую антибактериальную терапию у данной пациентки следует начать с назначения комбинации препаратов, включающую

- амоксициллин + гентамицин
- левофлоксацин + цефтриаксон
- ципрофлоксацин + цефазолин
- гентамицин + азитромицин

Симптоматическая терапия пневмонии включает назначение

- противовирусных препаратов
- НПВС для купирования болевого синдрома, обусловленного плевритом
- противокашлевых средств
- ингаляционных глюкокортикостероидов

Критерием эффективности антибактериальной терапии у больной с пневмонией является + _____ + через 48-72 ч после начала лечения

- полное исчезновение хрипов в легких
- прекращение кашля
- полное исчезновение ощущения общей слабости

- снижение температуры тела

В связи с развитием осложнения заболевания пациентке необходимо назначить

- ингаляционную терапию бронхолитиком через небулайзер
- стандартную (низкопоточную) оксигенотерапию
- массивную инфузионную терапию
- кортикостероиды системного действия

Длительность антибактериальной терапии при тяжелой пневмонии в среднем составляет

- 3-4 дня при назначении современного антибиотика
- 1 месяц
- 15-20 дней
- 7 – 10 дней

Рентгенологическим критерием пневмонии является

- 3-4 дня при назначении современного антибиотика
- 1 месяц
- 15-20 дней
- 7 – 10 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной И., 55 лет, безработный, обратился к участковому врачу

Жалобы

На кашель с выделением мокроты желтого цвета, повышение температуры тела до 38,5°C, боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, общую слабость.

Анамнез заболевания

Заболевание началось остро, 5 дней назад. Появился кашель, вначале сухой, затем – с выделением мокроты желтого цвета, повысилась температура до 39°C, стала беспокоить боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. До настоящего времени за медицинской помощью не обращался.

Анамнез жизни

• Рос и развивался нормально; • Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит, язвенная болезнь желудка; • Наследственность не отягощена; • Вредные привычки: курит на протяжении 35 последних лет по пачке сигарет, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 80 кг, рост 180 см. Кожные покровы нормальной

окраски. Акроцианоз. При перкуссии ниже угла правой лопатки определяется тупой перкуторный звук, в эту же область дыхание не проводится. Частота дыхания 31 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 125 ударов в минуту. АД 89/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет. **Для постановки диагноза необходимыми лабораторными методами обследования являются**

- 3-4 дня при назначении современного антибиотика
- 1 месяц
- 15-20 дней
- 7 – 10 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом диагностики является

- 3-4 дня при назначении современного антибиотика
- 1 месяц
- 15-20 дней
- 7 – 10 дней

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом является

- 3-4 дня при назначении современного антибиотика
- 1 месяц
- 15-20 дней
- 7 – 10 дней

Осложнением пневмонии является

- плеврит
- бронхиальная астма
- хроническое легочное сердце
- острая левожелудочковая недостаточность

Дополнительным методом исследования, позволяющим определить наличие плеврального выпота, является

- ангиография легких
- УЗИ
- спирометрия
- сцинтиграфия легких

Тактика ведения данного больного подразумевает

- консультацию хирурга
- госпитализацию в стационар
- консультацию невролога
- консультацию фтизиатра

Наиболее предпочтительная схема антибактериальной терапии в данной ситуации

- цефазолин + кларитромицин
- бисептол + азитромицин
- амоксициллин + гентамицин
- левофлоксацин + цефтриаксон

Симптоматической терапией необходимой в данной ситуации является назначение

- противовирусных препаратов
- больших доз диуретиков
- НПВС в качестве обезболивающего и жаропонижающего средства
- бронхолитиков

Процедурой, носящей диагностический и лечебный характер, которая может быть выполнена этому пациенту, является

- УЗИ органов брюшной полости
- паравертебральная блокада
- плевральная пункция
- электрофорез на грудную клетку

При отсутствии эффекта от назначенной первичной антибактериальной терапии необходимо

- продолжить первичную антибактериальную терапию и положительный эффект все равно наступит
- оставить первичный антибиотик, добавить иммуностимулирующие препараты
- назначить антибиотик, к которому выявлена чувствительность по результатам антибиотикограммы
- удвоить дозу ранее назначенного антибиотика

Длительность антибактериальной терапии при пневмонии обычно составляет

- 1 – 4 дня
- 15-20 дней
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 7 – 10 дней

Для определения тяжести пневмонии в амбулаторных условиях может быть применена шкала

- 1 – 4 дня
- 15-20 дней
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 7 – 10 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 60 лет

Жалобы

* на выраженную одышку при малейшей физической нагрузке * на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты * на плохую переносимость физических нагрузок низкой интенсивности

Анамнез заболевания

Около 15 лет назад пациент впервые стал отмечать одышку при значительных физических нагрузках, которая со временем нарастала, стал ходить по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, толерантность к физическим нагрузкам снижалась, присоединился малопродуктивный кашель. Лечение не получал. В течение последней недели отметил увеличение выраженности одышки.

Анамнез жизни

* пациент курит в течение 40 лет по 1 пачке сигарет в день * в течение 30 лет работал электриком и газосварщиком

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6 °С. ИМТ – 22 кг/м². Диффузный тёплый цианоз. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание ослаблено над всей поверхностью лёгких, выслушиваются сухие свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД 27 в мин. Пульс 88 в мин. АД 120 и 80 мм рт.ст. SpO₂ ~ 90%.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- 1 – 4 дня
- 15-20 дней
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 7 – 10 дней

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- 1 – 4 дня
- 15-20 дней
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 7 – 10 дней

Результаты инструментальных методов обследования

Какой основной диагноз?

- 1 – 4 дня
- 15-20 дней
- 2 – 3 дня при назначении современного антибиотика
- 7 – 10 дней

Как осложнение основного заболевания у пациента развилась

- эмпиема плевры
- дыхательная недостаточность
- полисегментарная пневмония
- тромбоэмболия легочной артерии

Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- CAT, mMRC
- HAS-BLED, CHA₂DS₂-VASc
- MDRD, CKD-EPI
- CURB-65, SMART-COP

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- значение ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70% в постбронходилатационной пробе
- бочкообразная грудная клетка
- обнаружение большого числа лейкоцитов в цитологическом анализе мокроты
- участие вспомогательной дыхательной мускулатуры

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- бронходилататор через небулайзер в сочетании с коротким курсом пероральных или ингаляционных глюкокортикостероидов
- антибактериальный препарат через небулайзер в сочетании с внутривенным введением метилксантина
- метилксантин пролонгированного действия в сочетании с муколитиком с через небулайзер
- антибактериальный препарат в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом через небулайзер

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- β 2-адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия
- β 2-адреномиметика короткого действия с М-холинолитиком короткого действия
- β 2-адреномиметика короткого действия с β 2-адреномиметиком длительного действия
- М-холинолитика короткого действия с М-холинолитиком длительного действия

В план лечения пациента дополнительно необходимо включить

- длительную кислородотерапию и дыхательную гимнастику
- назначение иммуностимуляторов
- назначение муколитиков на постоянной основе
- электростимуляцию диафрагмы

В план лечения пациента дополнительно нужно включить

- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- назначение ингаляций оксида азота через небулайзер
- проведение вакцинации по графику
- назначение антибактериальных препаратов на постоянной основе

Необходимо предусмотреть вакцинацию пациента с ХОБЛ против

- гриппа
- кори
- туберкулёза
- коклюша

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать

- гриппа
- кори
- туберкулёза
- коклюша

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 56 лет

Жалобы

* повышение температуры тела до 38,5 °С * кашель с отделением зелено-жёлтой вязкой мокроты * одышка при незначительной физической нагрузке (подъём по лестнице на несколько ступеней) * общую слабость

Анамнез заболевания

Около 25 лет пациент отметил возникновение кашля с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты. Последние 10 лет беспокоит одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гнойности мокроты, повышением температуры тела. За прошедший год 2 раза находился на стационарном лечении в связи с усилением имеющихся симптомов. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней. Самостоятельно начал приём амброксола, парацетамола без значимого эффекта.

Анамнез жизни

* пациент курит с 26 лет по 20 сигарет в сутки * работает в офисе с документами

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,5 °С. ИМТ – 27 кг/м². Кожные покровы цианотичны, горячие на ощупь. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД = 20 в мин. Пульс 105 в мин. АД = 110 и 70 мм рт.ст.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- гриппа
- кори
- туберкулёза
- коклюша

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- гриппа
- кори
- туберкулёза
- коклюша

Результаты инструментальных методов обследования

У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- обострением атопической бронхиальной астмы, аспергиллезом лёгких и васкулитом
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем

Основной диагноз можно сформулировать как

- обострением атопической бронхиальной астмы, аспергиллезом лёгких и васкулитом
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем

Диагноз

Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- CAT, mMRC
- MDRD, CKD-EPI
- HAS-BLED, CHA₂-DS₂-VASc
- CURB-65, SMART-COP

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- обнаружение большого числа лейкоцитов в цитологическом анализе мокроты
- обнаружение большого числа лейкоцитов в общем анализе крови
- участие вспомогательной дыхательной мускулатуры
- значение ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70% в постбронходилатационной пробе

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- кромоглициевая кислота (интал) через дозированный аэрозольный ингалятор
- глюкокортикостероид (будесонид) через небулайзер
- недокромил натрия (тайлед) через дозированный аэрозольный ингалятор
- бронходилататор (беродуал) через небулайзер

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить + _____ + препарат

- противокашлевой (кодеин)
- противогрибковый (флуконазол)
- ритмурежающий (атенолол)

- антибактериальный (амоксциллин/клавулановая кислота)

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- метилксантина и антибактериального препарата
- β_2 -адреномиметика короткого действия с β_2 -адреномиметиком длительного действия
- М-холинолитика короткого действия с М-холинолитиком длительного действия
- β_2 -адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия

При ведении пациента с бронхитическим фенотипом ХОБЛ с частыми обострениями заболевания на длительный прием дополнительным служит назначение

- рофлумиласта (даксас)
- бутамирата (омнитус)
- сурфактанта (курросурф)
- фенспирида (эреспал)

В план ведения пациента дополнительно нужно включить

- проведение вакцинации против гриппа
- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- назначение курсов ингаляций антибактериальных препаратов через небулайзер
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать

- проведение вакцинации против гриппа
- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- назначение курсов ингаляций антибактериальных препаратов через небулайзер
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 56 лет

Жалобы

* повышение температуры тела до 38,0 °С * кашель с отделением зеленоватой

плохо откашливаемой мокроты * одышка при небольшой физической нагрузке * общую слабость * потливость

Анамнез заболевания

На протяжении около 16 лет пациентка отмечала кашель с отделением небольшого количества мокроты. Последние 10 лет присоединилась одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гнотности мокроты, с повышением температуры тела, по поводу чего самостоятельно принимала разные группы антибактериальных препаратов. 5 дней назад после переохлаждения отметила настоящее ухудшение состояния. От приема микстуры от кашля эффекта не отметила.

Анамнез жизни

* пациентка курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день * ранее работала переводчиком, в настоящее время не работает * алергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,2 °C. ИМТ – 25,5 кг/м². Кожные покровы горячие на ощупь. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД = 24 в мин. Пульс 108 в мин. АД = 125 и 70 мм рт.ст.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- проведение вакцинации против гриппа
- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- назначение курсов ингаляций антибактериальных препаратов через небулайзер
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- проведение вакцинации против гриппа
- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- назначение курсов ингаляций антибактериальных препаратов через небулайзер
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер

Результаты инструментальных методов обследования

У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы и васкулитом
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- инфарктом миокарда, миокардитом и отёком лёгких
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ

Основной диагноз можно сформулировать как

- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы и васкулитом
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- инфарктом миокарда, миокардитом и отёком лёгких
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ

Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- HAS-BLED, CHA₂DS₂-VASc
- MDRD, CKD-EPI
- CAT, mMRC
- CURB-65, SMART-COP

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- значение ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70% в постбронходилатационной пробе
- обнаружение большого числа лейкоцитов в цитологическом анализе мокроты
- участие вспомогательной дыхательной мускулатуры
- обнаружение большого числа лейкоцитов в общем анализе крови

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- глюкокортикостероид (будесонид) через небулайзер
- недокромил натрия (тайлед) через дозированный аэрозольный ингалятор
- бронходилататор (беродуал) через небулайзер
- кромоглициевая кислота (интал) через дозированный аэрозольный ингалятор

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить
+ _____ + препарат

- муколитический (N-ацетилцистеин)
- противокашлевой (кодеин)
- ритмурежающий (атенолол)
- противогрибковый (амфотерицин В)

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить

- β_2 -адреномиметик длительного действия и М-холинолитик длительного действия
- метилксантина короткого действия
- β_2 -адреномиметика короткого действия
- М-холинолитика короткого действия

При учащении обострений ХОБЛ в дальнейшем на длительный прием целесообразно будет назначить

- сурфактант (куросурф)
- фенспирид (эrespал)
- бутамират (омнитус)
- рофлумиласт (даксас)

Необходимо предусмотреть вакцинацию против

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- ротавирусной инфекции

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать в себя

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- ротавирусной инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 года, пенсионер обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

* на кашель с легко отделяемой мокротой слизистого характера в небольшом количестве, больше в утренние часы * на тупые боли в правом плече, иррадиирующие по медиальной поверхности предплечья * общую слабость, похудание на 5 кг в течение 2 последних месяцев

Анамнез заболевания

* “Кашель курильщика” около 50 лет * Обострения ежегодно 1-2 раза в год. * Слабость и боли в плече стали беспокоить последние 2 месяца.

Анамнез жизни

* Рос и развивался в соответствии с возрастом. * Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. * 40 лет назад – аппендэктомия * Курит 55 лет по 20-25 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает. * Работал инженером, профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0°C. ИМТ 24 кг/м². Кожа обычной окраски, влажности, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Правосторонний птоз и миоз. Отмечается гипотрофия мышц правой руки, сила кистевого хвата справа снижена. ЧДД 20 в минуту. SpO₂ 95%. Грудная клетка нормостенической формы, симметрична, перкуторный звук ясный легочный, справа в подключичной области притупление. При аускультации над лёгкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, больше справа в подключичной области. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств, 80 в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет.

Из лабораторных методов исследования в первую очередь необходимо провести

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- ротавирусной инфекции

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов исследования в первую очередь необходимо проведение

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- ротавирусной инфекции

Результаты инструментальных методов обследования

На основании полученных данных можно поставить предварительный диагноз

- коклюша
- туберкулёза
- гриппа
- ротавирусной инфекции

Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с

- бронхоэктатической болезнью
- туберкулезом
- саркоидозом II стадии с суставным синдромом
- идиопатическим легочным фиброзом

Пациенту требуется в первую очередь консультация

- торакального хирурга, онколога
- фтизиопульмонолога и бронхолога
- пульмонолога-терапевта
- невролога и ревматолога

Стадийность процесса определяется

- рентгенологическими критериями (по результатам компьютерной томографии), обозначается pTpNpM
- размером и распространением опухоли, наличием метастазов (TNM)
- морфологическим вариантом после оперативного лечения, обозначается cTcNcM
- наличием сопутствующих заболеваний, ограничивающих возможность оперативного лечения

После дообследования пациенту вероятнее всего будет показано назначение

- химиолучевой терапии
- внутрисуставных инъекций глюкокортикостероидов
- ингаляционных бронхолитиков
- системных глюкокортикостероидов

Госпитализация пациенту

- не показана, необходима паллиативная амбулаторная помощь
- необходима в диагностическое отделение фтизиатрического стационара
- срочно необходима в терапевтический стационар
- показана в отделение торакальной хирургии онкологического стационара

После радикального лечения показано динамическое наблюдение с обследованием в течение первого года каждые + _____ + месяца/месяцев

- 4
- 2
- 3
- 6

С помощью опухольассоциированных маркеров можно

- определить объем хирургического вмешательства
- оценить эффективность проводимой терапии
- определить гистологический вариант опухоли, не проводя морфологическую верификацию
- предположить приблизительные размеры опухоли

Рак легких метастазирует в первую очередь в периферические лимфатические узлы

- поднижнечелюстные
- надключичные
- околоушные
- кубитальные

При злокачественных опухолях легких наиболее частыми поражаемыми органами-мишенями, доступными для УЗИ, являются

- поднижнечелюстные
- надключичные
- околоушные
- кубитальные

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому повторно через 2 недели после первого посещения.

Жалобы

* на интенсивный непродуктивный кашель * на одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся до степени удушья при физической нагрузке * на общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр

Анамнез заболевания

* кашель и слабость появились 2 недели назад, в связи с чем и обращалась первично в поликлинику, где был поставлен диагноз ОРЗ «острый бронхит». * при рентгенографии легких выявлялось усиление легочного рисунка * по назначению участкового врача принимала амоксициллин 5 дней, затем азитромицин 3 дня и амброксол * на фоне лечения кашель и слабость усилились, появилась нарастающая одышка, в связи с чем обратилась к участковому врачу повторно

Анамнез жизни

* росла и развивалась в соответствии с возрастом * жилищно-бытовые условия удовлетворительные * в течение последнего месяца живет в сельской местности, занимается животноводством, помогает мужу заниматься разведением голубей * хронических сопутствующих заболеваний нет * не курит, злоупотребление алкоголем отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски; температура тела 37,5°C. Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительных качеств. ЧСС — 100 в мин, АД — 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, сердечный толчок не определяется. Перкуторно границы сердца не изменены. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 в минуту. ЧДД 22 в минуту. SpO₂ ~ 92%. Грудная клетка нормостенической формы. При аускультации дыхание везикулярное, над нижними отделами с обеих сторон выслушивается звучная крепитация. Язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Поколачивание поясничной области безболезненное. Стул регулярный, мочеиспускание без особенностей. Периферических отёков нет. **Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза в первую очередь необходимо провести**

- поднижнечелюстные
- надключичные
- околоушные
- кубитальные

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов обследования в первую очередь для постановки диагноза необходимо проведение

- поднижнечелюстные
- надключичные
- околоушные
- кубитальные

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных данных, пациентке целесообразно выполнить

- поднижнечелюстные
- надключичные
- околоушные
- кубитальные

Результаты обследования

Данной больной можно поставить диагноз

- поднижнечелюстные
- надключичные
- околоушные

- кубитальные

Диагноз

Диагноз экзогенного аллергического альвеолита подтверждают данные

- объективного статуса (наличие субфебрильной температуры тела)
- паспортной части (пол и возраст пациентки)
- анамнеза (недавняя неэффективная антибактериальная терапия)
- анамнеза (занимается разведением голубей)

Дифференциальный диагноз необходимо проводить в первую очередь с

- обострением бронхоэктатической болезни
- острым бронхитом
- пневмонией
- поражением легких при гриппе

Руководствуясь основным принципом лечения больных экзогенным аллергическим альвеолитом, данной пациентке следует рекомендовать

- начать прием ИГКС
- заняться легочной гимнастикой
- сменить работу
- начать прием антигистаминных препаратов

Из медикаментозной терапии пациентке необходимо в первую очередь назначить

- теофиллин внутривенно и глюкокортикостероид через небулайзер
- системные глюкокортикостероиды
- комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида и длительно действующего бета2-агониста
- антибактериальный препарат класса цефалоспоринов

Дополнительно к основному лечению при данном варианте течения показано назначение

- иммуномодуляторов
- аллергенспецифической иммунотерапии
- плазмафереза
- эндоваскулярной лазеротерапии

Продолжительность противовоспалительной терапии при данном варианте течения заболевания должна составлять + _____ + (в месяцах)

- 1
- 3

- 12
- 6

Критерием излеченности является стабилизация клинических и рентгенологических признаков болезни после прекращения лечения в течение +_____+ (в месяцах)

- 1
- 1,5
- 2
- 3

Основным средством профилактики заболевания является

- 1
- 1,5
- 2
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родственники 85-летней женщины вызвали участкового врача-терапевта на дом.

Жалобы

На постоянную сонливость, одышку и покашливание.

Анамнез заболевания

* в течение недели родственники пациентки обратили внимание на значительное ухудшение ее состояния: заметно снизился аппетит, пациентка стала больше времени проводить в постели в постоянной полудреме. * 3 дня назад пациентке стало труднее дышать, дыхание участилось и стало поверхностным, при этом появился кашель, однако мокроту пациентка откашливала с большим трудом из-за выраженной слабости, а в течение последних суток перестала откашливать совсем. * Утром родственники были обеспокоены тем, что с трудом смогли разбудить больную и она снова погружалась в забытие, при этом уровень артериального давления без приема препаратов снизился до 100/60 мм рт.ст., а пульс достиг 120 ударов в минуту.

Анамнез жизни

* длительно страдает артериальной гипертензией с максимальными подъемами АД до 180/130 мм рт.ст., на фоне антигипертензивной терапии целевой уровень АД не достигнут. 15 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, гликированный гемоглобин 9,8%. 8 лет назад перенесла ОНМК в бассейне левой средней мозговой артерии, после которого сохранялся правосторонний гемипарез. * не курит, алкоголем не злоупотребляет. * менопауза с 52 лет, опущение матки. * аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Уровень сознания – сопор. Вес 90 кг, рост 169 см.

Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$ (ранее температуру тела не измеряли). Кожные покровы влажные, теплые, пастозность голеней. Катаральных явлений нет. Справа ниже угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, там же выслушивается ослабленное жесткое дыхание и небольшое количество влажных звонких мелко- и среднепузырчатых хрипов. Над остальными отделами легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧДД 30/мин, дыхание поверхностное. Тоны сердца глухие, ритмичные, систолический шум на верхушке ЧСС 120/мин, АД 95/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня, мочеиспускание свободное. Сухожильные рефлексы справа оживлены, правосторонний гемипарез. Рефлекс Бабинского справа. Менингеальных знаков нет.

Тактикой вызванного участкового врача-терапевта будет

- лечение в амбулаторных условиях (на дому)
- немедленная госпитализация
- лечение в условиях «дневного стационара»
- назначение лечения в амбулаторных условиях с последующей оценкой эффекта и принятия решения о необходимости госпитализации

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- лечение в амбулаторных условиях (на дому)
- немедленная госпитализация
- лечение в условиях «дневного стационара»
- назначение лечения в амбулаторных условиях с последующей оценкой эффекта и принятия решения о необходимости госпитализации

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- лечение в амбулаторных условиях (на дому)
- немедленная госпитализация
- лечение в условиях «дневного стационара»
- назначение лечения в амбулаторных условиях с последующей оценкой эффекта и принятия решения о необходимости госпитализации

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятной причиной ухудшения состояния пациентки является

- лечение в амбулаторных условиях (на дому)
- немедленная госпитализация
- лечение в условиях «дневного стационара»

- назначение лечения в амбулаторных условиях с последующей оценкой эффекта и принятия решения о необходимости госпитализации

Течение заболевания следует оценить как

- среднетяжелое
- тяжелое
- крайне тяжелое
- легкое

Оптимальная стартовая антибактериальная терапия включает назначение

- амоксициллина/клавуланата+кларитромицина
- амоксициллина+амикацина
- левофлоксацина+амоксициллина
- амоксициллина/клавуланата+цефтриаксона

Предпочтительным путем введения препарата пациентке является

- парентеральный
- сублингвальный
- ингаляционный
- пероральный

Критерием эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала будет являться

- нормализация аускультативной картины: исчезновение фокуса влажных хрипов, нормализация характера дыхания
- нормализация показателей общего анализа крови
- нормализация рентгенологической картины
- снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки

Антибактериальная терапия в случае ее эффективности у данной пациентки должна проводиться

- до нормализации рентгенологической картины
- до нормализации лабораторных показателей
- 7-дневным курсом
- до нормализации аускультативной картины

Повторное рентгенологическое обследование в случае благоприятного течения заболевания и клинических признаков эффективности проводимой антибактериальной терапии проводится через

- 2-4 недели
- 2-3 месяца

- 2-3 дня
- 5-7 дней

Возможным осложнением данного заболевания, помимо деструкции легочной ткани и эмпиемы плевры, является

- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
- бронхиальная астма
- развитие периферического рака легкого
- острый респираторный дистресс-синдром

К очевидным факторам риска затяжного течения пневмонии у пациентки, помимо наличия сопутствующих заболеваний и тяжелого течения пневмонии, относятся

- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
- бронхиальная астма
- развитие периферического рака легкого
- острый респираторный дистресс-синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом.

Жалобы

на повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, кашель с отделением небольшого количества «ржавой» мокроты, боль в правом боку при глубоком дыхании.

Анамнез заболевания

2 дня назад сильно переохладился на зимней рыбалке. В ночь после этого почувствовал сильный жар, температура тела повысилась до $39,3^{\circ}\text{C}$, принял 1 г ацетилсалициловой кислоты и уснул, ночью обильно потел. Утром самочувствие ухудшилось: появилась выраженная слабость, пропал аппетит, температура тела - $38,1^{\circ}\text{C}$. Самостоятельно принимал комбинированные препараты от «простуды» (колдрекс, терафлю), однако самочувствие от этого не улучшалось, а температура тела лишь кратковременно снижалась до $37,8^{\circ}\text{C}$, быстро повышаясь вновь. Пациента познбливало весь день, а к вечеру появились боль в боку и кашель с трудноотделимой мокротой ржавого цвета. На следующее утро вызвал врача на дом.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет, * не курит, алкоголем не злоупотребляет, * профессиональных вредностей не имеет, * аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы влажные, теплые, лихорадочный румянец на лице. _Herpes labialis_. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Справа ниже угла

лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, там же выслушивается бронхиальное дыхание и крепитация. Справа по задней подмышечной линии выслушивается нежный шум трения плевры. SpO₂ - 96%, ЧДД - 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 98/мин, АД - 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 2 дня, мочеиспускание свободное.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
- бронхиальная астма
- развитие периферического рака легкого
- острый респираторный дистресс-синдром

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
- бронхиальная астма
- развитие периферического рака легкого
- острый респираторный дистресс-синдром

Результаты инструментальных методов обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии
- бронхиальная астма
- развитие периферического рака легкого
- острый респираторный дистресс-синдром

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- стационарных условиях (терапевтическое или пульмонологическое отделение)
- амбулаторных условиях (на дому)
- стационарных условиях (отделение интенсивной терапии)
- условиях «дневного стационара»

Пациенту показано назначение

- арбидола 200 мг 4 раза в день
- метронидазола 0,5 г 3 раз в сутки
- кларитромицина 0,5 г 2 раза в сутки
- амоксициллина/клавулоновой кислоты 0,625/0,125 г 3 раза в сутки

Предпочтительным путем введения препарата данному пациенту является

- внутривенный
- внутримышечный
- энтеральный
- ингаляционный

Повторный осмотр пациента для определения эффективности лечения необходим через

- 48-72 часа
- 1 месяц
- 1 неделю
- 6 часов

К критериям эффективности проводимой терапии через 48-72 часа от ее начала относят

- нормализацию рентгенологической картины
- снижение температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации и одышки
- нормализацию аускультативной картины, прекращение кашля и отхождения мокроты
- нормализацию показателей общего анализа крови

Продолжительность антибактериальной терапии должна составлять

- 48-72 часа
- 21 сутки
- 5-7 суток
- 14 суток

В качестве симптоматической терапии данному пациенту показано назначение

- муколитиков
- противокашлевых препаратов
- бронхолитиков
- антигистаминных препаратов

К возможным осложнениям данного заболевания относится

- рак легкого
- пневмоторакс
- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма

Предрасполагающим фактором развития заболевания у пациента можно считать

- рак легкого
- пневмоторакс
- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 35 лет вызвала СМП.

Жалобы

* На повышение температуры тела до 39,0°C, * слабость, * кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты, * инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке и в покое.

Анамнез заболевания

Отмечает ухудшение самочувствия 3 дня назад, когда внезапно повысилась температура тела до 39,2 С^o^, появился сухой кашель. Лечилась народными средствами. Стала отмечать одышку при умеренной, а затем и при незначительной физической нагрузке.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ. * Наследственность неотягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет в умеренном количестве. * По профессии менеджер.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 74 кг, рост 175 см. Температура тела 38°C. Цианоз губ. Кожные покровы горячие на ощупь, повышенной влажности. Видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Доступные пальпации периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. При пальпации грудной клетки справа выявлено усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечной линиям. Аускультативно дыхание жесткое, справа в нижней доле выслушиваются влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 30 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 110 ударов в минуту. АД 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы. SpO~2~ 91%. Врачом СМП было принято решение о госпитализации.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- рак легкого
- пневмоторакс

- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования являются

- рак легкого
- пневмоторакс
- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больной может быть установлен клинический диагноз

- рак легкого
- пневмоторакс
- острый респираторный дистресс-синдром
- бронхиальная астма

Диагноз

Для скрининговой оценки тяжести пневмонии следует использовать шкалу

- mMRC
- CHA2DS2-VASc
- Глазго
- CURB-65

Для оценки прогноза при внебольничной пневмонии следует использовать шкалу

- mMRC
- CAT
- PORT
- HAS-BLED

Газовый состав крови следует определять при SpO₂ ~ менее + _____ + %

- 95
- 85
- 98
- 90

Терапией выбора для стационарного лечения внебольничной пневмонии тяжелого течения является комбинация

- меропенема и левофлоксацина
- тетрациклина и метронидазола
- ванкомицина и гентамицина
- амоксициллина клавуланат и макролида

Симптоматическая терапия пневмонии включает назначение

- бронхолитиков
- НПВС
- антидепрессантов
- противокашлевых средств

Критерием эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмониями является + _____ + в течение + _____ + после назначения антибиотика

- полное исчезновение симптомов; 5-7 суток
- исчезновение инфильтрации при рентгенограмме органов грудной клетки; 3-4 суток
- прекращение кашля; 24 часа
- снижение температуры; 48-72 часа

Альтернативной схемой для лечения тяжелой пневмонии в стационаре является комбинация

- респираторных фторхинолонов с цефалоспорином III поколения
- незащищенных пенициллинов с макролидами
- гликопептидов с тетрациклинами
- ампициллин/клавуланата с ванкомицином

У госпитализированной больной должны применяться антибактериальные препараты с + _____ + путем введения

- пероральным
- внутривенным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- комбинированным (пероральным и внутривенным)

Контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, системами охлаждения воды, недавнее (<2 нед) морское путешествие/проживание в гостинице увеличивает риск развития пневмонии, вызванной

- пероральным
- внутривенным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)

- комбинированным (пероральным и внутривенным)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В. 65 лет, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,5°C, кашель с отхождением слизистой мокроты, выраженную слабость, потливость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 4 дней, когда после переохлаждения внезапно стала повышаться температура тела до 37,5°C, появился кашель со слизистой мокротой. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал доксициклин без эффекта: к третьим суткам заболевания температура тела повысилась до 38,3°C, присоединилась выраженная слабость, потливость, преимущественно в ночное время.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Перенесенные заболевания и операции: холецистэктомия. * Наследственность неотягощена. * Вредные привычки: курит в течение 25 лет по пачке сигарет в сутки, алкоголь не употребляет. * По профессии кондитер.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 94 кг, рост 170 см. Температура тела 38,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Периферических отеков нет. При пальпации грудной клетки справа выявлено усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии определяется укорочение звука справа ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечной линиям. Аускультативно дыхание жесткое, справа в нижней доле выслушиваются влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 20 в минуту, SpO₂ 96%. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- пероральным
- внутривенным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- комбинированным (пероральным и внутривенным)

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- пероральным
- внутривенным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- комбинированным (пероральным и внутривенным)

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больному может быть установлен клинический диагноз

- пероральным
- внутривенным
- комбинированным (пероральным и внутримышечным)
- комбинированным (пероральным и внутривенным)

Появление у больного немотивированной слабости и потливости следует расценивать как проявление

- сахарного диабета
- дисбактериоза кишечника, индуцированного приемом антибиотиков
- сердечной недостаточности
- интоксикационного синдрома

У данного пациента дыхательная недостаточность

- 3 степени
- отсутствует
- 2 степени
- 1 степени

С учетом данных анамнеза, препаратом выбора для данного пациента будет

- амоксициллин+клавулановая кислота
- ванкомицин
- меропенем
- амоксициллин

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации в отделение терапевтического профиля
- госпитализации в отделение реанимации
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении в амбулаторных условиях

Антибактериальная терапия должна

- назначаться всегда парентерально
- проводиться до полного исчезновения инфильтративных изменений при рентгенографии органов грудной клетки
- начинаться только после получения результатов посева мокроты с учетом выявленной чувствительности высеянного микроорганизма
- начинаться как можно раньше после установления диагноза пневмонии

Критериями эффективности антибактериальной терапии у больных с пневмониями следует считать + _____ + в течение 48-72 часов после назначения антибиотика

- снижение температуры тела, уменьшение интоксикации, улучшение общего самочувствия
- исчезновение кашля
- нормализацию картины крови (исчезновение лейкоцитоза)
- исчезновение инфильтрации при контрольной рентгенограмме органов грудной клетки

При сохранении в течение 72 часов после назначения антибактериального препарата лихорадки на прежнем уровне, верной тактикой дальнейшего ведения больного является

- проведение контрольной рентгенографии органов грудной клетки с целью оценки динамики инфильтративных изменений
- пересмотр тактики лечения и повторная оценка целесообразности госпитализации пациента
- добавление к терапии НПВС
- продолжение терапии этим же антибактериальным препаратом в течение 10 дней

Средняя продолжительность антибактериальной терапии неосложненной пневмонии должна составлять + _____ + дней

- 14-16
- 10-12
- 5-7
- 2-4

Данному пациенту целесообразно рекомендовать

- 14-16
- 10-12
- 5-7
- 2-4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной А. 19 лет, студент, обратился к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,0°C, повышенную потливость, общую слабость, утомляемость, кашель с отхождением мокроты слизисто-гнойного характера.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение двух дней, когда внезапно повысилась температура до 38,0°C, появилась слабость, потливость, утомляемость, кашель со слизисто-гнойной мокротой. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал парацетамол в таблетках.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Перенесенные заболевания и операции: ветряная оспа. * Наследственность неотягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. В сознании, своевременно и адекватно отвечает на вопросы. Вес 78 кг, рост 185 см. Температура тела 38,5° С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Периферических отеков нет. При пальпации грудной клетки слева выявлено усиление голосового дрожания. При перкуссии определяется укорочение звука слева ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечной линиям. При аускультации дыхание жесткое, в нижних отделах левого легкого выслушиваются влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 22 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 14-16
- 10-12
- 5-7
- 2-4

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 14-16
- 10-12
- 5-7
- 2-4

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза, результатов лабораторных и инструментальных исследований больному может быть установлен клинический диагноз

- 14-16
- 10-12
- 5-7
- 2-4

Дифференциальную диагностику пневмонии у молодого пациента следует проводить с

- острым трахеитом
- туберкулезом легкого
- инфекционным эндокардитом
- муковисцидозом

Препаратами выбора для лечения внебольничной пневмонии легкого течения являются

- аминопенициллины (амоксциллин)
- тетрациклины (тетрациклин)
- фторхинолоны (ципрофлоксацин)
- аминогликозиды (гентамицин)

Тактика ведения данного больного заключается в

- госпитализации пациента в отделение терапевтического профиля
- госпитализации в инфекционное отделение
- ведении пациента в дневном стационаре
- ведении пациента в амбулаторных условиях

К симптоматической терапии пневмонии относят назначение

- антиагрегантов
- моноклональных антител
- НПВС
- ингибиторов АПФ

Оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через +_____+ от ее начала

- 4-6 часов
- 7-10 суток
- 48-72 часа
- 24-36 часов

Основными критериями эффективности антибактериальной терапии является

- обильное отхождение стекловидной мокроты
- исчезновение кашля
- снижение температуры тела
- исчезновение инфильтрации при контрольной рентгенограмме органов грудной клетки

Помимо *Streptococcus pneumoniae*, наиболее частыми возбудителями внебольничной пневмонии у молодых лиц без сопутствующей патологии являются

- *Escherichia coli* и *Klebsiella pneumoniae*
- *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*
- *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*

Развития внебольничной пневмонии, вызванной анаэробной флорой, следует подозревать у лиц с

- ОРВИ
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой
- аспирацией

Показанием к выписке пациента из стационара будет

- ОРВИ
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой
- аспирацией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 42 лет

Жалобы

* на сухой, свистящий кашель, * одышку при физической нагрузке, * повышенную утомляемость, общую слабость, * ухудшение состояния в ночное время с приступообразным удушливым кашлем.

Анамнез заболевания

* Перенесла ОРВИ, около 3-х недель назад, с повышением температуры до 38,5°C, беспокоили насморк, головная боль. * После чего сначала появился непродуктивный кашель, затем приступы свистящего дыхания, в последние дни стала возникать одышка при быстрой ходьбе, беге, сопровождающаяся

приступообразным сухим кашлем. * Ранее к врачу не обращалась лечилась народными средствами. * Кашель возникает во время частых простудных заболеваний в холодное время года и отмечается в течение 2-3 месяцев в течение последних пяти лет. Также сухой кашель и свистящее дыхание возникает во время проведения уборки дома, в запылённых помещениях, в ванной. Живёт в панельном доме, в угловой квартире.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Работает учителем физики в школе. * Перенесённые заболевания: Сезонный аллергический ринит интермиттирующий, лёгкой степени тяжести. Принимает во время сезона цветения Назоваль, Аллергодил назальный спрей по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю 2 раза в день утром и вечером, Антигистаминные препараты второго поколения. Назначения были сделаны аллергологом, которого посещала около 6-7 лет назад. С тех пор к аллергологу не обращалась, лечилась по предложенной им схеме. * Беременности – 2, родов -2. * Наследственность: у отца –Бронхиальная астма с детства * Аллергоанамнез: аллергическая реакция на цветение в конце апреля до середины мая. * Вредные привычки: нет. * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,75 м, вес 65 кг, t тела 37,0°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, единичные сухие рассеянные хрипы, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 65 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 65 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ОРВИ
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой
- аспирацией

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ОРВИ
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой

- аспирацией

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-анамнестических данных и результатов исследования данной пациентке можно поставить диагноз

- ОРВИ
- инфарктом миокарда в анамнезе
- стероид-зависимой бронхиальной астмой
- аспирацией

К факторам риска развития обострений бронхиальной астмы относится

- хороший контроль бронхиальной астмы
- ОФВ1 75% и более
- применение ингаляционных глюкокортикостероидов
- чрезмерное использование короткодействующих β_2 -агонистов

Для лечения бронхиальной астмы у данной пациентки целесообразно назначить

- препараты кромоглициевой кислоты + антагонисты лейкотриеновых рецепторов
- комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в низкой дозе + β_2 -агонист длительного действия
- антибиотикотерапия + антигистаминные препараты первого поколения + β_2 -агонист короткого действия
- комбинация ингаляционных глюкокортикостероидов в высоких дозах + длительно действующие β_2 -агонисты

Для терапии персистирующей бронхиальной астмы легкого течения ингаляционные глюкокортикостероиды показаны в + _____ + дозах

- низких и средних
- высоких
- низких
- высоких и средних

Для конца апреля- середины мая, в средней полосе России, характерно цветение таких растений, как

- берёза, ольха, лещина, клён
- одуванчик
- тимopheевка, ежа, амброзия
- полынь, лебеда, амброзия

Перекрёстную пищевую реакцию пыльца берёзы даёт с

- свёклой, шпинатом
- маслом подсолнечника, подсолнечным семенем, халвой
- пищевыми злаками, медом
- яблоками, грушами, персиками, черешней, вишней

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения впервые выявленной бронхиальной астмы подбирается с учётом

- длительности течения заболевания
- возраста и пола пациента
- патогенетического варианта
- выраженности симптомов

При назначении β 2-адреномиметика короткого действия как средства, купирующего приступы удушья, необходимо предупредить больного о возможности передозировки препарата с

- тахикардией (ЧСС до 200 уд./мин), трепетанием желудочков
- снижением аппетита
- повышением АД
- брадикардией, угнетённым состоянием, наджелудочковой экстрасистολией

Больной для самостоятельного контроля за бронхиальной астмой должен отслеживать

- изменения показателей (ОФВ₁) функции внешнего дыхания
- суточные колебания частоты дыхательных движений
- эффективность применения β 2-адреномиметика
- суточные колебания пиковой скорости выдоха

Факторами, провоцирующими проявление бронхиальной астмы, аллергического ринита являются

- изменения показателей (ОФВ₁) функции внешнего дыхания
- суточные колебания частоты дыхательных движений
- эффективность применения β 2-адреномиметика
- суточные колебания пиковой скорости выдоха

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу- терапевту участковому обратился пациент 19 лет.

Жалобы

* На непродуктивный кашель, * ежедневную одышку и приступы затруднённого дыхания при физической нагрузке, * чувство заложенности в

груди, * повышенную утомляемость, общую слабость, * приступообразный кашель в ночное время, * плохой сон.

Анамнез заболевания

* Кашель и приступы удушья появились около 3-х недель назад, примерно 10 июля, когда пациент был на даче, * резкое ухудшение при выходе на улицу, * заметил улучшение в дождливую погоду, * к врачу не обращался, принимал Амбробене.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Студент. * Перенесённые и сопутствующие заболевания: Атопический дерматит среднетяжелого течения в фазе ремиссии. В фазе обострения принимает антигистаминные препараты (дезлоратадин), на кожу местные глюкокортикостероиды. Наблюдался у дерматолога. *

Наследственность: у матери в детстве атопический дерматит, аллергический ринит на цветение полыни. * Аллергоанамнез: пищевая аллергия, проявляющаяся сыпью и зудом, не знает на что. Приступы свистящего дыхания при контакте с собакой. * Вредные привычки: курит по 5-10 сигарет в день в течение 3 лет. * Занимается спортом, в последние 2 недели не может, так как ощущает чувство нехватки воздуха, возникают приступы затруднённого дыхания. * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,82 м, вес 75 кг, t тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, на локтевых сгибах имеются участки лихенификации, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – над всей поверхностью лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 72 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Необходимым лабораторным методом исследования является

- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания
- суточные колебания частоты дыхательных движений
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания пиковой скорости выдоха

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза необходимым инструментальным методом обследования является

- изменения показателей (ОФВ 1) функции внешнего дыхания

- суточные колебания частоты дыхательных движений
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания пиковой скорости выдоха

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз, который можно поставить данному больному

- изменения показателей (ОФВ₁) функции внешнего дыхания
- суточные колебания частоты дыхательных движений
- эффективность применения β_2 -адреномиметика
- суточные колебания пиковой скорости выдоха

При невозможности провести спирометрию пациенту необходимо провести

- шаттл-тесты
- пикфлоуметрию в течение 2-х недель и более
- степ-тест
- пикфлоуметрию в течение 5-6 дней или одной недели

Рекомендации по изменению образа жизни включают

- элиминацию аллергена, отказ от курения
- исключение профессиональных вредностей, посещение гомеопата
- занятия конным спортом, отказ от курения
- строгую элиминационную диету, отказ от курения

В качестве базисной терапии бронхиальной астмы у данного пациента необходимо назначить

- системные глюкокортикостероиды из расчета на массу тела коротким курсом
- короткодействующие β -агонисты+ ингаляционные глюкокортикостероиды в низких дозах
- ингаляционные глюкокортикостероиды +длительнодействующие β -2 агонисты в низких дозах
- ингаляционные глюкокортикостероиды +длительно действующие β -2 агонисты высоких дозах

Рассмотрение вопроса о смене дозировки назначенного препарата, в сторону уменьшения, может быть произведён через +_____+ дней

- 90
- 20
- 30
- 60

В качестве вспомогательных средств фармакотерапии рекомендован приём

- бенрализумаба
- короткодействующих β -агонистов по потребности
- лекарственных средств, улучшающих реологию бронхиального секрета
- тиотропия бромида

Пациент жаловался на пищевую аллергию, проявляющуюся сыпью и зудом, но не знает на что, необходимым и разрешённым методом обследования в практике врача терапевта или пульмонолога является

- проведение провокационного теста с нативным пищевым аллергеном
- исследование аллергоспецифических иммуноглобулинов Е к пищевым аллергенам
- исследование специфических иммуноглобулинов G к пищевым аллергенам
- проведение прик-прик теста

При аллергии на собаку, вы порекомендуете, кроме элиминации животного из жилища

- никаких животных не заводить
- можно заводить хомячков
- можно заводить птиц и рыб
- можно заводить кошек

Тяжелое течение у больных находящихся на базисной терапии длительное время характеризуется

- терапией 4-5 ступени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 3-4 ступени
- терапией 2 ступени

На пятой ступени терапии тяжелой аллергической бронхиальной астмы, с уровнем общего иммуноглобулина Е 1200 МЕ, необходимо рассмотреть применение

- терапией 4-5 ступени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 3-4 ступени
- терапией 2 ступени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратилась пациентка 18 лет

Жалобы

* На непродуктивный кашель, обостряющийся в ночное время, * Приступы затруднённого дыхания во время быстрой ходьбы или бега, * Повышенную тревожность, * Плохой сон.

Анамнез заболевания

* Около месяца назад, после употребления сыра с плесенью развился приступ удушья, была вызвана скорая помощь, введен в/в преднизолон, эуфиллин. * Через несколько дней появился непродуктивный кашель, с приступами удушья при физической нагрузке. * Кашель появляется также при уборке дома. * Отмечает ухудшение состояния, с приступообразным удушливым кашлем, в ночное время и при посещении студенческой библиотеки. * Температура не повышалась, других респираторных симптомов не было. * Обоняние и вкусовые ощущения не изменялись. * Ранее к врачу не обращалась самостоятельно принимала амбробене.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Студентка. * Перенесённые заболевания: в детстве была часто болеющим ребенком. * Беременности – 0, родов -0. * Наследственность: у бабушки (со стороны матери) –Бронхиальная астма. * Аллергоанамнез: без особенностей. * Вредные привычки: курит по 5 сигарет в день. * Профессиональных вредностей не имеет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормального питания, рост 1,78 м, вес 58 кг, t тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, влажные, видимые слизистые нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких – лёгочный звук, границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание жесткое, единичные сухие высоко дискантные, свистящие хрипы над всей поверхностью легких с двух сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 72 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

На основании клинико-анамнестических данных пациентке можно поставить предварительный диагноз

- Вирусная пневмония вызванная Sars-Cov2
- ОРВИ
- Острый бронхит
- Бронхиальная астма впервые выявленная

Необходимым для подтверждения диагноза инструментальным методом обследования является

- Вирусная пневмония вызванная Sars-Cov2
- ОРВИ

- Острый бронхит
- Бронхиальная астма впервые выявленная

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-anamnestических данных и проведенных исследований данной больной можно поставить диагноз

- Вирусная пневмония вызванная Sars-Cov2
- ОРВИ
- Острый бронхит
- Бронхиальная астма впервые выявленная

Для выявления спектра сенсибилизации у данной пациентки к необходимому лабораторному исследованию относится

- Вирусная пневмония вызванная Sars-Cov2
- ОРВИ
- Острый бронхит
- Бронхиальная астма впервые выявленная

Результаты дополнительного метода обследования

В качестве базисной терапии бронхиальной астмы у данной пациентки необходимо назначить

- монотерапия антилейкотриеновыми препаратами
- низкие дозы фиксированной комбинации ингаляционного глюкокортикостероида и быстродействующего бета 2-агониста (ИГКС-БДБА) «по потребности»
- средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + длительнодействующие β -2 агонисты
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов + длительнодействующие β -2 агонисты

Для данной больной подойдет режим единого ингалятора, он зарегистрирован для препарата

- вилантерола трифенат + флутиказона фуруат (эллипта)
- будесонид + формотерол в виде дозированного порошкового ингалятора (турбохалер)
- флутиказона пропионат + салметерола ксинафоат, порошок для ингаляций дозированный (мультидиск)
- вилантерола трифенат + умеклидиния бромид + флутиказона фуруат (эллипта)

Для сенсибилизации к грибковым аллергенам характерны перекрестные пищевые реакции с

- яблоками, грушами, сливами, персиками
- макаронами, манной кашей, рисом
- сыром, вином, кефиром, пивом
- морковью, сельдереем, маслинами

При недостаточном ответе на проводимую терапию или после купирования обострения лечащему врачу необходимо в первую очередь

- назначить системные глюкокортикостероиды коротким курсом
- проверить технику ингаляции
- увеличить кратность приема β_2 -адреномиметика короткого действия
- рассмотреть применение биологической терапии

Доза ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения бронхиальной астмы подбирается с учётом

- длительности течения заболевания
- степени тяжести
- возраста и пола пациента
- патогенетического варианта

При развитии легкого или среднетяжелого обострения у данной пациентки необходимо в первую очередь

- назначить небольшую дозу кислорода
- повышение дозировки ингаляционных глюкокортикостероидов + бета 2 агонистов длительного действия
- многократное применение ингаляционных короткодействующих бета 2 агонистов
- добавить к базисной терапии ингаляционный М-холинолитик

Тяжелое течение бронхиальной астмы у больных находящихся на базисной терапии длительное время характеризуется

- терапией 3-4 ступени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 4-5 ступени
- терапией 2 ступени

На пятой ступени терапии тяжелой аллергической бронхиальной астмы, с уровнем общего иммуноглобулина Е 1200 МЕ, необходимо рассмотреть применение

- терапией 3-4 ступени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 4-5 ступени
- терапией 2 ступени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 63 лет

Жалобы

* кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой * экспираторная одышка в покое, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке * общая слабость * повышенное потоотделение * субфебрильная температура * отеки голеней и стоп

Анамнез заболевания

С детства пациентка часто страдала острыми респираторными заболеваниями, характеризовавшимися затяжным течением. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу повторных пневмоний. В течение последних 15 лет беспокоит постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, затем появилась одышка. В течение последних 1,5 - 2 лет возникли отеки на ногах. Лечение ранее не получала, к врачам не обращалась. Настоящее ухудшение около 1 недели назад, связано с ОРВИ, на фоне которой усилились кашель и одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты

Анамнез жизни

* пациентка курила на протяжении 28 лет по 1-1,5 пачки сигарет в сутки * работала в химической промышленности, в условиях воздействия органических веществ, в настоящее время не работает * аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка бочкообразная. Перкуторный звук коробочный. При аускультации дыхание ослабленное, с удлинённым выдохом, большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов. ЧДД = 26 в мин. Границы сердца: правая на 2,5 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 1,5 см кнутри от *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 92 в минуту. АД = 135/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 4 см. Голени и стопы отечны.

Для постановки диагноза основного заболевания целесообразно использовать следующие лабораторные методы обследования

- терапией 3-4 степени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 4-5 степени
- терапией 2 степени

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- терапией 3-4 ступени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 4-5 ступени
- терапией 2 ступени

Результаты инструментальных методов обследования

Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики

- терапией 3-4 ступени
- возможностью принимать только антилейкотриеновые препараты
- терапией 4-5 ступени
- терапией 2 ступени

Результаты дополнительных методов обследования

У пациентки с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы, аллергодерматозом и эозинофильным васкулитом
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией

Основной диагноз можно сформулировать как

- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы, аллергодерматозом и эозинофильным васкулитом
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией

Диагноз

Как осложнения основного заболевания, у пациентки развились

- острый инфаркт миокарда и синдром Дресслера
- артериальная гипертензия и гипертоническая ангиопатия сетчатки
- дыхательная недостаточность и правожелудочковая сердечная недостаточность
- пневмоторакс и эмпиема плевры

Длительная хроническая дыхательная недостаточность способствует развитию

- общевоспалительного ответа
- аллергической реакции
- вторичного иммунодефицита
- вторичного эритроцитоза

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- рофлумиласт перорально
- бронходилататор короткого действия (беродуал) через небулайзер
- кромоглициевую кислоту (интал) через дозированный аэрозольный ингалятор
- недокромил натрия (тайлед) через дозированный аэрозольный ингалятор

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить

- антибактериальный (сульфаметоксазол / триметоприм) и противокашлевой препарат (кодеин)
- ритмурежающий (атенолол) и противокашлевой препарат (либексин)
- муколитический (N-ацетилцистеин) и антибактериальный препарат (амоксциллин / клавуланат)
- противогрибковый (амфотерицин В) и иммуносупрессирующий препарат (преднизолон)

После проведенного лечения у пациентки купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить

- β_2 -адреномиметик короткого действия и М-холинолитик короткого действия
- β_2 -адреноблокатор длительного действия и М-холиномиметик длительного действия
- β_2 -адреноблокатор короткого действия и М-холиномиметик короткого действия
- β_2 -адреномиметик длительного действия и М-холинолитик длительного действия

В качестве лечения осложнений основного заболевания необходимо назначить

- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Необходимо предусмотреть вакцинацию против

- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы

- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 52 лет доставлен СМП в приемное отделение стационара

Жалобы

* на озноб, * повышение температуры тела до 39°C, * одышку при обычной физической нагрузке преимущественно на вдохе, * кашель с небольшим количеством мокроты, * боль слева в подлопаточной области, усиливающуюся при кашле и глубоком дыхании, * общую слабость, * снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Заболел остро 2 дня назад после переохлаждения, когда внезапно появился озноб, повысилась температура тела до 39°C, присоединился кашель, сначала сухой, затем с отделением небольшого количества мокроты. Свое состояние расценил как «простуду» и самостоятельно принимал жаропонижающие препараты («Колдрекс») и аскорбиновую кислоту 1 г в день. На фоне проводимой терапии сохранялась температура, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, появилась одышка, пациент вызвал СМП. В связи с тяжестью состояния был доставлен в приёмный покой стационара.

Анамнез жизни

* Рос и развивался согласно возрасту. * Работает электриком, профессиональные вредности отрицает. * Перенесённые заболевания: ОРВИ, аппендэктомия в 30 летнем возрасте. * Наследственность: у отца - язвенная болезнь желудка, у матери – гипертоническая болезнь. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы повышенной влажности. Цианоз губ. Рост - 180 см, вес - 78 кг. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены. Температура 39,1°C. Грудная клетка конической формы, при осмотре выявлено отставание левой половины грудной клетки при глубоком дыхании. ЧДД - 26 в минуту. SatO₂ ~ 89 %. Слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. При аускультации слева, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается бронхиальное дыхание, звонкие мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС – 109 ударов в минуту. АД 105/70 мм рт. ст. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9×8×7 см, при пальпации нижний край гладкий, безболезненный. Стул оформленный. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Результаты инструментального метода обследования

Данному больному можно поставить диагноз

- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной полости при пневмонии является

- наличие болей в грудной клетке, усиливающихся при кашле и глубоком дыхании
- сохранение инфильтративных изменений в легочной ткани более одного месяца
- сохранение инфильтрации легочной ткани в течение 10 дней от начала лечения пневмонии
- наличие кашля с «ржавой» мокротой

К осложнениям внебольничной пневмонии относится (-ятся)

- пневмоторакс
- острые язвы желудка
- острая левожелудочковая недостаточность
- эмпиема плевры

К этиологическим факторам пневмонии относят

- воздействие ионизирующего излучения

- застой по малому кругу кровообращения
- бактериальную инфекцию
- ингаляцию паров серной кислоты

К пневмониям, которые выделяют согласно классификации, основанной на клинико-патогенетическом принципе с учетом эпидемической ситуации и факторов риска, относят

- застойную
- аспирационную
- лучевую
- абсцедирующую

Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у лиц молодого возраста без сопутствующей патологии является

- синегнойная палочка
- кишечная палочка
- стафилококк
- пневмококк

К критериям, для определения тяжести пневмонии, относится

- уровень билирубина крови
- уровень креатинина крови
- количество лимфоцитов
- уровень щелочной фосфатазы

К антибактериальным препаратам, которые необходимо использовать для стартовой терапии в данной ситуации, относят

- ванкомицин в/в
- ципрофлоксацин в/в
- амоксициллин/клавуланат в/в
- метронидазол в/в

Критерием оценки эффективности антибактериальной терапии является

- снижение температуры тела $\leq 37^{\circ}\text{C}$ через 48 – 72 часа после начала приема антибиотика
- прекращение болей в грудной клетке, связанных с дыханием
- прекращение кашля и выделения мокроты
- нормальное везикулярное дыхание и отсутствие хрипов в легких

В качестве симптоматической терапии больному необходимо назначить

- снижение температуры тела $\leq 37^{\circ}\text{C}$ через 48 – 72 часа после начала приема антибиотика

- прекращение болей в грудной клетке, связанных с дыханием
- прекращение кашля и выделения мокроты
- нормальное везикулярное дыхание и отсутствие хрипов в легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, слабость, недомогание, жидкий стул без примеси крови до 4 раз за сутки.

Анамнез заболевания

Всегда считала себя здоровым человеком. 6 дней тому назад после переохлаждения, отметила появление слабости и недомогания, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, сопровождающееся сильным ознобом. На следующий день присоединился кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. По совету знакомых самостоятельно начала приём амоксиклава 875/125 мг 2 р/сут., однако, существенного улучшения состояния к концу 4 суток лечения амоксиклавом не отмечалось: температура тела колебалась от $37,3^{\circ}\text{C}$ до $39,2^{\circ}\text{C}$, сохранялись слабость. Сегодня (на 6 сутки болезни) присоединилась диарея до 4 раз в сутки. Пациентка отказалась от предложенной госпитализации и предпочла лечиться в амбулаторных условиях.

Анамнез жизни

* Вредные привычки отрицает * Аллергологический анамнез не отягощён *

Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 59 кг, рост 170 см. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела $38,7^{\circ}\text{C}$. Видимые слизистые не изменены, миндалины не увеличены, глотание безболезненное, отделяемого из полости носа нет. В легких дыхание везикулярное, на ограниченном участке под левой лопаткой выслушиваются влажные звонкие хрипы, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88 в мин., АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.

Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение

- снижение температуры тела $\leq 37^{\circ}\text{C}$ через 48 – 72 часа после начала приема антибиотика
- прекращение болей в грудной клетке, связанных с дыханием
- прекращение кашля и выделения мокроты
- нормальное везикулярное дыхание и отсутствие хрипов в легких

Результаты обследования

Для исключения/подтверждения Clostridium difficile-ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приёма амоксиклава показано проведение

- снижение температуры тела $\leq 37^{\circ}\text{C}$ через 48 – 72 часа после начала приема антибиотика
- прекращение болей в грудной клетке, связанных с дыханием
- прекращение кашля и выделения мокроты
- нормальное везикулярное дыхание и отсутствие хрипов в легких

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования основной диагноз пациентки может быть сформулирован как

- пневмония у лиц с иммунодефицитом
- аспирационная пневмония
- внутрибольничная пневмония
- внебольничная пневмония

Причиной развившейся у пациентки диареи является

- пневмония у лиц с иммунодефицитом
- аспирационная пневмония
- внутрибольничная пневмония
- внебольничная пневмония

Для исключения/подтверждения наличия у пациентки гипоксемии показано проведение

- пульсоксиметрии
- определения NO в выдыхаемом воздухе
- бодиплетизмографии
- спирометрии

Оценку эффективности проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении + _____ + часов

- 12-24
- 24-48
- 48-72
- 72-96

Проводимая терапия амоксиклавом

- неэффективна
- эффективна
- недостаточно эффективна

- не может быть оценена в настоящий момент

Учитывая неэффективность стартовой терапии амоксиклавом, его следует заменить на

- левофлоксацин
- кларитромицин
- амоксициллин
- клиндамицин

Для лечения выявленной Clostridium difficile-ассоциированной болезни пациентке показано назначение

- метронидазола
- ванкомицина
- меропенема
- моксифлоксацина

При неэффективности терапии Clostridium difficile-ассоциированной болезни метронидазолом, его следует заменить на

- ванкомицин
- имипенем
- фенспирид
- цефоперазон

Лечение Clostridium difficile-ассоциированной болезни лёгкого течения следует начинать с назначения ванкомицина у

- ванкомицин
- имипенем
- фенспирид
- цефоперазон

Дополнительная информация

На фоне проведённой терапии через 14 дней лечения у пациентки отмечалась положительная динамика: температура тела не повышалась $>37,2^{\circ}\text{C}$, ЧД=16 в минуту, значительно уменьшились слабость, прекратилось отделение мокроты, в анализе крови лейкоциты=6,7 тыс/мкл, однако сохраняется кашель и при аускультации под левой лопаткой выслушивается небольшое количество влажных незвонких хрипов. При контрольной рентгенографии органов грудной полости – зона инфильтрации лёгочной ткани значительно уменьшилась в размерах, однако полностью не исчезла. Диарея не беспокоит в течение 8 суток. **Дальнейшая тактика ведения пациентки должна включать**

- ванкомицин
- имипенем

- фенспирид
- цефоперазон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Р. 37 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на кашель с вязкой мокротой зеленого цвета, одышку при ходьбе до 50 метров, повышение температуры тела до 37,5°C, общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

С 32-летнего возраста отмечал частые респираторные инфекции (около 5 раз в год), после которых в течение нескольких месяцев беспокоил кашель с отделением небольшого количества трудноотделяемой вязкой мокроты желтого цвета. В связи с этим часто проводились курсы антибактериальной и муколитической терапии, с положительным эффектом. С 35 лет пациент отметил появление и постепенное прогрессирование одышки, в настоящее время одышка возникает при преодолении 250 метров. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней, когда после длительного нахождения на холоде, стали беспокоить кашель с мокротой зеленого цвета, выраженная общая слабость, утомляемость, одышка при ходьбе до 50 метров, повысилась температура тела до 37,5° С.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Наследственность: у отца пациента - ишемическая болезнь сердца; мать страдает остеоартрозом тазобедренных суставов; у сестры – аденомиоз, дочь – практически здорова. * Аллергологический анамнез: при приеме амоксиклава - крапивница. * Профессиональный анамнез: работает трактористом в течение 12 лет. * Вредные привычки: больной курит около 10 лет по 2 пачки сигарет в день; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4° С. Кожные покровы с цианотичным оттенком, повышенной влажности. ИМТ 27,5 кг/м². ЧД 17 в мин. SpO₂ ~ 93% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких – коробочный звук. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К основным лабораторным методам обследования данного пациента относят

- ванкомицин
- имипенем

- фенспирид
- цефоперазон

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту в качестве дообследования необходимо провести

- ванкомицин
- имипенем
- фенспирид
- цефоперазон

Результаты обследования

Фактором риска развития заболеваний дыхательной системы является

- наследственность
- возраст
- неоднократные курсы антибиотикотерапии
- курение

Учитывая клинические данные диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом: Хроническая обструктивная болезнь легких + ____ + степени, нарушения бронхиальной проходимости с выраженными клиническими симптомами, + _____ + обострениями

- наследственность
- возраст
- неоднократные курсы антибиотикотерапии
- курение

Диагноз

Диагноз ХОБЛ является несомненным, так как по данным спирометрии у пациента показатель + _____ + соответствует + _____ + от нормы

- ФЖЕЛ; 81%
- ОФВ1; 61%
- ОФВ1/ФЖЕЛ; 58%
- ЖЕЛ; 84%

При определении степени нарушения бронхиальной проходимости учитывалось значение

- объема форсированного выдоха за 1 сек.
- форсированной жизненной емкости легких
- общей емкости легких

- модифицированного индекса Тиффно

Осложнением основного заболевания у данного пациента являются

- дыхательная недостаточность
- двусторонняя пневмония
- острый респираторный дистресс-синдром взрослых
- спонтанный пневмоторакс

При наличии гнойной мокроты обязательным является назначение

- антибиотиков
- иммуномодуляторов
- глюкокортикостероидов
- цитостатиков

Учитывая аллергоанамнез в качестве этиотропной терапии пациенту необходимо назначить

- цефуроксим
- ампициллин
- амоксициллин
- азитромицин

Патогенетическая терапия у данного пациента предусматривает назначение

- антибактериальных препаратов
- противокашлевых средств
- муколитических препаратов и бронхолитических средств
- жаропонижающих средств

В стадии ремиссии пациенту необходимо рекомендовать

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- прием системных глюкокортикостероидов
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер
- использование ингаляционных бронходилататоров

Для профилактики прогрессирования хронической обструктивной болезни легких и развития ее обострений пациенту необходимо

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- прием системных глюкокортикостероидов
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер
- использование ингаляционных бронходилататоров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В терапевтическое отделение стационара госпитализирован пациент 70 лет.

Жалобы

* на выраженную одышку при малейшей физической нагрузке и в покое * на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты * на плохую переносимость физических нагрузок низкой интенсивности

Анамнез заболевания

С 50 лет пациент впервые стал отмечать одышку при значительных физических нагрузках, которая со временем нарастала, стал ходить по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, толерантность к физическим нагрузкам снижалась, присоединился малопродуктивный кашель, который беспокоит длительно. К врачам не обращался, лечение не получал. В течение последней недели после контакта с больным острой респираторной вирусной инфекцией отметил увеличение выраженности одышки, которая стала носить непереносимый характер, возникать в покое, в связи с чем пациент перестал обслуживать себя по дому. Родственники пациента вызвали бригаду скорой медицинской помощи, больной был госпитализирован в стационар для лечения.

Анамнез жизни

* получил среднее специальное образование * курит в течение 40 лет по 1 пачке сигарет в день * в течение 40 лет работал слесарем газового оборудования, в настоящее время на пенсии * длительно страдает артериальной гипертензией, получает эналаприл 20 мг в сутки * аллергоанамнез не отягощен * наследственный анамнез не отягощен * оперативный анамнез: герниотомия ущемленной паховой грыжи в 35 лет

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,7 °С. ИМТ – 24,5 кг/м². Диффузный тёплый цианоз. Носовое дыхание свободное, катаральных явлений нет. Грудная клетка бочкообразная, при пальпации безболезненная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание ослаблено над всей поверхностью лёгких, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. SpO₂ ~ 86%. ЧДД 32 в мин. Пульс 98 в мин. АД 135 и 85 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка перкуторно не увеличены, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1.5 см. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Менингеальной и очаговой неврологической симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- прием системных глюкокортикостероидов
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер

- использование ингаляционных бронходилататоров

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- прием системных глюкокортикостероидов
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер
- использование ингаляционных бронходилататоров

Результаты инструментальных методов обследования

Какой диагноз можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- прием системных глюкокортикостероидов
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер
- использование ингаляционных бронходилататоров

Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- прием системных глюкокортикостероидов
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер
- использование ингаляционных бронходилататоров

Результаты дополнительного метода обследования

Выберите дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза и проведения дифференциальной диагностики

- проведение аллерген-специфической иммунотерапии
- прием системных глюкокортикостероидов
- ежедневные ингаляции пульмикорта через небулайзер
- использование ингаляционных бронходилататоров

Результаты дополнительного метода обследования

Как осложнение основного заболевания у пациента развилась

- эмпиема плевры
- полисегментарная пневмония
- дыхательная недостаточность
- тромбоэмболия легочной артерии

У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- обострением хронического бронхита, ХОБЛ и идиопатического легочного фиброза
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы, аллергодерматозом и эозинофильным васкулитом
- инфарктом миокарда, миокардитом и кардиомиопатией

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- бронходилататоры короткого действия через небулайзер в сочетании с системным глюкокортикостероидом
- метилксантин пролонгированного действия в сочетании с муколитиком через небулайзер
- антибактериальный препарат через небулайзер в сочетании с внутривенным введением метилксантина
- антибактериальный препарат в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом через небулайзер

В план лечения пациента дополнительно необходимо включить

- назначение антибиотиков широкого спектра
- назначение иммуностимуляторов
- длительную кислородотерапию
- электростимуляцию диафрагмы

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- М-холинолитика длительного действия с ингаляционным глюкокортикостероидом
- β_2 -адреномиметика длительного действия с ингаляционным глюкокортикостероидом
- β_2 -адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия
- М-холинолитика короткого действия с М-холинолитиком длительного действия

В качестве дополнительного метода лечения заболевания необходимо обсудить возможность проведения

- протезирования трахеи
- трансплантации легких

- неинвазивной вентиляции легких
- операции уменьшения объема легких

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать

- протезирования трахеи
- трансплантации легких
- неинвазивной вентиляции легких
- операции уменьшения объема легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В пульмонологическое отделение стационара госпитализирован пациент 58 лет.

Жалобы

* на повышение температуры тела до 38,7 °С * на кашель с отделением зелено-жёлтой вязкой мокроты * на одышку при незначительной физической нагрузке (подъём по лестнице на несколько ступеней) * на общую слабость, головную боль, боль в крупных суставах

Анамнез заболевания

В юности пациент неоднократно переносил острые бронхиты на фоне переохлаждений. Около 15 лет отмечает сохраняющийся утренний непродуктивный кашель. Последние 10 лет беспокоит одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гноистости мокроты, повышением температуры тела. За прошедший год 2 раза находился на стационарном лечении в связи с усилением имеющихся симптомов. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 5 дней. Врачом поликлиники был рекомендован прием бромгексина и парацетамола, без улучшения. В связи с нарастанием кашля и фебрильной лихорадки больной был госпитализирован в стационар для лечения.

Анамнез жизни

* получил среднее специальное образование * работал разнорабочим, в последние 8 лет – водитель * курит в течение 38 лет по 1 пачке сигарет в день * наблюдается урологом по поводу гиперплазии предстательной железы, получает доксазозин 2 мг в сутки * аллергоанамнез: не отягощен * наследственный анамнез: не отягощен * оперативный анамнез: не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,7 °С. ИМТ – 28,6 кг/м². Кожные покровы физиологической окраски, горячие на ощупь, сухие. Носовое дыхание свободное, катаральных явлений нет. Костно-суставная система не изменена. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы,

усиливающиеся при форсированном выдохе. SpO₂ ~ 96%. ЧДД = 20 в мин. Пульс 105 в мин. АД = 120 и 75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка перкуторно не увеличены. Дизурических явлений нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Менингеальной и очаговой неврологической симптоматики нет.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- протезирования трахеи
- трансплантации легких
- неинвазивной вентиляции легких
- операции уменьшения объема легких

Результаты лабораторных методов обследования

Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- протезирования трахеи
- трансплантации легких
- неинвазивной вентиляции легких
- операции уменьшения объема легких

Результаты инструментальных методов обследования

У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- пролапсом трахеи, стриктурой дыхательных путей и психогенным кашлем
- аспергиллезом лёгких, обострением атопической бронхиальной астмы и васкулитом
- миокардитом, кардиомиопатией и инфарктом миокарда
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ

Основной диагноз можно сформулировать как

- пролапсом трахеи, стриктурой дыхательных путей и психогенным кашлем
- аспергиллезом лёгких, обострением атопической бронхиальной астмы и васкулитом
- миокардитом, кардиомиопатией и инфарктом миокарда
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- бронходилататоры короткого действия в сочетании с глюкокортикостероидом (пульмикорт) через небулайзер

- кромоглициевую кислоту через дозированный аэрозольный ингалятор с антигистаминными препаратами
- гипертонический раствор с муколитиком через нубулайзер
- метилксантин пролонгированного действия в сочетании с муколитиком с через небулайзер

Дополнительно к ингаляционным препаратам из пероральных препаратов следует выбрать

- левофлоксацин и карбоцистеин
- гентамицин и бутамират
- доксициклин и кодеин
- ванкомицин и дорназа альфа

В план лечения пациента дополнительно необходимо включить

- электростимуляцию диафрагмы
- длительную кислородотерапию
- электрофорез на грудную клетку
- легочную реабилитацию

У пациента отмечается ухудшение отделения мокроты, для улучшения дренажа дыхательных путей необходимо назначить

- неинвазивную вентиляцию легких
- продленную инвазивную вентиляцию легких
- наружную баллонную контрпульсацию
- высокочастотную перкуссионную вентиляцию легких

Несмотря на проводимое лечение, у пациента сохраняется выраженная одышка. В качестве дополнительной терапии необходимо назначить

- пентоксифиллин
- пенициллин
- теofilлин
- дипиридамол

На фоне проводимого лечения обострение заболевания было купировано. В качестве базисной терапии следует назначить комбинацию

- гликопиррония бромида с индакатеролом
- ипратропия бромида с фенотеролом
- сальбутамола с теofilлином
- кромоглициевой кислоты с сальбутамолом

После стабилизации состояния пациенту должен быть рекомендован

- меполизумаб

- реслизумаб
- рофлумаил
- фенспирид

Для помощи пациенту по отказу от курения наряду с мотивационной беседой возможно назначение

- меполизумаб
- реслизумаб
- рофлумаил
- фенспирид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная В. 33 лет обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту

Жалобы

на приступообразный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, «заложенность» в грудной клетке, потливость, общую слабость

Анамнез заболевания

с детского возраста страдает хроническим тонзиллитом. В течение последних двух лет после респираторных инфекций длительно беспокоил приступообразный сухой кашель. По данному поводу обследование не проводилось. Три месяца назад после переохлаждения перенесла двустороннюю пневмонию, проводилась антибактериальная терапия, с положительным эффектом. После лечения сохранялся приступообразный сухой кашель. Самостоятельно принимала противокашлевые препараты без отчетливого эффекта. Кроме того, стала отмечать постепенное учащение и усиление приступов кашля, появление небольшого количества светлой мокроты. Настоящее ухудшение в течение последних двух недель, когда после участия в двухдневной ревизии библиотеки стали беспокоить ежедневные приступы кашля в дневное время, однократно возник эпизод кашля ночью, появились ощущение «заложенности» в грудной клетке, потливость, общая слабость.

Анамнез жизни

• Росла и развивалась соответственно возрасту. • Наследственность: отец страдает ревматоидным артритом, у матери бронхиальная астма; у сестры аллергия на шерсть кошек; дочь – практически здорова. • Аллергологический анамнез, лекарственная непереносимость: пищевая аллергия (при употреблении в пищу цитрусовых – отек Квинке); лекарственную непереносимость отрицает. • Профессиональный анамнез: работает библиотекарем в течение 10 лет. • Вредные привычки: не курит; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,5° С. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. ИМТ 36,8 кг/м². Носовое дыхание не затруднено. Небные миндалины увеличены в размерах, не

гиперемированы, видны беловатые образования в лакунах миндалин. ЧД 18 в мин. SpO₂ ~ 96% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, выслушиваются сухие свистящие над всеми легочными полями. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 86 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Лабораторное обследование данной пациентки предусматривает проведение

- меполизумаб
- реслизумаб
- рофлумаб
- фенспирид

Результаты лабораторных методов обследования

Исследование уровня + _____ + в крови позволит выявить системную аллергическую реакцию у пациентки

- меполизумаб
- реслизумаб
- рофлумаб
- фенспирид

Результаты обследования

Обязательными инструментальными методами диагностики в данном случае являются

- меполизумаб
- реслизумаб
- рофлумаб
- фенспирид

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра и результатов обследования наиболее вероятным диагнозом у больной является

- меполизумаб
- реслизумаб
- рофлумаб
- фенспирид

Диагноз

Средняя степень тяжести бронхиальной астмы выставлена на основании показателя + _____ + спирометрии пациентки

- ОФВ1
- ФЖЕЛ
- ЖЕЛ
- ОФВ1/ФЖЕЛ

В качестве фактора риска развития основного заболевания у данной пациентки можно выделить

- наличие лекарственной непереносимости
- возраст
- генетическую предрасположенность
- длительный стаж курения

Среди сопутствующих заболеваний можно выделить

- хронический тонзиллит и ожирение II степени
- эмфизема легких и ожирение I степени
- дыхательная недостаточность и морбидное ожирение
- морбидное ожирение и постстрептококковый нефрит

Базисная терапия основного заболевания предусматривает назначение

- антигистаминных препаратов в комбинации с короткодействующими β_2 -адреномиметиками по потребности
- системных глюкокортикостероидов
- низких доз ИГКС/длительнодействующих β_2 -агонистов
- высоких доз ингаляционных ГКС/ β_2 -адреномиметиков длительного действия

Назначенная базисная терапия соответствует + _____ + ступени лечения

- 5
- 3
- 4
- 2

В случае недостаточного контроля бронхиальной астмы у данной пациентки возможно рассмотрение вопроса о добавлении к терапии + _____ + препаратов

- жаропонижающих
- антигистаминных
- антилейкотриеновых
- иммуномодулирующих

Рекомендации по изменению образа жизни у данной пациентки должны включать

- ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание
- проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры грязевых аппликаций
- строгую гиполипидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры
- смену рода деятельности, снижение массы тела

Дальнейшая тактика ведения пациентки подразумевает

- ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание
- проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры грязевых аппликаций
- строгую гиполипидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры
- смену рода деятельности, снижение массы тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 75 лет обратилась на консультацию к врачу-терапевту в поликлинику по месту жительства

Жалобы

на сердцебиение и одышку, возникающую при физической нагрузке (ходьба на расстояние 100 метров), неинтенсивный кашель без отделения мокроты.

Анамнез заболевания

С 45 лет периодически отмечала подъёмы АД, в настоящее время в течение последних 2 лет регулярно принимает антигипертензивную терапию (эналаприл 20 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, индапамид 1,5 мг/сут), на фоне которой АД стабилизировалось на цифрах 120/80 мм.рт.ст.. На протяжении последних 1,5 лет пациентка обратила внимание на появление сердцебиения и одышки, возникающих при физической нагрузке. Постепенно толерантность к физической нагрузке снижалась и в настоящее время одышка и ощущение сердцебиения стали появляться при ходьбе на расстояние около 100 метров. Примерно полгода тому назад больная отметила появление «подкашливания», которое не было связано с эпизодами острой респираторной инфекции; в последнее время сухой кашель стал носить постоянный характер в течение суток и иногда возникает по ночам. Месяц тому назад, при обращении с вышеуказанными жалобами в поликлинику, состояние было расценено как хроническая сердечная недостаточность, развившаяся на фоне длительно существующей АГ, к терапии был добавлен фуросемид по 40мг/сут., однако улучшения состояния в течение месяца приёма фуросемида отмечено не было. Пациентка направлена на стационарное лечение для установления причины прогрессирующей одышки.

Анамнез жизни

* Вредные привычки: отрицает - пациентка никогда не курила. * В течение

жизни работала инженером отдела технического контроля, наличие профессиональных вредностей отрицает, с 60 лет на пенсии. * Перенесенные заболевания и операции: ** С 45 лет – артериальная гипертензия. ** В 61 год при УЗИ выявлена киста левой почки 1 см в диаметре, наблюдается урологом, последний визит 2 месяца тому назад. ** Менопауза с 52 лет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 95 кг, рост 170 см, ИМТ=32,9 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски и влажности. Костно-мышечная система – без видимой патологии. Отёков нет. Периферические л/у не увеличены. Грудная клетка не деформирована. При аускультации лёгких дыхание несколько ослабленное, с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах, на вдохе выслушиваются хрипы, по тембру напоминающие звук застёжки типа «липучка» (Velcro). ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = пульс = 72 ударов в минуту, АД 125/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Для подтверждения/исключения диагноза ХСН, как возможной причины одышки, у больной 75 лет, длительно страдающей АГ необходимо провести

- ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание
- проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры грязевых аппликаций
- строгую гиполипидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры
- смену рода деятельности, снижение массы тела

Результаты обследования

Для подтверждения/исключения диагноза идиопатический легочный фиброз (ИЛФ), как самой частой идиопатической интерстициальной пневмонии у больной 75 лет без наличия факторов риска ХОБЛ и характерной аускультативной картиной лёгких, в план обследования показано включение

- ежедневные занятия профессиональным спортом, активное закаливание
- проведение регулярных закаливающих процедур, ежедневные процедуры грязевых аппликаций
- строгую гиполипидемическую диету, регулярные бальнеопроцедуры
- смену рода деятельности, снижение массы тела

Результаты обследования

В рамках функциональной диагностики у пациентки с подозрением на ИЛФ показано проведение

- теста 6-минутной ходьбы
- оценки силы дыхательных мышц
- тилт-теста

- бронхоконстрикторного тестирования

КТ-паттерну ИЛФ у пациента соответствует

- жидкость в перикарде
- размер лёгочной артерии и её ветвей
- наличие лимфатических узлов в средостении, размером до 10 мм
- мелкосетчатый фиброз в субплевральных отделах с формированием сот

Идиопатическому лёгочному фиброзу соответствует обнаруженный у пациентки гистологический паттерн + _____ + интерстициальной пневмонии

- десквамативной
- организующейся
- обычной
- неспецифической

Характерным аускультативным симптомом идиопатического лёгочного фиброза является выявление в базальных отделах лёгких

- мозаично расположенных звонких влажных хрипов с обеих сторон
- односторонней инспираторной крепитации
- жёсткого дыхания с обеих сторон
- двусторонней инспираторной крепитации

Окончательный клинический диагноз пациенту должен быть сформулирован на основании

- характерных клинических данных
- характерного КТ-паттерна
- характерного гистологического паттерна
- многопрофильного обсуждения

Пациенту в качестве базисной терапии показано назначение

- силденафила
- иматиниба
- нинтеданиба
- бозентана

При возникновении непереносимости препарата первой линии его можно заменить

- преднизолоном
- циклоспорином А
- перфенидоном
- колхицином

Заподозрить обострение ИЛФ при динамическом наблюдении за пациенткой можно будет при появлении

- очага влажных звонких хрипов на фоне лихорадки $>38,0^{\circ}\text{C}$
- в мокроте спиралей Куршмана
- кровохарканья
- острого ухудшения или развития одышки <1 месяца

При терапии перфенидоном и наличии гастро-эзофагеального рефлюкса нежелательным является назначение

- рабепразола
- лансопразола
- омепразола
- пантопразола

При динамическом наблюдении за пациентом поводом для обсуждения вопроса о трансплантации лёгких может служить снижение

- рабепразола
- лансопразола
- омепразола
- пантопразола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 65 лет был направлен на госпитализацию в терапевтическое отделение поликлиники с предварительным диагнозом хроническая обструктивная болезнь лёгких.

Жалобы

на одышку, возникающую при ходьбе на расстояние 50 метров, кашель по утрам с отделением небольшого количества бело-серой мокроты, снижение веса на 7 кг в течение года.

Анамнез заболевания

Курит с 25 лет в среднем по 5 сигарет в сутки. В поликлинике по м/ж, куда пациент иногда обращался при появлении насморка, боли в горле при глотании, кашля с мокротой и повышения температуры до $37,2-37,5^{\circ}\text{C}$, в 40 лет был диагностирован хронический бронхит курильщика, по поводу которого постоянной терапии не проводится. На протяжении последних 1,5 лет отмечает появление одышки при ходьбе по улице, которая постепенно нарастала и к настоящему времени возникает при ходьбе в обычном темпе на расстояние всего около 50-100 метров. Кроме того, за последний год пациент заметил потерю веса примерно на 7 кг, произошедшую без видимой причины.

Анамнез жизни

* Курит с 25 лет по 3 сигареты в день, ИЧК=6 пачка/лет * В течение жизни

работал инженером-проектировщиком, наличие профессиональных вредностей отрицает, с 60 лет на пенсии. * Перенесенные заболевания и операции: ** тонзилэктомия в 15 лет ** пневмония в возрасте 35 лет, лечился амбулаторно антибактериальными препаратами (название не помнит). ** перелом правой лучевой кости в 50 лет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 88 кг, рост 172 см, ИМТ=29,7 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Ногтевые фаланги пальцев рук изменены в виде «барабанных палочек». Отёков нет. Периферические л/у не увеличены. Грудная клетка не деформирована. При аускультации лёгких дыхание несколько ослабленное, с обеих сторон, преимущественно в нижних отделах, на вдохе выслушиваются хрипы, по тембру напоминающие звук застёжки типа «липучка» (или хрипы «Velcro»). ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = пульс = 78 ударов в минуту, АД 135/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В план обследования пациента, поступившего с подозрением на ХОБЛ, необходимо включить

- рабепразола
- лансопразола
- омепразола
- пантопразола

Результаты обследования

Диагноз ХОБЛ маловероятен потому, что

- при КТ органов грудной клетки выявлены тракционные бронхоэктазы
- при рентгенографии и КТ органов грудной клетки выявлены буллёзные изменения
- индекс апноэ=1
- постбронходилатационный модифицированный индекс Тиффно=78%

Учитывая полученные результаты, в качестве дообследования показано проведение

- при КТ органов грудной клетки выявлены тракционные бронхоэктазы
- при рентгенографии и КТ органов грудной клетки выявлены буллёзные изменения
- индекс апноэ=1
- постбронходилатационный модифицированный индекс Тиффно=78%

Результаты дополнительных методов обследования

КТ-паттерну ИЛФ у пациента соответствует (-ют)

- размер лёгочной артерии и её ветвей
- выраженный мелкосетчатый фиброз в субплевральных отделах лёгких с формированием тракционных бронхиоло- и бронхоэктазов
- наличие крупной буллы
- лимфатические узлы средостенья, размером до 10 мм

Идиопатическому лёгочному фиброзу соответствует гистологический паттерн + _____ + интерстициальной пневмонии

- неспецифической
- организующейся
- десквамативной
- обычной

Окончательный клинический диагноз пациенту должен быть сформулирован на основании

- характерного гистологического паттерна
- характерных клинических данных
- мультидисциплинарного обсуждения с участием клинициста, морфолога и рентгенолога
- характерного КТ-паттерна

В случае отсутствия морфологической верификации (из-за отказа пациента или невозможности её проведения вследствие тяжести состояния) диагноз этому пациенту

- может быть установлен по результатам мультидисциплинарного обсуждения
- было бы невозможно установить
- можно поставить по ответу на назначение системных ГКС
- можно поставить по результатам динамического наблюдения

Пациенту в качестве базисной терапии показано назначение

- колхицина
- нинтеданиба
- циклоспорина А
- преднизолона

При возникновении непереносимости препарата первой линии его можно заменить

- иматинибом
- бозентаном
- силденафилом
- пирфенидоном

Для мониторингирования клинического течения ИЛФ следует использовать динамику DLCO и

- ОФВ~1~
- АДср в лёгочной артерии
- гистологических изменений
- ФЖЕЛ

В случае развития тяжёлой лёгочной гипертензии в качестве симптоматической терапии возможно назначение

- N-ацетилцистеина
- этанерцепта
- варфарина
- силденафила

Показанием для трансплантации лёгких у пациентов с идиопатическим лёгочным фиброзом является гистологический или КТ-паттерн обычной интерстициальной пневмонии в сочетании со снижением

- N-ацетилцистеина
- этанерцепта
- варфарина
- силденафила

Условие ситуационной задачи

Жалобы

на приступообразный кашель с вязкой, плохо отходящей, желто-коричневой мокротой, повышение температуры до 38,5°C, головную боль в лобной области, желто-зеленые выделения из носа, боли в горле, выраженную слабость, потливость.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 3 дня назад, когда появились боли в горле, повысилась температура до 37,5°C. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. * Заболевание связывает с сильным переохлаждением. * Самостоятельно принимал жаропонижающие, противовирусные препараты (арбидол), полоскал горло антисептическими растворами (мирамистин). * На фоне проводимой терапии боли в горле уменьшились, однако появился приступообразный кашель, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость, желто-зеленые выделения из носа. Стала беспокоить сильная головная боль в лобной области. * При более детальном сборе анамнеза выяснено, что 4 месяца назад пациент поставил имплантаты зубов, в связи с чем получал профилактическую антибактериальную терапию цефалоспорином 3 поколения в течении 14 дней.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Профессия: преподаватель. * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия. * Наследственность: у матери – бронхиальная астма, дядя болел туберкулезом. * Вредные привычки: курит (индекс курения 20 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно. * Аллергоанамнез: неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 64 кг, рост 175 см. Температура 37,9°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Отмечается усиление болезненности при перкуссии в надбровной области справа. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Справа в межлопаточной области притупление перкуторного звука. Над этой же областью выслушиваются звонкие влажные и крепитирующие хрипы, дыхание ослаблено. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 115/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- N-ацетилцистеина
- этанерцепта
- варфарина
- силденафила

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- N-ацетилцистеина
- этанерцепта
- варфарина
- силденафила

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- N-ацетилцистеина
- этанерцепта
- варфарина
- силденафила

Бронхопневмонию у данного пациента после проведения рентгенологического обследования необходимо дифференцировать с

- острым бронхитом, абсцессом легкого, опухолью легкого, ХОБЛ
- острым бронхитом, отеком легких
- туберкулезом, недифференцируемой аденокарциномой легкого
- тромбоэмболией легочной артерии

Пневмонию у данного пациента с наибольшей вероятностью могут вызвать

- *Pseudomonas aeruginosa*, Респираторные вирусы, *S. viridans*
- *K. pneumoniae*, *B. pertussis*, *Mycobacterium bovis*
- *C. pneumoniae*, *C. psittaci*, *S. pyogenes*
- *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *H. influenzae*

У данного пациента факторы риска развития пневмонии, вызванной полирезистентными возбудителями,

- имеются, пневмония развилась на фоне ОРВИ
- имеются, так как начал амбулаторное лечение с приема противовирусных препаратов
- имеются, так как длительный стаж табакокурения (индекс курения 20 пачка/лет)
- не имеются, антибактериальная терапия была 4 месяца назад

Больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить

- респираторные фторхинолоны + цефалоспорины 2 поколения
- цефалоспорины 1-2 поколения ± макролиды или бета-лактамы с антисинегнойной активностью
- β лактамные антибиотики
- β -лактамы с антисинегнойной активностью ± макролиды

Назначая амоксициллин, доктор руководствуется представлением, что данный антибиотик высокоактивен в отношении

- *S. pneumoniae*
- *C. pneumoniae*
- *M. pneumoniae*
- *K. pneumoniae*

Тактика врача, если через 3 дня после назначения антибактериальной терапии у пациента сохраняется повышение температуры до 39°C, кашель со слизисто-гнойной мокротой, появились сильные головные боли в лобной области, ЧДД- 18 в мин; ЧСС 100 в мин; АД 100\55 мм рт ст., заключается в

- проведении разъяснительной беседы с пациентом и родственниками о необходимости соблюдения режима приема препарата и через 48-72 часа после повторной смены антибиотика оценки динамики течения заболевания
- госпитализации в многопрофильный стационар с наличием оториноларингологического отделения
- смене антибиотика, проведении повторного рентгена органов грудной клетки, придаточных пазух носа, клинического анализа крови с последующим решением вопроса о необходимости госпитализации
- госпитализации в отделение интенсивной терапии, экстренное проведение хирургического лечения с вскрытием соответствующей пазухи носа

В данной клинической ситуации при $SpO_2 \sim < 90\%$ или $PaO_2 \sim$ в артериальной крови < 60 мм рт. ст. в качестве терапии первой линии следует рассмотреть вопрос о

- ГБО (гипербарической оксигенации)
- ИВЛ (искусственной вентиляции легких)
- стандартной оксигенотерапии
- ЭКМО (экстракорпоральной мембранной оксигенации)

Всем пациентам с тяжелой внебольничной пневмонией с целью снижения риска системных тромбоэмболий рекомендуется назначение

- пероральных антикоагулянтов
- эластического бинтования нижних конечностей
- антиагрегантов
- парентеральных антикоагулянтов

Применение парацетамола и НПВС может быть рекомендовано при повышении температуре тела более $+ \text{_____} + ^\circ\text{C}$

- пероральных антикоагулянтов
- эластического бинтования нижних конечностей
- антиагрегантов
- парентеральных антикоагулянтов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 38 лет был направлен поликлиникой на госпитализацию в терапевтический стационар с предварительным диагнозом: Хроническая обструктивная болезнь лёгких крайне тяжёлого течения.

Жалобы

На одышку и сердцебиение, возникающие при незначительных физических

нагрузках (подъём на один лестничный пролёт), кашель отделением небольшого количества слизистой мокроты.

Анамнез заболевания

С 30 лет пациента стала беспокоить одышка при физической нагрузке. При обращении в поликлинику были проведены рентгенография органов грудной клетки, кожные аллергопробы (результат отрицательный), поставлен диагноз инфекционно-зависимой бронхиальной астмы. Лечился симбикортом 160/4,5 мкг по 2 ингаляции 2 раза в сутки, однако, в связи с продолжающимся нарастанием одышки через 3 года, к терапии была добавлена спирива 18 мкг. Несмотря на проводимое лечение, самочувствие продолжало постепенно ухудшаться. В 36 лет в связи с выраженной одышкой находился на стационарном лечении: при рентгенографии органов грудной клетки была выявлена эмфизема, ОФВ1=25,8%, ОФВ1/ФЖЕЛ=32,8%, SpO2=87%, в повторных анализах мокроты БК не обнаружены. Диагноз был сформулирован как инфекционно-зависимая бронхиальная астма, неконтролируемая, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), крайне тяжёлого течения. ДН IIст. Была назначена терапия беродуалом через небулайзер по 20 капель на физиологическом р-ре 4 раза в сутки, серетидом 25/250 мкг по 2 ингаляции 2 раза в сутки, спировой 18 мкг/сут., которую пациент получает по настоящее время с незначительным эффектом. На протяжении двух последующих лет, состояние прогрессивно ухудшалось: снижалась толерантность к физической нагрузке, в течение последнего месяца в связи с выраженной одышкой, в дополнении к проводимой терапии «по требованию» принимает ДАИ «Беродуал» до 12-14 ингаляций в сутки. Пациент поступил в терапевтическое отделение.

Анамнез жизни

* Курит с 17 лет, ИЧК=15 пачка/лет * Профессиональная деятельность: 8 лет работал сварщиком, на протяжении последнего года – сторож на складе сухих строительных смесей (гипс). * Перенесенные заболевания и операции: ** В 26 лет перенёс очаговую форму туберкулёза, лечился противотуберкулёзными препаратами, длительно наблюдался в противотуберкулёзном диспансере, в 35 лет был снят с учета.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Вес 105 кг, рост 185 см, ИМТ=30,7 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Тремор пальцев рук. Отёков нет. Периферические л/у не увеличены. Грудная клетка не деформирована. Дыхание с удлинённым выходом, ЧД=20 в минуту. Разговор с врачом провоцирует одышку до 26 дыхательных движений в минуту. Экскурсия грудной клетки ограничена. При аускультации: над всей поверхностью лёгких дыхание резко ослаблено, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы в небольшом количестве. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС = пульс = 77 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

В план обследования пациента, поступившего с подозрением на ХОБЛ необходимо включить

- пероральных антикоагулянтов
- эластического бинтования нижних конечностей
- антиагрегантов
- парентеральных антикоагулянтов

Результаты обследования

Для уточнения функционального состояния лёгких пациента с предполагаемым диагнозом ХОБЛ показано проведение

- пероральных антикоагулянтов
- эластического бинтования нижних конечностей
- антиагрегантов
- парентеральных антикоагулянтов

Результаты обследования

Для уточнения диагноза у мужчины 38 лет с клинической картиной ХОБЛ показано проведение

- пероральных антикоагулянтов
- эластического бинтования нижних конечностей
- антиагрегантов
- парентеральных антикоагулянтов

Результаты дополнительных методов обследования

Наиболее информативным в диагностике дефицита $\alpha 1$ -антитрипсина является

- генотипирование
- снижение либо отсутствие $\alpha 1$ -фракции глобулинов при электрофорезе белков плазмы крови
- снижение активности холинэстеразы в сыворотке крови
- снижение уровня $\alpha 1$ -антитрипсина в сыворотке крови

На основании проведённого обследования предварительный диагноз можно сформулировать как

- генотипирование
- снижение либо отсутствие $\alpha 1$ -фракции глобулинов при электрофорезе белков плазмы крови
- снижение активности холинэстеразы в сыворотке крови
- снижение уровня $\alpha 1$ -антитрипсина в сыворотке крови

Диагноз

После верификации основного диагноза в качестве дообследования пациенту показано проведение

- компьютерной томографии высокого разрешения органов грудной клетки (КТВР)
- магнитно-резонансную томографию позвоночника
- ультразвукового исследования органов малого таза
- ангиопульмонографию

Самым частым внелёгочным проявлением дефицита $\alpha 1$ -антитрипсина, требующим исключения/подтверждения у пациента, является

- цирроз печени
- синдром Чардж-Стросса (Churg-Strauss syndrome)
- пирофосфатная артропатия
- фокально-сегментарный гломерулосклероз

Пациенту в качестве базисной терапии показано обсудить назначение

- $\alpha 1$ -антитрипсина
- пирфенидона
- преднизолона
- мофетила мекофенолата

Противопоказанием для проведения аугментационной терапии у пациента является

- $\alpha 1$ -антитрипсин в крови=0,19 г/л (норма 0,90-2,00 г/л)
- фенотип с высоким риском развития эмфиземы - $Pi^{*}ZZ$
- продолжение табакокурения
- ОФВ₁~>30%

В качестве симптоматической терапии пациенту показано поддерживающее лечение в соответствии с принципами терапии

- синдрома апноэ сна
- ХОБЛ
- первичной лёгочной гипертензии
- бронхиальной астмы

Замедлению прогрессирования заболевания у пациента будет способствовать

- терапия гепатопротектором адеметионином
- терапия антиоксидантом – витамином Е
- отказ от курения
- назначение N-ацетилцистеина в дозе 600-1200 мг/сут

У сына пациента (возраст 19 лет) при генотипировании выявлена мутация E342K (Z-аллель) в гетерозиготном состоянии, уровень α 1-антитрипсина = 1,25 г/л (норма 0,9-2,0 г/л). В связи с чем ему показано

- терапия гепатопротектором адеметионином
- терапия антиоксидантом – витамином Е
- отказ от курения
- назначение N-ацетилцистеина в дозе 600-1200 мг/сут

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 23-х лет направлена к пульмонологу участковым терапевтом.

Жалобы

Приступообразный кашель, сопровождающийся свистящим дыханием, отхождением небольшого количества стекловидной прозрачной мокроты в конце приступа, возникающий при воздействии резких запахов, заложенность носа.

Анамнез заболевания

Отмечает появление кашля в конце весны на протяжении последних трех лет. Ранее в течение 5 лет в этот период времени беспокоила заложенность носа, обильные выделения из носа, зуд, слезотечение и покраснение глаз.

Обследована в аллергоцентре – выявлена сенсibilизация к пыльце березы. Лечилась самостоятельно (принимала лоратадин в весеннее время). Приступы кашля, появившиеся в этот период времени 3 года назад, возникали нечасто, никуда в связи с этим не обращалась. В начале мая (три недели назад) вновь появилась ринорея, симптомы конъюнктивита, приступы кашля стали возникать до 3-х раз в неделю днем, дважды за это время просыпалась ночью из-за кашля, сопровождавшегося свистящим дыханием. Обратилась к терапевту, который направил пациентку на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Из перенесенных

заболеваний отмечает ОРВИ 1 – 2 раза в год. * Работает продавцом в

продовольственном магазине. * Не курит, алкоголь не употребляет. *

Аллергоанамнез: после употребления клубники, орехов – крапивница. *

Наследственность: у тети по линии матери бронхиальная астма. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. * Гинекологический анамнез:

менструальный цикл не нарушен, имеется фибромиома матки (наблюдается у гинеколога), беременность 1, роды 1. Дочь 2 лет, здорова.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 164 см, ИМТ 32

кг/м². Температура 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В зеве чисто, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Перкуторный звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное,

хрипы не выслушиваются. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют. Во время приема в кабинет вошла медсестра, от которой резко пахло духами. Пациентка начала кашлять. При аускультации зафиксировано появление сухих свистящих хрипов в легких. Приступ был купирован ингаляцией сальбутамола.

Для постановки диагноза в амбулаторных условиях пациентке необходимо выполнить лабораторные методы исследования

- терапия гепатопротектором адеметионином
- терапия антиоксидантом – витамином Е
- отказ от курения
- назначение N-ацетилцистеина в дозе 600-1200 мг/сут

Результаты лабораторных методов исследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- терапия гепатопротектором адеметионином
- терапия антиоксидантом – витамином Е
- отказ от курения
- назначение N-ацетилцистеина в дозе 600-1200 мг/сут

Результаты инструментального метода обследования

Диагноз, который можно поставить пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования

- терапия гепатопротектором адеметионином
- терапия антиоксидантом – витамином Е
- отказ от курения
- назначение N-ацетилцистеина в дозе 600-1200 мг/сут

Диагноз

Степень тяжести заболевания у пациентки с впервые выявленной бронхиальной астмой оценивается с помощью

- лабораторных маркеров аллергического воспаления
- оценки выраженности бронхообструкции
- изменений в общем анализе крови
- клинической картины и функциональных показателей

Наиболее вероятный фенотип бронхиальной астмы у пациентки

- аллергический
- неаллергический

- БА у больных с ожирением
- БА с поздним дебютом

Для подтверждения диагноза бронхиальной астмы следует рекомендовать выполнение

- пикфлоуметрии утром и вечером в течение двух недель
- эхокардиографии
- бодиплетизмографии
- пульсоксиметрии утром и вечером в течение двух недель

Пациентка должна проходить лечение в

- пульмонологическом отделении многопрофильной больницы
- амбулаторных условиях под наблюдением ЛОР врача
- амбулаторных условиях под наблюдением пульмонолога
- условиях дневного стационара поликлиники

В качестве базисной терапии пациентке следует назначить

- фиксированную комбинацию ингаляционных глюкокортикоидов и длительно действующего бета-адреномиметика (флутиказона фураат/вилантерол) для купирования симптомов и поддерживающей терапии
- ипратропия бромид через спейсер 3 – 4 раза в сутки для купирования симптомов и поддерживающей терапии
- фиксированную комбинацию сальбутамол/беклометазона дипропионат для купирования симптомов и поддерживающей терапии
- формотерол 12 мкг через аэролайзер 2 раза в сутки для купирования симптомов и поддерживающей терапии

Одним из факторов риска обострений у пациентки является

- отягощенная наследственность
- отягощенный гинекологический анамнез (фибромиома матки)
- постоянный контакт с людьми по роду работы (продавец)
- экзогенно-конституциональное ожирение

Альтернативным (либо дополнительным) препаратом для контроля БА у данной пациентки может быть

- антагонист лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст)
- теофиллин замедленного высвобождения
- тиотропия бромид в жидкостном ингаляторе
- курсовое лечение омализумабом

Контроль и оценка заболевания в динамике, в том числе спирометрия, должны быть проведены через

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 недели
- 1 месяц

В связи с диагностированной аллергической бронхиальной астмой пациентке возможно использовать в лечении

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 недели
- 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 22 лет, студентка, доставлена в стационар бригадой «скорой» помощи.

Жалобы

Удушье, непродуктивный кашель, чувство саднения по ходу трахеи, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание.

Анамнез заболевания

Приступы удушья возникают около 2 лет при воздействии резких запахов, во время занятий физкультурой 2 – 3 раза в неделю. Состоит на диспансерном учете в поликлинике по месту жительства. При приступах использовала ингаляции сальбутамола с эффектом, других рекомендованных препаратов не принимала. В течение месяца после перенесенной ОРВИ приступы удушья стали возникать до 5 раз в неделю, ночные приступы 1-2 раза в неделю. Отмечает постоянно затрудненное носовое дыхание, малопродуктивный кашель по утрам. Резкое ухудшение самочувствия связывает со стрессом (не сдала экзамен), что сопровождалось головной болью, которую пыталась купировать приемом таблетки цитрамона, после приема препарата развился приступ удушья, «Беродуалом» не купирован. Бригадой «скорой» помощи доставлена в стационар. На догоспитальном этапе был введен раствор эуфиллина 2,4% 10 мл в/в струйно на физиологическом растворе.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные в раннем возрасте, аппендэктомия в возрасте 10 лет. * Дважды перенесла операцию по удалению полипов носа (в 14 и 16 лет). * Курит в течение 5 лет до 8 сигарет в день, алкоголь не употребляет. * Аллергия на прием аспирина в возрасте 12 лет – крапивница * Наследственность: у матери бронхиальная астма * Менструальный цикл регулярный, с 11 лет, не замужем, беременностей не было. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Телосложение астеническое. Занимает вынужденное положение (ортопноэ). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, без высыпаний. Заложенность носа. Лимфатические узлы не пальпируются. Перкуторный звук легочный, с коробочным оттенком. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, множество сухих свистящих хрипов по всем легочным полям на фоне удлиненного выдоха. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 112 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 недели
- 1 месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования, позволяющим диагностировать и оценить тяжесть БА, являются

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 недели
- 1 месяц

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-анамнестических данных и результатов выполненного обследования поставлен диагноз

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 недели
- 1 месяц

Диагноз

В соответствии с классификацией БА по степени тяжести у пациентки форма бронхиальной астмы

- персистирующая легкая
- интермиттирующая легкая
- персистирующая среднетяжелая
- персистирующая тяжелая

Причиной тяжелого приступа удушья послужил

- стрессовый фактор на фоне постинфекционной астении (реконвалесцент ОРВИ)
- прием цитрамона, в состав которого входит ацетилсалициловая кислота
- трахеобронхит после перенесенной ОРВИ
- неадекватный характер терапии БА (только бронхолитические препараты)

К критериям, указывающим на развитие тяжелой бронхиальной обструкции и тяжелого обострения БА, относятся

- ПСВ 50–75% лучшего или расчетного результата; ЧД 20-22 в мин, пульс 90
- ПСВ 50% от лучших значений; ЧД 25 в мин; пульс 110 в мин
- ПСВ <80% лучших значений; ЧД 18-20 в мин; пульс 90 в мин
- ПСВ <80% лучших значений; SpO₂<95%; ЧД 22-24 в мин

Клинико-патогенетическими особенностями, характеризующими бронхиальную астму у пациентки, являются

- полипоз носа, непереносимость аспирина
- аллергический ринит, синдром постназального затекания
- отягощенная наследственность, гиперреактивность бронхов
- отсутствие базисной терапии, связь с вирусной инфекцией

Ведущим патогенетическим механизмом развития бронхиальной астмы у пациентки является

- манифестация феномена атопического/аллергического марша
- генетически детерминированное нарушение обмена арахидоновой кислоты
- наследственно обусловленная предрасположенность к Th2-иммунному ответу
- снижение активности деацетилазы гистонов вследствие воздействия табачного дыма

Клинический фенотип астмы у пациентки

- неаллергическая БА
- аллергическая БА
- БА с фиксированным ограничением воздушного потока
- трудная для лечения БА

Одним из факторов риска обострений БА у пациентки является

- курение
- высокие психо-эмоциональные нагрузки
- астено-невротический синдром

- отягощенная наследственность

Для коррекции дыхательных расстройств пациентке показано проведение

- искусственной вентиляции легких
- высокопоточной оксигенотерапии с концентрацией кислорода 100%
- неинвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии небольшими дозами кислорода (1-4 литра в минуту через носовые канюли)

Адекватная доза системных глюкокортикостероидов (преднизолон) для лечения обострения заболевания у пациентки + _____ + мг/кг/сутки в течение + _____ + дней

- искусственной вентиляции легких
- высокопоточной оксигенотерапии с концентрацией кислорода 100%
- неинвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии небольшими дозами кислорода (1-4 литра в минуту через носовые канюли)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 18 лет, проживающий в районном центре, госпитализирован в отделение пульмонологии.

Жалобы

Кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой гнойного характера, одышка при незначительной физической нагрузке, общая слабость, повышение температуры до 37,2, постоянная заложенность носа.

Анамнез заболевания

В раннем детском возрасте дважды перенес пневмонию. В последующие годы многократно лечился по месту жительства по поводу бронхита. В течение 3 лет отмечает практически постоянный кашель с трудноотделяемой зеленоватой мокротой, общую слабость, периодический подъем температуры до 37,5 – 37,7, одышку при нагрузках. Последнее ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением, около двух недель назад, когда на фоне повышения температуры до 38 усилился кашель с мокротой, отметил появление кровохарканья (примесь крови в мокроте) в течение трех дней. Лечился самостоятельно (парацетамол, мукалтин, азитромицин) без эффекта. К врачу обратился только вчера, был направлен на консультацию к областному пульмонологу, госпитализирован,

Анамнез жизни

* Год назад лечился в ЦРБ по поводу панкреатита, при обследовании выявлен рефлюкс-гастрит, дуоденит. Страдает хроническим риносинуситом. * Учится в кулинарном техникуме. * Алкоголь не употребляет. Не курит. * Аллергоанамнез

без особенностей. * Проживает с бабушкой в селе. Родители погибли в автокатастрофе. Младший брат умер в возрасте 2 лет от пневмонии.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 162 см. Температура 37,2°C. Кожные покровы сухие, несколько бледные. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногти по типу «часовых стекол». Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отмечается деформация грудной клетки по типу кифоза в грудном отделе. Межреберные промежутки расширены. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, масса сухих и влажных разнокалиберных хрипов по всем легочным полям. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 90 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10x8x7 см. Стул – частые эпизоды диареи, чередующиеся с запорами. SpO2 94%

Лабораторные методы исследования, назначенные для постановки диагноза данному пациенту, включают

- искусственной вентиляции легких
- высокопоточной оксигенотерапии с концентрацией кислорода 100%
- неинвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии небольшими дозами кислорода (1-4 литра в минуту через носовые канюли)

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам исследования для постановки диагноза относятся

- искусственной вентиляции легких
- высокопоточной оксигенотерапии с концентрацией кислорода 100%
- неинвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии небольшими дозами кислорода (1-4 литра в минуту через носовые канюли)

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения характера легочной патологии назначено выполнение

- искусственной вентиляции легких
- высокопоточной оксигенотерапии с концентрацией кислорода 100%
- неинвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии небольшими дозами кислорода (1-4 литра в минуту через носовые канюли)

Результаты обследования

Для верификации диагноза необходимо провести

- искусственной вентиляции легких
- высокопоточной оксигенотерапии с концентрацией кислорода 100%
- неинвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии небольшими дозами кислорода (1-4 литра в минуту через носовые канюли)

Результаты

С учетом полученных результатов обследования установлен диагноз

- искусственной вентиляции легких
- высокопоточной оксигенотерапии с концентрацией кислорода 100%
- неинвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии небольшими дозами кислорода (1-4 литра в минуту через носовые канюли)

Диагноз

Дифференциальный диагноз должен проводиться с

- туберкулезной инфекцией
- идиопатическим легочным фиброзом
- хронической обструктивной болезнью легких
- саркоидозом органов дыхания

Антибактериальная терапия, которая должна быть назначена, включает

- амикацин в/в + ципрофлоксацин внутрь + ингаляцию тобрамицина
- цефазолин в/в + ванкомицин в/в + левомицетин внутрь
- азитромицин внутрь + тетрациклин внутрь + ампициллин в/м
- доксициклин внутрь + клиндамицин в/м + кларитромицин внутрь

Для купирования затруднения дыхания и одышки пациенту необходимо использовать

- ингибитор фосфодиэстераз (теофиллин пролонгированного действия) перорально
- бронходилататор короткого действия (беродуал) через небулайзер
- длительнодействующий антихолинергический препарат ДДАХ (тиотропий) ингаляционно
- миотропный спазмолитик (платифиллин) внутримышечно

В качестве активной муколитической терапии показано назначение

- ингаляций дорназа альфа
- мукалтина перорально, теплых содовых ингаляций

- настоев мать-и-мачехи, алтея и корня солодки
- растительного травяного сбора №4, бромгексина перорально

Пациенту также показано назначение

- панкреатических ферментов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- спазмолитиков и антацидов
- нестероидных противовоспалительных средств

Для дальнейшего обследования, лечения и последующего диспансерного наблюдения пациента необходимо направить в

- районную поликлинику к терапевту
- центральную районную больницу по месту жительства
- региональный центр муковисцидоза
- участковую больницу к врачу общей практики

Пациенты с впервые диагностированным заболеванием или тяжелой формой муковисцидоза должны проходить обследование (наблюдение)

- районную поликлинику к терапевту
- центральную районную больницу по месту жительства
- региональный центр муковисцидоза
- участковую больницу к врачу общей практики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение пульмонологии госпитализирован пациент 15 лет.

Жалобы

Кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой гнойного характера, одышка при незначительной физической нагрузке, общая слабость, повышение температуры до 37,2, постоянная заложенность носа.

Анамнез заболевания

С раннего детского возраста неоднократно переносил пневмонию, частые бронхиты. Последние 3 – 4 года беспокоит кашель с вязкой зеленоватой мокротой чаще в утренние часы, общая слабость, одышка при нагрузках. Отмечает частое (по несколько дней в месяц) повышение температуры до 37,5 – 37,8°C с познабливанием. Последнее ухудшение самочувствия после переохлаждения, около 10 дней назад, когда повысилась температура до 38°C, усилился кашель с мокротой, одышка. Принимал жаропонижающие, отхаркивающие без эффекта. Направлен на госпитализацию участковым врачом.

Анамнез жизни

* Ранее проживал с родителями на Дальнем Востоке (отец военнослужащий),

откуда переехал год назад. Медицинская документация утрачена (выписки из стационара, где ранее лечился, амбулаторная карта). * Страдает хроническим риносинуситом, хроническим гастритом, панкреатитом. * Учится в школе. * Алкоголь не употребляет. Не курит. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность (со слов родителей) по легочной патологии неотягощена.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 61 кг, рост 163 см. Температура 37,0^oC. Кожные покровы сухие, бледные. При осмотре пальцы в виде «барабанных палочек», ногти - «часовых стекол». Периферические лимфоузлы не пальпируются. Межреберные промежутки расширены. При перкуссии над легкими звук с коробочным оттенком, при пальпации - голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное, выслушиваются сухие и влажные разнокалиберные хрипы по всем легочным полям. ЧДД 19 в мин. SpO₂ ~ 93%. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 88 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10x8x7 см. Стул – неустойчивый (эпизоды диареи).

Лабораторные методы исследования, назначенные для постановки диагноза данному пациенту, включают

- районную поликлинику к терапевту
- центральную районную больницу по месту жительства
- региональный центр муковисцидоза
- участковую больницу к врачу общей практики

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам исследования для постановки диагноза относят

- районную поликлинику к терапевту
- центральную районную больницу по месту жительства
- региональный центр муковисцидоза
- участковую больницу к врачу общей практики

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза необходимо провести

- районную поликлинику к терапевту
- центральную районную больницу по месту жительства
- региональный центр муковисцидоза
- участковую больницу к врачу общей практики

Результаты

С учетом полученных результатов обследования установлен диагноз

- районную поликлинику к терапевту
- центральную районную больницу по месту жительства
- региональный центр муковисцидоза
- участковую больницу к врачу общей практики

Диагноз

Дифференциальный диагноз должен проводиться с

- саркоидозом органов дыхания
- врожденными аномалиями бронхиального дерева
- идиопатическим легочным фиброзом
- хронической обструктивной болезнью легких

Для диагностики хронического легочного сердца, которое может осложнять муковисцидоз, необходимо выполнить

- эхокардиографию с доплеровским анализом
- мониторингирование ЭКГ по Холтеру
- исследование крови на Д-димер
- тест с 6-минутной ходьбой

Обязательными компонентами лечения являются

- иглорефлексотерапия, бальнеотерапия и грязелечение
- традиционная гомеопатия и регулярные занятия аутотренингом
- дренирование бронхиального дерева и лечебная физкультура
- спелеотерапия и внутрисосудистое лазерное облучение крови

В составе активной муколитической терапии показано назначение

- 7% гипертонического раствора натрия хлорида с гиалуроновой кислотой
- настоев мать-и-мачехи, алтея и корня солодки
- мукалтина перорально, содовых теплых ингаляций
- растительного травяного сбора № 4, бромгексина перорально

Антибактериальная терапия, которая должна быть назначена в период обострения, включает

- цефазолин в/в + амоксициллин внутрь + кларитромицин внутрь
- азитромицин внутрь + тетрациклин внутрь + ванкомицин парентерально
- ампициллин в/м + линкомицин в/м + канамицин ингаляционно
- амикацин в/в + цефтазидим в/в + ингаляции тобрамицина

Рекомендуется при возникновении затрудненного дыхания и одышки, а также перед проведением кинезитерапии назначить

- сальбутамол ингаляционно

- инфликсимаб инъекционно
- циклесонид ингаляционно
- рофлумаил перорально

Пациенту также необходимо назначение

- спазмолитических средств
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- панкреатических ферментов

Способ первичной профилактики муковисцидоза

- спазмолитических средств
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- панкреатических ферментов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 47 лет обратилась на прием к пульмонологу.

Жалобы

Умеренная общая слабость.

Анамнез заболевания

При прохождении проф. осмотра на флюорографии обнаружено увеличение внутригрудных лимфоузлов, в связи с чем направлена к пульмонологу.

Установлено, что около месяца беспокоит немотивированная умеренно выраженная общая слабость, иногда отмечала дискомфорт в области спины.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает нечастые ОРВИ, аппендэктомию 5 лет назад. * Работает переводчицей. * Ежегодно проходит профилактический медицинский осмотр, выполняет флюорографию. (ранее патологии не выявлялось). * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. * В течение года – «приливы», нерегулярность менструального цикла.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 164 см. Температура 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритм

правильный. ЧСС 70 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Из лабораторных методов для постановки диагноза пациентке должно быть назначено исследование

- спазмолитических средств
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- панкреатических ферментов

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза, включают

- спазмолитических средств
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- панкреатических ферментов

Результаты инструментальных методов обследования

Для верификации диагноза необходимо выполнение

- спазмолитических средств
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- панкреатических ферментов

Результаты обследования

С учетом полученных результатов обследования установлен диагноз

- спазмолитических средств
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- панкреатических ферментов

Диагноз

Для исключения внелегочных проявлений заболевания пациентке показано проведение УЗИ

- спазмолитических средств
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- панкреатических ферментов

Результаты

На первоначальном этапе обследования должна быть выполнена консультация

- ЛОР врача
- дерматолога
- гинеколога
- офтальмолога

Общий анализ мочи у пациентки: плотность мочи 1018, белок 0,033, лейкоциты 5 в поле зрения, эритроциты 1 в поле зрения. Для уточнения функции почек должно быть назначено

- выполнение радиоизотопной гамма-сцинтиграфии почек
- выполнение экскреторной урографии
- проведение пробы Зимницкого
- исследование креатинина и мочевины сыворотки крови

Всем пациентам с дифференциально-диагностической целью выполняется

- бактериологическое исследование мокроты
- анализ крови на стерильность
- проба Манту с 2 ТЕ
- анализ крови на ВИЧ

Лечебная тактика у данной пациентки предполагает

- назначение системных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- активное наблюдение и контроль в динамике

В течение первого года болезни контроль за состоянием пациентки должен проводиться каждые + _____ + месяца/месяцев

- 3
- 5
- 2
- 6

Ингаляционные глюкокортикостероиды при саркоидозе назначаются

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Ведение больных саркоидозом в настоящее время рекомендуется проводить врачам

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 56 лет обратилась на прием к пульмонологу.

Жалобы

Незначительный сухой кашель, повышение температуры до 37,8, боли при движениях в голеностопных суставах, болезненные «узлы» на голенях.

Анамнез заболевания

Больной себя считает около недели, когда появились вышеописанные жалобы. Начало заболевания ни с чем не связывает. Принимала парацетамол без эффекта. Сегодня обратилась к участковому терапевту, который направил пациентку на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, с 50-летнего возраста – артериальная гипертензия (максимальное АД 160/80, привычное 140/80 мм рт.ст.), лечение эпизодическое, при кризах. * Работает медсестрой. * Ежегодно проходит профилактический медицинский осмотр, выполняет флюорографию. .
* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Менопауза с 50 лет. Гинекологических заболеваний не отмечает. Родов – 2. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 164 см. Температура 37,1°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. На правой голени округлое умеренно болезненное образование, с гиперемией кожи размером около 3 см в диаметре. На левой голени два аналогичных образования меньших размеров (до 2-х см). Голеностопные суставы визуально без изменений, умеренно болезненные при пальпации, движения в полном объеме. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ясные, ритм правильный. ЧСС 82 в мин., АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Необходимым инструментальным методом исследования для постановки диагноза является

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Результаты инструментального метода обследования

В связи с нечеткими данными рентгенографии легких (предположение об увеличении внутригрудных лимфатических узлов) назначено проведение

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Результаты обследования

Лабораторные методы, необходимые для постановки диагноза, включают

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Результаты лабораторных методов обследования

Для уточнения дыхательной функции необходимо назначить

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Результаты

Для уточнения природы образований на голенях назначена консультация

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Результаты консультации

С учетом полученных результатов обследования установлен диагноз

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания

- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Диагноз

Для уточнения активности саркоидоза назначено исследование

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Результаты обследования

Для исключения внелегочных проявлений заболевания пациентке показано проведение

- пациентам с выраженным кашлем и бронхиальной гиперреактивностью
- всем пациентам с саркоидозом, независимо от стадии заболевания
- при неэффективности терапии пентоксифиллином
- в сочетании с системными глюкокортикостероидами при обострении

Результаты обследования

С дифференциально-диагностической целью должно быть назначено выполнение

- исследования прокальцитонина
- определения лактатдегидрогеназы
- пробы Манту с 2 ТЕ
- определения общего IgE в сыворотке крови

С целью купирования клинической симптоматики назначены

- местноанестезирующие лекарственные средства
- системные глюкокортикостероиды в виде «пульс-терапии»
- нестероидные противовоспалительные средства
- цитостатики в виде «пульс-терапии»

Дальнейшая лечебная тактика у данной пациентки предполагает кроме активного наблюдения и контроля в динамике назначение

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

В течение первого года болезни контроль за состоянием пациентки должен проводиться каждые + _____ + месяца

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 50 лет госпитализирована в отделение пульмонологии.

Жалобы

Сухой кашель, одышка при физической нагрузке, умеренная общая слабость.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы стала отмечать около полугода. Неделю назад обратилась к участковому терапевту, выполнила флюорографию - выявлено увеличение корней легких за счет лимфаденопатии, изменения в легочной ткани по типу диссеминации. Госпитализирована для уточнения диагноза и лечения.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Периодически беспокоят перебои в работе сердца. Амбулаторно в связи с этим обследована: ЭКГ – без патологии; ЭХОКг – нарушений сократительной функции миокарда не выявлено, размеры полостей сердца, толщина миокарда в пределах нормы, фракция выброса 58%, давление в легочной артерии 28 мм рт.ст. * Работает инженером, профессиональных вредностей по роду работы нет. * Ежегодно проходит профилактический медицинский осмотр, выполняет флюорографию. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Менопауза в течение 6 месяцев. Гинекологических заболеваний нет. Роды – 1. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 164 см.

Температура 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно.

Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, единичные рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ясные, ритм правильный. ЧСС 72 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Для уточнения характера легочной патологии назначено выполнение

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения

- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Результаты обследования

Лабораторные методы, которые необходимы для постановки диагноза, включают

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Результаты лабораторных методов обследования

Обследование, назначенное для уточнения дыхательной функции, включает

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Результаты обследования

Для морфологической верификации диагноза назначено выполнение

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Результаты обследования

Полученные результаты обследования позволяют поставить диагноз

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Диагноз

Для подтверждения и оценки активности заболевания назначено исследование

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения

- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Результаты обследования

Для исключения внелегочных проявлений саркоидоза пациентке необходимо выполнить

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Результаты обследования

С учетом данных мониторингирования ЭКГ по Холтеру диагностику поражения сердца (кардиосаркоидоза) необходимо дополнить

- пентоксифиллина и альфа-токоферола
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- системных глюкокортикостероидов
- поливитаминных комплексных препаратов

Результаты обследования

Полученные результаты исследований позволили уточнить патологию сердца, дополнительно поставить диагноз

- Дисгормональная (климактерическая) миокардиодистрофия. АВ блокада 1 степени. Желудочковая экстрасистолия
- Ишемическая кардиомиопатия с нарушением ритма и проводимости. АВ блокада 1 степени. Желудочковая экстрасистолия
- Кардиосаркоидоз (саркоидозный миокардит) с нарушением ритма и проводимости. АВ блокада 1 степени. Желудочковая экстрасистолия
- ИБС. Атеросклеротическая болезнь сердца. АВ блокада 1 степени. Желудочковая экстрасистолия

Всем пациентам с дифференциально-диагностической целью выполняется

- Дисгормональная (климактерическая) миокардиодистрофия. АВ блокада 1 степени. Желудочковая экстрасистолия
- Ишемическая кардиомиопатия с нарушением ритма и проводимости. АВ блокада 1 степени. Желудочковая экстрасистолия
- Кардиосаркоидоз (саркоидозный миокардит) с нарушением ритма и проводимости. АВ блокада 1 степени. Желудочковая экстрасистолия
- ИБС. Атеросклеротическая болезнь сердца. АВ блокада 1 степени. Желудочковая экстрасистолия

Результат обследования

Лечебная тактика у данной пациентки предполагает

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Рекомендуемая тактика лечения глюкокортикостероидами

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 55 лет госпитализирована в отделение пульмонологии.

Жалобы

Сухой кашель, умеренная общая слабость.

Анамнез заболевания

Появление покашливания отмечает около трех месяцев, что связывала с перенесенной ОРВИ. При прохождении плановой флюорографии неделю назад выявлены изменения, в связи с чем направлена к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. * Работает юрисконсультантом. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Менопауза с 50 лет. Гинекологических заболеваний не отмечает. Роды – 2. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 162 см. Температура 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 72 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Для уточнения характера легочной патологии назначено выполнение

- активное наблюдение и контроль в динамике

- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Результаты обследования

Лабораторные методы, которые необходимы для постановки диагноза, включают

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Результаты лабораторных методов обследования

Для уточнения дыхательной функции пациентке необходимо выполнить

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Результаты обследования

Всем пациентам с дифференциально-диагностической целью выполняется

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Результаты обследования

Для исключения внелегочных проявлений заболевания пациентке показано проведение

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Результаты обследования

Для оценки активности заболевания назначено исследование

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов

- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Результаты обследования

Для морфологической верификации диагноза у данной пациентки требуется выполнение

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Результаты обследования

Полученные результаты обследования позволяют поставить диагноз

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение системных глюкокортикостероидов

Диагноз

Лечебная тактика у данной пациентки предполагает

- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение системных глюкокортикостероидов

**Контроль за состоянием пациентки должен быть выполнен через + _____ +
(в месяцах)**

- 12
- 6-8
- 1
- 3-6

С целью снижения активности воспаления, улучшения микроциркуляции показано назначение

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Узловатая эритема в составе синдрома Лефгрена (острой формы саркоидоза) является показанием к выполнению

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 42-х лет обратилась на прием к пульмонологу.

Жалобы

Особых не предъявляет.

Анамнез заболевания

При прохождении очередного флюорографического исследования обнаружено увеличение внутригрудных лимфатических узлов, в связи с чем направлена к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, в детском возрасте – ветряная оспа, коклюш. * Работает преподавателем истории в ВУЗе. * Ежегодно проходит профилактический медицинский осмотр, выполняет флюорографию. (ранее патологии не выявлялось). * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Гинекологический анамнез без особенностей. 1 роды. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 165 см. Температура 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Для постановки диагноза пациентке назначено исследование

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Результаты обследования

Для уточнения характера легочной патологии назначено выполнение

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Результаты обследования

Для уточнения дыхательной функции пациентке назначена

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Результаты обследования

Всем пациентам с дифференциально-диагностической целью выполняется

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Результаты обследования

Для верификации диагноза пациентке назначено выполнение

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Результаты обследования

Для исключения внелегочных проявлений заболевания пациентке показано проведение

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Результаты обследования

На первоначальном этапе обследования необходима консультация

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии

- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Результаты консультации

Общий анализ мочи у пациентки: плотность мочи 1018, белок 0,033, лейкоциты 5 в поле зрения, эритроциты 1 в поле зрения. Для уточнения функции почек назначено

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Результаты обследования

С учетом полученных результатов обследования установлен диагноз

- 3 – 4 сеансов плазмафереза
- 2 – 3 курсов иглорефлексотерапии
- нестероидных противовоспалительных средств
- антигистаминных препаратов 2 поколения

Диагноз

Лечебная тактика у данной пациентки предполагает

- назначение системных глюкокортикостероидов
- активное наблюдение и контроль в динамике
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение пентоксифиллина и альфа-токоферола

Контроль за состоянием пациентки должен быть выполнен через
+ _____ + (в месяцах)

- 1-2
- 12
- 3-6
- 6-8

Ингаляционные глюкокортикостероиды при саркоидозе назначаются

- 1-2
- 12
- 3-6
- 6-8

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 72 лет, обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

Кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, периодически с прожилками алой крови, одышка смешанного типа при обычной физической нагрузке, общая слабость, быстрая утомляемость

Анамнез заболевания

Пациент в течение 20 лет курил по 1 пачке сигарет в день, на фоне чего отмечал кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В течение последних 5 лет стал отмечать появление и постепенное нарастание одышки смешанного типа при незначительных физических нагрузках, периодическое появление кашля со слизисто-гнойной мокротой, повышенную утомляемость. Самостоятельно принимал отхаркивающие препараты со временным эффектом. В течение последнего месяца отметил появление надсадного кашля в ночное время с прожилками алой крови в мокроте, общую слабость, в связи с чем обратился к врачу

Анамнез жизни

* курит по 1 пачке сигарет в день, на протяжении 20 лет, алкоголем не злоупотребляет * профессиональные вредности: работал военнослужащим (отмечал периодический контакт с неионизирующим излучением в течение 5 лет) * аллергических реакций не было * наследственность не отягощена * перенесенные заболевания: в течение последних 2 лет трижды перенес тромбоз поверхностных вен нижних конечностей

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. ИМТ-27 кг/м². Кожные покровы обычного цвета, чистые, повышенной влажности, температура тела 36,9⁰ С. Отмечается утолщение концевых фаланг пальцев кисти по типу «барабанные палочки». Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД - 22 в мин. Отмечается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно над легкими – определяется коробочный звук, справа в верхних отделах – притупление перкуторного звука. При аускультации - дыхание жесткое, справа в верхних отделах ослабленное, рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы в небольшом количестве. Пульс 84 в мин., АД 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1-2
- 12
- 3-6
- 6-8

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 1-2
- 12
- 3-6
- 6-8

Результаты инструментальных методов обследования

С целью выявления регионарных и отдаленных метастазов при раке легкого, помимо выполнения УЗИ шейных, надключичных лимфатических узлов и органов брюшной полости, пациенту целесообразно выполнить

- 1-2
- 12
- 3-6
- 6-8

Результаты

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно установить диагноз

- 1-2
- 12
- 3-6
- 6-8

Диагноз

Для центрального рака легких II стадии (T2), согласно современной классификации TNM, характерно

- поражение сегментарного, долевого бронха (опухоль размером не более 3 см) без ателектаза
- поражение главного бронха (опухоль размером более 7 см или непосредственно распространяющаяся на грудную стенку, диафрагму, перикард), с развитием ателектаза всего легкого
- опухоль главного любого размера с наличием отдаленных метастазов
- поражение главного бронха (опухоль размером 3-5 см), сопровождающееся ателектазом или пневмонитом

Наиболее ранними симптомами центрального рака легкого являются

- боль в грудной клетке и одышка

- боль в грудной клетке и кровохарканье
- кашель и кровохарканье
- немотивированное похудание и субфебрилитет

Центральный рак легкого характеризуется поражением главного, промежуточного, сегментарного, а также

- долевого бронха
- дольковых бронхов
- альвеол
- терминальных бронхиол

При лечении больных немелкоклеточным раком легкого II а стадии эффективными считают

- только хирургический метод
- хирургический метод и лучевую терапию
- хирургический метод, лучевую терапию, полихимиотерапию
- хирургический метод и химиотерапию

При ранней форме центрального немелкоклеточного рака легкого (T1N0M0) основным методом лечения, при отсутствии функциональных противопоказаний является

- хирургический (лобэктомия без медиастинальной лимфаденэктомии)
- хирургический (лобэктомия с медиастинальной лимфаденэктомией)
- только лучевая терапия
- только полихимиотерапия

Функциональными противопоказаниями к хирургическому лечению рака легкого являются сердечная недостаточность II-III степени, выраженные печеночная или почечная недостаточность, а также декомпенсация дыхания и снижение показателей внешнего дыхания менее + ____ + % должных величин

- 60
- 50
- 70
- 40

К паранеопластическим синдромам рака легкого помимо ревматоидоподобных состояний и рецидивирующих тромбофлебитов относится

- рецидивирующий подагрический артрит
- гиперпродукция гормонов (АКТГ, ПТГ, эстрогенов, серотонина)
- гиперпродукция гормонов (катехоламинов, андрогенов, ТТГ, мелатонина)

- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

Медленнее всего развивается и имеет более благоприятный прогноз новообразование легкого типа + _____ + рак

- рецидивирующий подагрический артрит
- гиперпродукция гормонов (АКТГ, ПТГ, эстрогенов, серотонина)
- гиперпродукция гормонов (катехоламинов, андрогенов, ТТГ, мелатонина)
- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 50 лет обратилась на консультативный прием к пульмонологу.

Жалобы

Колющие боли в области сердца при стрессовых ситуациях.

Анамнез заболевания

Три года назад проходила флюорографическое обследование в связи с тем, что стал беспокоить сухой кашель, субфебрильная температура. По результату исследования выявлена двусторонняя внутригрудная лимфаденопатия.

Выполнена КТ легких – помимо увеличения внутригрудных узлов обнаружены очаговые изменения, преимущественно в верхних и средних отделах. Прошла обследование для исключения онкопатологии и туберкулеза. Был выставлен диагноз «Саркоидоз органов дыхания». От морфологической верификации диагноза пациентка отказалась. Курсами принимала пентоксифиллин и токоферол, выполняла КТ легких, в течение первого года – каждые 3 - 6 месяцев, последнее КТ обследование полгода назад. Общее самочувствие без ухудшения, кашель и одышка не беспокоят. Данное обращение к пульмонологу – плановое.

Анамнез жизни

* С 45 лет повышение АД, максимально до 180/80. Постоянно принимает конкор, индапамид, «рабочее» АД – 130/80. * Работает бухгалтером. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. *

Наследственность неотягощена. * Гинекологических заболеваний не отмечает. Роды – 1. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 164 см. ИМТ 32. Температура 36,5°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно.

Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент

2 тона над аортой. ЧСС 82 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.
Для оценки динамики легочной патологии назначено выполнение

- рецидивирующий подагрический артрит
- гиперпродукция гормонов (АКТГ, ПТГ, эстрогенов, серотонина)
- гиперпродукция гормонов (катехоламинов, андрогенов, ТТГ, мелатонина)
- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

Результаты обследования

Лабораторные методы, позволяющие уточнить активность воспалительного процесса, включают

- рецидивирующий подагрический артрит
- гиперпродукция гормонов (АКТГ, ПТГ, эстрогенов, серотонина)
- гиперпродукция гормонов (катехоламинов, андрогенов, ТТГ, мелатонина)
- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

Результаты лабораторных методов обследования

Оценить состояние дыхательной функции позволяет

- рецидивирующий подагрический артрит
- гиперпродукция гормонов (АКТГ, ПТГ, эстрогенов, серотонина)
- гиперпродукция гормонов (катехоламинов, андрогенов, ТТГ, мелатонина)
- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

Результаты обследования

Для установления характера кардиальной патологии назначено выполнение

- рецидивирующий подагрический артрит
- гиперпродукция гормонов (АКТГ, ПТГ, эстрогенов, серотонина)
- гиперпродукция гормонов (катехоламинов, андрогенов, ТТГ, мелатонина)
- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

Результаты обследования

Для оценки активности саркоидоза назначено определение в крови уровня

- рецидивирующий подагрический артрит
- гиперпродукция гормонов (АКТГ, ПТГ, эстрогенов, серотонина)
- гиперпродукция гормонов (катехоламинов, андрогенов, ТТГ, мелатонина)
- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей

Результаты обследования

Для морфологической верификации диагноза у данной пациентки рекомендуется выполнение

- чрезбронхиальной биопсии легких
- трансторакальной пункционной биопсии
- прямой биопсии слизистой бронхов (прямая биопсия)
- пункции подмышечного лимфоузла

На основании рентгенологического обследования на данном этапе можно установить ++_____++ стадию саркоидоза органов дыхания

- четвертую
- первую
- вторую
- третью

Полученные результаты обследования позволяют поставить диагноз

- четвертую
- первую
- вторую
- третью

Диагноз

Лечебная тактика у данной пациентки предполагает назначение

- альфа-токоферола ацетата
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- системных глюкокортикостероидов
- метотрексата

Контроль за состоянием пациентки должен быть выполнен через +_____+ (в месяцах)

- 6
- 8
- 1
- 12

С целью снижения активности воспаления, улучшения микроциркуляции пациентам с саркоидозом показано назначение

- иглорефлексотерапии
- бальнеотерапии
- плазмафереза

- лечебного голодания

Для синдрома Лефгрена характерно наличие

- иглорефлексотерапии
- бальнеотерапии
- плазмафереза
- лечебного голодания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Д. 57 лет, обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

Колющая боль в заднебоковой области правой половины грудной клетки умеренной интенсивности, не связанная с физической нагрузкой, усиливающаяся при глубоком вдохе, одышка смешанного типа при обычной физической нагрузке, общая слабость, быстрая утомляемость

Анамнез заболевания

В течение последнего года отмечает повышенную утомляемость, слабость, появление и постепенное нарастание одышки смешанного типа при физических нагрузках. Не обследовался и не лечился. В последний месяц появилась боль в правой половине грудной клетки колющего характера, самостоятельно принимал НПВС, связывая свое состояние с межреберной невралгией. В связи сохраняющимся болевым синдромом, обратился к участковому врачу. Пациенту было рекомендовано флюорографическое обследование, при котором выявлено округлое образование в нижней доле правого легкого.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: отрицает * курит по 1 пачке сигарет в день, на протяжении 25 лет, алкоголем не злоупотребляет * профессиональные вредности: работал сталеваром в течение 10 лет * аллергических реакций не было * наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. ИМТ-28 кг/м². Кожные покровы обычного цвета, чистые, повышенной влажности, температура тела 36,9⁰ С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧДД - 21 в мин. Отмечается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно над легкими – определяется коробочный звук, справа в нижних отделах – притупление перкуторного звука. При аускультации - дыхание жесткое, справа в нижних отделах локально выслушивается шум трения плевры. Пульс 78 в мин., АД 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края правой реберной дуги. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- иглорефлексотерапии

- бальнеотерапии
- плазмафереза
- лечебного голодания

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее информативными уточняющими методами диагностики при выявлении округлых образований в легочной ткани являются

- иглорефлексотерапии
- бальнеотерапии
- плазмафереза
- лечебного голодания

Результаты инструментальных методов обследования

С целью исключения регионарных и отдаленных метастазов при раке легкого рекомендуются: УЗИ печени, надпочечников, забрюшинного пространства, радионуклидное исследование костей скелета, а также

- иглорефлексотерапии
- бальнеотерапии
- плазмафереза
- лечебного голодания

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно установить диагноз

- иглорефлексотерапии
- бальнеотерапии
- плазмафереза
- лечебного голодания

Диагноз

Для периферического рака легких II стадии (T2), согласно современной классификации TNM, характерна опухоль

- любого размера или непосредственно распространяющаяся на средостение, сердце, крупные сосуды, трахею, пищевод
- размером не более 3 см, окруженная легочной тканью или висцеральной плеврой, без поражения последней
- более 7 см или непосредственно распространяющаяся на грудную стенку, диафрагму, медиастинальную плевроу, перикард

- размером более 3 см, но не более 7 см, или прорастающая в висцеральную плевру

Наиболее характерными симптомами периферического рака легкого являются

- немотивированное похудание и субфебрилитет
- боль в грудной клетке и кровохарканье
- кашель и кровохарканье
- боль в грудной клетке и одышка

Наличие округлого образования в легком требует проведения дифференциальной диагностики между периферическим раком легкого, доброкачественной опухолью легкого, метастатическим поражением, а также с

- туберкулемой
- альвеолярным легочным протеинозом
- инфарктом легкого
- дисковидным ателектазом

Радикальным хирургическим лечением при раке легкого является

- изолированное удаление пораженного легкого, без резекции клетчатки и лимфодиссекции
- удаление пораженного органа и визуально увеличенных лимфатических узлов, без выполнения медиастинальной лимфаденэктомии
- удаление пораженного органа или его резекция в пределах здоровых тканей с клетчаткой и лимфатическими узлами зон регионарного метастазирования с обязательной медиастинальной лимфаденэктомией
- резекция опухоли в пределах здоровых тканей с клетчаткой и лимфатическими узлами только пульмональной и бронхопульмональной группы

Методы эндоскопического лечения (лазерная деструкция, электроэксцизия опухоли, фотодинамическая терапия) используются при микроинвазивном раке легкого (carcinoma in situ, TisN0M0), центральном раке легкого (T1N0M0), а также

- периферическом раке легкого (T1N0M0)
- ранних формах центрального плоскоклеточного рака легкого при функциональных противопоказаниях к хирургическому лечению
- поздних формах плоскоклеточного рака легкого при функциональных противопоказаниях к хирургическому лечению
- центральном раке легкого (T1N1M1)

У пациента с немелкоклеточным периферическим раком легкого I-II стадии (T1N0M0, T2N1M0) основным методом лечения является

- хирургический
- лучевая терапия
- химиотерапия
- таргетная или иммунотерапия

При выявлении округлого образования в легком для проведения дифференциальной диагностики рака легкого рекомендуется определение онкомаркеров

- нейронспецифическая энолаза (НСЕ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), цитокератиновый фрагмент (CYFRA 21-1), СА-125
- альфа-фетопротеин, РЭА, СА 72-4, СА 19-9
- бета-2 микроглобулин, простатспецифический антиген, СА 125, РЭА
- хорионический гонадотропин, СА 15-3, СА 72-4, СА 19-9

Клиническими проявлениями рака Панкоста могут быть синдром Бернара-Горнера (птоз, миоз, энофтальм), а также боли в

- нейронспецифическая энолаза (НСЕ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), цитокератиновый фрагмент (CYFRA 21-1), СА-125
- альфа-фетопротеин, РЭА, СА 72-4, СА 19-9
- бета-2 микроглобулин, простатспецифический антиген, СА 125, РЭА
- хорионический гонадотропин, СА 15-3, СА 72-4, СА 19-9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, молодой мужчина 35 лет, обратился на амбулаторном приёме к врачу-терапевту участковому в связи с обострением хронического заболевания.

Жалобы

На периодические приступы затруднения дыхания на выдохе, чувство нехватки воздуха, кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой, ощущение свиста и хрипов в груди во время приступа.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: столяр-краснодеревщик * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия. * Наследственность: бабушка по матери – бронхиальная астма. * Вредные привычки: курит (индекс курения 10 пачко/лет), алкоголь употребляет умеренно * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

* Подобные приступы наблюдаются в течение 2 лет. Возникают редко, примерно 1 раз в 1-2 месяца, преимущественно проявляются в ночное время, проходят самостоятельно без применения лекарств. * Периодически отмечает

заложенность носа с затруднением носового дыхания. Обращался к ЛОР-врачу, был диагностирован вазомоторный ринит. Ухудшение течения ринита отмечает весной и осенью. * В течение последнего месяца приступы стали беспокоить несколько чаще, примерно 2-3 раза.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 174 см. Температура $36,5^{\circ}\text{C}$. * Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев чистый, миндалины не увеличены. * Грудная клетка – правильной формы. * Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. * Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 72 в мин., АД 130/80 мм рт.ст. * Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. * Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить

- нейронспецифическая энолаза (НСЕ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), цитокератиновый фрагмент (CYFRA 21-1), СА-125
- альфа-фетопротеин, РЭА, СА 72-4, СА 19-9
- бета-2 микроглобулин, простатспецифический антиген, СА 125, РЭА
- хорионический гонадотропин, СА 15-3, СА 72-4, СА 19-9

Результаты лабораторного метода обследования

Дополнительным лабораторным методом обследования в амбулаторных условиях является

- нейронспецифическая энолаза (НСЕ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), цитокератиновый фрагмент (CYFRA 21-1), СА-125
- альфа-фетопротеин, РЭА, СА 72-4, СА 19-9
- бета-2 микроглобулин, простатспецифический антиген, СА 125, РЭА
- хорионический гонадотропин, СА 15-3, СА 72-4, СА 19-9

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным исследованием в амбулаторных условиях является

- нейронспецифическая энолаза (НСЕ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), цитокератиновый фрагмент (CYFRA 21-1), СА-125
- альфа-фетопротеин, РЭА, СА 72-4, СА 19-9
- бета-2 микроглобулин, простатспецифический антиген, СА 125, РЭА
- хорионический гонадотропин, СА 15-3, СА 72-4, СА 19-9

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- нейронспецифическая энолаза (НСЕ), раково-эмбриональный антиген (РЭА), цитокератиновый фрагмент (CYFRA 21-1), СА-125
- альфа-фетопротеин, РЭА, СА 72-4, СА 19-9
- бета-2 микроглобулин, простатспецифический антиген, СА 125, РЭА
- хорионический гонадотропин, СА 15-3, СА 72-4, СА 19-9

Диагноз

Данному пациенту необходимо проводить дифференциальную диагностику с

- идиопатическим лёгочным фиброзом
- пневмотораксом
- респираторным дистресс-синдромом
- хроническим бронхитом, ХОБЛ

Для подтверждения диагноза пациенту необходимо провести

- тест Спилбергера-Ханина
- тест на обратимость бронхиальной обструкции
- дыхательный тест с мочевиной
- тест Берштейна

Наиболее вероятно, что у данного пациента будет выявлено снижение показателя

- ФЖЕЛ
- ООЛ
- ЖЕЛ
- ОФВ1

Бронходилатационный тест считается положительным если после ингаляции бронходилататора коэффициент бронходилатации по ОФВ1 составляет не менее + ____ + % и при этом абсолютный прирост составляет + _____ + мл и более

- 12; 200
- 10; 300
- 12; 300
- 10; 150

Диагностика профессиональной бронхиальной астмы обуславливает необходимость

- увольнения пациента при первых признаках бронхообструкции

- срочной госпитализации в профильный стационар
- предварительного (при приеме на работу) и периодических медицинских осмотров
- назначения системных глюкокортикостероидов сразу после постановки диагноза

Для определения возможной связи заболевания с профессиональной деятельностью пациента необходимо выполнить

- аллергологическую пробу на вещества, с которыми контактирует пациент на рабочем месте
- оценку условий труда на рабочем месте пациента
- анализ крови на антитела к предполагаемым аллергенам
- регистрацию ПСВ на рабочем месте и вне работы

Больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить

- преднизолон 10 мг в табл. утром
- эуфиллин 0,15 по 1 табл. 3 раза в день
- кетотифен 1 мг по 1 табл. 2 раза в день
- β_2 -агонист короткого действия по потребности

Использовать бронхолитики короткого действия пациент

- преднизолон 10 мг в табл. утром
- эуфиллин 0,15 по 1 табл. 3 раза в день
- кетотифен 1 мг по 1 табл. 2 раза в день
- β_2 -агонист короткого действия по потребности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К., 22 лет обратилась к врачу.

Жалобы

На ощущение заложенности в груди, чихание, приступы удушья в течение последнего месяца, сопровождаются слышимыми на расстоянии (дистантными) хрипами, кашель с выделением небольшого количества вязкой мокроты.

Анамнез заболевания

* Болеет в течение месяца, стала отмечать непродуктивный кашель, частое чихание, першение в горле, ежедневные приступы удушья, ночные приступы до 2 раз в неделю. Болей при глотании не отмечала. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно. * Самостоятельно принимала отхаркивающие препараты, на фоне которых кашель незначительно уменьшился, сохранялась трудно отделяемая вязкая мокрота в небольшом количестве. * При более детальном сборе анамнеза выяснено, что першение в горле, чихание беспокоили последние полгода, не обследовалась. Ухудшение состояния последний месяц,

связывает с ремонтом в квартире. В течение последнего месяца симптомы возникали ежедневно, ночью до 2 раз в неделю, нарушали активность и сон.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. * Учится в ВУЗе, студентка * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает. В возрастном периоде от 1 года до 3 лет был атопический дерматит. *

Наследственность: у матери – бронхиальная астма. У родной сестры – аллергический ринит. * Вредные привычки: отрицает * Аллергологический анамнез: отягощен (бытовая, пылевая сенсibilизация – кашель, чихание)

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 170 см. Температура 36,8°C. Нормостенической конституции. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски высыпаний нет. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 в мин., АД 115/75 мм рт.ст. Грудная клетка – правильной формы. Перкуторно над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно над легкими дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД в покое 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- преднизолон 10 мг в табл. утром
- эуфиллин 0,15 по 1 табл. 3 раза в день
- кетотифен 1 мг по 1 табл. 2 раза в день
- β 2-агонист короткого действия по потребности

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- преднизолон 10 мг в табл. утром
- эуфиллин 0,15 по 1 табл. 3 раза в день
- кетотифен 1 мг по 1 табл. 2 раза в день
- β 2-агонист короткого действия по потребности

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно установить диагноз

- преднизолон 10 мг в табл. утром
- эуфиллин 0,15 по 1 табл. 3 раза в день
- кетотифен 1 мг по 1 табл. 2 раза в день
- β 2-агонист короткого действия по потребности

Диагноз

Степень тяжести бронхиальной астмы у данной больной определяется как

- легкая персистирующая
- интермиттирующая
- персистирующая средней тяжести
- тяжелая персистирующая

Для контроля бронхиальной астмы необходимо назначить

- бета2 агонисты длительного действия (ДДБА) в сочетании с бета2 агонистами короткого действия (КДБА) по потребности
- бета2 агонисты длительного действия (ДДБА) в сочетании с холинолитиками длительного действия
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ГКС) высокие дозы в сочетании с бета2 агонистами длительного действия (ДДБА)
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ГКС) низкие дозы в сочетании с бета2 агонистами длительного действия (ДДБА)

Препаратами выбора для купирования симптомов БА являются

- формотерол в сочетании с низкими дозами ингаляционного глюкокортикостероида
- бета2-агонисты длительного действия
- м-холиноблокаторы короткого действия
- бета2-агонисты короткого действия

Дополнительной группой препаратов для лечения тяжелой аллергической БА, которая не контролируется терапией, соответствующей ступени 4, являются

- антигистаминные препараты
- антибактериальные препараты
- биологические препараты моноклональных антител
- ингибиторы протонной помпы

Средними суточными дозами ИГКС в пересчете на беклометазон дипропионат у больной аллергической бронхиальной астмой средней персистирующей степени тяжести являются + _____ + мкг

- 2000 – 3000
- 1000 - 2000
- 200 - 500
- 500 - 1000

Решение о снижении объема терапии принимается через + ____ + (в месяцах) при отсутствии факторов риска и достижении контроля бронхиальной астмы

- 1
- 3
- 2
- 6

Одним из методов патогенетического лечения пациентов с аллергической бронхиальной астмы в сочетании с аллергическим ринитом является

- иглорефлексотерапия
- бронхиальная термопластика
- аллерген - специфическая иммунотерапия
- дыхательная гимнастика

Критерием обратимости бронхиальной обструкции при пробе с бронходилататором у больных бронхиальной астмой является прирост ОФВ1 + ____ + %

- более 15
- более 12
- менее 12
- менее 15

При высокой эозинофилии в крови следует исключать

- более 15
- более 12
- менее 12
- менее 15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 30 лет, бухгалтер, обратилась к пульмонологу.

Жалобы

Рецидивирующие приступы удушья (ночные 2 – 3 раза в неделю, дневные до 5 раз в неделю) при физической нагрузке и без видимых причин, купируются ингаляцией беротека, затрудненное носовое дыхание.

Анамнез заболевания

В течение 5 лет рецидивируют приступы удушья. Наблюдается в поликлинике по месту жительства, а также у ЛОР врача в связи с полипозным риносинуситом, которым страдает около 6 лет. Приступы удушья начались после операции по удалению полипов. В качестве постоянной терапии

использует форадил комби (12/400) 2 раза в день, приступы купирует ингаляцией беротека. Полгода назад лечилась стационарно в связи с тяжелым обострением заболевания, получала коротким курсом преднизолон 40 мг внутрь. После выписки приступы до 2х раз в неделю, купировались беротеком. Ухудшение самочувствия без видимых причин: в течение месяца приступы стали частыми, в том числе и по ночам, что заставило обратиться к врачу.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает корь в детском возрасте, ежегодные до 2-3 раз обострения риносинусита, что требует проведения антибактериальной терапии. Последнее обострение 2 месяца назад. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Имеется непереносимость аспирина (крапивница). * Наследственность не отягощена. * Гинекологический анамнез без особенностей: 1 роды, сын 15 лет здоров. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, влажные, без высыпаний. Заложенность носа. Лимфатические узлы не пальпируются. Перкуторный звук легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, при форсированном дыхании единичные свистящие хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 78 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез без особенностей. Отеков нет.

Для постановки диагноза в амбулаторных условиях необходимо назначить

- более 15
- более 12
- менее 12
- менее 15

Результаты лабораторных методов исследования

Тяжесть дыхательных расстройств во время обострения помогает оценить

- более 15
- более 12
- менее 12
- менее 15

Результаты обследования

С учетом полученных результатов обследования можно сформулировать диагноз

- более 15
- более 12
- менее 12

- менее 15

Диагноз

Для фенотипа БА, имеющейся у пациентки, характерно наличие

- полипоза носа, непереносимости аспирина
- отягощенной наследственности
- синдрома постназального затекания
- частых курсов антибактериальной терапии в анамнезе

Ведущим патогенетическим механизмом развития бронхиальной астмы у пациентки является

- генетически детерминированное нарушение обмена арахидоновой кислоты
- нейтрофильное воспаление вследствие хронического риносинусита
- наследственно обусловленная предрасположенность к Th2-иммунному ответу
- манифестирующий феномен атопического/аллергического марша

Уровень контроля БА у пациентки можно оценить по

- показателю ПСВ (менее 60% расчетного)
- частоте дневных и ночных приступов удушья за последние 4 недели
- снижению ОФВ₁ ~ ниже 80% должного
- уровню сатурации кислорода (SpO₂ ~ <92%)

Для оценки контроля БА у пациентки рекомендуется использовать

- вопросник по контролю над астмой (_ACQ-5_)
- подсчет баллов по шкале _mMRC_
- бронходилатационный постнагрузочный тест
- подсчет баллов по _CAT_ тесту

У пациентки по опроснику ACQ-5 – 1,2 балла, по АСТ тесту – 18 баллов, что позволяет оценить БА у нее как

- частично контролируемую
- контролируемую
- жизнеугрожающую
- неконтролируемую

Дополнительным фактором риска обострений БА у пациентки является (-ются)

- перенесенная в детском возрасте корь, полипоз носа
- непереносимость ацетилсалициловой кислоты

- госпитализация по поводу обострения БА в течение последнего года
- неоднократные курсы антибактериальной терапии по поводу риносинусита

Пациентке необходимо изменить базисную терапию, предпочтение следует отдать назначению

- фиксированной двойной комбинации ИГКС+ДДБА в сочетании с ингибитором фосфодиэстеразы 4 (рофлумиластом)
- фиксированной двойной комбинации бронхолитиков длительного действия: β₂-агонист + антихолинергический препарат (ДДБА + ДДАХ)
- фиксированной тройной комбинации ИГКС+ДДБА+ДДАХ
- фиксированной двойной комбинации ИГКС+ДДБА в сочетании с реслизумабом

Пациентам с средне-тяжелым и тяжелым обострением БА необходимо назначить

- антигистаминные препараты парентерально
- кортикостероиды системного действия
- антибактериальные препараты системного действия
- инъекции омализумаба п/к

Оценка степени тяжести БА и уровня контроля после начала лечения проводится через

- антигистаминные препараты парентерально
- кортикостероиды системного действия
- антибактериальные препараты системного действия
- инъекции омализумаба п/к

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 63 лет обратилась к пульмонологу поликлиники.

Жалобы

Учащение приступов удушья до 3-х раз в неделю, в том числе ночью, купируемых ингаляцией сальбутамола; кашель с небольшим количеством светлой мокроты преимущественно по ночам.

Анамнез заболевания

Приступы удушья отмечает около 20 лет. Лечилась амбулаторно, в первые годы заболевания с эффектом принимала интал, приступы легко купировала бронхолитиками (беротек, сальбутамол). Стационарно лечилась однократно в дебюте заболевания. Около 5 лет базисную терапию не получает, к врачу не обращалась. В течение этого времени приступы удушья возникали под влиянием резких запахов, значительной физической нагрузки не чаще 1-2 раз в

неделю, купировались ингаляцией сальбутамола, ночных приступов удушья не было. Ухудшение самочувствия в виде учащения как дневных до 3-х раз в неделю, так и появления ночных приступов (2 приступа) отмечает в течение двух недель, после перенесенной ОРВИ.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, в возрасте 20 лет – пневмония. Имеется гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (периодически принимает омепразол). * Работала чертежницей, с 55 лет – на пенсии, в течение 3-х месяцев стала работать уборщицей в продовольственном магазине. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергоанамнез не отягощен. * Наследственность: сестра страдает бронхиальной астмой. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. * Гинекологический анамнез: менопауза с 45 лет, роды 1, дочь здорова.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 88 кг, рост 164 см. Температура 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. В зеве чисто, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Перкуторный звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, при форсированном дыхании сухие свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 82 в мин., АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют.

Для уточнения диагноза пациентке амбулаторно назначено выполнение

- антигистаминные препараты парентерально
- кортикостероиды системного действия
- антибактериальные препараты системного действия
- инъекции омализумаба п/к

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- антигистаминные препараты парентерально
- кортикостероиды системного действия
- антибактериальные препараты системного действия
- инъекции омализумаба п/к

Результаты инструментальных методов обследования

Основным диагнозом, поставленным пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, является

- антигистаминные препараты парентерально
- кортикостероиды системного действия
- антибактериальные препараты системного действия
- инъекции омализумаба п/к

Диагноз

Степень тяжести бронхиальной астмы у пациентки оценивается с помощью

- клинической картины и показателей ОФВ₁
- провокационной ингаляционной пробы с метахолином
- исследования фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- показателей общего анализа крови и мокроты

С целью дифференциальной диагностики (с учетом данных анамнеза) назначено выполнение

- клинической картины и показателей ОФВ₁
- провокационной ингаляционной пробы с метахолином
- исследования фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- показателей общего анализа крови и мокроты

Результаты обследования

Факторами риска, которые могли способствовать обострению заболевания у пациентки, являются

- чрезмерное использование короткодействующих β_2 -агонистов (КДБА), отягощенная наследственность, эозинофилия крови
- менопауза в течение 18 лет, перенесенная пневмония в анамнезе, прием НПВС во время ОРВИ
- недостаточная базисная терапия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, ожирение, перенесенная ОРВИ
- возраст старше 60 лет, абдоминальное ожирение, гиперреактивность бронхов

Пациентка должна проходить лечение в

- пульмонологическом отделении многопрофильной больницы
- терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания
- амбулаторных условиях под наблюдением пульмонолога
- условиях дневного стационара районной поликлиники

На данном этапе (период обострения) пациентке должна быть назначена бронхолитическая терапия

- длительно действующими антихолинэргическими препаратами (ДДАХ) + длительно действующим бета-адреномиметиком ДДБА (спиолто респимат) 2 дозы 1 раз в сутки
- ингаляционными глюкокортикостероидами (формотеролом 12 мкг через аэролайзер 2 раза в сутки
- внутривенными инфузиями эуфиллина 2.4% 10 мл 1 раз в день
- 6–10 дозами КДБА (сальбутамол) с помощью дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) через спейсер каждые 1–2 часа

При средне-тяжелых и тяжелых обострениях БА необходимо назначить

- ингибитор фосфодиэстеразы 4 (рофлумаил)
- эуфиллин и магния сульфат внутривенно
- антигистаминные препараты 2 поколения (лоратадин)
- системные глюкокортикостероиды (преднизолон перорально)

В качестве базисной терапии пациентке необходимо назначить

- длительного действия β_2 -агонист + антихолинэргический препарат (ДДБА + ДДАХ) в виде монотерапии
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в высокой дозе + теофиллин внутрь
- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь с постепенным снижением дозы $\frac{1}{2}$ таб. раз в 5 дней (с 40 мг) с последующим его приемом при рецидивировании приступов
- фиксированную комбинацию низких доз ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и быстро действующего бета₂ агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора по потребности

Необходимо оценить степень тяжести БА и уровень контроля после начала лечения через + ____ + (в месяцах)

- 1
- 12
- 3
- 6

Для оценки контроля БА у пациентки рекомендуется использовать

- 1
- 12
- 3
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 65 лет токарь, доставлен в стационар бригадой скорой помощи.

Жалобы

Одышка при незначительной нагрузке, приступы удушья по ночам, кашель с трудноотделяемой вязкой слизисто-гнойной мокротой, общая слабость, потливость.

Анамнез заболевания

В детском возрасте диагностирована бронхиальная астма, протекавшая без тяжелых обострений, базисной терапии не получал. Дважды перенес пневмонию в молодом возрасте, после чего стал беспокоить кашель с мокротой, неоднократно лечился по поводу бронхита. Около 10 лет стала беспокоить одышка при ходьбе, приступы удушья, возникали чаще в холодное время года при выходе на мороз. Лечился в стационаре год назад, после выписки постоянно получал симбикорт. Ухудшение самочувствия в течение месяца, связывает с перенесенной вирусной инфекцией – выросла одышка, участились приступы удушья, в том числе по ночам (2-3 раза в неделю), увеличилось количество мокроты слизисто-гнойного характера, беспокоит общая слабость, потливость. В течение трех дней многократно использовал беродуал из-за частого непроходящего удушья, мокрота стала плохо откашливаться. В связи с перечисленными жалобами вызвал бригаду скорой помощи, которой доставлен в стационар.

Анамнез жизни

* Рос и развивался, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, хронический холецистит, хронический панкреатит с редкими обострениями. * Курил более 25 лет, около года не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергические реакции отрицает. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Наследственность отягощена: у брата бронхиальная астма. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Телосложение гиперстеническое. Рост 168 см, вес 80 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, чистые. Лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозная, расширена в передне-заднем направлении, расширены межреберные промежутки. Над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Голосовое дрожание проводится равномерно, несколько ослаблено, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, над всеми легочными полями сухие свистящие хрипы, выдох удлинен. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на легочной артерии. ЧСС 98 в мин., АД 145/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. SpO₂ ~ 93% По САТ тесту у пациента 20 баллов, по шкале mMRC – 2 балла.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам относят

- 1
- 12

- 3
- 6

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1
- 12
- 3
- 6

Результаты лабораторных методов обследования

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- 1
- 12
- 3
- 6

Диагноз

По САТ тесту у пациента 20 баллов, по шкале mMRC – 2 балла. ОФВ1 52% должного. Год назад перенес обострение, потребовавшее стационарного лечения. С учетом этого диагноз следует дополнить, указав группа

- {nbsp}Е. Симптомы выражены
- {nbsp}А. Симптомы не выражены
- {nbsp}Е. Симптомы не выражены
- {nbsp}С. Симптомы выражены

Согласно полученным данным дыхательная недостаточность у пациента

- отсутствует
- 2 ст
- 1 ст
- 3 ст

Обострение бронхиальной астмы у пациента можно оценить как

- среднетяжелое
- тяжелое
- легкой степени
- жизнеугрожающее

Установить вероятность развития хронического легочного сердца у пациента позволяет выполнение

- сцинтиграфии легких
- определения концентрации α_1 -антитрипсина
- мониторингирования ЭКГ по Холтеру
- эхокардиографии

Для купирования обострения показано назначение бронхолитической терапии

- внутривенными инфузиями эуфиллина
- внутривенными инфузиями магния сульфата
- ингаляционными β_2 -агонистами быстрого действия с использованием небулайзера
- сочетанным приемом теофиллина и ингаляций β_2 -агонистов быстрого действия через дозированный аэрозольный ингалятор

Глюкокортикоиды должны быть назначены пациенту

- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор в сочетании с в/в инфузией на весь период госпитализации
- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней

Антибактериальный препарат выбора (первой линии) для лечения обострения ХОБЛ

- ципрофлоксацин 0,5-0,75 г внутрь каждые 12 ч
- амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в каждые 6-8 ч
- азитромицин 0,5 г внутрь каждые 24 ч (3-дневный курс)
- ванкомицин 5-20 мг/кг в/в каждые 12 ч

В качестве длительной базисной терапии пациенту необходимо назначить комбинацию длительно действующих антихолинэргических препаратов и длительно действующих бета-адреноблокаторов (ДДАХ/ДДБА) в сочетании с

- системными глюкокортикостероидами перорально
- ингибитором фосфодиэстеразы-4 рофлумаиласом
- ингаляционными глюкокортикостероидами
- метилксантинами (теофиллином, эуфиллином) перорально

Пациенту необходимо рекомендовать проведение вакцинации против

- системными глюкокортикостероидами перорально
- ингибитором фосфодиэстеразы-4 рофлумаиласом

- ингаляционными глюкокортикостероидами
- метилксантинами (теофиллином, эуфиллином) перорально

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 48 лет, обратилась к пульмонологу.

Жалобы

Приступы удушья под воздействием резких запахов (лак для волос, духи), физической нагрузки (быстрая ходьба), ночные приступы кашля и удушья еженедельно.

Анамнез заболевания

Больна в течение 2-х лет, когда после перенесенной ОРВИ стали рецидивировать приступы кашля и удушья. При обращении к терапевту поликлиники была назначена терапия бекламетазоном, при приступах рекомендовано применение сальбутамола. Лечилась амбулаторно, использовала ингаляции сальбутамола при приступах с эффектом, другие рекомендованные препараты (бекламетазон) не применяла. Приступы удушья беспокоили 2-3 раза в неделю, в том числе по ночам. Ухудшение самочувствия в виде учащения ночных приступов удушья под утро 3 – 4 раза в неделю отмечает в течение месяца после приобретения новой мебели, стала ощущать одышку при физической нагрузке.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, хронический гастрит. Около 5 лет – аллергический ринит. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергоанамнез: не отягощен * Работает воспитателем в детском саду * Наследственность: мать больной страдает аллергическим ринитом * Гинекологический анамнез: страдает дисфункцией яичников, было 2 беременности, имеет двоих детей (дети здоровы). * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, чистые. Лимфатические узлы не пальпируются. Перкуторный звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, выдох несколько удлинен, при форсированном дыхании – высокотембровые свистящие хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин., АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Отеков нет.

К инструментальным исследованиям, целесообразным для оценки дыхательных расстройств и постановки диагноза в амбулаторных условиях, относят

- системными глюкокортикостероидами перорально
- ингибитором фосфодиэстеразы-4 рофлумаилом

- ингаляционными глюкокортикостероидами
- метилксантинами (теофиллином, эуфиллином) перорально

Результаты инструментальных методов исследований

К целесообразным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относят

- системными глюкокортикостероидами перорально
- ингибитором фосфодиэстеразы-4 рофлумаиласом
- ингаляционными глюкокортикостероидами
- метилксантинами (теофиллином, эуфиллином) перорально

Результаты лабораторных методов обследования

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- системными глюкокортикостероидами перорально
- ингибитором фосфодиэстеразы-4 рофлумаиласом
- ингаляционными глюкокортикостероидами
- метилксантинами (теофиллином, эуфиллином) перорально

Диагноз

Для оценки контроля БА рекомендуется использовать

- бронходилатационный тест
- САТ тест
- оценку одышки по шкале mMRC
- АСТ тест

Независимым фактором риска обострений БА у пациентки является

- отягощенная наследственность
- дисгормональные нарушения (преклимактерический период)
- плохая приверженность к терапии
- хронический гастрит

Пациентка может лечиться в

- специализированном пульмонологическом отделении
- условиях дневного стационара поликлиники
- терапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания
- амбулаторных условиях под наблюдением пульмонолога

С целью купирования обострения бронхиальной астмы больной должно быть назначено

- применение перорально эуфиллина (теофиллина)
- внутривенное введение магния сульфата
- ингаляционное использование бета2-агонистов быстрого действия
- эндотрахеальное введение эпинефрина (адреналина)

В связи с отсутствием длительного улучшения после начальной терапии бета2-агонистов быстрого действия для купирования обострения пациентке также необходимо назначение

- ингаляционных муколитиков
- внутривенных метилксантинов
- системных глюкокортикостероидов
- антигистаминных препаратов

Необходимая суточная доза системных ГКС (назначаемых внутрь), для купирования обострения (в мг), составляет

- 40 - 50
- 20–25
- 15 – 20
- 5 – 10

Рекомендуемая длительность назначения системных глюкокортикостероидов (преднизолон) для купирования обострения составляет + _____ + дня/дней

- 10-12
- 15-20
- 2–3
- 5-7

В качестве базисной терапии пациентке необходимо назначить

- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе, теофиллин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционный глюкокортикостероид в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета-адреномиметиком и длительно действующим антихолинергическим средством (ДДБА/ДДАХ)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2-агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора

Оценка степени тяжести БА и уровня контроля после начала лечения должна быть проведена через

- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционный глюкокортикостероид в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета-адреномиметиком и длительно действующим антихолинергическим средством (ДДБА/ДДАХ)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета₂-агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 26 лет, учитель, обратилась к пульмонологу в районную поликлинику.

Жалобы

Приступообразный кашель со свистящим дыханием, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание.

Анамнез заболевания

Отмечает постоянно затрудненное носовое дыхание, хронический насморк в течение нескольких лет. Лечилась у ЛОР врача, в том числе трижды ей выполнялась полипэктомия в связи с рецидивирующим полипозом носа. После приема таблетки анальгина (болел зуб) два месяца назад – возник приступ кашля, чувство сдавления в груди. Последнее оперативное вмешательство по поводу полипоза выполнила месяц назад. В течение двух недель стал беспокоить приступообразный кашель, сопровождавшийся свистящим дыханием и чувством удушья в дневное время и в предутренние часы. Выполненная флюорография патологии не выявила. Лечилась самостоятельно: принимала антигистаминные (лоратадин), отхаркивающие средства (лазолван), антибактериальную терапию (азитромицин). Состояние не улучшалось, что и заставило пациентку обратиться к врачу.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, корь в детском возрасте. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергия на прием аспирина в возрасте 20 лет – крапивница, * После приема 1 таб. анальгина 2 месяца назад - приступ кашля. * Наследственность: у тети бронхиальная астма * Менструальный цикл регулярный, с 12 лет, не замужем, беременностей не было. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 164 см. Вес 88 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, чистые. Заложенность носа. Лимфатические узлы не пальпируются.

Перкуторный звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы на фоне удлиненного выдоха при форсированном дыхании. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Отеков нет.

Для уточнения диагноза и оценки дыхательной функции в амбулаторных условиях необходимо выполнить

- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе, теофиллин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционный глюкокортикостероид в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета-адреномиметиком и длительно действующим антихолинергическим средством (ДДБА/ДДАХ)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2-агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора

Результаты обследования

Целесообразными лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе, теофиллин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционный глюкокортикостероид в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета-адреномиметиком и длительно действующим антихолинергическим средством (ДДБА/ДДАХ)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2-агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора

Результаты лабораторных методов обследования

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе, теофиллин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционный глюкокортикостероид в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)

- ингаляционный глюкокортикостероид в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета-адреномиметиком и длительно действующим антихолинэргическим средством (ДДБА/ДДАХ)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2-агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора

Диагноз

Установить наличие синдрома гиперреактивности бронхов, характеризующего бронхиальную астму, с целью верификации диагноза, позволяет выполнение

- фибробронхоскопии с исследованием промывных вод
- пробы с физической нагрузкой (тредмил тест)
- лекарственной индикаторной пробы с анаприлином
- исследования фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

Непереносимость ацетилсалициловой кислоты, имеющаяся у пациентки

- не имеет отношения к заболеванию пациентки
- затрудняет подбор необходимой терапии
- является индикатором аллергии при бронхиальной астме
- является составляющей аспириновой триады

Ведущим патогенетическим механизмом развития бронхиальной астмы у пациентки является

- генетически детерминированное нарушение обмена арахидоновой кислоты с избыточной продукцией цистеиниловых лейкотриенов
- наследственно обусловленная предрасположенность к Th2-иммунному ответу
- манифестирующий феномен атопического/аллергического марша
- эндоназальный затек вследствие полипозной риносинусопатии, хронического ринита

Заболевание у пациентки можно отнести к клиническому фенотипу астмы

- аллергической
- у лиц с ожирением
- с фиксированным ограничением воздушного потока
- неаллергической

Для симптоматической терапии пациентке следует рекомендовать прием

- дополнительной ингаляции назначенного глюкокортикостероида
- антигистаминных препаратов 1 поколения при приступе

- ингаляционных β_2 -агонистов быстрого действия ситуационно
- эуфиллина (теофиллина) per os в течение 1-2 дней

Для базисной терапии пациентке следует рекомендовать

- длительно действующие бета-2-агонисты (ДДБА) + антихолинергический препарат
- длительно действующие бета-2-агонисты (ДДБА) только в сочетании с ингаляционными кортикостероидами
- антихолинергические препараты длительного действия в виде монотерапии
- длительно действующие бета-2-агонисты (ДДБА) в виде монотерапии

Дальнейшая тактика лечения у данной пациентки предполагает

- назначение муколитиков, эндоназальных глюкокортикостероидов, бронхолитиков из группы длительно действующих бета-2-агонистов сезонно (весна-осень)
- постоянную терапию комбинацией низких доз ингаляционного глюкокортикостероида и длительно действующего бета-2-агониста в режиме единого ингалятора
- продолжение лечения у ЛОР врача, прием бронхолитиков из группы длительно действующих бета-2-агонистов, антилейкотриеновых средств
- ингаляционную небулайзерную терапию глюкокортикостероидами, комбинированная бронхолитическая терапия длительно действующими бета-2-агонистами и антихолинергическими препаратами курсами 2-3 раза в год

Оценка степени тяжести бронхиальной астмы и уровня контроля после начала лечения проводится через

- 3 месяца
- 3 недели
- 1 месяц
- 6 месяцев

Для оценки контроля бронхиальной астмы рекомендуется использовать

- 3 месяца
- 3 недели
- 1 месяц
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 28 лет, пекарь, обратился к пульмонологу в районную поликлинику.

Жалобы

Приступообразный кашель со свистящим дыханием, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание.

Анамнез заболевания

В течение нескольких лет страдает аллергическим ринитом. Отмечает постоянно затрудненное носовое дыхание, периодическую ринорею.

Приступообразный кашель со свистящим дыханием появился три месяца назад, после того, как приступил к работе в пекарне (до этого работал в кулинарном техникуме). Отмечает плохое самочувствие в виде затруднения дыхания и кашля к концу рабочего дня. В дни, свободные от работы, самочувствие удовлетворительное. К врачу не обращался, применял лоратадин без эффекта.

Анамнез жизни

* Рос и развивался, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, нейродермит в детском возрасте, аллергическим ринитом страдает с 20 летнего возраста. * Курит с 17 лет, по ½ пачки сигарет в день. Алкоголь не употребляет. * Лекарственной аллергии не отмечал. *

Наследственность: неизвестна (рос в детском доме). * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 177 см, вес 72 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Заложенность носа. Лимфатические узлы не пальпируются. Перкуторный звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Отеков нет.

Для уточнения диагноза пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные исследования

- 3 месяца
- 3 недели
- 1 месяц
- 6 месяцев

Результаты инструментальных методов исследования

Лабораторными исследованиями, необходимыми для установления диагноза, являются

- 3 месяца
- 3 недели
- 1 месяц
- 6 месяцев

Результаты лабораторных методов исследования

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- 3 месяца
- 3 недели
- 1 месяц
- 6 месяцев

Диагноз

Для подтверждения диагноза бронхиальной астмы, связанной с профессиональным фактором у пациента, необходимо

- проведение мониторинга пиковой скорости выдоха (ПСВ) не менее 4-х раз в течение рабочей смены на протяжении 3-4-х рабочих недель
- проведение мониторинга ПСВ не менее 2-х раз в день утром и вечером на протяжении 2-х рабочих недель
- выполнение метахолинового теста до и после рабочей смены на протяжении 2-х рабочих недель
- определение концентрации пыли на рабочем месте в течение 2-х рабочих недель с одновременным мониторингом ПСВ

Степень тяжести бронхиальной астмы у пациента можно оценить с помощью

- клинической картины и показателей ОФВ1, ПСВ
- провокационной пробы с метахолином, тредмил-теста
- показателя уровня эозинофилии в общем анализе крови
- оценки аллергологического статуса, проведения скарификационных проб

По степени тяжести бронхиальная астма у пациента является

- легкой персистирующей
- легкой интермиттирующей
- персистирующей средней тяжести
- тяжелой персистирующей

Важным направлением в лечении пациента является

- наблюдение аллерголога и ЛОР врача по поводу аллергического ринита
- консультация профпатолога, перевод на работу вне контакта с причинным фактором
- проведение сеансов плазмафереза и спелеотерапия дважды в год
- курсовой прием антигистаминных препаратов 2 поколения

Для симптоматической терапии пациенту следует рекомендовать прием

- эуфиллина (теофиллина) per os в течение 10 дней каждого месяца
- комбинации низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и пролонгированных бета 2-агонистов по требованию
- антигистаминных препаратов 1 поколения при приступе
- эндовазальных глюкокортикостероидов в сочетании с антигистаминными препаратами 2 поколения

Факторы риска развития фиксированной обструкции дыхательных путей, которые имеются у пациента, это

- стабильно повышенная вариабельность ПСВ
- выраженная гиперреактивность бронхов
- экспозиция с табачным дымом, профессиональными агентами
- круглогодичный аллергический ринит

Для базисной терапии пациенту следует рекомендовать

- высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с антилейкотриеновым препаратом и коротко действующие бета-2-агонистами по потребности
- тиотропия бромид в жидкостном ингаляторе+ монтелукаст + коротко действующие бета-2-агонисты по потребности
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в комбинации с пролонгированными бета 2-агонистами
- средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в комбинации с длительно действующими бета-2-агонистами и теофиллин

Наиболее часто диагностируемым фенотипом бронхиальной астмы является астма

- трудноконтролируемая
- физического усилия
- с поздним дебютом
- аллергическая

Оценка степени тяжести бронхиальной астмы и уровня контроля после начала лечения обычно проводится через + ____ + (в месяцах)

- трудноконтролируемая
- физического усилия
- с поздним дебютом
- аллергическая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 28 лет, санитарка, обратилась к пульмонологу.

Жалобы

Приступы удушья, малопродуктивный кашель, сопровождающийся свистящим дыханием, заложенность носа, чихание, обильные слизистые выделения из носа, головную боль в лобной области.

Анамнез заболевания

Больной себя считает в течение двух лет, когда при контакте с дезинфицирующими средствами стала отмечать першение в горле, заложенность носа, приступообразный кашель, а позднее - приступы удушья. В это же время в доме появилась кошка. Приступы отмечала 2-3 раза в неделю, 2-3 раза в месяц по ночам просыпалась от приступа кашля. Ухудшение самочувствия в течение трех недель после проведения ремонта в квартире: стал беспокоить приступообразный кашель, сопровождавшийся свистящим дыханием, дневные приступы удушья до пяти раз в неделю, дважды просыпалась по ночам из-за удушья. Выполнила флюорографию легких – патологии не обнаружено. Состояние не улучшалось, что и заставило пациентку обратиться к врачу.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, хронический гастрит. * Три недели назад выполнена аппендэктомия * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергия на употребление клубники, меда – крапивница * Наследственность: мать больной страдает аллергическим ринитом * Менструальный цикл нерегулярный, страдает дисфункцией яичников, замужем, детей нет. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, чистые. Заложенность носа. Лимфатические узлы не пальпируются. Перкуторный звук ясный, легочный с коробочным оттенком. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, ослабленное, над всеми легочными полями сухие свистящие хрипы, выдох несколько удлинен. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 96 в мин., АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Отеков нет.

Для постановки диагноза необходимо выполнить инструментальные исследования

- трудноконтролируемая
- физического усилия
- с поздним дебютом
- аллергическая

Результаты инструментальных методов исследования

Необходимые лабораторные исследования включают

- трудноконтролируемая
- физического усилия
- с поздним дебютом
- аллергическая

Результаты лабораторных методов исследования

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- трудноконтролируемая
- физического усилия
- с поздним дебютом
- аллергическая

Диагноз

Триггеры, которые способствовали развитию и обострению заболевания у пациентки, это

- дисгормональные нарушения (страдает дисфункцией яичников), нарушенный ночной сон
- недавнее оперативное вмешательство (аппендэктомия), патология ЖКТ (хронический гастрит)
- отягощенная наследственность, гиперреактивность бронхов, ринит
- поллютанты (дез.средства, строительные материалы, краска)

Синдром гиперреактивности бронхов подтверждается выполнением

- шаттл - теста с возрастающей нагрузкой (ШТВН)
- определения диффузионной способности легких (ДЛ)
- степ-теста Честера
- пробы с физической нагрузкой (тредмил тест)

У пациентки показатель пиковой скорости выдоха (ПСВ) составляет 75% от должного, что является одним из критериев

- тяжелого обострения
- астматического статуса
- обострения легкой или средней степени тяжести
- контролируемого течения бронхиальной астмы

Предпочтительным способом для купирования симптомов бронхиальной астмы является применение

- ингаляционных холиноблокаторов короткого действия

- раствора эуфиллина внутривенно
- фиксированной комбинации ингаляционных бета-адреномиметиков короткого действия и ингаляционных ГКС
- бета-адреномиметиков короткого действия в качестве монотерапии

Неотложная терапия обострения заболевания у пациентки требует дополнительного применения

- системных глюкокортикостероидов
- антигистаминных препаратов 2 поколения
- регуляторов мукоцилиарного клиренса через небулайзер
- метилксантинов перорально

Адекватная суточная доза системных глюкокортикостероидов, которая должна быть назначена для купирования обострения, составляет +_____+ мг внутрь

- 25 – 30
- 15 – 20
- 40 - 50
- 5 – 10

Рекомендуемая длительность назначения системных глюкокортикостероидов (преднизолона) для купирования обострения

- 1 месяц
- 7 – 10 дней
- 2 недели
- 5-7 дней

В качестве базисной терапии пациентке при выписке необходимо назначить

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета2 агонистом / длительно действующим антихолинергическим препаратом
- ИГКС в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низкой дозе и длительно действующий бета2 агонист (ДДБА)

Необходимо оценить степень тяжести бронхиальной астмы и уровень контроля после начала лечения через

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)

- ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета2 агонистом / длительно действующим антихолинергическим препаратом
- ИГКС в высокой дозе, теофиллин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низкой дозе и длительно действующий бета2 агонист (ДДБА)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 52 лет, продавец в продовольственном магазине, доставлена в стационар бригадой скорой помощи.

Жалобы

Одышка при незначительной нагрузке, приступы удушья по ночам, кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, общая слабость.

Анамнез заболевания

В детстве болела пневмонией, в зрелом возрасте дважды лечилась по поводу пневмонии, последний раз три года назад. С 30 летнего возраста появились приступы удушья, работала в это время в агрофирме, где выращивались грибы. После смены работы приступы удушья нечастые, возникали под воздействием резких запахов (лаки, краска), а также на фоне ОРВИ. Лечилась амбулаторно, при удушье пользовалась беродуалом, другой терапии постоянно не получала. Ухудшение самочувствия в течение 10 дней, связывает с перенесенной вирусной инфекцией (в семье болел внук 5 лет): на протяжении 4 дней повышение температуры до 38, заложенность носа, першение в горле, сухой кашель. Принимала арбидол, парацетамол. К врачу не обращалась. В течение последней недели стала нарастать одышка, по ночам – приступы удушья, не полностью купируемые беродуалом, общая слабость, потливость. Участковым терапевтом направлена в стационар.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * В течение 5 лет – артериальная гипертензия (максимальное повышение АД до 170/90 мм рт.ст., привычное АД 130/80, постоянно принимает бисопролол 5 мг). Имеется желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, хронический панкреатит с редкими обострениями. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергия на употребление продуктов пчеловодства (прополис) – отек Квинке * Наследственность: неизвестна (выросла в детском доме). У дочери – бронхиальная астма. * Менопауза в течение 3 лет, наблюдается у гинеколога по поводу фибромиомы. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 164 см, вес 86 кг. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, чистые. Заложенность носа. Лимфатические узлы не пальпируются. Над легкими перкуторный звук ясный, легочный с коробочным оттенком. Голосовое дрожание проводится равномерно, несколько ослаблено, одинаково

на симметричных участках. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, над всеми легочными полями сухие свистящие хрипы, выдох несколько удлинён, в нижнебоковых отделах справа единичные мелкопузырчатые хрипы, не изменяющиеся при покашливании. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 88 в мин., АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета2 агонистом / длительно действующим антихолинергическим препаратом
- ИГКС в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низкой дозе и длительно действующий бета2 агонист (ДДБА)

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета2 агонистом / длительно действующим антихолинергическим препаратом
- ИГКС в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низкой дозе и длительно действующий бета2 агонист (ДДБА)

Результаты лабораторных методов обследования

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию длительно действующим бета2 агонистом / длительно действующим антихолинергическим препаратом
- ИГКС в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые средства
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низкой дозе и длительно действующий бета2 агонист (ДДБА)

Диагноз

Наличие у пациентки справа в нижних отделах мелкопузырчатых хрипов, не изменяющихся при покашливании, может быть обусловлено

- бронхоэктазами в нижней доле
- дистальным облитерирующим бронхитом
- постпневмоническим пневмосклерозом
- пневмоническим фокусом

Рентгенологическая картина в легких соответствует

- периферической опухоли правого легкого
- внебольничной пневмонии
- ограниченному пневмосклерозу
- инфильтративному туберкулезу легких

Для уточнения природы рентгенологических изменений в легких обследование следует дополнить

- периферической опухоли правого легкого
- внебольничной пневмонии
- ограниченному пневмосклерозу
- инфильтративному туберкулезу легких

Результат обследования

Критериями оценки степени тяжести бронхиальной астмы у пациентки являются

- отягощенная по бронхиальной астме наследственность, гиперреактивность бронхов, приступы удушья рецидивируют ночью
- обострения, которые снижают физическую активность и нарушают сон, ночные симптомы чаще двух раз в месяц, дневные симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день
- отсутствие базисной терапии, эпизодическое использование бронхолитиков, наличие дневных и ночных приступов удушья
- связь с инфекцией, отягощенный аллергологический анамнез, приступы удушья не полностью купируются ингаляциями бронхолитиков

Оптимальный путь введения бронхолитиков для купирования обострения у пациентки

- сочетание перорального приема и ингаляций через дозированный аэрозольный ингалятор
- ингаляционный через дозированный аэрозольный ингалятор
- ингаляционный с использованием небулайзера
- комбинированный (сочетание внутривенного и перорального)

Для купирования обострения бронхиальной астмы у пациентки в качестве бронхолитической терапии необходимо назначение

- внутривенных инфузий магния сульфата
- внутривенных инфузий эуфиллина
- ингаляционных β_2 -агонистов быстрого действия
- эпинефрина (адреналина) через инфузомат

Помимо бронхолитиков для купирования обострения пациентке показано назначение

- антигистаминных средств (лоратадин) перорально
- муколитических препаратов с использованием небулайзера
- антилейкотриеновых препаратов перорально
- системных глюкокортикостероидов перорально

В качестве базисной терапии пациентке необходимо назначить

- монотерапию антихолинэргическим препаратом длительного действия
- монотерапию длительно действующим бета-2-агонистом (ДДБА) ингаляционно
- комбинированную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами в максимальной дозе в сочетании с теофиллином
- комбинированную терапию ингаляционным глюкокортикостероидом и длительно действующим бета-2-агонистом в режиме единого ингалятора

Степень тяжести БА и уровень контроля после начала назначенной базисной терапии оцениваются через

- монотерапию антихолинэргическим препаратом длительного действия
- монотерапию длительно действующим бета-2-агонистом (ДДБА) ингаляционно
- комбинированную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами в максимальной дозе в сочетании с теофиллином
- комбинированную терапию ингаляционным глюкокортикостероидом и длительно действующим бета-2-агонистом в режиме единого ингалятора

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Р. 37 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

на кашель с вязкой мокротой зеленого цвета, одышку при быстрой ходьбе, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

С 32-летнего возраста отмечал частые респираторные инфекции (около 5 раз в год), после которых в течение нескольких месяцев беспокоил кашель с отделением небольшого количества трудноотделяемой вязкой мокроты желтого цвета. В связи с этим часто проводились курсы антибактериальной и муколитической терапии, с положительным эффектом. С 35 лет пациент отметил появление и постепенное прогрессирование одышки, в настоящее время одышка возникает при преодолении 250 метров. Из-за одышки, по ровной местности, пациент ходит медленнее, чем люди его же возраста. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней, когда после длительного нахождения на холоде, стали беспокоить кашель с мокротой зеленого цвета, выраженная общая слабость, утомляемость, одышка при ходьбе до 50 метров, повысилась температура тела до 37,5° С.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Наследственность: у отца пациента - ишемическая болезнь сердца; мать страдает остеоартрозом тазобедренных суставов; у сестры – аденомиоз, дочь – практически здорова. * Аллергологический анамнез: при приеме амоксиклава - крапивница. * Профессиональный анамнез: работает трактористом в течение 12 лет. * Вредные привычки: больной курит около 10 лет по 2 пачки сигарет в день; алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4° С. Кожные покровы с цианотичным оттенком, повышенной влажности. ИМТ 27,5 кг/м². ЧД 17 в мин. SpO₂ ~ 93% при дыхании атмосферным воздухом. При перкуссии легких – коробочный звук. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы над всей поверхностью лёгких. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 91 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К основным лабораторным методам обследования данного пациента относят

- монотерапию антихолинэргическим препаратом длительного действия
- монотерапию длительно действующим бета-2-агонистом (ДДБА) ингаляционно
- комбинированную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами в максимальной дозе в сочетании с теofilлином
- комбинированную терапию ингаляционным глюкокортикостероидом и длительно действующим бета-2-агонистом в режиме единого ингалятора

Результаты лабораторных методов обследования

Пациенту в качестве дообследования необходимо провести

- монотерапию антихолинэргическим препаратом длительного действия

- монотерапию длительно действующим бета-2-агонистом (ДДБА) ингаляционно
- комбинированную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами в максимальной дозе в сочетании с теофиллином
- комбинированную терапию ингаляционным глюкокортикостероидом и длительно действующим бета-2-агонистом в режиме единого ингалятора

Результаты обследования

Перед проведением спирометрии пациенту необходимо

- отменить прием антибактериальных препаратов за сутки до исследования
- провести курс муколитической терапии
- соблюдать гипоаллергенную диету накануне исследования
- исключить курение за 1 час перед исследованием

Для подбора адекватной антибиотикотерапии следует провести

- исследование кала на скрытую кровь
- бактериологический посев мокроты
- иммунологическое исследование крови
- цитологическое исследование осадка мочи

Учитывая клинические данные, диагноз пациента может быть сформулирован следующим образом

- исследование кала на скрытую кровь
- бактериологический посев мокроты
- иммунологическое исследование крови
- цитологическое исследование осадка мочи

Диагноз

При наличии гнойной мокроты обязательным является назначение

- глюкокортикостероидов
- антибиотиков
- иммуномодуляторов
- цитостатиков

Учитывая аллергоанамнез, в качестве этиотропной терапии пациенту необходимо назначить

- ампициллин
- азитромицин
- амоксициллин
- цефуроксим

Патогенетическая терапия у данного пациента предусматривает назначение

- ампициллин
- азитромицин
- амоксициллин
- цефуроксим

Согласно оценочному тесту ХОБЛ, САТ составил >10, пациенту для дальнейшего лечения следует рекомендовать бронходилататоры, представленные

- комбинацией длительнодействующих антихолинергиков + длительнодействующих β_2 -антагонистов
- длительнодействующими антихолинергиками
- длительнодействующими β_2 -агонистами
- комбинацией длительнодействующих антихолинергиков + длительнодействующих β_2 -агонистов

Комбинацией длительнодействующих антихолинергиков + длительнодействующих β_2 -агонистов является

- фенотерол + рофлумаил
- сальбутамол + беклометазон
- тиотропия бромид + формотерол
- теофиллин + ипратропия бромид

Всем пациентам с ХОБЛ следует рекомендовать вакцинацию против + _____ + инфекции

- пневмококковой
- бруцеллезной
- стафилококковой
- легионеллезной

Для профилактики прогрессирования хронической обструктивной болезни легких и развития ее обострений пациенту необходимо

- пневмококковой
- бруцеллезной
- стафилококковой
- легионеллезной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 35 лет обратилась в поликлинику к врачу-терапевту участковому

Жалобы

на повышение температуры тела до $39,2^{\circ}\text{C}$, кашель с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, снижение аппетита, слабость, недомогание, жидкий стул без примеси крови до 4 раз за сутки.

Анамнез заболевания

Всегда считала себя здоровым человеком. 6 дней тому назад после переохлаждения, отметила появление слабости и недомогания, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, сопровождающееся сильным ознобом. На следующий день присоединился кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. По совету знакомых самостоятельно начала приём амоксиклава 875/125 мг 2 р/сут., однако, существенного улучшения состояния к концу 4 суток лечения амоксиклавом не отмечалось: температура тела колебалась от $37,3^{\circ}\text{C}$ до $39,2^{\circ}\text{C}$, сохранялись слабость. Сегодня (на 6 сутки болезни) присоединилась диарея до 4 раз в сутки.

Анамнез жизни

* Вредные привычки отрицает * Аллергологический анамнез неотягощён *

Перенесенные заболевания и операции: отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 59 кг, рост 170 см. Кожные покровы горячие, влажные. Температура тела $38,7^{\circ}\text{C}$. Видимые слизистые не изменены, миндалины не увеличены, глотание безболезненное, отделяемого из полости носа нет. В легких дыхание везикулярное, на ограниченном участке под левой лопаткой выслушиваются влажные звонкие хрипы, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 88 в мин., АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга - отрицательный.

Для исключения/подтверждения диагноза пневмонии пациентке показано проведение

- пневмококковой
- бруцеллезной
- стафилококковой
- легионеллезной

Результаты обследования

Для исключения/подтверждения *Clostridium difficile* -ассоциированной болезни у пациентки с диареей, развившейся на 5 сутки приёма амоксиклава показано проведение

- пневмококковой
- бруцеллезной
- стафилококковой
- легионеллезной

Результаты обследования

Клинический диагноз может быть сформулирован следующим образом

- пневмококковой
- бруцеллезной
- стафилококковой
- легионеллезной

Диагноз

Оценку эффективности проводимой стартовой антибактериальной терапии следует проводить по истечении +_____+ часов

- 72-96
- 12-24
- 24-48
- 48-72

Проводимая терапия амоксиклавом

- неэффективна
- не может быть оценена в настоящий момент
- эффективна
- недостаточно эффективна

Учитывая неэффективность терапии амоксиклавом, в качестве препарата выбора второй линии целесообразно выбрать

- левофлоксацин
- амоксициллин
- клиндамицин
- кларитромицин

Для терапии Clostridium difficile -ассоциированной болезни лёгкого/среднетяжёлого течения показано назначение

- метронидазола
- моксифлоксацина
- ванкомицина
- меропенема

Для нейтрализации активности токсинов C. difficile следует применить

- метронидазола
- моксифлоксацина
- ванкомицина
- меропенема

Эффективность терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни метронизадолом необходимо оценить на + _____ + день лечения

- метронидазола
- моксифлоксацина
- ванкомицина
- меропенема

При неэффективности терапии *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни метронизадолом, его следует заменить на

- фенспирид
- ванкомицин
- имипенем
- цефоперазон

Ванкомицин следует назначить в дозе + _____ + мг + _____ + р/сутки на 10 дней

- 12,5; 2
- 0,125; 6
- 1,25; 3
- 125; 4

После завершения курса лечения ванкомицином (метронидазолом) для профилактики рецидива *Clostridium difficile*-ассоциированной болезни следует рекомендовать курс

- 12,5; 2
- 0,125; 6
- 1,25; 3
- 125; 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 43 лет обратилась к врачу-пульмонологу.

Жалобы

На одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке (ходьба по ровному более 500 м в быстром темпе), чувство тяжести или заложенности в грудной клетке, повышение температуры тела до 39°C , познабливание, выраженную общую слабость, редкий кашель, преимущественно сухой, периодический с небольшим количеством слизистой мокроты, заложенность носа, ощущения перебоев в работе сердца и сердцебиений, возникающих без видимой причины по несколько раз в день.

Анамнез заболевания

Заболела около недели назад, когда стала отмечать одышку при физической нагрузке, слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. За медицинской помощью не обращалась, объясняя состояние переутомлением на работе. Накануне обращения к врачу температура тела повысилась до 39°C , появились чувство тяжести и дискомфорта в грудной клетке, сердцебиения, выросла одышка, что и стало поводом для обращения к врачу.

Анамнез жизни

* В течение 20 лет бронхиальная астма. Диспансерное наблюдение у пульмонолога, постоянно получает ингаляционную терапию в виде фиксированной комбинации флутиказона пропионата 500 мкг + салметерола 50 мкг 2 раза в день. Сальбутамолом 200 мкг пользуется около 3-х раз в неделю. Периодически из-за потеря контроля над течением бронхиальной астмы лечится в стационаре с использованием системных стероидов. В среднем прием системных стероидов не более 4-х недель в году. 5 лет назад диагностирован полипозный риносинусит, проведено оперативное лечение – удаление полипов и кисты правой гайморовой пазухи. Наблюдается у ЛОР-врача. Применяет интраназальные глюкокортикостероиды курсами беклометазон спрей 200 мкг 3 раза в день до 6 месяцев в году. Консультирована аллергологом. Диагностирована аллергия на домашнюю пыль, пыльцу растений, шерсть животных, поливалентная лекарственная аллергия, в том числе на вещества, входящие в состав ингаляционных аэрозолей и большинство местных анестетиков. В крови в течение 10 лет повышенное содержание эозинофилов до 10%; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * отец здоров, у матери гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Имеет здоровую дочь 16 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести за счёт интоксикационного синдрома. Температура тела $38,4^{\circ}\text{C}$. Рост 173 см, вес 62 кг. ИМТ $20,7 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные без видимых высыпаний. Периферических отёков нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия. ЧСС 108 в мин. АД 105 и 75 мм рт. ст. ЧДД 22 в мин. $\text{SaO}_2=95\%$. Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка не изменена, при дыхании отстаёт правая половина, эластичная безболезненная при пальпации, голосовое дрожание усилено над нижней долей правого легкого. Перкуторный тон легочный, укорочен над нижней долей правого легкого ниже угла лопатки. При аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- 12,5; 2
- 0,125; 6
- 1,25; 3
- 125; 4

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- 12,5; 2
- 0,125; 6
- 1,25; 3
- 125; 4

Результаты инструментальных методов обследования

Установленные клинические, лабораторные и инструментальные изменения являются

- 12,5; 2
- 0,125; 6
- 1,25; 3
- 125; 4

Диагноз

Для подтверждения предполагаемого диагноза необходимо определение

- 12,5; 2
- 0,125; 6
- 1,25; 3
- 125; 4

Результаты обследования

К типичным для предполагаемого диагноза лабораторным изменениям относят

- 12,5; 2
- 0,125; 6
- 1,25; 3
- 125; 4

Результаты обследования

К инструментальным методам исследования, уточняющим поражение внутренних органов в данной клинической ситуации следует отнести

- 12,5; 2
- 0,125; 6
- 1,25; 3
- 125; 4

Результаты инструментального метода обследования

Выявленные изменения в легочной ткани следует рассматривать как

- интерстициальную пневмонию
- диффузное капиллярное кровоизлияние
- паттерн идиопатического легочного фиброза
- эозинофильную пневмонию

К морфологическим диагностическим признакам эозинофильного гранулематозного полиангиита по данным биопсии легкого относят

- организующуюся пневмонию, диффузное капиллярное кровоизлияние, эозинофилию и бронхоцентрический гранулематоз
- эозинофильную пневмонию, некротический васкулит и гранулематозное воспаление
- липоидную пневмонию, поражение мелких и средних сосудов некротическим васкулитом с гранулематозным воспалением смешанного характера и некрозом паренхимы
- гиперчувствительный пневмонит, очаговый, сегментарный некротизирующий васкулит и смешанный воспалительный инфильтрат без гранулем

Применение в качестве индукционной терапии метил-преднизолона в сочетании с циклофосфаном у пациентки обусловлено

- наличием признаков поражения органов дыхания (эозинофильная пневмония, плеврит) и невозможностью назначить генно-инженерную терапию
- наличием высокого содержания эозинофилов в периферической крови, тромбоцитоза и присутствием диагностического титра к АНЦА методом РИНФ
- наличием признаков генерализации (эозинофильная пневмония, плеврит, бронхиальная астма, эозинофилия крови, тромбоцитоз, хронический рецидивирующий синусит) и высокой активности процесса
- высокой лабораторной активностью заболевания – повышением С-реактивного белка, наличием диагностического титра к АНЦА методом РИНФ и антител к миелопероксидазе

Антимикробная терапия в данной клинической ситуации рассматривается как правило для

- терапии полипозного риносинусита
- профилактики пневмоцистной инфекции (триметоприм/сульфаметоксазол)
- терапии поражения органов дыхания - эозинофильной пневмонии и эозинофильного плеврита

- профилактики инфекционных осложнений на весь период иммуносупрессивной терапии

Наиболее обоснованным подходом к профилактике инфекционных осложнений при проведении иммуносупрессивной терапии является

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы макролидов в период вирусных эпидемий

Проведение вакцинации против пневмококковой инфекции у пациентки следует начинать с введения 1 дозы пневмококковой

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы макролидов в период вирусных эпидемий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к участковому врачу-терапевту.

Жалобы

На повышение температуры до 38,0°C, слабость, кашель со скудной желтоватой мокротой.

Анамнез заболевания

Повышение температуры до 38,0°C и кашель с мокротой беспокоят в течение пяти дней. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. За десять дней до этого перенес ОРВИ.

Анамнез жизни

* Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет. Семейный анамнез не отягощен. * Антибактериальные препараты принимал более 2-х лет назад, название не помнит. * Вредные привычки отрицает. * Две недели назад прошел диспансеризацию. Группа здоровья I.

Объективный статус

Состояние пациента средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела 38,2°C. При аускультации выслушивается

крепитация в нижних задних отделах грудной клетки справа, в других отделах легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 18 в минуту. $SpO_2 = 96\%$ Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 удара в минуту, АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Для постановки диагноза на амбулаторном этапе необходимо выполнить

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы макролидов в период вирусных эпидемий

Результаты обследования

Для постановки диагноза на амбулаторном этапе необходимо выполнить

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы макролидов в период вирусных эпидемий

Результаты обследования

Основным диагнозом у пациента является

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы макролидов в период вирусных эпидемий

Диагноз

Течение заболевания следует оценить как

- среднетяжелое
- тяжелое
- легкое
- нетяжелое

Оптимальная стартовая антибактериальная терапия включает назначение

- амоксициллина
- цефиксима
- левофлоксацина + азитромицина
- амоксициллина/клавуланата + джозамицина

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через + _____ + часа/часов

- 12-18
- 48-72
- 6-10
- 24-36

Одним из критериев достаточности антибактериальной терапии, которые должны быть учтены при решении вопроса об отмене антибиотика, является

- стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч
- полное клинико-рентгенологическое разрешение пневмонии
- исчезновение крепитации в легких
- стойкая нормализация температуры в течение 1-х суток от начала лечения

При эффективности лечения остаточные изменения или нормальная рентгенологическая картина легких будут определяться через + _____ + от начала лечения

- 10-14 дней
- 3-4 недели
- 2-3 месяца
- 6-8 недель

Лечащий врач имеет право единолично выдать пациенту листок нетрудоспособности сроком на + _____ + календарных дней

- 7
- 10
- 15
- 14

В качестве мер профилактики пациенту следует рекомендовать вакцинацию от

- гемофильной инфекции
- кори
- менингококка
- пневмококка

После перенесенной пневмонии необходимо контролировать

- функцию внешнего дыхания
- толерантность к нагрузкам
- частоту сердечных сокращений
- SpO₂~

При очередной диспансеризации, учитывая перенесенную пневмонию, пациент должен быть отнесен к группе здоровья

- функцию внешнего дыхания
- толерантность к нагрузкам
- частоту сердечных сокращений
- SpO₂~

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 45 лет, в прошлом многолетний курильщик (стаж курения 20 пачко/лет) обратился к пульмонологу.

Жалобы

На умеренную одышку при физической нагрузке, кашель в течение дня со скудной слизистой мокротой, дискомфорт при дыхании в, однократное кровохарканье (прожилки крови в мокроте), субфебрилитет по вечерам (37.2-37.3), похудание.

Анамнез заболевания

Болен в течение 10 лет, когда впервые стал ощущать легкую одышку при физической нагрузке, сухой кашель. 1-2 раза в год при присоединении ОРВИ нарастал кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, обращался к участковому врачу, лечился антибиотиками с эффектом. В последние 3-4 года появился дискомфорт в грудной клетке, однократно было кровохарканье, впервые выявлены изменения на флюорограмме легких. Обследован в противотуберкулезном диспансере – данных за туберкулез получено не было. В дальнейшем продолжали беспокоить одышка, преимущественно инспираторная, постепенно нарастающая, сухой или малопродуктивный кашель, похудание (за 5 лет на 7 кг).

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * вредные привычки: курил в течение 20 лет по 1 пачке в день, бросил 5 лет назад, алкоголем не злоупотребляет * профессиональные вредности – работает водителем на грузовом транспорте,

имеет постоянный контакт со строительной пылью * аллергических реакций не было * отец здоров, мать страдает гипертонической болезнью

Объективный статус

При осмотре состояние удовлетворительное. Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы с цианотичным оттенком. «Пальцы Гиппократы». Температура тела 37,1°C. Пульс 78 в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, чистые. Частота дыхания – 17 в мин. Грудная клетка обычной формы. Перкуторно укорочение перкуторного тона преимущественно над нижними легочными полями. Аускультативно дыхание ослабленное жестковатое, в нижних отделах легких – нежные крепитирующие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- функцию внешнего дыхания
- толерантность к нагрузкам
- частоту сердечных сокращений
- SpO₂

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- функцию внешнего дыхания
- толерантность к нагрузкам
- частоту сердечных сокращений
- SpO₂

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить диагноз

- функцию внешнего дыхания
- толерантность к нагрузкам
- частоту сердечных сокращений
- SpO₂

Диагноз

Заболевание следует считать идиопатическим, поскольку

- обнаружены антитела к гранулоцитарно-моноцитарному колониестимулирующему фактору
- скорость оседания эритроцитов в анализе крови составила 30 мм/ч

- титр антинуклеарного фактора в сыворотке крови составил 1:160
- в сыворотке крови обнаружены антитела к возбудителю хламидиоза

Эффективным методом лечения данного заболевания является проведение

- перитонеального гемодиализа
- курса антибиотикотерапии широкого спектра
- курса глюкокортикоидной терапии
- тотального бронхоальвеолярного лаважа

Альтернативным современным методом лечения является применение

- гранулоцитарно-моноцитарного колониестимулирующего фактора (ГМ-КСФ)
- глюкокортикостероидной терапии
- ингибиторов фосфодиэстеразы (теофиллин)
- антибиотиков широкого спектра действия

Проведение сеансов мембранного плазмафереза позволяет

- добиться ремиссии данного заболевания
- избежать прогрессирования дыхательной недостаточности
- снизить титр аутоантител против гранулоцитарно-моноцитарного колониестимулирующего фактора (ГМ-КСФ)
- повысить титр аутоантител против гранулоцитарно-моноцитарного колониестимулирующего фактора (ГМ-КСФ)

К осложнению проведения тотального бронхоальвеолярного лаважа относят

- плеврит
- шок
- пневмоторакс
- тромбоэмболию

Процедура сегментарного бронхоальвеолярного лаважа проводится в случаях когда

- имеются диффузные изменения в легких
- изменения в легких минимальны
- другие методы лечения неэффективны
- изменения в легких локальны

Длительное лечение данного заболевания антибиотиками, глюкокортикоидами, физиотерапевтическими процедурами

- не влияет на прогноз
- ухудшает прогноз заболевания

- способствует ремиссии заболевания
- улучшает прогноз заболевания

Дифференциальную диагностику следует проводить со вторичным процессом, возникающим на фоне

- гематологических злокачественных заболеваний, иммунодефицитных состояний, хронических инфекций
- дыхательной недостаточности, гипоксии, хронической интоксикации марганцем и свинцом
- сердечно-сосудистых заболеваний, сердечной недостаточности, приобретенных пороков сердца
- хронической обструктивной болезни легких, хронического бронхита, пневмонии, эмпиемы плевры

Заболевание следует дифференцировать с

- гематологических злокачественных заболеваний, иммунодефицитных состояний, хронических инфекций
- дыхательной недостаточности, гипоксии, хронической интоксикации марганцем и свинцом
- сердечно-сосудистых заболеваний, сердечной недостаточности, приобретенных пороков сердца
- хронической обструктивной болезни легких, хронического бронхита, пневмонии, эмпиемы плевры

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 68 лет госпитализирован в отделение пульмонологии.

Жалобы

Боли в грудной клетке справа в нижне-боковых отделах практически постоянного характера, сухой кашель, одышка при физической нагрузке, общая слабость, потеря веса (за последний месяц – 4 кг), повышение температуры до 37,4°C.

Анамнез заболевания

Больным себя считает около 2-х месяцев, когда без видимых причин стал ощущать боль при дыхании в грудной клетке под углом лопатки. Постепенно боль усиливалась и приобрела «разлитой» распространенный характер – в нижне - боковых отделах грудной клетки справа. Появилась и стала нарастать одышка при ходьбе, покашливание. За последний месяц похудел на 4 кг. Ухудшение общего самочувствия около 10 дней: общая слабость, потеря аппетита, повышение температуры до 37,2 – 37,4°C. Вызвал на дом участкового терапевта, который направил пациента в стационар для обследования и уточнения диагноза.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний: простудные, остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника. * Работает строителем, около 20 лет назад – кровельщиком (контакт с асбестом) * В настоящее время не курит, ранее курил в течение 15 лет, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Отец умер от рака легких. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. В течение 10 лет проживал в условиях Крайнего Севера.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 60 кг, рост 172 см. Температура 37,2°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Правая половина несколько отстает при дыхании. Голосовое дрожание справа от угла лопатки ослаблено. Там же при перкуссии значительное укорочение перкуторного звука, по средней подмышечной линии – тупой перкуторный звук. Дыхание в этих отделах не выслушивается, слева – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 94 в мин., АД 115/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей. SpO2 97%.

Для постановки диагноза пациенту назначено выполнение

- гематологических злокачественных заболеваний, иммунодефицитных состояний, хронических инфекций
- дыхательной недостаточности, гипоксии, хронической интоксикации марганцем и свинцом
- сердечно-сосудистых заболеваний, сердечной недостаточности, приобретенных пороков сердца
- хронической обструктивной болезни легких, хронического бронхита, пневмонии, эмпиемы плевры

Результаты обследования

Для уточнения характера изменений в правом легком (выпот?) необходимо выполнить

- гематологических злокачественных заболеваний, иммунодефицитных состояний, хронических инфекций
- дыхательной недостаточности, гипоксии, хронической интоксикации марганцем и свинцом
- сердечно-сосудистых заболеваний, сердечной недостаточности, приобретенных пороков сердца
- хронической обструктивной болезни легких, хронического бронхита, пневмонии, эмпиемы плевры

Результаты обследования

С целью верификации диагноза необходимо выполнить

- гематологических злокачественных заболеваний, иммунодефицитных состояний, хронических инфекций
- дыхательной недостаточности, гипоксии, хронической интоксикации марганцем и свинцом
- сердечно-сосудистых заболеваний, сердечной недостаточности, приобретенных пороков сердца
- хронической обструктивной болезни легких, хронического бронхита, пневмонии, эмпиемы плевры

Результаты обследования

Полученные данные могут быть характерны для

- эмпиемы плевры
- туберкулезного плеврита
- парапневмонического плеврального выпота
- мезотелиомы плевры

С учетом полученных результатов проведенного исследования поставлен диагноз

- эмпиемы плевры
- туберкулезного плеврита
- парапневмонического плеврального выпота
- мезотелиомы плевры

Диагноз

Наиболее важным диагностическим методом, позволяющим верифицировать диагноз мезотелиомы, является

- фибробронхоскопия с трансбронхиальной биопсией
- медиастиноскопия
- видеоторакоскопия с биопсией плевры
- биопсия надключичного лимфатического узла

Гематогенные отдаленные метастазы плевральной мезотелиомы помимо легких и печени часто обнаруживаются в

- почках, надпочечниках
- яичниках, матке
- предстательной железе, лимфатических узлах малого таза
- селезенке, щитовидной железе

Фактором риска развития мезотелиомы у данного пациента является

- контакт с асбестом
- длительное курение

- генетический фактор (отягощенная наследственность)
- неблагоприятные условия жизни (север)

Средний латентный период для злокачественной мезотелиомы плевры после воздействия асбеста составляет + _____ + лет

- 15
- 40
- 5
- 10

Наиболее адекватным и эффективным лечением злокачественной мезотелиомы плевры является

- экстраплевральная пневмонэктомия в сочетании с химио- и лучевой терапией
- распыление талька в плевральной полости при торакоскопии
- плевро-перитонеальный шунт и паллиативная плеврэктомия
- торакоскопическая плеврэктомия с химическим плевродезом

В течение 1 года после завершения лечения динамическое наблюдение проводится с периодичностью

- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца

Благоприятный прогноз при мезотелиоме более вероятен у

- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, мужчина 65 лет направлен участковым врачом-терапевтом на консультацию к пульмонологу.

Жалобы

На одышку, кашель с выделением мокроты по утрам на протяжении около 10 лет, наличие чувства нехватки воздуха и тяжести в груди, слабость.

Анамнез заболевания

Кашель с выделением мокроты по утрам около 10 лет, до этого еще около 10 лет непостоянный кашель. Одышка, чувство нехватки воздуха появились около 5

лет назад и постепенно прогрессировали. Неоднократно выставлялся диагноз бронхит острый и хронический. Планового лечения не получал, только на фоне усиления симптоматики на фоне острых респираторных заболеваний, преимущественно самостоятельно народными средствами. Настоящее ухудшение после переохлаждения, в течение 3х дней отметил усиление одышки и кашля с увеличением объема выделяемой мокроты.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: пенсионер, в прошлом рабочий по переработке древесины * Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ 2-3 раза в год. Артериальная гипертензия 2 стадии, лечится не регулярно, эпизодически. * Наследственность: неотягощена * Аллергоанамнез: аллергии нет * Вредные привычки: курит до 1,5 пачек сигарет в день на протяжении около 40 лет, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Температура 36,8°C. Кожные покровы чистые, умеренно влажные, акроцианоз. Периферические отеки отсутствуют. Больной пониженного питания, рост 178 см, вес 56 кг. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии легких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс 88 в минуту, акцент II тона над легочной артерией. АД 145/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К методам инструментальной диагностики, необходимым для постановки диагноза в амбулаторных условиях, относятся

- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца

Результаты обследования

К дополнительным методам диагностики, необходимым для уточнения диагноза, относятся

- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца

Результаты обследования

К оценочным шкалам и опросникам, рекомендованным для определения степени тяжести заболевания, относится

- опросник госпиталя Святого Георгия

- оценка контроля заболевания по данным ACQ-теста
- оценка контроля заболевания по данным АСТ-теста
- оценка симптомов по шкале mMRC или CAT

На основании результатов обследования данному пациенту вероятнее всего будет выставлен диагноз

- опросник госпиталя Святого Георга
- оценка контроля заболевания по данным ACQ-теста
- оценка контроля заболевания по данным АСТ-теста
- оценка симптомов по шкале mMRC или CAT

Диагноз

Лечение пациента рекомендовано проводить

- стационарно
- в условиях специализированного отделения санатория
- амбулаторно
- в дневном стационаре

К рекомендованным немедикаментозным мероприятиям, направленным на снижение риска обострений и прогрессирования заболевания относится

- отказ от курения
- физиотерапевтическое лечение
- санаторно-курортное лечение
- интенсивные физические нагрузки в аэробном режиме

Плановая медикаментозная терапия заболевания данного пациента должна включать

- комбинации длительнодействующих антихолинергических препаратов / длительнодействующих β_2 -агонистов
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- короткодействующие бронходилататоры 3 раза в день
- антибактериальные препараты

Бронходилатационная терапия обострения ХОБЛ включает короткодействующие бета-миметики или

- короткодействующие холиноблокаторы
- увеличенные дозы длительнодействующих бета-миметики
- антигистаминные препараты
- ингибиторы фосфодиэстеразы-4

Для уменьшения одышки бронходилатационная терапия обострения ХОБЛ должна проводиться

- через небулайзер
- препаратами с парентеральным путем введения
- с использованием спейсера
- с помощью дозированного аэрозольного ингалятора, активируемый вдохом

Данному больному с обострением ХОБЛ показано назначение

- блокаторов лейкотриеновых рецепторов
- антибиотиков
- ингибиторов фосфодиэстеразы-4
- системных ГКС

В клинической ситуации, когда пациенту с ХОБЛ менее 45 лет и прогрессирование заболевания происходит быстро, рекомендуется исследование уровня

- оксида азота в выдыхаемом воздухе
- α 1-антитрипсина в крови
- ангиотензин-превращающего фермента крови
- водорода через водородный дыхательный тест

С целью профилактики пациенту показано проведение вакцинации против гриппа и

- оксида азота в выдыхаемом воздухе
- α 1-антитрипсина в крови
- ангиотензин-превращающего фермента крови
- водорода через водородный дыхательный тест

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет обратилась к врачу терапевту.

Жалобы

На приступы одышки, сопровождающиеся слышимыми на расстоянии хрипами, заложенность в грудной клетке и кашель с выделением небольшого количества вязкой мокроты.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2-х лет, когда появились подобные симптомы. Не обследовалась. В течение последнего года дневные симптомы возникают ежедневно, ночью 1 раз в неделю. Ухудшение состояния наступило 2 недели назад. Пациентка связывает его с ремонтом в доме. Приступы стали более длительными и возникают ежедневно, ночью - до 3 раз в неделю, нарушают активность и сон.

Анамнез жизни

* Не переносит цитрусовые, малину, клубнику (кашель, зуд кожи). * Курит 10 лет по 1 пачке в сутки. ИК=10. * Работает на стройке, где есть контакт со строительной пылью.

Объективный статус

Общее состояние при осмотре удовлетворительное. Нормостенической конституции. ИМТ= 22. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Периферические отеки отсутствуют. Над легкими дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. SpO₂ – 96%. При перкуссии определяется ясный легочный звук. 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.

В качестве лабораторных диагностическим методов исследования пациенту следует рекомендовать

- оксида азота в выдыхаемом воздухе
- α 1-антитрипсина в крови
- ангиотензин-превращающего фермента крови
- водорода через водородный дыхательный тест

Результаты лабораторных методов исследования

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- оксида азота в выдыхаемом воздухе
- α 1-антитрипсина в крови
- ангиотензин-превращающего фермента крови
- водорода через водородный дыхательный тест

Результаты инструментальных методов исследования

На основании жалоб, данных анамнеза, результатов инструментального и лабораторного обследования больной может быть установлен диагноз

- оксида азота в выдыхаемом воздухе
- α 1-антитрипсина в крови
- ангиотензин-превращающего фермента крови
- водорода через водородный дыхательный тест

Диагноз

Течение заболевания следует оценить как

- тяжелое
- легкое интермиттирующее
- легкое персистирующее

- среднетяжелое персистирующее

Для неотложной терапии заболевания необходимо назначить небулайзерную терапию

- бронходилататорами длительного действия
- бронходилататорами короткого действия
- мукоактивными препаратами
- антибиотиками

Легкие обострения купируются + _____ + дозами КДБА с помощью ДАИ каждые + _____ + часа

- 5-6; 1-2
- 7-8; 4-6
- 2-4; 3-4
- 1-2; 0,5-1

Наряду с бронходилататорами короткого действия, для лечения обострений БА (кроме самых лёгких) рекомендуется использовать

- системные глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты
- муколитики
- ингаляционные глюкокортикостероиды

Базисная терапия БА у данной пациентки должна включать низкие дозы ИГКС в сочетании с

- длительно действующими β_2 -агонистами
- системными ГКС
- длительно действующими антихолинергическими препаратами
- коротко действующими β_2 -агонистами

В качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов (режим единого ингалятора) в Российской Федерации зарегистрирован препарат

- флутиказона фуроат+вилантерол
- беклометазона дипропионат
- салметерол+флутиказона пропионат
- будесонид+формотерол

Назначение тиотропия бромида в жидкостном ингаляторе рекомендуется

- в дополнение к терапии ИГКС/ДДБА
- в период среднетяжелого и тяжелого обострения
- как альтернатива терапии ИГКС/ДДБА

- в качестве монотерапии при легком течении БА

Для профилактики обострений больной показано проведение вакцинации против

- гемофильной палочки
- вируса гриппа
- пневмококковой инфекции
- дифтерии

Ранее пациентка была отнесена к I группе здоровья. С учетом диагностирования БА пациентке следует установить + _____ + группу здоровья

- гемофильной палочки
- вируса гриппа
- пневмококковой инфекции
- дифтерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился в приемный покой городской больницы

Жалобы

На одышку при незначительной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с отделением гнойной мокроты до 20 мл в сутки преимущественно в утренние часы; на повышение температуры до 37,8°C

Анамнез заболевания

Сухой кашель беспокоит в течение 15 лет. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъеме на 3 этаж. В течение последнего года одышка усилилась и стала возникать при небольшой нагрузке. По поводу одышки принимает ежедневно беродуал до 3-4 раз в сутки с положительным эффектом. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°C, усилился кашель, появилась скудная вязкая слизисто-гнойная мокрота, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, беродуал по 2 вдоха 6 раз в день без улучшения.

Анамнез жизни

Курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки. Индекс курения 45 пачка/лет. Работает на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективный статус

Оценка одышки по визуально-аналоговой шкале по Боргу- 5 баллов (тяжелая). Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Отеков нет. 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 легочного 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 - 10х9х8 см.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- гемофильной палочки
- вируса гриппа
- пневмококковой инфекции
- дифтерии

Результаты обследований

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- гемофильной палочки
- вируса гриппа
- пневмококковой инфекции
- дифтерии

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- гемофильной палочки
- вируса гриппа
- пневмококковой инфекции
- дифтерии

Диагноз

В данном случае нужно проводить дифференциальную диагностику с

- бронхиальной астмой
- бронхоэктатической болезнью
- пневмонией
- хроническим бронхитом

При обострении ХОБЛ показано назначение + _____ + через небулайзер

- бронходилататоров длительного действия
- ингаляционного глюкокортикостероида
- ингаляционного глюкокортикостероида+бронходилататора
- бронходилататоров короткого действия

При обострении ХОБЛ выбор эмпирической антибактериальной терапии зависит от наличия факторов риска и

- возраста пациента
- сопутствующих заболеваний
- выраженности кашля
- тяжести бронхиальной обструкции

Базисная терапия после купирования обострения должна включать комбинацию длительно действующего м-холинолитика и

- бронходилататора короткого действия
- перорального кортикостероида
- ингаляционного глюкокортикостероида
- длительно действующего бета2-агониста

Для лечения ХОБЛ рекомендуется использовать

- рофлумаилас
- олодатерол
- ипратропия бромид
- тиотропия бромид

Побочные эффекты формотерола фумарата включают стенокардию, артериальную гипо- или гипертензию, тахикардию, метаболический ацидоз и бессонницу, а также

- аритмию
- дегидратацию
- диарею
- нечеткость зрения

К фармакологическим методам лечения ХОБЛ относят

- кислородотерапию
- респираторную поддержку
- легочную реабилитацию
- вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции

Диспансерное наблюдение данного пациента врачом-терапевтом осуществляется + _____ + раз в

- 1; 6 месяцев
- 4; год
- 6; год
- 1; 2 года

Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при ХОБЛ составляют + _____ + дней

- 1; 6 месяцев
- 4; год
- 6; год
- 1; 2 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 42 лет, обратился к врачу-терапевту

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, непродуктивный кашель. Боль в правой половине грудной клетки без четкой локализации. Повышение температуры тела до 37,4°C.

Анамнез заболевания

Заболеел остро, когда появились боли в правом боку связанные с дыханием, кашель непродуктивный, повысилась температура тела до 37,6 градусов С. Принимал аспирин. Затем боли связанные с дыханием прекратились, но появилась одышка, которая с течением времени усилилась и стала беспокоить при умеренной физической нагрузке. Вновь возникли боли в правой половине грудной клетки, но постоянные, не связанные с дыханием. Сохранялся непродуктивный кашель и повышение температуры тела до 37,5-37,6°C. В связи с указанными симптомами и нарастанием одышки обратился к врачу.

Анамнез жизни

* Хроническими заболеваниями не болеет. * Профессиональных вредностей не имел. * Аллергологический анамнез спокойный. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца ишемическая болезнь сердца, перенес инфаркт миокарда. В возрасте 38 лет перенес туберкулез легких, находился под наблюдением в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время с учета снят.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Пульс 94 уд. В 1 мин., ритмичный. АД 115/ 70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. ЧДД 22 в мин. При перкуссии на легких определяется притупление легочного звука справа от угла лопатки с косой границей. Над местом притупления перкуторного звука голосовое дрожание ослаблено, здесь же при аускультации выслушивается ослабленное дыхание. Слева дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомов раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1; 6 месяцев
- 4; год
- 6; год
- 1; 2 года

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 1; 6 месяцев
- 4; год
- 6; год
- 1; 2 года

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз

- 1; 6 месяцев
- 4; год
- 6; год
- 1; 2 года

Диагноз

Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует в

- 1-2 межреберье
- 8-9 межреберье
- 3-4 межреберье
- межреберье, определенном под рентгенологическим и УЗИ контролем

Наиболее безопасно проводить плевральную пункцию следует по

- средне-ключичной линии
- линии, определенной под рентгенологическим и УЗИ контролем
- средне-лопаточной линии
- передне-подмышечной линии

Чаще всего появление транссудата обусловлено

- травматическим разрывом грудного протока

- застойной сердечной недостаточностью
- воспалительным процессом в легких
- диффузными болезнями соединительной ткани

Появление экссудата обусловлено

- ухудшением дренажа жидкости через плевральные листки
- циррозом печени с портальной гипертензией и синдромом печеночно-клеточной недостаточности
- поступлением жидкости и белка через поврежденный барьер с повышенной проницаемостью
- снижением содержания альбуминов в крови

Экссудат чаще всего развивается при

- гиподисфункции щитовидной железы - гипотиреозе
- декомпенсированном легочном сердце
- синдроме верхней полой вены
- злокачественных новообразованиях легких и плевры

Не рекомендуется удалять за один раз более + _____ + жидкости

- 500 мл
- 250 мл
- 1,5 литра
- 1 литра

Пациенту, поступившему в стационар, в случае выявления на рентгенограмме жидкости в плевральной полости толщиной более 10 мм показано

- назначение глюкокортикостероидов
- проведение длительной малопоточной оксигенации
- назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
- проведение торакоцентеза

Для получения данных о генезе процесса, приведшего к развитию выпота, проводят + _____ + плевральной жидкости

- исследование наличия ревматоидного фактора
- микробиологическое исследование
- биохимическое исследование
- исследование циркулирующих иммунных комплексов

В общепринятых критериях Лайта биохимическим маркером для разграничения экссудата от транссудата считают отношение

- исследование наличия ревматоидного фактора

- микробиологическое исследование
- биохимическое исследование
- исследование циркулирующих иммунных комплексов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т. 42 лет, обратился к врачу-терапевту

Жалобы

Повышение температуры тела до 37,8°C., сопровождающееся ознобом, кашель с выделением желтой мокроты, одышка при незначительной физической нагрузке, повышенная потливость.

Анамнез заболевания

Заболел остро, когда повысилась температура тела до 38,3°C, сопровождавшееся ознобом и повышенной потливостью. Затем стали беспокоить кашель с выделением желтой мокроты и одышка с ощущением нехватки воздуха. Самостоятельно принимал Терафлю, аскорбиновую кислоту. Но улучшения не наступило, в связи с чем больной обратился к врачу.

Анамнез жизни

* Пациент всю жизнь считал себя здоровым человеком. Хроническими заболеваниями не страдает. Изредка переносил ОРВИ. За последний год антибиотики и другие лекарственные средства не принимал. *

Профессиональных вредностей не имел. * Аллергологический анамнез спокойный. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, у отца хроническая обструктивная болезнь легких. Дети здоровы.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8°C. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Пульс 92 уд. В 1 мин., ритмичный. АД 115/ 65 мм рт ст. При аускультации сердца I тон на верхушке громче II тона, шумы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. При перкуссии на легких – притупление легочного звука справа выше лопатки и в межлопаточной области. Здесь же усилено голосовое дрожание. Дыхание везикулярное, справа выше лопатки и в межлопаточной области несколько ослаблено, там же выслушиваются мелкопузырчатые звучные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомов раздражения брюшины нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- исследование наличия ревматоидного фактора
- микробиологическое исследование
- биохимическое исследование
- исследование циркулирующих иммунных комплексов

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- исследование наличия ревматоидного фактора
- микробиологическое исследование
- биохимическое исследование
- исследование циркулирующих иммунных комплексов

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить следующий диагноз

- исследование наличия ревматоидного фактора
- микробиологическое исследование
- биохимическое исследование
- исследование циркулирующих иммунных комплексов

Диагноз

Пневмонию следует рассматривать как

- нозокомиальную
- на фоне иммунодефицита
- внебольничную
- интерстициальную

Тяжесть пневмонии у больного, имеющего по шкале CRB-65 - 0 баллов соответствует

- нетяжелой пневмонии
- тяжелой пневмонии
- крайне тяжелой – жизнеугрожающей пневмонии
- пневмонии средней тяжести

Пациент должен лечиться в

- стационаре в ОРИТ
- домашних условиях
- дневном стационаре
- стационаре

В качестве стартовой антибактериальной терапии следует назначить

- респираторный фторхинолон

- метранидозол
- амоксициллин клавуланат
- амоксициллин

Рекомендованный путь введения антибактериального препарата данному больному

- пероральный
- эндотрахеальный
- внутримышечный
- внутривенный

Первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии должна проводиться через + _____ + часа/часов

- 12-24
- 48-72
- 6-8
- 24-36

Пациенту, находящемуся в стационаре диагноз внебольничной пневмонии должен быть поставлен в течение первых + _____ + часов от момента госпитализации

- 48
- 24
- 55
- 12

Ключевым критерием отмены антибактериальной терапии при нетяжелой внебольничной пневмонии является

- появление везикулярного дыхания при аускультации
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 12-24 ч при положительной динамике других симптомов
- нормализация рентгенологической картины в легких
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48–72 ч при положительной динамике других симптомов

При неэффективности стартового режима терапии внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях препаратами выбора будут

- появление везикулярного дыхания при аускультации
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 12-24 ч при положительной динамике других симптомов
- нормализация рентгенологической картины в легких

- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48–72 ч при положительной динамике других симптомов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Т. 56 лет, обратилась к врачу-терапевту

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,8°C., кашель с выделением желто-зеленоватой мокроты.

Анамнез заболевания

3 дня назад имело место переохлаждение. Через 3 дня повысилась температура тела до 38,2°C, сопровождавшаяся ознобом. По ночам обильно потела. Затем 2 дня назад появился кашель с выделением желтовато-зеленой мокроты, появилась одышка с ощущением нехватки воздуха. Самостоятельно принимала Панадол. Однако улучшения не отмечалось, в связи с чем больная обратилась к врачу.

Анамнез жизни

* Из хронических заболеваний: страдает сахарным диабетом II типа, который компенсирован приемом таблеток метформина. * 2 месяца назад перенесла рожистое воспаление правой голени. Принимала Цефиксим (супракс солютаб). * Профессиональных вредностей не имела. * Аллергологический анамнез спокойный. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Наследственность: у матери сахарный диабет, у отца хронических заболеваний нет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 38,0°C. Кожные покровы и видимые слизистые розовые с бледно-сероватым оттенком. Кожа повышенной влажности, горячая на ощупь. Пульс 94 уд. В 1 мин., ритмичный. АД 120/ 70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. I тон на верхушке громче II тона. Шумы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. При перкуссии над легкими – притупление легочного звука справа ниже угла лопатки. Здесь же усилено голосовое дрожание. Дыхание везикулярное, справа ниже угла лопатки несколько ослаблено, там же выслушиваются мелкопузырчатые звучные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Симптомов раздражения брюшины нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- появление везикулярного дыхания при аускультации
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 12-24 ч при положительной динамике других симптомов
- нормализация рентгенологической картины в легких
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48–72 ч при положительной динамике других симптомов

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- появление везикулярного дыхания при аускультации
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 12-24 ч при положительной динамике других симптомов
- нормализация рентгенологической картины в легких
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48–72 ч при положительной динамике других симптомов

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному можно поставить диагноз

- появление везикулярного дыхания при аускультации
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 12-24 ч при положительной динамике других симптомов
- нормализация рентгенологической картины в легких
- стойкая нормализация температуры тела на протяжении 48–72 ч при положительной динамике других симптомов

Диагноз

Пневмонию следует рассматривать как

- внебольничную
- нозокомиальную
- на фоне застоя в легких
- на фоне иммунодефицита

В качестве стартовой антибактериальной терапии следует назначить

- доксициклин
- гентамицин + ванкомицин
- амоксициллин
- амоксициллин + клавулановая кислота

Рекомендованный путь введения антибактериального препарата

- подкожный
- внутривенный
- внутримышечный
- пероральный

Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через

- 12 часов
- 24 часа
- 4 дня
- 48-72 часа

Вопрос о предпочтительности стационарного лечения внебольничной пневмонии может быть рассмотрен для возраста больного + _____ + лет

- 40-49
- 30-39
- 60 и старше
- 50-59

При неэффективности стартовой терапии внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях препаратами выбора являются

- макролиды
- цефалоспорины III поколения
- респираторный фторхинолон
- синтетические пенициллины

Оценка степени тяжести больного пневмонией проводится по шкале

- _mMRC_
- _DAS-28_
- _CURB-65 (CRB-65)_
- _CAT_-TECTy

Диагноз внебольничной пневмонии может быть поставлен в стационаре, если она диагностирована в первые + _____ + часа/часов от момента госпитализации

- 72
- 62
- 52
- 48

Ключевым критерием отмены антибактериальной терапии при нетяжелой внебольничной пневмонии является

- 72
- 62
- 52
- 48

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная А. 18 лет обратилась в аллерго-респираторный центр к врачу аллергологу

Жалобы

На ежедневные приступы удушья, чувства заложенности в груди до 3 раз в сутки, в том числе ночные приступы 1-2 раза в неделю. Приступы возникают при интенсивной физической нагрузке, при контакте с домашней пылью во время уборки помещений, в период цветения растений весной, сопровождаются свистящим дыханием и малопродуктивным кашлем, ощущениями зуда носа, слезотечения и появлением покраснения глаз. Для купирования приступов по совету мамы, страдающей бронхиальной астмой, пользуется ингаляциями сальбутамола до 3-4 раз в сутки.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки приступы удушья беспокоят с детского возраста, ухудшение состояния отмечает в весенний период. Настоящее обострение связывает с цветением тополя, когда несколько дней назад проснулась ночью от приступа удушья, нехватки воздуха, свистящего дыхания (спала с открытым окном).

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Контакт с вирусными инфекциями, туберкулезом - отрицает * В анамнезе атопический дерматит с 1 месяца, аллергическая реакция на цветение (тополь, полынь, полевые цветы), домашнюю пыль, цитрусовые, шерсть животных, орехи, морепродукты, куриный белок. Обследована у аллерголога. * Частые ОРВИ в детском возрасте * Студентка, подрабатывает в студенческой библиотеке. * Вредные привычки – отрицает * Социально бытовые условия удовлетворительные: проживает в 2-ух комнатной квартире с родителями и сестрой. * Наследственность отягощена по материнской линии – мама (аллергический ринит и бронхиальная астма), сестра (атопический дерматит).

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Масса тела 55 кг. Рост - 165 см., ИМТ = $20,2 \text{ кг/м}^2$, периферические и лимфатические узлы не пальпируются. * при осмотре зева и ротовой полости - слизистая розового цвета, без видимых изменений. * грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. * при перкуссии – ясный легочный звук * при аускультации – дыхание жесткое, сухие высокотональные хрипы над всей поверхностью легких при форсированном выдохе, ЧД – 17 в минуту. * тоны сердца ясные, ЧСС 80 уд./мин., АД 115/75 мм рт. ст. * живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Дизурических явлений не отмечается.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования в данной клинической ситуации относят

- 62
- 52
- 48

Результаты инструментального метода обследования

К лабораторным методам исследования, подтверждающим активность воспаления в дыхательных путях, относят

- 72
- 62
- 52
- 48

Результаты лабораторных методов обследования

Вариабельность обструкции дыхательных путей определяется с помощью

- 72
- 62
- 52
- 48

Результаты обследования

При оценки тяжести астмы до начала лечения следует оценить

- 72
- 62
- 52
- 48

Результаты обследования

При оценке уровня контроля над течением астмы следует учитывать

- частоту госпитализаций по поводу обострений астмы в течение года
- объем терапии (дозу ИГКС) для ежедневного приема
- частоту вызовов скорой помощи по поводу утяжеления симптомов астмы
- наличие дневных симптомов чаще 2-х раз в неделю, ночных пробуждений из-за бронхиальной астмы, любого ограничения активности

При оценке тяжести астмы после назначения лечения следует оценить

- динамику содержания IgE в сыворотке крови через 6 месяцев лечения
- динамику содержания эозинофилов в периферической крови через 3 месяца лечения

- показатели ФВД, которые не должны отличаться от рекомендованных значений через 3 месяца лечения
- объем терапии астмы, позволяющий достичь полный контроль над ее течением

Фенотип, тяжесть течения и контроль над течением астмы у пациентки 18 лет можно определить как

- динамику содержания IgE в сыворотке крови через 6 месяцев лечения
- динамику содержания эозинофилов в периферической крови через 3 месяца лечения
- показатели ФВД, которые не должны отличаться от рекомендованных значений через 3 месяца лечения
- объем терапии астмы, позволяющий достичь полный контроль над ее течением

Диагноз

Предпочтительный объем начальной терапии бронхиальной астмы у пациентки 18 лет должен соответствовать + _____ + степени

- 5
- 3
- 1
- 2

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) в данной клинической ситуации рекомендуется

- при отсутствии эффекта от назначения ингаляционных глюкокортикостероидов совместно с назначением омализумаба
- совместно с назначением ингаляционных глюкокортикостероидов (спаринг-эффект) до достижения контроля над течением астмы
- при условии, что достигнут контроль над течением астмы с помощью фармакотерапии
- до назначения терапии ингаляционными глюкокортикостероидами в течение не менее двух месяцев

Снижение объема терапии возможно после осуществления контроля над бронхиальной астмой через + _____ + месяц (а)

- 1
- 3
- 2
- 6

Профилактика обострений бронхиальной астмы включает в себя

- пересмотр пищевого рациона, исключение рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров

Для оценки контроля бронхиальной астмы на фоне назначенной базисной терапии пациентке следует порекомендовать использовать

- пересмотр пищевого рациона, исключение рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 29 лет обратилась к участковому терапевту в связи с изменениями, выявленными на флюорограмме легких

Жалобы

Повышенная утомляемость

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Профессия: медицинская сестра *

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции: ветряная оспа, краснуха, тонзилэктомия в подростковом возрасте. Хронические заболевания отрицает, за исключением простого герпеса. * Наследственность: у матери – сахарный диабет, у отца – гипертоническая болезнь. * Вредные привычки: курит (индекс курения 8 пачек/лет), алкоголь употребляет умеренно *

Аллергоанамнез: непереносимость резких запахов

Анамнез жизни

* При плановом медицинском осмотре на флюорограмме легких выявлены изменения в виде увеличения внутригрудных лимфатических узлов, в связи с чем, обратилась к врачу. * При опросе отметила повышенную утомляемость, которую связывает с интенсивной работой. Лихорадки, потливости, снижения аппетита и веса нет.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительно. Вес 68 кг, рост 170 см. Температура 36,6°C. * Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. * Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. * При пальпации лимфатических узлов выявлены безболезненные, подвижные над- и подключичные лимфоузлы

2,5х3,0 см. * Грудная клетка – правильной формы. Перкуторный тон не изменен. Дыхание жесткое, единичный сухие хрипы. ЧДД 17 в мин. * Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС 78 в мин., АД 125/80мм.рт.ст. * Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. * Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза в амбулаторных условиях данной пациентке необходимо выполнить следующие лабораторные исследования

- пересмотр пищевого рациона, исключение рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза наиболее информативными инструментальными методам исследования являются

- пересмотр пищевого рациона, исключение рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- пересмотр пищевого рациона, исключение рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров

Диагноз

Заболевание, выявленное у данной пациентки, необходимо дифференцировать с

- гранулематозом с полиангиитом
- пневмонией
- туберкулезом
- аспергиллезом

Пациентам с саркоидозом при угрозе развития недостаточности органов и систем рекомендуется проведение

- активной терапии
- активное наблюдение каждые 2 недели
- активное наблюдение каждые 8 недель
- наблюдение каждые 4 недели

Впервые выявленные пациенты в первый год и при сохранении активности процесса наблюдаются каждые +____+ месяца, при стабилизации процесса во 2-й год – каждые +____+ месяцев

- 3; 6
- 6; 9
- 9; 12
- 18; 24

При саркоидозе в период наблюдения назначают терапию, включающую прием

- витаминов группы В
- аскорбиновой кислоты
- ретинола
- альфа-токоферола

У больных с прогрессирующим течением саркоидоза, при выраженных системных проявлениях, препаратами 1 линии являются

- системные глюкокортикостероиды
- цитостатики
- ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа
- ингаляционные глюкокортикостероиды

Препаратом II линии, при рефрактерности к терапии стероидами или при развитии побочных реакций, является

- лефлуномид
- метотрексат
- микофенолатамофетил
- азатиоприн

При саркоидозе ингаляционные ГКС в сочетании с бронхолитиками применяют при

- синдроме Лефгрена
- III стадии саркоидоза
- бронхообструктивном синдроме, доказанном при спирометрии
- II стадии саркоидоза

Проведение туберкулиновой пробы при саркоидозе показано

- во всех случаях
- если имеется поражение легких
- в сомнительных случаях
- при неотягощенном аллергологическом анамнезе

В качестве симптоматической терапии при наличии артритов у пациентов с саркоидозом применяют

- во всех случаях
- если имеется поражение легких
- в сомнительных случаях
- при неотягощенном аллергологическом анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная А. 18 лет обратилась в аллергологический респираторный центр к врачу аллергологу

Жалобы

На ежедневные приступы удушья, чувство заложенности в груди до 3 раз в сутки, ночные приступы 1-2 раза в неделю. Приступы возникают при интенсивной физической нагрузке, при контакте с домашней пылью во время уборки помещений, весной в период цветения растений, сопровождаются свистящим дыханием и малопродуктивным кашлем, ощущениями зуда носа, слезотечения и появлением покраснения глаз. Для купирования приступов по совету мамы, страдающей бронхиальной астмой пользуется ингаляциями сальбутамола до 3 - 4 раз в сутки.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки приступы удушья беспокоят с детского возраста, ухудшение состояния отмечает в весенний период. Настоящее обострение связывает с цветением тополя, когда несколько дней назад проснулась ночью от приступа удушья, нехватки воздуха, свистящего дыхания (спала с открытым окном).

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Контакт с больными вирусными инфекциями, туберкулезом - отрицает * В анамнезе атопический дерматит с 1 месяца, аллергическая реакция на цветение (тополь, полынь, полевые цветы), домашнюю пыль, цитрусовые, шерсть животных, орехи, морепродукты, куриный белок. Обследована у аллерголога. * Частые ОРВИ в детском возрасте * Студентка, подрабатывает в студенческой библиотеке. * Вредные привычки –

отрицает * Социально бытовые условия удовлетворительные: проживает в двухкомнатной квартире с родителями и сестрой. * Наследственность отягощена по материнской линии – у матери аллергический ринит и бронхиальная астма, у сестры атопический дерматит.

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Масса тела 55 кг. Рост - 165 см, ИМТ = $20,2 \text{ кг/м}^2$, периферические и лимфатические узлы не пальпируются. * грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания, при перкуссии – ясный легочный звук, при аускультации – дыхание жесткое, сухие высокотональные хрипы над всей поверхностью легких при форсированном выдохе, ЧД – 17 в минуту. * тоны сердца ясные, ЧСС 80 уд./мин., АД 115/75 мм рт. ст. * живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации относят

- во всех случаях
- если имеется поражение легких
- в сомнительных случаях
- при неотягощенном аллергологическом анамнезе

Результаты инструментальных методов обследования

К лабораторным методам исследования, подтверждающим активность воспаления в дыхательных путях, относят

- во всех случаях
- если имеется поражение легких
- в сомнительных случаях
- при неотягощенном аллергологическом анамнезе

Результаты лабораторных методов обследования

Вариабельность обструкции дыхательных путей определяется с помощью оценки

- во всех случаях
- если имеется поражение легких
- в сомнительных случаях
- при неотягощенном аллергологическом анамнезе

Результаты обследования

При оценки тяжести бронхиальной астмы до начала лечения следует оценить

- число эозинофилов в крови и содержание IgE в сыворотке крови при еженедельных разовых измерениях в течение 3-х месяцев наблюдения и клинические проявления атопии
- частоту дневных симптомов, частоту ночных симптомов, наличие обострений и их выраженность, показатели ОФВ1 и ПСВ, разброс суточных показателей ПСВ
- степень нарушения скоростных показателей при спирометрии при еженедельных разовых измерениях в течение 3-х месяцев наблюдения и частоту приема коротко-действующих бета-агонистов
- переносимость физической нагрузки в тесте с 6МХ при еженедельных разовых измерениях в течение 3-х месяцев наблюдения и дозу ингаляционных кортикостероидов в анамнезе

При оценке уровня контроля над течением астмы следует учитывать

- объем терапии (дозу ИГКС) для ежедневного приема, содержание IgE в сыворотке крови при еженедельных разовых измерениях, число эозинофилов в индуцированной мокроте, степень переносимости физической нагрузки в тесте с 6МХ
- необходимость использования комбинации быстро-действующего бета-агониста в комбинации с будесонидом в режиме «по требованию», степень увеличения показателей ОФВ1 после коротко-действующего бета-агониста, частоту госпитализаций по поводу обострений астмы в течение года
- частоту использования коротко-действующих бета-агонистов в течение суток, частоту визитов к доктору по поводу обострений астмы, степень ограничения воздушного потока при проведении спирометрии, частоту вызовов скорой помощи по поводу утяжеления симптомов астмы
- наличие дневных симптомов чаще 2-х раз в неделю, ночных пробуждения из-за БА, потребности в препарате для купирования симптомов чаще 2-х раз в неделю, любого ограничения активности из-за БА

При оценке тяжести астмы после назначения лечения следует оценить

- содержание эозинофилов в периферической крови
- объем терапии астмы, позволяющий достичь показателей ФВД, не отличающихся от рекомендованных значений
- содержание IgE в сыворотке крови
- объем терапии астмы, позволяющий достичь полный контроль над ее течением

Определите фенотип, тяжесть течения и контроль над течением астмы у данной пациентки

- содержание эозинофилов в периферической крови
- объем терапии астмы, позволяющий достичь показателей ФВД, не отличающихся от рекомендованных значений

- содержание IgE в сыворотке крови
- объем терапии астмы, позволяющий достичь полный контроль над ее течением

Диагноз

Объем начальной терапии бронхиальной астмы у данной пациентки соответствует ступени

- 1 - низкие дозы фиксированной комбинации ингаляционного глюкокортикостероида и быстродействующего бета 2-агониста (ИГКС-БДБА) «по потребности»
- 5 – высокие дозы ИГКС/ДДБА + тиотропия бромид +дополнительная терапия (использование моноклональных антител или системных ГКС)
- 2 –ежедневные низкие дозы ИГКС или комбинация низких доз ИГКС + быстродействующий бета-агонист в режиме по потребности
- 3 - комбинация низких доз ИГКС и длительнодействующих β 2-агонистов (ДДБА) как поддерживающая терапия и КДБА по потребности

Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) в данной клинической ситуации рекомендуется

- совместно с терапией ИГКС (спаринг-эффект) до достижения контроля над течением астмы
- при условии отмены ИГКС
- при условии, что бронхиальная астма контролируется фармакотерапией
- до назначения терапии ИГКС

Снижение объема терапии возможно после осуществления контроля над бронхиальной астмой, через + ____ + месяц (а)

- 6
- 1
- 2
- 3

Профилактика обострений бронхиальной астмы включает в себя

- исключение из пищевого рациона рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки

Для оценки контроля бронхиальной астмы на фоне назначенной базисной терапии пациентке следует порекомендовать использовать

- исключение из пищевого рациона рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Б. 33 лет госпитализирован в общетерапевтическое отделение.

Жалобы

На повышение температуры тела до 37,4°C, малопродуктивный кашель, периодически приступообразный, озноб, заложенность носа, боль в горле, боль в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания

Заболел остро в начале сентября за 14 дней до обращения к врачу, когда отметил повышения температуры тела до 38°C, озноб, заложенность носа, боли в горле, малопродуктивный кашель, спустя сутки появилась ноющая боль в мышцах и суставах. Самостоятельно принимал жаропонижающие средства в течение 3-х дней. Кашель стал приступообразным. Жена настояла на вызове бригады СМП.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Контакт с больными вирусными инфекциями, туберкулезом - отрицает. * В анамнезе периодически простудные заболевания. * По профессии – грузчик. * Вредные привычки – курит по 1 пачке в день в течение 10 лет, выпивает по 2 бутылки пива каждый день. * Проживает в однокомнатной квартире с семьей из 5-ти человек. Неделю назад сын - школьник 10 лет госпитализирован в детскую больницу с диагнозом пневмония. * От гриппа не привит.

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Масса тела 80 кг. Рост - 175 см., ИМТ 26, 45 кг/м², периферические лимфатические узлы не пальпируются. SpO₂ – 96%. * при осмотре зева гиперемия и гипертрофия миндалин. * грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания, при перкуссии – ясный легочный звук, при аускультации – дыхание ослабленное, влажные мелкопузырчатые хрипы слева в ниже угла лопатки, уменьшаются при кашле. ЧД – 18 в минуту. * тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 уд./мин., АД 120/80 мм рт. ст. * живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. * дизурических явлений нет

К необходимым лабораторным методам исследования в данной клинической ситуации относят

- исключение из пищевого рациона рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- исключение из пищевого рациона рафинированных углеводов, сублимированных продуктов, транс-жиров
- контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров
- ношение индивидуального средства защиты (маска) в общественных местах
- снижение интенсивности физической нагрузки

Результаты инструментального метода обследования

При подозрении на внебольничную пневмонию микробиологические исследования, направленные на верификацию возбудителя, следует проводить

- всем пациентам исследование респираторного образца (мокрота, мазок из носоглотки и задней стенки глотки и др.) методом ПЦР на грипп и плохо культивируемые возбудители *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae*
- только пациентам, не получающим антибактериальную терапию и при условии их госпитализации в стационар, методом бактериоскопии
- всем пациентам независимо от места лечения до начала антибактериальной терапии путем исследования мокроты или мазка из зева методом бактериоскопии
- всем госпитализированным пациентам путем бактериоскопии и культурального исследования респираторного образца - мокроты

Из детской больницы поступило сообщение о выявлении у сына пациента *M. pneumoniae* в качестве возбудителя пневмонии. Предпочтительным методом установления возбудителя у пациента в данной клинической ситуации является

- всем пациентам исследование респираторного образца (мокрота, мазок из носоглотки и задней стенки глотки и др.) методом ПЦР на грипп и плохо культивируемые возбудители *_M. pneumoniae_* и *_C. pneumoniae_*
- только пациентам, не получающим антибактериальную терапию и при условии их госпитализации в стационар, методом бактериоскопии
- всем пациентам независимо от места лечения до начала антибактериальной терапии путем исследования мокроты или мазка из зева методом бактериоскопии
- всем госпитализированным пациентам путем бактериоскопии и культурального исследования респираторного образца - мокроты

Результаты обследования

Выявленные клинические, лабораторные, инструментальные изменения свидетельствуют о наличии у больного диагноза

- всем пациентам исследование респираторного образца (мокрота, мазок из носоглотки и задней стенки глотки и др.) методом ПЦР на грипп и плохо культивируемые возбудители *_M. pneumoniae_* и *_C. pneumoniae_*
- только пациентам, не получающим антибактериальную терапию и при условии их госпитализации в стационар, методом бактериоскопии
- всем пациентам независимо от места лечения до начала антибактериальной терапии путем исследования мокроты или мазка из зева методом бактериоскопии
- всем госпитализированным пациентам путем бактериоскопии и культурального исследования респираторного образца - мокроты

Диагноз

Для уточнения тяжести течения и прогноза при внебольничной пневмонии на начальном этапе диагностики рекомендуется пользоваться

- критериями IDSA/ATS
- шкалой SOFA – он-лайн калькулятор
- шкалой SMART-COP/SMART-C
- шкалами CURB/CRB-65

Данному пациенту целесообразно назначить препараты

- Цефалоспорины III поколения
- Цефалоспорины IV поколения
- Ванкомицин
- Амоксициллин+клавулановая кислота

Эффективность антибактериальной терапии оценивается от начала введения препарата через +_____+ часа/часов

- 16-24
- 48-72
- 3-6
- 6-8

Выбор препаратов для стартовой антибактериальной терапии с учетом факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей и профиль антибактериальной резистентности, осуществляется

- патогенетически
- с использованием калькуляторов расчета эффективности
- этиологически
- эмпирически

Основным критерием эффективности антибиотикотерапии является

- уменьшение количества лейкоцитов в периферической крови на 3-й день от начала лечения
- уменьшение интенсивности инфильтрации легочной ткани при рентгенологическом исследовании через 7 дней от начала лечения
- стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 часов
- исчезновение хрипов при аускультации и снижение температуры тела ниже $37,5^{\circ}\text{C}$ через 7 дней от начала лечения

Наиболее эффективными средствами профилактики внебольничной пневмонии являются

- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- средства индивидуальной защиты в местах массового скопления людей
- пневмококковые и гриппозные вакцины

Респираторную поддержку пациентам с внебольничной пневмонией начинают проводить при значении $\text{SpO}_2 \sim 2$ (при дыхании воздухом)

- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- средства индивидуальной защиты в местах массового скопления людей
- пневмококковые и гриппозные вакцины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент П., 70 лет, обратился к врачу-пульмонологу консультативного кабинета терапевтической клиники в связи с жалобами со стороны органов дыхания.

Жалобы

На одышку при умеренной физической нагрузке, кашель с отхождением скудного количества вязкой трудноотделяемой мокроты желтого цвета, общую слабость.

Анамнез заболевания

Известно, что пациент в течение последних 5-7 лет страдает хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Постоянно получает базисную терапию Олодатерол + Тиотропия бромид 2,5 + 2,5 мкг по 2 вдоха утром. В течение последних 2-х недель после переохлаждения отмечает усиление одышки при физической нагрузке, смену сухого кашля влажным, малопродуктивным. Не лихорадит.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: водитель трамвая * Перенесенные заболевания: ОРВИ, острые трахеобронхиты и пневмонии (нечастые) * Хронические заболевания: ХОБЛ * Наследственность: отец длительное время страдал ХОБЛ, умер от Са легких * Вредные привычки: курит (индекс курения 25 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно. * Аллергологический анамнез: спокойный

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, цианоз носогубного треугольника. ЧДД = 22 в минуту. Аускультативно: дыхание жесткое, диффузные сухие и «крепитирующие» хрипы по типу «треска целофана», усиливающиеся на вдохе. SpO₂ = 94%. Тон сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс 96 уд/мин., ритмичный, симметричный, удовлетворительных параметров. АД 125/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. **Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить**

- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- средства индивидуальной защиты в местах массового скопления людей
- пневмококковые и гриппозные вакцины

Результаты обследования

Рекомендованным исследованием для уточнения диагноза будет

- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- средства индивидуальной защиты в местах массового скопления людей
- пневмококковые и гриппозные вакцины

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- средства индивидуальной защиты в местах массового скопления людей
- пневмококковые и гриппозные вакцины

Диагноз

Наиболее частым осложнением данного бронхолегочного заболевания является

- тромбоэмболия легочной артерии
- синдром торакальной «утечки воздуха»
- легочная гипертензия
- пневмоторакс

С учетом характера патологии бронхолегочной системы пациенту рекомендована базисная терапия следующей группой препаратов

- системными глюкокортикостероидами
- цитостатиками
- ингибиторами тирозинкиназ
- антикоагулянтами

Наиболее частым побочным эффектом, связанным с приемом нинтеданиба, является

- острое повреждение почек
- диарея
- нарушения ритма
- анемия

При появлении побочных явлений на фоне приема нинтеданиба рекомендовано

- замена нинтеданиба на ритукимаб
- уменьшение дозы препарата до 100 мг 2 раза в сутки
- замена нинтеданиба на этанерцепт
- полная отмена препарата

В качестве сопутствующего лечения больным с данным бронхолегочным заболеванием рекомендовано назначение

- непрямых антикоагулянтов
- антибиотиков
- антирефлюксной терапии
- антимикотиков

Применение комбинации преднизолона, азатиоприна и N-ацетилцистеина у больных с данным бронхолегочным заболеванием

- улучшает прогноз на ранних этапах заболевания
- не влияет на прогноз
- ухудшает прогноз заболевания
- улучшает прогноз заболевания

Критерием обострения данного бронхолегочного заболевания является появление

- синдрома кровохарканья
- прогрессирующего неуклонного снижения DLco по сравнению с исходным уровнем
- суставного синдрома
- новых билатеральных инфильтратов по типу «матового стекла» по данным компьютерной томографии органов грудной клетки

Показанием к хирургической торакоскопической биопсии при данном бронхолегочном заболевании является

- медленное прогрессирование заболевания
- рентгенологическая картина, характерная для ИЛФ
- быстрое прогрессирование заболевания
- возраст старше 50 лет

Наиболее частым осложнением торакоскопии является

- медленное прогрессирование заболевания
- рентгенологическая картина, характерная для ИЛФ
- быстрое прогрессирование заболевания
- возраст старше 50 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 60 лет, самостоятельно обратился в приемное отделение терапевтической клиники.

Жалобы

На одышку при умеренной физической нагрузке, кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты с прожилками крови (до 2 - 3 плевков в день), единичный эпизод кровохарканья, общую слабость, снижение массы тела на 15 кг за последние 1,5 года.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что в течение последних 15 лет пациент страдает ХОБЛ легкой степени тяжести (GOLD1). Периодически наблюдается у пульмонолога,

постоянно получает Тиотропия бромид 2,5 мкг по 2 вдоха 1 раз в сутки. В течение последних 3-х дней отметил усиление одышки при физической нагрузке, эпизод кровохарканья, общую слабость, в связи с чем самостоятельно обратился в приемное отделение терапевтической клиники

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: работал столяром, каменщиком и газосварщиком. * Профессиональные вредности: контакт с пылью, опилками, древесной стружкой, каменной пылью, продуктами горения газовой сварки * Перенесенные заболевания: ОРВИ, острые трахеобронхиты и двусторонняя пневмония * Хронические заболевания: ХОБЛ * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курит (индекс курения 40 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно. * Аллергологический анамнез: неотягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ЧДД = 19 в минуту. Бочкообразная грудная клетка. Перкуторно: коробочный звук. Аускультативно: дыхание жесткое, выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы, усиливающиеся на выдохе. SpO₂ = 94%. Тон сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии. Пульс 80 уд/мин., ритмичный, симметричный, удовлетворительных параметров. АД 120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

С учетом жалоб на нарастание одышки и эпизод кровохарканья для исключения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) данному пациенту необходимо провести

- медленное прогрессирование заболевания
- рентгенологическая картина, характерная для ИЛФ
- быстрое прогрессирование заболевания
- возраст старше 50 лет

Результаты обследования

С учетом жалоб на нарастание одышки и эпизод кровохарканья для исключения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) данному пациенту необходимо выполнить следующие инструментальные методы исследования

- медленное прогрессирование заболевания
- рентгенологическая картина, характерная для ИЛФ
- быстрое прогрессирование заболевания
- возраст старше 50 лет

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения диагноза пациенту необходимо выполнить

- медленное прогрессирование заболевания
- рентгенологическая картина, характерная для ИЛФ

- быстрое прогрессирование заболевания
- возраст старше 50 лет

Результаты обследования

С учетом выявленного очагового изменения в верхней доле левого легкого пациенту рекомендована консультация

- медленное прогрессирование заболевания
- рентгенологическая картина, характерная для ИЛФ
- быстрое прогрессирование заболевания
- возраст старше 50 лет

Результаты обследования

С целью гистологической верификации диагноза требуется проведение

- медиастиноскопии
- эндоскопического ультразвукового исследования бронхиального дерева
- трансторакальной (чрескожной) пункции (ТТП)
- ФБС с проведением чрезбронхиальной биопсии (ЧББ)

Наиболее частым осложнением трансторакальной пункции (ТТП) является

- отек легких
- гиповолемический шок
- травматический пневмоторакс
- бронхоспазм

Предполагаемый основной диагноз

- отек легких
- гиповолемический шок
- травматический пневмоторакс
- бронхоспазм

Диагноз

Если по данным гистологического исследования образца легочной ткани верифицирован диагноз Немелкоклеточный рак верхнедолевого бронха (T4N0M0, IIIA ст), то лечение пациента рекомендовано начать с

- одновременного использования химиотерапии и лучевой терапии
- гормональной терапии
- неоадьювантной химиотерапии
- хирургического лечения

При мелкоклеточном раке легкого оперативное лечение показано на стадии

- IIIA
- I
- IIA
- IIIB

Наблюдение онколога и пульмонолога в течение первых трех лет после радикального лечения немелкоклеточного рака легкого рекомендовано проводить каждые + ____ + месяца(ев)

- 3
- 6
- 9
- 12

Лекарственно-индуцированное заболевание легких, ассоциированное применением цитостатика паклитаксела, протекает по типу

- эозинофильной пневмонии
- острого респираторного дистресс-синдрома
- экзогенного токсического альвеолита (ЭТА)
- облитерирующего бронхиолита

Дифференциальный диагноз рака легких следует проводить с

- эозинофильной пневмонии
- острого респираторного дистресс-синдрома
- экзогенного токсического альвеолита (ЭТА)
- облитерирующего бронхиолита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 60 лет, был госпитализирован с обострением хронического бронхита и с ухудшением ИБС, переходом фибрилляции предсердий постоянной формы из нормосистолии в тахисистолию.

Жалобы

Приступообразный кашель с мокротой светлого цвета, с эпизодами кровохарканья, кашель периодически переходил в одышку, общая слабость, сердцебиение.

Анамнез заболевания

Заболел остро, вечером после работы (была повышенная физическая нагрузка, менял колеса у машины) возник приступ кашля с мокротой светлого цвета, был эпизод кровохарканья, иногда кашель переходил в одышку, появилась общая

слабость, сердцебиение. Пациент стал принимать лазолван и лечиться народными средствами (мед, молоко). Самочувствие в течение двух недель не улучшилось, кашель сохранялся, было несколько повторных эпизодов кровохарканья, эпизодически чувствовал сердцебиение. После очередного эпизода кровохарканья обратился к участковому врачу, был госпитализирован.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, фибрилляция предсердий постоянная форма, (постоянно принимает эгилок), хронический бронхит (постоянной терапии нет) * курит (15 пачек/лет), алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет, работает водителем такси. * аллергических реакций не было * отец страдал ГБ, умер от ОНМК; мать страдает ИБС: стенокардией

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, небольшой диффузный цианоз. Температура тела 37,7°C. Пульс 120 в минуту, аритмичный, дефицит пульса 10 ударов в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. I тон на верхушке не изменен, акцента II тона над легочной артерией. ЧД 26 в минуту. Грудная клетка обычной формы. Перкуторно ясный легочный звук, притупление в аксиллярной области слева. Там же усиление голосового дрожания.

Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в аксиллярной области слева, там же единичные влажные мелкопузырчатые хрипы, также выслушиваются сухие жужжащие рассеянные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня

- эозинофильной пневмонии
- острого респираторного дистресс-синдрома
- экзогенного токсического альвеолита (ЭТА)
- облитерирующего бронхиолита

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- эозинофильной пневмонии
- острого респираторного дистресс-синдрома
- экзогенного токсического альвеолита (ЭТА)
- облитерирующего бронхиолита

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- эозинофильной пневмонии
- острого респираторного дистресс-синдрома
- экзогенного токсического альвеолита (ЭТА)
- облитерирующего бронхиолита

Диагноз

Необходимым инструментальным методом исследования для поиска источника тромбоэмбола и уточнения диагноза является

- ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей
- позитронно-эмиссионная компьютерная томография
- ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости

При подозрении на ТЭЛА необходимо назначить

- гепарин
- клопидогрел
- аспирин
- эуфиллин

Для контроля адекватности антикоагулянтной терапии при назначении нефракционного гепарина (НФГ) следует использовать показатель

- ПТИ
- МНО
- ТВ
- АЧТВ

При выборе препарата для антикоагулянтной терапии лечения ТЭЛА в большинстве случаев предпочтение отдают

- нефракционному гепарину
- викасолу
- аспирину
- низкомолекулярному гепарину

В последующем для длительного лечения ТЭЛА следует выбрать следующий режим антикоагуляции

- пероральный прием ангиопротектора и корректора микроциркуляции (трентала)
- парентеральное введение поддерживающих доз антикоагулянтов (клескана и т.д.)
- пероральный прием лечебной дозы антикоагулянта (варфарин, прадакса, ксарелто, эликвис)

- пероральный прием адекватной дозы антиагреганта (аспирин, клопидогрел)

При переходе на длительный прием антагониста витамина К (варфарин) необходимо осуществлять контроль уровня

- АЧТВ
- ТВ
- МНО
- ПТИ

К препаратам выбора при антибактериальной терапии у пациента с инфаркт пневмонией относятся

- цефалоспорины
- пенициллины
- тетрациклин
- макролиды

Наилучшие результаты тромболитической терапии достигаются при начале ее проведении до + _____ + дней/ дня от момента эмболизации

- 14
- 2
- 12
- 7

Абсолютным противопоказанием к проведению тромболитической терапии является

- 14
- 2
- 12
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка, 28 лет, обратилась на консультацию к пульмонологу

Жалобы

* На приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой светлой мокротой * приступы затрудненного дыхания, заложенности в грудной клетке, сопровождаются ощущением свистящих хрипов в груди, купирует ингаляцией Вентолина. * приступы провоцируются сменой температуры воздуха, физической нагрузкой, контактом с животными, пылью, резкими запахами,

также возникают ночью, под утро. * периодически заложенность носа, скудные светлые выделения

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 5 лет, когда в весенний период отметила появление заложенности носа с обильными слизистыми выделениями. Лечилась самостоятельно, принимала антигистаминные препараты с хорошим эффектом, к врачу не обращалась. В течение последних 3 лет круглогодично периодически отмечает заложенность носа, по поводу чего принимает сосудосуживающие препараты. Год назад впервые появились жалобы на затруднение дыхания, ощущение свистов в груди, кашель, по поводу чего вызывала бригаду СМП, была госпитализирована в стационар по месту жительства. В условиях стационара получала ингаляции беродуала через небулайзер, преднизолон внутривенно. Выписана с диагнозом: острый бронхит с обструктивным синдромом. Симптомы были купированы, но через 2 месяца вновь рецидивировали. Консультирована аллергологом. Выявлена аллергия на пыль, пыльцу растений, шерсть животных. Принимает Вентолин, Супрастин или Цетиризин. В течение последних 6 месяцев симптомы возникают ежедневно 3-4 раза в день, почти каждую ночь, что требует повторного использования вентолина. Направлена на консультацию для уточнения диагноза и подбора терапии.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Профессия: мастер ногтевого сервиса * Перенесённые заболевания и операции: хронические заболевания и операции отрицает. Отмечает частые (4-5 раз в год) «простудные» заболевания последние 2-3 года с длительным кашлем, который не проходит полностью, а уменьшается до редких покашливаний. * Наследственность: у бабушки по линии отца, у прабабушки по линии матери – бронхиальная астма. * Вредные привычки: курила около 1 года, последние 5 лет не курит, алкоголь употребляет умеренно * Аллергоанамнез: аллергия на пыль, пыльцу растений, животных – положительные пробы. * Дома у пациентки кошка, собака, рыбки

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 69 кг, рост 164 см. Температура 36,7 С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка – правильной формы. Над всей поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный. При аускультации дыхание везикулярное, сухие рассеянные хрипы. ЧДД 19 в мин. SpO₂ ~ 98% Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 87 в мин., АД 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования в амбулаторных условиях является

- 14
- 2
- 12
- 7

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы обследования

- 14
- 2
- 12
- 7

Результаты инструментальных методов обследования

На основании полученных клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

- 14
- 2
- 12
- 7

Диагноз

Для оценки уровня контроля бронхиальной астмы используют

- объем базисной терапии
- результаты спирометрии
- тесты АСТ и АСQ-5
- уровень эозинофилов крови

Бронходилатационный тест считается положительным, если коэффициент бронходилатации по ОФВ₁ составляет не менее

- 15%, а абсолютный прирост - 200 мл и более
- 15%, а абсолютный прирост - 300 мл и более
- 10%, а абсолютный прирост - 200 мл и более
- 12%, а абсолютный прирост - 200 мл и более

При лечении бронхиальной астмы используют

- постоянную ингаляционную терапию в сочетании с немедикаментозными методами лечения
- курсовую терапию системными глюкокортикостероидами в условиях стационара
- ступенчатый подход, с коррекцией объема терапии в зависимости от уровня контроля и наличия факторов риска обострений
- методики нетрадиционной терапии (иглоукалывание, китайская медицина, гомеопатия, гипноз, техники релаксации, применение ионизаторов воздуха)

Пациентке показана терапия, которая соответствует
+ _____ + ступени

- 4 терапии (средние или высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в комбинации с длительно действующим β_2 -агонистом)
- 3 (низкие или средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в комбинации с длительно действующим β_2 -агонистом)
- 4 (средние или высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в комбинации с длительно действующим β_2 -агонистом и тиотропием)
- 2 (низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов или антагонисты лейкотриеновых рецепторов)

При достижении и сохранении контроля бронхиальной астмы, коррекцию терапии проводят через

- 1 год
- 2 месяца
- 1 месяц
- 3 месяца

Наряду с медикаментозной терапией для улучшения контроля бронхиальной астмы и профилактики обострений пациентке рекомендуется

- регулярное санаторно-курортное лечение
- смена места жительства
- элиминация триггеров и аллергенов (животные, профессия)
- установка ионизатора воздуха в доме

При коррекции терапии после достижения и сохранения контроля бронхиальной астмы снижение дозы ингаляционных глюкокортикостероидов необходимо осуществлять

- через 1 год на 50%
- каждые 2 месяца на 50-70%
- каждый месяц на 50%
- каждые три месяца, примерно на 25-50%

Отсутствие контроля над заболеванием, при исключении аллергенов, правильной техники ингаляции и хорошей приверженности лечению, соответствующему 4 ступени, является показанием к

- проведению тестов на выявление бронхиальной гиперреактивности
- мониторингованию пиковой скорости выдоха (ПСВ)
- исследованию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- исследованию уровня общего IgE крови

Отсутствие контроля над заболеванием, при клинически значимой атопии, правильной техники ингаляции и хорошей приверженности лечению, соответствующему 4 ступени, требует рассмотреть вопрос о назначении

- проведению тестов на выявление бронхиальной гиперреактивности
- мониторингованию пиковой скорости выдоха (ПСВ)
- исследованию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- исследованию уровня общего IgE крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 42 года, направлена к пульмонологу терапевтом.

Жалобы

* На боли в коленных и голеностопных суставах, отечность суставов; * появление малиново-красных высыпаний на коже голеней, стоп, размером от 2 до 6 см, возвышающихся над кожей; * повышение температуры тела до 37,5-38°C, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально. * Профессия: бухгалтер. * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает.

* Наследственность: неотягощена. * Вредные привычки: нет. *

Аллергоанамнез: неотягощен.

Анамнез жизни

* Заболела остро 2 дня назад, когда повысилась температура до 37,5°, появились слабость, боли и отечность в коленных, голеностопных суставах, ограничение их подвижности, высыпания на коже голеней и стоп. * Осмотрена сосудистым хирургом, дерматологом. Высыпания расценены как узловатая эритема. * Проводилась терапия нестероидными противовоспалительными средствами (ортофен 7 дней, диклофенак 5 дней). * На фоне проводимой терапии самочувствие улучшилось, уменьшились боли в суставах. * При ФГР выявлено расширение корней легких за счет увеличения внутригрудных лимфатических узлов, терапевтом направлена к пульмонологу.

Объективный статус

* Общее состояние удовлетворительное. Вес 84кг, рост 170см. температура 37,5°C. * Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Тургор сохранен. На коже голеней и стоп определяются темно-малиновые пятна с четко ограниченными контурами, некоторые сливного характера. Несколько узлов претерпевают «цветение», приобрели темный, бурый цвет. Голеностопные и коленные суставы отечны, болезненные, подвижность в суставах ограничена. * Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферические лимфатические узлы не увеличены. * Щитовидная железа не увеличена. * Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. При перкуссии над легкими ясный легочный звук. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту.

SpO₂ – 98%. * Границы сердца не смещены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 60 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. * Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины не увеличены. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена, размеры по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. * Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание нормальное.

Пациентке для постановки диагноза необходимо выполнить лабораторное обследование, включающее

- проведению тестов на выявление бронхиальной гиперреактивности
- мониторингованию пиковой скорости выдоха (ПСВ)
- исследованию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- исследованию уровня общего IgE крови

Результаты обследования

Для уточнения изменений в легких пациентке необходимо выполнить

- проведению тестов на выявление бронхиальной гиперреактивности
- мониторингованию пиковой скорости выдоха (ПСВ)
- исследованию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- исследованию уровня общего IgE крови

Результаты обследования

Обязательным функциональным методом обследования пациентки является

- проведению тестов на выявление бронхиальной гиперреактивности
- мониторингованию пиковой скорости выдоха (ПСВ)
- исследованию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- исследованию уровня общего IgE крови

Результаты обследования

Для исключения туберкулеза пациентке необходимо провести

- проведению тестов на выявление бронхиальной гиперреактивности
- мониторингованию пиковой скорости выдоха (ПСВ)
- исследованию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- исследованию уровня общего IgE крови

Результаты обследования

Точный диагноз устанавливается на основании данных

- проведению тестов на выявление бронхиальной гиперреактивности
- мониторингованию пиковой скорости выдоха (ПСВ)
- исследованию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- исследованию уровня общего IgE крови

Результаты обследования

На основании данных, полученных при клинико-лабораторном, инструментальном и морфологическом обследовании, пациентке можно поставить диагноз

- проведению тестов на выявление бронхиальной гиперреактивности
- мониторингованию пиковой скорости выдоха (ПСВ)
- исследованию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- исследованию уровня общего IgE крови

Диагноз

После подтверждения диагноза, дальнейшее наблюдение и лечение пациентки должно проводиться

- в инфекционном стационаре
- в противотуберкулезном диспансере
- амбулаторно
- в пульмонологическом стационаре

Пациентке необходимо назначить

- нестероидные противовоспалительные препараты и альфа-токоферол
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- системные глюкокортикостероиды
- цитостатики

Системные глюкокортикостероиды назначаются при саркоидозе

- прогрессирующего течения с внелёгочными проявлениями (Lupus pernio)
- внутригрудных лимфатических узлов; синдроме Лефгрена
- внутригрудных лимфатических узлов и легких; бессимптомном течении
- внутригрудных лимфатических узлов; бессимптомном течении

Начальная рекомендуемая доза преднизолона и длительность его приема при саркоидозе составляет

- 60 мг/сутки 4 недели, с последующим снижением дозы до поддерживающей (10 мг). Длительность приема 6 месяцев
- 25-30 мг в сутки на 4 недели, с последующим снижением дозы до поддерживающей (10 мг). Длительность лечения 4-6 месяцев
- 10 мг в сутки 2 месяца с последующим снижением дозы по 5 мг в месяц

- 15-40 мг в сутки в течение 4 недель со снижением дозы на 5 мг/месяц. Длительность терапии 12-24 мес

При бессимптомном течении саркоидоза с поражением легких и/или внутригрудных лимфатических узлов рекомендуется

- прием биологически активных добавок
- санаторно-курортное лечение
- активное наблюдение
- избегать физических нагрузок

Пациентке необходимо рекомендовать

- прием биологически активных добавок
- санаторно-курортное лечение
- активное наблюдение
- избегать физических нагрузок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 54 года, направлена к пульмонологу после проф. осмотра в связи с изменениями на ФЛГ

Жалобы

Не предъявляет

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Профессия: преподаватель * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендэктомия. * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: нет * Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

Объективный статус

* Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Настроение ровное. Положение активное. Вес 74 кг, рост 172 см. Телосложение нормостеническое. * Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. * Периферические лимфатические узлы не увеличены. * Щитовидная железа не увеличена. * Суставы не изменены. * Грудная клетка правильной формы. Обе половины ее одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. SpO₂ - 98%. * Границы сердца не смещены, не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы отсутствуют. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс 60 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. * Язык чистый, влажный. Зев чистый. Миндалины обычные. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации безболезненный. Мышечная защита не выражена. Печень не

увеличена, размеры по Курлову 9х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. * Почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание нормальное.

Наиболее информативным инструментальным методом исследования для постановки диагноза в данной клинической ситуации является

- прием биологически активных добавок
- санаторно-курортное лечение
- активное наблюдение
- избегать физических нагрузок

Результаты инструментального метода исследования

Для постановки диагноза пациентке необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- прием биологически активных добавок
- санаторно-курортное лечение
- активное наблюдение
- избегать физических нагрузок

Результаты лабораторных методов исследования

Обязательным функциональным методом обследования пациентки является

- прием биологически активных добавок
- санаторно-курортное лечение
- активное наблюдение
- избегать физических нагрузок

Результаты обследования

Точный диагноз устанавливается на основании данных

- прием биологически активных добавок
- санаторно-курортное лечение
- активное наблюдение
- избегать физических нагрузок

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных, инструментальных и морфологических данных обследования пациентке можно поставить диагноз

- прием биологически активных добавок
- санаторно-курортное лечение

- активное наблюдение
- избегать физических нагрузок

Диагноз

После подтверждения диагноза наблюдение и лечение пациентки должно проводиться в

- поликлинике по месту жительства (амбулаторно)
- пульмонологическом стационаре
- инфекционном стационаре
- противотуберкулезном диспансере

В качестве медикаментозной терапии пациентке следует назначить

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- цитостатики
- системные глюкокортикостероиды
- альфа-токоферол

Показанием к назначению системных глюкокортикостероидов при саркоидозе является

- саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов; бессимптомное течение
- саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких; бессимптомное течение
- саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов; синдром Лефгрена
- саркоидоз прогрессирующего течения с внелёгочными проявлениями (Lupus pernio)

Рекомендуемая начальная доза преднизолона и длительность его приема при саркоидозе составляет

- 15-40 мг/сут 4 недели, с последующим снижением дозы до поддерживающей. Длительность лечения 12-24 месяцев
- 10-15 мг в сутки 2 месяца с последующим снижением дозы по 5 мг в месяц. Длительность лечения 6-12 месяцев
- 50-60 мг/сут. 4 недели, с последующим снижением дозы до поддерживающей - 10 мг. Длительность лечения 6 месяцев
- 25-30 мг в сутки на 4 недели, с последующим снижением дозы до поддерживающей - 10 мг. Длительность лечения 4-6 месяцев

При бессимптомном течении саркоидоза с поражением легких и/или внутригрудных лимфатических узлов показано

- назначение системных ГКС
- активное наблюдение
- назначение цитостатиков

- назначение ингаляционных ГКС

Пациентке необходимо рекомендовать

- прием стимуляторов иммунитета, в том числе биологически активных добавок
- избегать гиперинсоляции, физиотерапии (электромагнитные процедуры), приема интерферонов, биологически активных добавок
- прием интерферонов, индукторов интерфероногенеза, избегать физических нагрузок
- санаторно-курортное лечение, проведение физиотерапии, грязелечения

После подтверждения диагноза в течение первого года наблюдения осмотр пациентки должен проводиться

- прием стимуляторов иммунитета, в том числе биологически активных добавок
- избегать гиперинсоляции, физиотерапии (электромагнитные процедуры), приема интерферонов, биологически активных добавок
- прием интерферонов, индукторов интерфероногенеза, избегать физических нагрузок
- санаторно-курортное лечение, проведение физиотерапии, грязелечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 61 год, обратился на консультацию к пульмонологу

Жалобы

* Одышка при ходьбе с ускорением, длительной ходьбе, подъеме по лестнице до 2 этажа. * Кашель утром, а также в течение дня с отделением светлой мокроты. * Периодически ощущение хрипов в груди, проходящее после откашливания.

Анамнез заболевания

В течение нескольких лет кашель с отделением мокроты особо не беспокоил пациента. Последние 2 года близкие стали замечать у пациента наличие одышки при физических нагрузках. За медицинской помощью не обращался. Полгода назад перенес простуду, беспокоил сильный кашель, одышка при ходьбе. При обращении к врачу был поставлен диагноз обострение хронического бронхита. Лечился амбулаторно, проводилась антибактериальная терапия в/м, назначались отхаркивающие препараты. С этого времени отмечает усиление одышки, периодически принимает Беродуал Н. Обратился к пульмонологу для уточнения диагноза и подбора терапии.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: электрик. Работал на газовой заправке в течение 12 лет * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания и операции отрицает. * Наследственность

не отягощена * Вредные привычки: курит 40 лет до 1 пачки в день (индекс курения 40 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 65 кг, ИМТ 23. * Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. * Носовое дыхание свободное. Зев чистый. Грудная клетка – правильной формы. Дыхание везикулярное, на форсированном выдохе - сухие рассеянные хрипы. ЧД 18 в мин. * Ритм сердца правильный, ЧСС 80 в мин. АД 140/85 мм рт. ст. * Живот мягкий, безболезненный. Периферические отеки отсутствуют. * Выраженность одышки по модифицированной шкале одышки mMRC 2 балла.

Для установления диагноза в амбулаторных условиях первоочередным лабораторным методом исследования является

- прием стимуляторов иммунитета, в том числе биологически активных добавок
- избегать гиперинсоляции, физиотерапии (электромагнитные процедуры), приема интерферонов, биологически активных добавок
- прием интерферонов, индукторов интерферогенеза, избегать физических нагрузок
- санаторно-курортное лечение, проведение физиотерапии, грязелечения

Результаты лабораторного метода исследования

В указанной клинической ситуации обязательными инструментальными методами исследования для постановки диагноза в амбулаторных условиях являются

- прием стимуляторов иммунитета, в том числе биологически активных добавок
- избегать гиперинсоляции, физиотерапии (электромагнитные процедуры), приема интерферонов, биологически активных добавок
- прием интерферонов, индукторов интерферогенеза, избегать физических нагрузок
- санаторно-курортное лечение, проведение физиотерапии, грязелечения

Результаты инструментальных методов обследования

Для оценки выраженности одышки необходимо использовать значение показателя

- PaO₂
- шкалы mMRC
- SpO₂
- ОФВ₁

При сборе анамнеза для определения тяжести заболевания и решения вопроса об объеме необходимой терапии следует обратить внимание на

- анамнез курения
- профессиональный анамнез
- перенесенные заболевания
- частоту предыдущих обострений

Учитывая клинико-анамнестические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования больному можно поставить диагноз

- анамнез курения
- профессиональный анамнез
- перенесенные заболевания
- частоту предыдущих обострений

Диагноз

Для более комплексной оценки симптомов ХОБЛ используют

- спирометрию с бронходилатационным тестом
- показатели пульсоксиметрии
- шкалу CAT (COPD Assessment Test)
- индекс курения

В данной клинической ситуации пациенту необходимо назначить

- комбинацию длительно действующих препаратов из групп: β_2 -агонистов и холинолитиков
- монотерапию длительнодействующим препаратом из группы холинолитиков
- монотерапию длительнодействующим препаратом из группы β_2 -агонистов
- комбинацию препаратов из групп ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих β_2 -агонистов

На наличие эозинофильного воспаления при ХОБЛ (вне обострения) может указывать наличие эозинофилов в крови в количестве более + _____ + кл/мкл

- 300
- 100
- 450
- 60

Программа легочной реабилитации данного пациента должна включать

- санаторно-курортное лечение
- курсовой прием кислородных коктейлей
- физические тренировки
- ограничение физических нагрузок

Для профилактики обострений и прогрессирования заболевания пациенту необходимо рекомендовать

- ежегодную вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции
- курсы небулайзерной терапии короткодействующими бронхолитиками
- регулярное санаторно-курортное лечение
- курсы терапии системными глюкокортикостероидами в условиях стационара

Исследование газов артериальной крови является обязательным при

- жалобах пациента на одышку
- снижении SpO_2 менее 92%
- отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- установлении диагноза хронического заболевания легких

Абсолютным показанием для длительной кислородотерапии является

- жалобах пациента на одышку
- снижении SpO_2 менее 92%
- отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- установлении диагноза хронического заболевания легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А. 60 лет, обратился к врачу-пульмонологу.

Жалобы

На одышку при умеренных физических нагрузках, сухой кашель, утомляемость и потерю веса до 4 кг в течение двух месяцев.

Анамнез заболевания

* Сухой кашель беспокоит пациента в последние 20 лет, связывает с курением табака; * К врачу решил обратиться по поводу прогрессирующей одышки и потере веса

Анамнез жизни

* Профессия: архитектор. * Перенесенные заболевания и операции: хронические заболевания отрицает. * Наследственность: неотягощена. * Вредные привычки: курит по 1 пачке сигарет в день с 20 лет. * Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 57 кг, рост 170 см. Температура

36,6°C. SpO₂ ~ 93% при дыхании воздухом комнаты. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Грудная клетка – правильной формы. В легких выслушиваются конечно-инспираторная крепитация, дыхание ослаблено. Над поверхностью легких - перкуторный звук легочный. ЧДД 20 в минуту в покое. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 112 в минуту, АД 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Необходимым в данной ситуации методом инструментальной диагностики является

- жалобах пациента на одышку
- снижении SpO₂ ~ менее 92%
- отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- установлении диагноза хронического заболевания легких

Результаты инструментального метода обследования

Методом визуализации, который лучше всего подходит для оценки состояния легочной ткани у данного пациента, является

- жалобах пациента на одышку
- снижении SpO₂ ~ менее 92%
- отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- установлении диагноза хронического заболевания легких

Результаты обследования

Наилучшим выбором следующего метода оценки функции органов дыхания данного пациента будет

- жалобах пациента на одышку
- снижении SpO₂ ~ менее 92%
- отсутствии эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- установлении диагноза хронического заболевания легких

Результаты обследования

Показатели функции внешнего дыхания соответствуют

- вентиляционным нарушениям по типу гиперинфляции
- рестриктивному вентиляционному нарушению
- обструктивному вентиляционному нарушению
- смешанному вентиляционному нарушению

Картина рентгеновской компьютерной томографии соответствует

- вентиляционным нарушениям по типу гиперинфляции

- рестриктивному вентиляционному нарушению
- обструктивному вентиляционному нарушению
- смешанному вентиляционному нарушению

Диагноз

Этому пациенту

- необходима длительная кислородотерапия
- необходимо проводить экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- не показана длительная кислородотерапия
- необходима неинвазивная вентиляция легких

Больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить

- комбинацию преднизолона, азатиоприна и N-ацетилцистеина
- монотерапию кортикостероидами
- нинтеданиб
- монотерапию N-ацетилцистеином

Для мониторингирования течения заболевания в амбулаторных условиях необходимо оценивать ФЖЕЛ и DLCO с интервалом + _____ + месяцев

- 12 и 18
- 12
- 1-3-6-12-18
- 3-6

Пациенту будет показана трансплантация легких при

- DLCO < 40% д.в., снижении ФЖЕЛ на 15% в течение 6 месяцев наблюдения и снижении SpO₂ ниже 88% во время выполнения теста 6-минутной ходьбы
- DLCO < 45% д.в., снижении ФЖЕЛ на 5% в течение 6 месяцев наблюдения и снижении SpO₂ ниже 90% во время выполнения теста 6-минутной ходьбы
- DLCO < 60% д.в., снижении ФЖЕЛ на 5% в течение 6 месяцев наблюдения и снижении SpO₂ ниже 92% во время выполнения теста 6-минутной ходьбы
- DLCO < 50% д.в., снижении ФЖЕЛ на 5% в течение 6 месяцев наблюдения и снижении SpO₂ ниже 90% во время выполнения теста 6-минутной ходьбы

Медиана выживаемости от момента постановки диагноза у пациентов с этим заболеванием составляет от + _____ + лет

- 2 до 3
- 7 до 10

- 5 до 7
- 3 до 5

Беспричинное нарастание одышки в течение 1 месяца, документированная гипоксемия (ухудшение или тяжелое нарушение газообмена), свежие альвеолярные инфильтраты на рентгенограмме легких расцениваются как + _____ + заболевания

- обострение
- переменное течение
- прогрессирование
- естественное течение

Среди наиболее вероятных осложнений следует отметить

- обострение
- переменное течение
- прогрессирование
- естественное течение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 43 лет обратился в диагностический центр к врачу.

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, редкий сухой кашель, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Сухой кашель беспокоит в течение 6-7 месяцев, периодически на протяжении 2-3 лет наблюдается повышение температуры тела до 38°C, к которому пациент привык и не уделяет внимания.

Анамнез жизни

В анамнезе частые простудные заболевания. Курит 10 лет по пачке в день, алкоголем не злоупотребляет. Онкологические заболевания не установлены. Контакт с инфекционными больными отрицает. Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые оболочки розовые влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы в средних и нижних отделах обоих легких. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. Показатели общего и биохимического анализов (АСТ, АЛТ, общ.билирубин, общий холестерин, креатинин, глюкоза) крови, общего анализа мочи пациента в

пределах референсных значений. Рентгенограмма органов грудной полости: выявлены явления диссеминации в средних отделах легких на фоне пневмосклероза и эмфиземы. Спирометрия: умеренное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу.

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить следующие начальные методы исследования

- обострение
- переменное течение
- прогрессирование
- естественное течение

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- обострение
- переменное течение
- прогрессирование
- естественное течение

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно выставить диагноз

- обострение
- переменное течение
- прогрессирование
- естественное течение

Диагноз

Какие лабораторные методы следует провести для уточнения активности заболевания

- обострение
- переменное течение
- прогрессирование
- естественное течение

Результаты лабораторных методов обследования

Для верификации диагноза с использованием метода чрезбронхиальной биопсии данного пациента следует направить в

- дневной стационар
- специализированный стационар

- противотуберкулезный диспансер
- многопрофильную поликлинику

Осуществление диагностической и лечебной помощи данному пациенту в плановом порядке после подтверждения диагноза следует проводить в

- условиях противотуберкулезного диспансера
- амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара
- условиях специализированного пульмонологического стационара
- условиях онкологического диспансера

Предпочтительной тактикой ведения пациента на начальном этапе является

- назначение преднизолона 0,5 мг/кг/сутки в сутки не менее 9 месяцев, пульс терапия 1 г в сутки 3 дня (или 3 дня через день)
- назначение азатиоприна 50-200 мг в сутки
- назначение метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет
- активное наблюдение с рентген-контролем изменений в легких каждые 2-3 месяца

В динамике у пациента через 3 месяца наблюдается нарастание одышки, учащение частоты кашля, рентгенологическое ухудшение в виде увеличения зон диссеминации. К рекомендованным мероприятиям в этом случае относится назначение

- азатиоприна 50-200 мг в сутки
- метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет
- ингаляционных глюкокортикостероидов в средних дозах не менее 6 месяцев
- преднизолона 0,5 мг/кг массы тела per os в сутки с постепенным снижением дозы в течение не менее 12 месяцев

Рентгенологическая III стадия саркоидоза характеризуется

- отсутствием изменений на рентгенограмме органов грудной клетки
- патологией легочной паренхимы без увеличения внутригрудных лимфоузлов
- увеличением лимфатических узлов средостения в сочетании с патологией паренхимы легких
- необратимым фиброзом легких

Для синдрома Лефгрена при саркоидозе характерны

- кашель с мокротой, бронхообструкция, лихорадка
- увеличение подмышечных лимфоузлов, лихорадка, кожная сыпь

- узловатая эритема, полиартралгия, лихорадка, внутригрудная лимфаденопатия
- непродуктивный кашель, лихорадка, торакалгия

При лечении саркоидоза цитостатиками предпочтительнее использовать

- флударабин
- циклоспорин
- азатиоприн
- метотрексат

Препаратом, который обязательно назначают при лечении саркоидоза метотрексатом, является

- флударабин
- циклоспорин
- азатиоприн
- метотрексат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет решил пройти медицинский осмотр.

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, редкий сухой кашель.

Анамнез заболевания

В течение шести последних лет не обследовался, сухой кашель беспокоит в течение 6-7 месяцев, периодически на протяжении 2-3 лет наблюдается повышение температуры тела до 38°C, к которому пациент привык и не уделяет внимания.

Анамнез жизни

В анамнезе хронический обструктивный бронхит, частые простудные заболевания. Курит 30 лет по пачке в день, алкоголем не злоупотребляет. Онкологические заболевания не установлены. Контакт с инфекционными больными отрицает. Наследственность неотягощена. Профессиональный анамнез: по профессии автомеханик, в течение последних 7 лет работал в сфере торговли автомобилями.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые оболочки розовые влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы в средних и нижних отделах обоих легких. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. Показатели общего и биохимического анализов (АСТ, АЛТ, общ. билирубин, общий

холестерин, креатинин, глюкоза) крови, общего анализа мочи пациента в пределах референсных значений. Рентгенограмма органов грудной полости: выявлены явления диссеминации в средних отделах легких на фоне пневмосклероза и эмфиземы. Спирометрия: умеренное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу.

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить следующие начальные методы исследования

- флуларабин
- циклопорин
- азатиоприн
- метотрексат

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- флуларабин
- циклопорин
- азатиоприн
- метотрексат

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно выставить диагноз

- флуларабин
- циклопорин
- азатиоприн
- метотрексат

Диагноз

Лабораторными методами, которые следует провести для уточнения активности заболевания, являются

- флуларабин
- циклопорин
- азатиоприн
- метотрексат

Результаты лабораторных методов обследования

Для верификации диагноза с использованием метода чресбронхиальной биопсии данного пациента следует направить в

- противотуберкулезный диспансер

- многопрофильную поликлинику
- специализированный стационар
- дневной стационар

Осуществление диагностической и лечебной помощи данному пациенту в плановом порядке после подтверждения диагноза следует проводить в

- условиях онкологического диспансера
- условиях противотуберкулезного диспансера
- условиях специализированного пульмонологического стационара
- амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара

Предпочтительной тактикой ведения пациента на начальном этапе является

- назначение азатиоприна 50-200 мг в сутки
- активное наблюдение с рентген-контролем изменений в легких каждые 2-3 месяца
- назначение преднизолона 0,5 мг/кг/сутки в сутки не менее 9 месяцев, пульс-терапии 1 г в сутки 3 дня (или 3 дня через день)
- назначение метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет

В динамике у пациента через 3 месяца наблюдается нарастание одышки, учащение частоты кашля, рентгенологическое ухудшение в виде увеличения зон диссеминации. К рекомендованным мероприятиям в этом случае относится назначение

- метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет
- азатиоприна 50-200 мг в сутки
- ингаляционных глюкокортикостероидов в средних дозах не менее 6 месяцев
- преднизолона 0,5 мг/кг массы тела per os в сутки с постепенным снижением дозы в течение не менее 12 месяцев

Ингаляционные глюкокортикостероиды при саркоидозе могут быть назначены в следующей ситуации

- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни
- на ранних стадиях заболевания
- при прогрессирующем течении болезни

Лабораторным признаком активности саркоидоза является

- повышение трансаминаз
- повышение СОЭ
- повышение СРБ

- повышение уровня кальция крови

Рекомендуемая стартовая доза преднизолона для терапии саркоидоза
+ ____ + мг/кг/сутки

- 0,25
- 0,75
- 0,5
- 1

Системные глюкокортикостероиды при саркоидозе показаны в следующей ситуации

- 0,25
- 0,75
- 0,5
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет, обратился в районную больницу, осмотрен терапевтом и направлен к врачу-пульмонологу.

Жалобы

На сухой кашель, общую слабость, одышку.

Анамнез заболевания

Со слов пациента около 3-х месяцев, начался сухой кашель, месяц назад начал замечать нарастание слабости, присоединение одышки. Самостоятельно не лечился. Обратился в поликлинику по месту жительства, выполнена рентгенография органов грудной полости, заключение: корни легких расширенные, с полициклическими контурами за счет увеличения бронхопульмональных лимфоузлов. Направлен на консультацию к врачу-пульмонологу.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Работает на стройке 15 лет. *

Аллергологический анамнез неотягощен. * За пределы родного края не выезжал. * Контакт с инфекционными больными отрицает. * Наследственность не отягощена. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * От гриппа, пневмококковой инфекции не привит

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, вес 62 кг, ИМТ – 18,82 кг/м².

Кожные покровы обычной окраски. Увеличение задне-шейной группы лимфатических узлов, не спаянные, плотноэластической консистенции.

Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту.

Границы относительной тупости сердца: правая граница - на 1 см снаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной

линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 в минуту, одинаковый на обеих руках. АД 130/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза первоначальными методами обследования являются

- 0,25
- 0,75
- 0,5
- 1

Результаты обследования

К уточняющим дополнительным методам обследования относят

- 0,25
- 0,75
- 0,5
- 1

Результаты обследования

Полученные данные свидетельствуют о наличии у пациента

- 0,25
- 0,75
- 0,5
- 1

Диагноз

При гранулёматозных заболеваниях легких локальная стимуляция макрофагов ведёт к аномальной секреции

- ренина
- плазминогена
- ангиотензинпревращающего фермента
- ангиотензина

Дифференциальный диагноз саркоидоза проводится с

- ХОБЛ, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом, мезотелимой плевры, грибковыми поражениями легких
- силикозом, центральным раком легкого, карциноматозом, гемосидерозом
- туберкулезом, лимфогранулематозом, неопластическими, инфекционными, аутоиммунными заболеваниями

- внебольничной пневмонией, тромбоэмболией легочной артерии, плевритом

Рекомендованной группой препаратов для медикаментозного лечения при данном заболевании согласно данным доказательной медицины являются

- противотуберкулезные препараты
- системные глюкокортикостероиды
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- цитостатики, иммуносупрессивные препараты

При лечении саркоидоза легких системными стероидами продолжительность курса составляет + _____ + месяца(ев)

- 12 – 24
- 3 – 4
- до 1
- 4 – 6

Патогномоничным для саркоидоза считается паралич Белла, который характеризуется

- благоприятным прогнозом
- крайне редкой встречаемостью (1:1500000)
- постепенным развитием с максимумом развития на 14 день
- отсутствием эффекта от лечения

Развитие синдрома Лёфгрена свидетельствует о/об + _____ + саркоидоза

- склонности к рецидивирующему течению
- остром дебюте
- первично хроническом течении
- рефрактерности к лечению глюкокортикостероидами

Причиной появления кашля в дебюте саркоидоза наиболее часто является

- вовлечение стенок бронхов
- развитие бронхиальной гиперреактивности
- поражение плевры
- повышенный синтез ангиотензинпревращающего фермента

Типичным кожным проявлением внелёгочного саркоидоза является

- быстро прогрессирующая саркома
- саркоид Бека
- подошвенный гипергидроз
- сетчатое ливедо

Гранулематозным процессом является

- быстро прогрессирующая саркома
- саркоид Бека
- подошвенный гипергидроз
- сетчатое ливедо

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 60 лет.

Жалобы

* на выраженную одышку при малейшей физической нагрузке (до 100 м или после нескольких минут ходьбы по ровной местности) * на кашель с небольшим количеством слизистой мокроты * на плохую переносимость физических нагрузок низкой интенсивности

Анамнез заболевания

Около 15 лет назад пациент впервые стал отмечать одышку при значительных физических нагрузках, которая со временем нарастала, стал ходить по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, толерантность к физическим нагрузкам снижалась, присоединился малопродуктивный кашель. Лечение не получал. В течение последней недели отметил увеличение выраженности одышки.

Анамнез жизни

- пациент курит в течение 40 лет по 1 пачке сигарет в день - в течение 30 лет работал электриком и газосварщиком

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6°C. ИМТ – 22 кг/м². Диффузный тёплый цианоз. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание ослаблено над всей поверхностью лёгких, выслушиваются сухие свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД 22 в мин. Пульс 88 в мин. АД 120 и 80 мм рт.ст. SpO₂ ~ 93%.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- быстро прогрессирующая саркома
- саркоид Бека
- подошвенный гипергидроз
- сетчатое ливедо

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза у этого пациента следует провести

- быстро прогрессирующая саркома
- саркоид Бека
- подошвенный гипергидроз
- сетчатое ливедо

Результаты обследования

Какой основной диагноз?

- быстро прогрессирующая саркома
- саркоид Бека
- подошвенный гипергидроз
- сетчатое ливедо

Диагноз

В качестве осложнения основного заболевания у пациента имеется

- эмпиема плевры
- дыхательная недостаточность
- тромбоэмболия легочной артерии
- полисегментарная пневмония

Определение выраженности клинических симптомов у пациента возможно провести по шкалам

- CAT, mMRC
- MDRD, CKD-EPI
- HAS-BLED, CHA₂DS₂-VASc
- CURB-65, SMART-COP

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит

- обнаружение большого числа лейкоцитов в цитологическом анализе мокроты
- значение ОФВ1 < 70%
- участие вспомогательной дыхательной мускулатуры
- значение ОФВ1/ФЖЕЛ < 0,7

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- бронходилататоры через небулайзер в сочетании с коротким курсом пероральных или ингаляционных глюкокортикостероидов
- метилксантин пролонгированного действия в сочетании с муколитиком через небулайзер
- антибактериальный препарат через небулайзер в сочетании с внутривенным введением метилксантина

- антибактериальный препарат в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом через небулайзер

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- м-холинолитика короткого действия с М-холинолитиком длительного действия
- β_2 -адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия
- β_2 -адреномиметика короткого действия с β_2 -адреномиметиком длительного действия
- β_2 -адреномиметика короткого действия с М-холинолитиком короткого действия

В план лечения пациента дополнительно необходимо включить

- назначение иммуностимуляторов
- назначение муколитиков на постоянной основе
- электростимуляцию диафрагмы
- тренировки дыхательной мускулатуры

В качестве мероприятий по профилактике рекомендуется

- проведение вакцинации по графику
- назначение противокашлевых препаратов на постоянной основе
- назначение ингаляций простациклина через небулайзер
- превентивное назначение антибактериальных препаратов

Необходимо предусмотреть вакцинацию пациента с ХОБЛ против

- гемофильной инфекции
- гриппа
- коклюша
- туберкулёза

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать

- гемофильной инфекции
- гриппа
- коклюша
- туберкулёза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 63 лет.

Жалобы

* кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой * экспираторная одышка в покое, усиливающаяся при небольшой физической нагрузке * общая слабость * повышенное потоотделение * субфебрильная температура * отеки голеней и стоп

Анамнез заболевания

С детства пациентка часто страдала острыми респираторными заболеваниями, характеризовавшимися затяжным течением. Неоднократно лечилась амбулаторно и стационарно по поводу повторных пневмоний. В течение последних 15 лет беспокоит постоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой, затем появилась одышка. В течение последних 2 лет возникли отеки на ногах. Лечение ранее не получала, к врачам не обращалась. Настоящее ухудшение около 1 недели назад, связано с ОРВИ, на фоне которой усилились кашель и одышка, увеличилось количество отделяемой мокроты, повысилась температура тела до субфебрильных цифр, появилась потливость.

Анамнез жизни

- пациентка курила на протяжении 28 лет по 1-1,5 пачки сигарет в сутки - работала в химической промышленности, в условиях воздействия органических веществ, в настоящее время не работает - аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка бочкообразная. Перкуторный звук коробочный. При аускультации дыхание ослабленное, с удлиненным выдохом, большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов. ЧДД 26 в мин. Границы сердца: правая на 2,5 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье, левая на 1,5 см кнутри от *lin. medioclavicularis sinistra*. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в минуту. АД 135/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 4 см. Голени и стопы отечны.

Для постановки диагноза необходимо провести

- гемофильной инфекции
- гриппа
- коклюша
- туберкулёза

Результаты обследования

Для выявления, оценки выраженности и морфологической характеристики эмфиземы лёгких пациентке следует провести

- гемофильной инфекции
- гриппа

- коклюша
- туберкулёза

Результаты обследования

Для проведения дифференциальной диагностики дополнительно необходимо провести

- гемофильной инфекции
- гриппа
- коклюша
- туберкулёза

Результаты обследования

Основной диагноз можно сформулировать как

- Бронхиальная астма инфекционно-аллергическая, средней степени тяжести, персистирующая, не контролируемая, гормонзависимая, в фазе обострения
- Хроническая обструктивная болезнь лёгких II степени нарушения бронхиальной проходимости, с выраженными клиническими симптомами, в фазе обострения
- Саркоидоз легких и внутригрудных лимфоузлов, морфологически не верифицированный, с неспецифическими проявлениями активности, стабильное течение
- Интерстициальное заболевание легких: идиопатический легочный фиброз, стадия сформированного сотового легкого, обострение

У данной пациентки ХОБЛ соответствует +_____+ типу

- Бронхиальная астма инфекционно-аллергическая, средней степени тяжести, персистирующая, не контролируемая, гормонзависимая, в фазе обострения
- Хроническая обструктивная болезнь лёгких II степени нарушения бронхиальной проходимости, с выраженными клиническими симптомами, в фазе обострения
- Саркоидоз легких и внутригрудных лимфоузлов, морфологически не верифицированный, с неспецифическими проявлениями активности, стабильное течение
- Интерстициальное заболевание легких: идиопатический легочный фиброз, стадия сформированного сотового легкого, обострение

Диагноз

В качестве осложнений основного заболевания у пациента имеются

- дыхательная недостаточность и правожелудочковая сердечная недостаточность
- пневмоторакс и эмпиема плевры
- острый инфаркт миокарда и синдром Дресслера
- артериальная гипертензия и гипертоническая ангиопатия сетчатки

Изменения в общем анализе крови можно трактовать как проявления

- аллергической реакции
- общевоспалительного ответа
- вторичного эритроцитоза
- вторичного иммунодефицита

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- недокромил натрия через дозированный аэрозольный ингалятор
- ипратропия бромид через небулайзер
- кромоглициевая кислота через дозированный аэрозольный ингалятор
- лизаты бактерий в таблетированной форме

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить

- противогрибковый (амфотерицин В) и иммуносупрессирующий препарат (дексаметазон)
- ритмурежающий (атенолол) и противокашлевой препарат (либексин)
- антибактериальный (сульфаметоксазол / триметоприм) и противокашлевой препарат (кодеин)
- муколитический (N-ацетилцистеин) и антибактериальный препарат (амоксциллин / клавуланат)

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить

- β_2 -адреноблокатор короткого действия и М-холиномиметик короткого действия
- β_2 -адреномиметик длительного действия и М-холинолитик длительного действия
- β_2 -адреноблокатор длительного действия и М-холиномиметик длительного действия
- β_2 -адреномиметик короткого действия и М-холинолитик короткого действия

В качестве лечения осложнений основного заболевания необходимо назначить

- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты

- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Необходимо предусмотреть вакцинацию против

- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому в поликлинику обратилась пациентка 56 лет.

Жалобы

* повышение температуры тела до 38,0°C * кашель с отделением вязкой, плохо откашливаемой мокроты зеленоватого оттенка * одышка при небольшой физической нагрузке * общая слабость * потливость

Анамнез заболевания

На протяжении около 16 лет пациентка отмечала кашель с отделением небольшого количества мокроты. Последние 10 лет присоединилась одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гнуйности мокроты, с повышением температуры тела до фебрильных значений, по поводу чего самостоятельно принимала разные группы антибактериальных препаратов. 5 дней назад после переохлаждения отметила настоящее ухудшение состояния. Эффект от приема микстуры от кашля не отметила.

Анамнез жизни

- пациентка курит с 20 лет по 1 пачке сигарет в день - ранее работала переводчиком, в настоящее время не работает - аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,2°C. ИМТ 25,5 кг/м². Кожные покровы горячие на ощупь. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД 24 в мин. SpO₂ ~ 96%. Пульс 108 уд/мин. АД 125 и 70 мм рт.ст.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител

- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза следует провести

- длительную кислородотерапию, мочегонные препараты
- длительную кислородотерапию, неселективные бета-адреноблокаторы
- гипербарическую оксигенацию, введение моноклональных антител
- физиотерапию, инъекции пролонгированных глюкокортикостероидов

Результаты обследования

У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы и васкулитом
- инфарктом миокарда, миокардитом и отёком лёгких

Основной диагноз можно сформулировать как

- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- стриктурой дыхательных путей, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- обострением инфекционно-зависимой бронхиальной астмы и васкулитом
- инфарктом миокарда, миокардитом и отёком лёгких

Диагноз

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит снижение + _____ + <70%

- ОФВ~1~
- ОФВ~1~/ФЖЕЛ
- ФЖЕЛ
- ЖЕЛ

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- рофлумаил перорально
- фенотерол через небулайзер
- сальбутамол перорально
- недокромил натрия через дозированный аэрозольный ингалятор

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить
+ _____ + препарат

- противогрибковый (амфотерицин В)
- муколитический (N-ацетилцистеин)
- противокашлевой (кодеин)
- противовирусный (амантадин)

К показаниям для назначения антибактериального препарата пациентке следует отнести

- усиление одышки, увеличение объема и степени гнойности мокроты
- тахикардию, тахипноэ и большое количество альвеолярных макрофагов в мокроте
- общую слабость, потливость, лихорадку и увеличение СОЭ
- рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, спиральи Куршмана в мокроте

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить

- длительнодействующие бетаагонист и антихолинергик
- короткодействующие бетаагонист и антихолинергик
- комбинацию антибактериального и муколитического препаратов
- метилксантин короткого действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом

В дальнейшем пациентка получает длительно действующие бронходилататоры, однако продолжает переносить частые обострения, при спирометрии ОФВ₁ снижается <50%. На длительный прием целесообразно будет назначить

- сурфактант (куросурф)
- фенспирид (эреспал)
- рофлумиласт (даксас)
- бутамират (омнитус)

Для улучшения дренажа дыхательных путей при обострении хронической обструктивной болезни легких рекомендуется использовать
+ _____ + вентиляцию легких

- искусственную
- неинвазивную
- инвазивную
- перкуссионную

Всем пациентам с хронической обструктивной болезнью легких рекомендуется

- искусственную
- неинвазивную
- инвазивную
- перкуссионную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приём к врачу-терапевту участковому обратился пациент 56 лет.

Жалобы

* повышение температуры тела до 38,5°C * кашель с отделением жёлто-зелёной вязкой мокроты * одышка при незначительной физической нагрузке (подъём по лестнице на несколько ступеней) * общую слабость

Анамнез заболевания

Около 25 лет пациент отметил возникновение кашля с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты. Последние 10 лет беспокоит одышка при физической нагрузке и частые простудные заболевания, проявляющиеся усилением кашля, увеличением количества и гнойности мокроты, повышением температуры тела. За прошедший год 2 раза находился на стационарном лечении в связи с усилением имеющихся симптомов. Настоящее ухудшение состояния в течение 4 дней. Самостоятельно начал приём амброксола, парацетамола без значимого эффекта.

Анамнез жизни

- пациент курит с 26 лет по 20 сигарет в сутки - работает в офисе с документами

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,5°C. ИМТ 27 кг/м². Кожные покровы цианотичны, горячие на ощупь. Грудная клетка бочкообразная, в акте дыхания участвует вспомогательная дыхательная мускулатура. Над лёгкими при перкуссии – коробочный звук. При аускультации – дыхание жёсткое, проводится во все отделы, выслушиваются рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. ЧДД 20 в мин. Пульс 105 уд/мин. АД 110 и 70 мм рт.ст.

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

- искусственную
- неинвазивную
- инвазивную
- перкуссионную

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов исследования обязательно следует провести

- искусственную
- неинвазивную
- инвазивную
- перкуссионную

Результаты инструментальных методов обследования

Для определения переносимости физической нагрузки рекомендуется проведение

- сцинтиграфии миокарда
- теста с 6-минутной ходьбой
- коронароангиографии
- стресс-эхокардиографии

У пациента с приведенной клинической картиной дифференциальный диагноз должен проводиться между

- ларингоспазмом, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- инфарктом миокарда, некомпактным миокардом и кардиомиопатией
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- аспириновой триадой, аспергиллезом лёгких и васкулитом

Основной диагноз можно сформулировать как

- ларингоспазмом, пролапсом трахеи и психогенным кашлем
- инфарктом миокарда, некомпактным миокардом и кардиомиопатией
- пневмонией, обострением хронического бронхита и ХОБЛ
- аспириновой триадой, аспергиллезом лёгких и васкулитом

Диагноз

Обязательным критерием диагноза ХОБЛ служит снижение $+ \text{_____} + < 70\%$

- ОФВ₁~/ФЖЕЛ
- ОЕЛ
- ЖЕЛ
- ОФВ₁~

Для лечения обострения заболевания необходимо назначить

- недокромил натрия через дозированный ингалятор
- ипратропий через небулайзер
- дексаметазон внутривенно
- сальбутамол перорально

Наряду с бронхолитическими средствами пациенту необходимо назначить
+ _____ + препарат

- противокашлевой (кодеин)
- противогрибковый (флуконазол)
- антибактериальный (амоксциллин/клавулановая кислота)
- ритмурежающий (атенолол)

После проведенного лечения у пациента купировано обострение заболевания. Для дальнейшего лечения стабильного течения заболевания необходимо назначить комбинацию

- метилксантина короткого действия и длительного действия
- β_2 -адреномиметика длительного действия с М-холинолитиком длительного действия
- м-холинолитика короткого действия с м-холинолитиком длительного действия
- β_2 -адреномиметика короткого действия с β_2 -адреномиметиком длительного действия

При ведении пациента с бронхитическим фенотипом ХОБЛ с частыми обострениями заболевания на длительный прием целесообразно назначение

- рофлумапта (даксас)
- метилпреднизолона (метипред)
- бутамира (омнитус)
- фенспирида (эреспал)

Молодым пациентам с быстро прогрессирующей хронической обструктивной болезнью легких, при наличии эмфиземы преимущественно в базальных отделах легких рекомендуется определение уровня

- α_1 -антитрипсина
- альфафетопротейна
- α_2 -глобулина
- мозгового натрийуретического пептида

Обязательные мероприятия по изменению образа жизни должны включать

- α_1 -антитрипсина
- альфафетопротейна
- α_2 -глобулина
- мозгового натрийуретического пептида

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 28 лет поступил в стационар для обследования и лечения по направлению участкового терапевта с диагнозом: обострение хронического бронхита.

Жалобы

Субфебрильная температура 37.5-37.9°C, ломота в теле, повышенная потливость, особенно ночью, усиление кашля и увеличение отхождения мокроты. Мокрота желто-зеленая, в большом количестве, иногда «мокрота полным ртом». Одышка при повышенной физической нагрузке.

Анамнез заболевания

В раннем детстве неоднократно болел пневмонией, во взрослом возрасте отмечает частые простудные заболевания, сопровождающиеся продуктивным кашлем со светлой, иногда – зеленоватой мокротой. В холодные времена года кашель усиливается, часто бывал затяжной субфебрилитет. Лечение проводилось в амбулаторных условиях, состояние больного расценивалось врачами как хронический бронхит, нередко назначался кодеин. Последнее ухудшение состояния – в течение последних 5 дней: субфебрильная температура до 37.5-37.9°C, ломота в теле, повышенная потливость, общая слабость и недомогание, усиление кашля и увеличение отхождения мокроты. Мокрота желто-зеленая, в большом количестве, иногда «мокрота полным ртом». Эффект от проводимой терапии (ампициллин, лазолван per os) не достаточный, несмотря на общее улучшение самочувствия жалобы сохраняются и появилась одышка при повышенной физической нагрузке.

Анамнез жизни

* По специальности инженер * Алкоголем не злоупотребляет. * Курит по 0,5 пачки сигарет в день в течении 10 лет (5 пачек/лет). * В детстве перенес коклюш, несколько пневмоний в раннем детстве. * Аллергических реакций не было * Отец страдает хроническим бронхитом, ИБС, ГБ; мать страдает ГБ.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Астеническое телосложение. Температура тела 37,7°C. Грудная клетка обычной формы. ЧДД 18 в минуту. При перкуссии: небольшое притупление перкуторного звука в нижних отделах слева и справа, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких. Слева и справа под лопаткой определяется область сухих жужжащих хрипов и разнокалиберных влажных хрипов. АД 100/60 мм рт. ст. ЧСС 91 в минуту. При аускультации - сердечные тоны ритмичные, I тон не изменен, акцента II тона нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- α1-антитрипсина
- альфафетопroteина
- α2-глобулина
- мозгового натрийуретического пептида

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- α 1-антитрипсина
- альфафетопротеина
- α 2-глобулина
- мозгового натрийуретического пептида

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- α 1-антитрипсина
- альфафетопротеина
- α 2-глобулина
- мозгового натрийуретического пептида

Диагноз

На основании выявления у больного SpO₂ 90%, ему может быть установлен диагноз дыхательной недостаточности + _____ + степени

- 3
- 1
- 4
- 2

При обострении бронхоэктазов необходимой этиотропной терапией являются

- муколитики
- антибиотики
- глюкокортикоиды
- бронхолитики

К препарату выбора при антибактериальной терапии у данного пациента относится

- тетрациклин
- цефтриаксон
- гентамицин
- амоксициллин

Помимо антибиотиков данному пациенту необходимо назначение препарата из группы

- антиагрегационных препаратов
- антифибротических препаратов
- муколитических препаратов
- мочегонных препаратов

Для улучшения санации бронхоальвеолярного дерева пациенту нужно выполнить

- бронхоальвеолярный лаваж
- рентгенотерапевтическое лечение
- магнитотерапевтическое лечение
- пункцию плевральной полости

С учетом сохраняющейся одышки и выявленной при ФВД частично обратимой бронхиальной обструкции больному могут быть назначены

- антиагреганты
- бронхолитики
- вазодилататоры
- мочегонные

К немедикаментозному методу лечения, рекомендованному для больных с бронхоэктазами относится

- дренажная дыхательная гимнастика
- психотерапевтический метод лечения
- экстракорпоральный метод лечения
- небулайзерная терапия

К заболеванию, которое необходимо исключить у пациентов с диагностированными бронхоэктазами в молодом возрасте, относится

- муковисцидоз
- идиопатический легочный фиброз
- амилоидоз
- фенилкетонурия

Скрининговым методом диагностики муковисцидоза является

- муковисцидоз
- идиопатический легочный фиброз
- амилоидоз
- фенилкетонурия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 55 лет поступил в стационар для обследования и лечения по направлению участкового терапевта с диагнозом: Хронический бронхит, обострение.

Жалобы

Общая слабость, ночная потливость, одышка при умеренной физической нагрузке, кашель с большим количеством мокроты слизисто-гнойного характера, иногда «мокрота полным ртом».

Анамнез заболевания

С детства страдает хроническим бронхитом с частыми обострениями. Около года назад переехал из деревни в город и работает кладовщиком в сыром, холодном помещении. В связи с чем, частота обострений заболевания увеличилась. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 2 недель, обратился к участковому терапевту по месту жительства, проводилась терапия ампициллином, бромгексином. Состояние улучшилось - температура тела снизилась до субфебрильных цифр, однако, сохраняется общая слабость, ночная потливость, одышка при умеренной физической нагрузке, кашель с отделением большого количества мокроты («полным ртом») слизисто-гнойного характера. Направлен в стационар для обследования и подбора терапии.

Анамнез жизни

* По специальности механик, но последнее время работает кладовщиком в сыром, холодном помещении. * Алкоголем не злоупотребляет. * Курил с 18 лет до 50 лет по 1 пачке сигарет в день (32 пачек/лет). * В детстве перенес краснуху, коклюш, пневмонию. * Аллергических реакций не было * Отец страдал хроническим бронхитом, ИБС, умер от ОИМ; мать страдает ГБ.

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Астенической конституции, бледен. Температура тела 37,4°C. Грудная клетка обычной формы. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание с удлиненным выдохом, выслушиваются рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон – разнокалиберные влажные хрипы ЧДД 22 в минуту. + Тоны сердца удовлетворительной звучности, ритмичны. Пульс 88 в минуту. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- муковисцидоз
- идиопатический легочный фиброз
- амилоидоз
- фенилкетонурия

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- муковисцидоз
- идиопатический легочный фиброз
- амилоидоз
- фенилкетонурия

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- муковисцидоз
- идиопатический легочный фиброз
- амилоидоз
- фенилкетонурия

Диагноз

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно установить ДН степень

- 4
- 1
- 2
- 3

При обострении бронхоэктатической болезни необходимой этиотропной терапией является назначение

- глюкокортикоидов
- антибиотиков
- муколитиков
- бронхолитиков

К препарату выбора при антибактериальной терапии у данного пациента относится

- амоксициллин
- гентамицин
- цефтриаксон
- тетрациклин

Помимо антибиотиков, данному пациенту необходимо назначение препарата из группы + _____ + препаратов

- мочегонных
- антифибротических
- антиагрегационных
- муколитических

Для улучшения санации бронхоальвеолярного дерева пациенту нужно выполнить

- магнитотерапевтическое лечение
- санационную фибробронхоскопию
- рентгенотерапевтическое лечение
- пункцию плевральной полости

Учитывая наличия дыхания с удлиненным выдохом и рассеянных сухих хрипов, к лечению необходимо добавить

- вазодилататоры
- мочегонные
- бронхолитики
- антиагреганты

К необходимой рекомендации по коррекции образа жизни относится

- соблюдение гипоаллергенного быта
- увеличение физической нагрузки
- отказ от курения никотина
- отказ от употребления соли

К профилактике обострения бронхоэктазов относится

- занятие плаванием, бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков
- проведение вакцинации

Для оценки функциональной способности бронхолегочной системы пациенту необходимо назначить исследование

- занятие плаванием, бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков
- проведение вакцинации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 42 лет направлен к пульмонологу участковым терапевтом.

Жалобы

Кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты, повышение температуры до 38,6°C, общая слабость.

Анамнез заболевания

Заболел остро 5 дней назад, когда после переохлаждения (попал под дождь) повысилась температура до 38°C, беспокоила головная боль, боли в мышцах, саднение по ходу трахеи, сухой кашель. Лечился самостоятельно (парацетамол, арбидол). Улучшения самочувствия не было, сохранялась лихорадка, усилился кашель. Обратился к терапевту, которым с приема был направлен на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, хронические заболевания отрицает. * Работает программистом. * Не курит, алкоголь употребляет умеренно. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура 37,9°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Слева в нижнебоковых отделах укорочение перкуторного звука, там же несколько усилено голосовое дрожание. В этой зоне характер дыхания бронхиальный, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 100 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют.

Лабораторным методом исследования, необходимым для постановки диагноза в амбулаторных условиях, является

- занятие плаванием, бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков
- проведение вакцинации

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- занятие плаванием, бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков
- проведение вакцинации

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- занятие плаванием, бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков
- проведение вакцинации

Диагноз

Степень тяжести заболевания и прогноз у данного пациента в амбулаторных условиях можно оценить с помощью

- шкалы CURB/CRB-65
- SAT теста
- шкалы mMRC
- критериев IDSA/ATS

С учетом оценки степени тяжести пневмонии и риска неблагоприятного прогноза (1 группа по шкале CRB-65) госпитализация пациенту

- необходима в дневной стационар поликлиники
- не требуется
- необходима в общетерапевтическое отделение
- обязательна в пульмонологическое отделение

Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у данного пациента являются

- респираторно-синцитиальный вирус, коронавирус
- S. aureus, Enterobacteriaceae
- Escherichia coli, Legionella spp
- S. pneumoniae, C. pneumoniae

Больному в амбулаторных условиях в качестве стартовой антибактериальной терапии показано назначение

- респираторных фторхинолонов (левофлоксацин)
- цефалоспоринов 2 поколения (цефуроксим)
- аминопенициллинов (амоксциллин)
- цефалоспоринов 3 поколения (цефтриаксон)

Рекомендуемым путем введения антибактериального препарата у пациента, не нуждающегося в госпитализации, является

- ступенчатый (2-3 дня парентеральный с переходом на пероральный)

- внутривенный
- внутримышечный
- пероральный

Эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии необходимо оценить через + _____ + часа/часов после начала лечения

- 6–8
- 48–72
- 24
- 10–12

Критериями эффективности антибактериальной терапии пневмонии являются

- сохранение лихорадки, умеренный гипергидроз, изменение характера кашля (прекращается отделение мокроты)
- появление ночной потливости и познобливания в вечернее время, изменение характера кашля (становится продуктивным)
- снижение температуры, уменьшение общей слабости и выраженности кашля
- исчезновение тахикардии, несмотря на сохраняющуюся лихорадку, откашливание слизисто-гнойной мокроты

Остаточные изменения на рентгенограмме (инфильтрация, усиление легочного рисунка) могут сохраняться в течение + _____ + после перенесенной пневмонии

- 3–4 недель
- 6–8 недель
- 3 месяцев
- 2 недель

Диспансерное наблюдение после перенесенной внебольничной пневмонии является

- 3–4 недель
- 6–8 недель
- 3 месяцев
- 2 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 20 лет, студент, живет в общежитии. Доставлен в приемное отделение бригадой скорой помощи.

Жалобы

Кашель с трудноотделяемой светлой мокротой, повышение температуры до 39°C, общая слабость, разбитость, боли колющего характера при дыхании и кашле в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Заболел остро 3 дня назад, когда после переохлаждения (длительное время находился на улице в мороз) появился озноб, головная боль, повысилась температура до 39°C, беспокоила головная боль, боли в мышцах, сухой кашель. Принимал парацетамол без эффекта. Сохранялась лихорадка, усилился кашель, появилась боль в грудной клетке при дыхании. Вызвал «скорую», которая доставила пациента в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, 5 лет назад аппендэктомию. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * За пределы области за последний год не выезжал.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести за счет интоксикации. Вес 70 кг, рост 174 см. ИМТ 23,7 кг/м². Температура 38,8°C. Гиперемия лица. _Herpes labialis_. Кожные покровы чистые, влажные. Зев незначительно гиперемирован. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Левая половина грудной клетки несколько отстаёт при дыхании. Слева от угла лопатки укорочение перкуторного звука, там же голосовое дрожание усилено. В этой зоне характер дыхания бронхиальный, выслушивается нежная крепитация. Над остальной поверхностью легких – перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 110 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Лабораторным методом обследования, необходимым для постановки диагноза на уровне приемного отделения, является

- 3-4 недель
- 6-8 недель
- 3 месяцев
- 2 недель

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальным методам обследования на уровне приемного отделения относят

- 3-4 недель
- 6-8 недель
- 3 месяцев

- 2 недель

Результаты инструментальных методов обследования

Пациент госпитализирован в отделение пульмонологии с диагнозом

- 3-4 недель
- 6-8 недель
- 3 месяцев
- 2 недель

Диагноз

Степень тяжести заболевания и прогноз у данного госпитализированного пациента необходимо оценить с помощью

- APACHE II
- шкалы mMRC
- SAT теста
- шкалы SMART-COP

Для исключения возможной органной дисфункции на фоне пневмонии пациенту должно быть назначено выполнение

- анализа крови на альфа 1-антитрипсин
- биохимического анализа крови
- анализа кала на копрограмму
- исследования крови на Д-димер

Компьютерная томография легких у данного пациента является

- обязательной в связи с обширностью поражения (нижняя доля слева)
- необязательной, так как клинико-рентгенологическая картина типична для пневмонии
- обязательной для проведения дифференциальной диагностики с ателектазом
- необязательной, так как пациент молодого возраста, без заболеваний легких в прошлом

Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у данного пациента являются

- *S. pneumoniae*, *C. pneumoniae*
- *Escherichia coli*, коронавирус
- *S. aureus*, *Enterobacteriaceae*
- *Campylobacter jejuni*, *Legionella* spp.

Больному в качестве стартовой антибактериальной терапии показано назначение

- гентамицина парентерально
- ципрофлоксацина внутрь
- ампициллина парентерально
- эртапенема парентерально

Наиболее оптимальная длительность курса антибактериальной терапии для данного пациента составляет + _____ + дней

- 4
- 7
- 14
- 11

Респираторная поддержка данному пациенту + _____ + , так как + _____ + (обоснуйте ответ)

- не показана; SpO₂ у него 92% при поступлении
- показана; частота дыхания при поступлении 22 в мин
- не показана; объем форсированного выдоха за 1 секунду соответствует должному показателю
- показана; инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю левого легкого

Всем госпитализированным пациентам с пневмонией в соответствии со стандартом специализированной медицинской помощи показано выполнение

- ИФА для обнаружения антител к ВИЧ
- спирометрии с бронходилатационным тестом
- пикфлоуметрии в течение двух недель
- фибробронхоскопии при выписке

После перенесенной пневмонии у пациента в течение 3 – 4 недель продолжают выслушиваться сухие хрипы, что может быть обусловлено

- ИФА для обнаружения антител к ВИЧ
- спирометрии с бронходилатационным тестом
- пикфлоуметрии в течение двух недель
- фибробронхоскопии при выписке

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 50 лет, инженер. Доставлена в приемное отделение многопрофильной больницы бригадой скорой помощи

Жалобы

Подъем температуры до 39,6°C, боль в правом боку на вдохе, усиливающаяся при кашле; одышка в покое; выраженная общая слабость; кашель с отделением небольшого количества вязкой серой мокроты

Анамнез заболевания

Больна в течение четырех дней. После сильного переохлаждения появился потрясающий озноб, повысилась температура до 39,5°C, стала беспокоить одышка, со вчерашнего дня присоединились боли в грудной клетке при кашле, стала откашливать серого цвета мокроту в небольшом количестве.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, около 3 лет артериальная гипертензия 2 степени, лечения не получает, Два года назад холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни. * Курит до 10 сигарет в день (ИК 10 пачек/лет), алкоголь употребляет умеренно. * Аллергоанамнез без особенностей. * Контакта с профессиональными вредностями нет. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * За пределы области за последний год не выезжала.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Лежит с приподнятым головным концом. Отмечается бледность кожных покровов, герпетические высыпания на губах, легкая цианотичность губ. T=39°C, PS=102 в минуту, слабый. АД 80/50 мм рт. ст. Число дыханий 28 в минуту. При осмотре грудной клетки правая половина отстаёт при дыхании. Справа от угла лопатки выявлено притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания, выслушивается бронхиальное дыхание, нежная крепитация, на ограниченном участке шум трения плевры. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

На уровне приемного отделения для постановки диагноза пациентке необходимо выполнить

- ИФА для обнаружения антител к ВИЧ
- спирометрии с бронходилатационным тестом
- пикфлоуметрии в течение двух недель
- фибробронхоскопии при выписке

Результаты обследования

В приемное отделение вызван пульмонолог, который для оценки тяжести состояния пациентки и решения вопроса о месте ее лечения использовал шкалу SMRT-CO (результат – 5 баллов). В соответствии с этим пациентка направлена в

- дневной стационар поликлиники по месту жительства
- поликлинику по месту жительства для лечения на дому
- пульмонологическое отделение стационара круглосуточного пребывания

- отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациентке поставлен диагноз

- дневной стационар поликлиники по месту жительства
- поликлинику по месту жительства для лечения на дому
- пульмонологическое отделение стационара круглосуточного пребывания
- отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ)

Диагноз

Для оценки выраженности органных дисфункций и развития осложнений у госпитализированной пациентки с тяжелой внебольничной пневмонией должно быть назначено исследование

- биохимического анализа крови
- натрийуретического пептида (BNP) в плазме крови
- альфа1-антитрипсина в венозной крови
- антител к микросомальному антигену (АТПО)

Пациентке необходимо выполнить исследование газов артериальной крови, так как

- рентгенологически выявлена обширная инфильтрация в легочной ткани
- выявлено наличие острой ДН с SpO₂ ~ 87% по данным пульсоксиметрии
- у пациентки имеется тахикардия 102 в минуту и тахипноэ 28 в минуту
- оно выполняется всем пациентам с пневмонией, независимо от степени тяжести

Антибактериальная терапия данной пациентке должна быть начата

- в течение первого часа
- не позже 24 часов
- в течение 12 часов
- после выполнения бактериологического исследования мокроты

В качестве стартовой антибактериальной терапии показано назначение

- ванкомицина с рифампицином
- ципрофлоксацина с гентамицином
- азитромицина с тетрациклином
- амоксициллина/ клавуланата с азитромицином

Эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии необходимо оценить через

- 24 часа

- 7 дней
- 5 дней
- 48-72 часа

Помимо антибактериальной терапии пациентке необходимо назначение

- ангиопротекторов и антигистаминных
- спазмолитиков и антиагрегантов
- глюкокортикостероидов и антикоагулянтов
- витаминов группы В и статинов

Критериями эффективности назначенной антибактериальной терапии пневмонии являются

- сохранение лихорадки, умеренный гипергидроз, изменение характера кашля (прекращается отделение мокроты)
- исчезновение тахикардии, несмотря на сохраняющуюся лихорадку, откашливание слизисто-гнойной мокроты
- появление ночной потливости и познания в вечернее время, изменение характера кашля (становится продуктивным)
- снижение температуры, уменьшение общей слабости и выраженности кашля

Пациентке показана респираторная поддержка (оксигенотерапия), так как

- при поступлении и в последующие часы сохраняется тахикардия более 90 в минуту
- физикальная картина указывает на вовлечение в процесс плевры
- инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю правого легкого
- сатурация SpO₂ - 87%

Сохранение остаточных изменений на рентгенограмме (инфильтрация, усиление легочного рисунка) после перенесенной пневмонии возможно в течение

- при поступлении и в последующие часы сохраняется тахикардия более 90 в минуту
- физикальная картина указывает на вовлечение в процесс плевры
- инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю правого легкого
- сатурация SpO₂ - 87%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 46 лет, безработный. Госпитализирован в пульмонологическое отделение по направлению участкового терапевта.

Жалобы

Субфебрильная температура 37,4 – 37,6°C, сухой кашель, прогрессирующая одышка при нагрузке, выраженная общая слабость, потливость, потеря веса (похудел за последние три месяца на 10 кг), дискомфорт за грудиной, появляющийся при глотании.

Анамнез заболевания

Больным себя считает около месяца, когда появились и стали прогрессировать вышеописанные жалобы. Обратился в поликлинику по месту жительства, был направлен на обследование и лечение в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные, дважды за последние полгода лечился по поводу опоясывающего лишая. В связи с потерей веса перед госпитализацией амбулаторно выполнил ЭГДС, выявлен кандидозный эзофагит, хронический гастродуоденит. * Курит до 10 сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно, ранее употреблял наркотики (героин), отрицает их употребление в настоящее время. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * За пределы области за последний год не выезжал.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 54 кг, рост 172 см. ИМТ 18,25 кг/м². Температура 37,2°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. По передне-боковой поверхности грудной клетки участки пигментации (следы перенесенного Н. Zoster). Следов инъекций в локтевых сгибах, паховых областях нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы плотноватой консистенции, подвижные, безболезненные, размерами 1 - 2 см в диаметре. Герпетические высыпания на губах. Язык обложен неровным фестончатым сероватым налетом. Обе половины грудной клетки участвуют в дыхании одинаково. Перкуторный звук – легочный. Дыхание во всех отделах везикулярное с жестким оттенком, хрипы не выслушиваются. ЧД 24 в мин. Тоны сердца ясные, несколько приглушены, ритм правильный. ЧСС 98 в мин. АД 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Диурез без особенностей. Стул неустойчивый, отмечает частую диарею.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить

- при поступлении и в последующие часы сохраняется тахикардия более 90 в минуту
- физикальная картина указывает на вовлечение в процесс плевры
- инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю правого легкого
- сатурация SpO₂ - 87%

Результаты обследования

Инструментальные методы исследования, необходимые для постановки диагноза данному пациенту, включают

- при поступлении и в последующие часы сохраняется тахикардия более 90 в минуту
- физикальная картина указывает на вовлечение в процесс плевры
- инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю правого легкого
- сатурация SpO₂ - 87%

Результаты инструментальных методов обследования

Выявленные рентгенологические изменения в легких у пациента с положительным тестом на ВИЧ могут указывать на наличие

- интерстициального легочного фиброза
- двусторонней стафилококковой пневмонии
- хронической обструктивной болезни легких в стадии обострения
- пневмоцистной пневмонии

С учетом анамнеза, результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования выставлен диагноз

- интерстициального легочного фиброза
- двусторонней стафилококковой пневмонии
- хронической обструктивной болезни легких в стадии обострения
- пневмоцистной пневмонии

Диагноз

Лабораторным показателем, отражающим тяжесть пневмоцистной пневмонии у пациента, может служить

- альфа-1-антитрипсин
- лактатдегидрогеназа
- фибриноген
- серомукоид

Пациенту показано исследование газов артериальной крови, так как

- оно показано всем пациентам с пневмонией, независимо от степени тяжести
- рентгенологически выявлена обширная инфильтрация в легочной ткани
- выявлено наличие острой ДН с SpO₂ ~ 89%
- у пациента имеется интоксикация и одышка в покое

С учетом тяжести состояния пациента, длительной лихорадки и выявленного состояния иммунодефицита ему необходимо выполнить

- бактериологический анализ кала на патогенную кишечную группу
- исследование на *Helicobacter pylori*, IgA (количественно)
- бактериологическое исследование мочи на патогенную микрофлору

- культуральное исследование двух образцов венозной крови

Антимикробную терапию данному пациенту следует начать

- не позже 24 часов
- в течение первого часа
- после выполнения микробиологического исследования мокроты
- в течение 12 часов

В связи с вероятной пневмоцистной природой пневмонии больному показано назначение

- ампициллина/сульбактама 3 г внутривенно каждые 6-8 часов
- гентамицина 3-5 мг/кг/сут внутривенно каждые 24 часа
- триметоприма/сульфаметоксазола (ТМП/СМК) 5/25 мг/кг в сут в/в капельно каждые 8 часов
- левофлоксацина 0,5 г внутривенно каждые 12-24 часа

Ввиду опасности потенциального ухудшения, которое, вероятно, обусловлено разрушением пневмоцист в альвеолах, одновременно с основным лечением пневмоцистной пневмонии всегда должна осуществляться адъювантная терапия

- димедролом 1% 2 мл внутримышечно два раза в день в течение 5-10 дней
- пентоксифиллином 2% 5 мл на физиологическом растворе в/в в течение 5 дней
- преднизолоном в суточной дозе 1 мг/кг в течение 5–10 дней
- тиосульфатом натрия 30% 10 мл в/в в течение 10 дней

Длительность назначенной антимикробной терапии у данного пациента должна составлять + ____ + день/дней

- 7
- 21
- 10
- 14

К критериям достаточности антибактериальной терапии пневмонии относят

- 7
- 21
- 10
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 54-х лет обратилась на прием к пульмонологу

Жалобы

Общая слабость, потливость, кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты, повышение температуры до 38,3°C.

Анамнез заболевания

Заболела остро 7 дней назад, когда после переохлаждения (долгое время провела на морозе) повысилась температура до 38°C, появилась головная боль, боли в мышцах, першение в горле и по ходу трахеи, сухой кашель. Лечилась самостоятельно (аспирин, ингавирин). Самочувствие улучшилось незначительно, сохранялась лихорадка, усилился кашель, стала откашливать небольшое количество светлой мокроты.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, хронические заболевания отрицает * Работает продавцом в газетном киоске. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительно. Вес 82 кг, рост 168 см. ИМТ 29,05 кг/м². Температура 37,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Справа в нижнебоковых отделах укорочение перкуторного звука, там же несколько усилено голосовое дрожание. В этой зоне характер дыхания бронхиальный, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 90 в мин., АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют.

Лабораторным методом исследования, необходимым для постановки диагноза в амбулаторных условиях, является

- 7
- 21
- 10
- 14

Результаты лабораторного метода исследования

К необходимому для постановки диагноза на амбулаторном этапе инструментальным методам обследования относят

- 7
- 21
- 10

- 14

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования установлен диагноз

- 7
- 21
- 10
- 14

Диагноз

Степень тяжести заболевания и прогноз у пациентки можно оценить в амбулаторных условиях с помощью

- шкалы CURB/CRB-65
- критериев IDSA/ATS
- шкалы PORT
- шкалы mMRC

Главным путем инфицирования респираторных отделов легких и основным патогенетическим механизмом развития внебольничной пневмонии является

- инфицирование нижних отделов дыхательных путей облигатными возбудителями, например *Legionella spp*
- непосредственное распространение инфекции из соседних пораженных органов
- гематогенное распространение микроорганизмов из внелегочного очага инфекции
- аспирация содержимого ротоглотки

Наиболее вероятным возбудителем пневмонии у данной пациентки является

- {nbsp} *S. aureus*
- {nbsp} *L. pneumophila*
- {nbsp} *H.influenzae*
- {nbsp} *S. pneumoniae*

С учетом полученных данных (1 группа по шкале CRB-65) пациентка будет получать лечение в

- амбулаторных условиях на дому
- пульмонологическом отделении стационара круглосуточного пребывания

- общетерапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания
- дневном стационаре поликлиники

Пациентке в амбулаторных условиях в качестве стартовой антибактериальной терапии необходимо назначить

- тетрациклины (доксциклин)
- респираторные фторхинолоны (левофлоксацин)
- аминогликозиды (гентамицин)
- аминопенициллины (амоксциллин)

Рекомендуемый путь введения антибактериального препарата у пациентки

- внутримышечный
- пероральный
- ступенчатый: 2-3 дня парентерально с переходом на пероральный прием
- внутривенный

Эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии после начала лечения необходимо оценить через

- 7 дней
- 5 дней
- 24 часа
- 48-72 часа

Через 3 дня от начала лечения у пациентки сохраняется общая слабость, потливость, кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты, повышение температуры до 38,0°C, появилась боль при глубоком дыхании и кашле в правой половине грудной клетки и одышка. В данной ситуации необходимо

- добавить к лечению препараты группы НПВС
- добавить к лечению второй антибактериальный препарат
- направить пациентку на госпитализацию
- заменить пероральный путь введения антибактериального препарата на парентеральный

Стойкий субфебрилитет в пределах 37,0-37,2°C после перенесенной пневмонии может быть связан с

- добавить к лечению препараты группы НПВС
- добавить к лечению второй антибактериальный препарат
- направить пациентку на госпитализацию
- заменить пероральный путь введения антибактериального препарата на парентеральный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 44-х лет обратился на прием к пульмонологу.

Жалобы

Общая слабость, потливость, кашель с мокротой желтоватого цвета, боль в левой половине грудной клетки при кашле, повышение температуры до 38,4°C.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад, когда без видимых причин повысилась температура до 38,5°C, першение в горле и по ходу трахеи, сухой кашель. Лечился самостоятельно (парацетамол, ингавирин). Лихорадка сохранялась, стал ощущать боль при кашле в грудной клетке слева, усилился кашель, стала откашливаться желтоватая мокрота. Ранее (в течение двух лет) неоднократно обращался к терапевту в связи с беспокоящим кашлем с мокротой на фоне ОРВИ. Кашель беспокоит преимущественно весной и осенью.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, частые бронхиты, хронический простатит. * Работает водителем. * Курит ½ - 1 пачку сигарет в день в течение 20 лет, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез: не переносит анальгин (крапивница). * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительно. Вес 72 кг, рост 169 см. ИМТ 25,2 кг/м². Температура 37,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Слева под углом лопатки умеренное укорочение перкуторного звука, несколько усилено голосовое дрожание. Там же выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание с жестким оттенком, единичные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют.

Лабораторные методы исследования, необходимые для постановки диагноза в амбулаторных условиях, включают

- добавить к лечению препараты группы НПВС
- добавить к лечению второй антибактериальный препарат
- направить пациентку на госпитализацию
- заменить пероральный путь введения антибактериального препарата на парентеральный

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- добавить к лечению препараты группы НПВС
- добавить к лечению второй антибактериальный препарат
- направить пациентку на госпитализацию
- заменить пероральный путь введения антибактериального препарата на парентеральный

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинικο-лабораторных и инструментальных методов обследования установлен диагноз

- добавить к лечению препараты группы НПВС
- добавить к лечению второй антибактериальный препарат
- направить пациентку на госпитализацию
- заменить пероральный путь введения антибактериального препарата на парентеральный

Диагноз

Для оценки степени тяжести пневмонии и ее прогноза в амбулаторных условиях необходимо использовать

- шкалу PORT
- шкалу CURB/CRB-65
- CAT тест
- критерии IDSA/ATS

Главным путем инфицирования респираторных отделов легких и основным патогенетическим механизмом развития внебольничной пневмонии у пациента является

- инфицирование нижних отделов дыхательных путей облигатными возбудителями, например *Legionella* spp
- аспирация содержимого ротоглотки
- гематогенное распространение микроорганизмов из внелегочного очага инфекции
- непосредственное распространение инфекции из соседних пораженных органов

С учетом клинических данных, оценки риска по шкале CRB-65 (0 баллов) пациенту показано лечение в

- общетерапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания
- дневном стационаре поликлиники
- пульмонологическом отделении стационара круглосуточного пребывания
- амбулаторных условиях на дому

Больному в амбулаторных условиях в качестве стартовой антибактериальной терапии показано назначение

- линезолида 0,6 г внутрь каждые 12 ч
- доксициклина 0,2 г внутрь каждые 12 ч
- амоксициллина/клавуланата 0,5 г внутрь каждые 8 ч
- цефдиторена 4 г внутрь каждые 12 ч

Помимо антибактериальной терапии пациенту дополнительно показано назначение симптоматической терапии

- глюкокортикостероидными гормонами
- антигистаминными
- муколитиками
- иммуномодуляторами

Эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии после начала лечения оценивается через

- 48-72 часа
- 5 дней
- 24 часа
- 7 дней

Длительность обратного развития пневмонии обычно составляет +_____+ недели/недель

- 6 - 7
- 1-2
- 3 - 4
- 7 - 8

Стойкий субфебрилитет в пределах 37,0-37,2°C после перенесенной пневмонии может быть связан с

- вторичным иммунодефицитом
- парапневмоническим плевритом
- постинфекционной астенией
- развитием хронического сепсиса

Кашель и хрипы при аускультации в течение 3 – 4-х недель после пневмонии

- вторичным иммунодефицитом
- парапневмоническим плевритом
- постинфекционной астенией
- развитием хронического сепсиса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 66 лет направлен на госпитализацию участковым терапевтом, в приемном отделении больницы осмотрен пульмонологом.

Жалобы

Кашель с небольшим количеством желтоватой мокроты, повышение температуры до 38,0°C, общая слабость, потливость.

Анамнез заболевания

Болен в течение 10 дней, когда повысилась температура до 37,5°C, появилось першение в горле, покашливание, головная боль, общая слабость. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ, принимал по назначению участкового терапевта кагоцел, парацетамол, амоксициллин. Самочувствие улучшилось, однако два дня назад вновь повысилась температура до 38,6°C, усилился кашель. Вызвал на дом врача, которым направлен в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, мочекаменную болезнь, хронический пиелонефрит, хронический простатит. * Работает охранником в школе. * Не курит, алкоголь употребляет умеренно. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает один.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести за счет интоксикации. Вес 82 кг, рост 174 см. ИМТ 27,1 кг/м² (избыточная масса тела). Температура 38,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Грудная клетка – правильной формы. Слева в нижнебоковых отделах укорочение перкуторного звука, там же несколько усилено голосовое дрожание. В этой зоне характер дыхания бронхиальный, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 102 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Периферические отеки отсутствуют. Стул, диурез без особенностей.

Лабораторным методом исследования, необходимым для постановки диагноза на уровне приемного отделения, является

- вторичным иммунодефицитом
- парапневмоническим плевритом
- постинфекционной астенией
- развитием хронического сепсиса

Результаты лабораторного метода исследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- вторичным иммунодефицитом
- парапневмоническим плевритом
- постинфекционной астенией
- развитием хронического сепсиса

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациенту поставлен диагноз

- вторичным иммунодефицитом
- парапневмоническим плевритом
- постинфекционной астенией
- развитием хронического сепсиса

Диагноз

Определение тяжести, прогноза заболевания в условиях приемного отделения проводится с помощью

- CAT теста
- критериев IDSA/ATS
- шкалы mMRC
- шкалы CURB/CRB-65

Пациент госпитализирован в отделение пульмонологии. Показанием к госпитализации является

- затяжное течение заболевания (более 10 дней)
- наличие хронической патологии (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит в анамнезе)
- отсутствие эффекта от антибактериальной терапии на амбулаторном этапе
- необходимость в постороннем уходе (проживает один)

С учетом неэффективности амоксициллина на амбулаторном этапе пациенту следует назначить

- гентамицин
- ципрофлоксацин
- кларитромицин
- цефтаролин фосамил

Госпитализированным пациентам с внебольничной пневмонией и значимыми сопутствующими заболеваниями в качестве препаратов выбора рекомендуются

- цефалоспорины II поколения
- аминогликозиды

- тетрациклины
- цефалоспорины III поколения

К критериям перевода с парентерального на пероральный прием антибактериальных препаратов относится снижение температуры тела до + _____ + цифр при двух измерениях

- субфебрильных; с интервалом 8 ч
- субфебрильных; в течение 7 дней
- стабильно нормальных; на протяжении 5 дней
- субфебрильных; в течение 3-х дней

Эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии после начала лечения оценивается через

- 24-32 часа
- 7 дней
- 5 дней
- 48-72 часа

Дополнительно, с учетом жалоб и клинической картины, данному пациенту можно назначить

- витамин B6
- гидрокортизон
- ацетилцистеин
- супрастин

Продолжительность курса антибактериальной терапии у больных с тяжелой внебольничной пневмонией при отсутствии развития осложнений в среднем составляет + _____ + дней

- 18
- 21
- 7
- 14

Стойкий субфебрилитет в пределах 37,0-37,2°C после перенесенной пневмонии может быть обусловлен

- 18
- 21
- 7
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 64 лет госпитализирована в отделение пульмонологии.

Жалобы

Одышка при незначительной физической нагрузке, кашель с небольшим количеством желтоватой мокроты, повышение температуры до 37,6°C, общая слабость, потливость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Больной себя считает в течение 8 дней, когда после переохлаждения повысилась температура до 37,8°C, беспокоило першение в горле, покашливание, головная боль, общая слабость. Обратилась в поликлинику к участковому терапевту, диагностирован острый бронхит, назначен мукалтин, парацетамол, азитромицин. Самочувствие не улучшалось, появилась одышка при ходьбе. Вызвала на дом участкового терапевта, который направил пациентку в стационар.

Анамнез жизни

* В течение 5 лет – сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7%, получает диабетон 1 таблетку/день, остеоартроз тазобедренных суставов. * Пенсионерка. Ранее работала учителем начальных классов. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергоанамнез не отягощен. * Наследственность отягощена по сахарному диабету. * Гинекологический анамнез: трое родов, менопауза с 50 лет. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 85 кг, рост 164 см. ИМТ 31.6 кг/м². Температура 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Грудная клетка – правильной формы. Справа в нижнебоковых отделах укорочение перкуторного звука, над зоной укорочения - усилено голосовое дрожание, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, ритм правильный, ЧСС 92 в мин. АД 125/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Стул - регулярный, дисурии нет.

Лабораторные методы исследования, необходимые для постановки диагноза, включают

- 18
- 21
- 7
- 14

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования включают

- 18
- 21

- 7
- 14

Результаты инструментальных методов обследования

Одним из клинических признаков, служащих критерием установления диагноза пневмонии, является

- кашель с мокротой
- кашель, провоцирующийся физической нагрузкой
- кровохарканье в виде плевков алой крови
- сухой кашель, возникающий по ночам, сопровождающийся свистящим дыханием

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациентке можно поставить диагноз

- кашель с мокротой
- кашель, провоцирующийся физической нагрузкой
- кровохарканье в виде плевков алой крови
- сухой кашель, возникающий по ночам, сопровождающийся свистящим дыханием

Диагноз

Для определения тяжести и прогноза заболевания проводят оценку по

- шкале SCORE
- шкале mMRC
- CAT тесту
- шкале PORT

При оценке по шкале PORT сумма баллов составила 54, что соответствует +_____+ риску неблагоприятного прогноза

- очень высокому
- среднему
- высокому
- низкому

В стационаре в качестве стартовой антибактериальной терапии пациентке необходимо назначить

- кларитромицин
- гентамицин
- метронидазол
- цефтаролина фосамил

Критериями эффективности антибактериальной терапии пневмонии являются

- появление ночной потливости
- исчезновение тахикардии
- изменение характера кашля
- снижение температуры

Одним из критериев отмены антибактериальной терапии является стойкое снижение температуры тела в течение

- не менее 48 часов
- 5 дней
- 24 часов
- 7 дней

Дополнительно, с учетом жалоб и клинической картины, для лечения пневмонии пациентке можно назначить

- амброксол
- преднизолон
- цетиризин
- витамин B12

Пациентке показана ежегодная вакцинация против гриппа в связи с тем, что она

- проживает совместно с малолетними внуками
- страдает частыми острыми респираторными вирусными инфекциями
- ведет малоподвижный образ жизни
- страдает сахарным диабетом

Пациентка относится к группе высокого риска развития инвазивных пневмококковых инфекций в силу того, что у нее имеется

- проживает совместно с малолетними внуками
- страдает частыми острыми респираторными вирусными инфекциями
- ведет малоподвижный образ жизни
- страдает сахарным диабетом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 72 лет госпитализирована в отделение пульмонологии.

Жалобы

Одышка при незначительной физической нагрузке, кашель с небольшим

количеством желтоватой мокроты, повышение температуры до 37,5°C, общая слабость, потливость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Больной себя считает около недели, когда после переохлаждения повысилась температура до 37,5°C, беспокоило першение в горле, покашливание, головная боль, общая слабость. Обратилась в поликлинику к участковому терапевту, диагностирован острый трахеобронхит, назначены отхаркивающие травы, парацетамол, азитромицин. Улучшения в самочувствии не было, стала нарастать одышка при ходьбе (ранее около года отмечала одышку при подъеме на 3 этаж). При повторном обращении к врачу направлена в стационар с подозрением на пневмонию.

Анамнез жизни

* Страдает артериальной гипертензией с максимальным подъемом АД до 180/100, при привычном АД 130/80 мм рт.ст. В течение 3 лет – сахарный диабет 2 типа. В молодом возрасте перенесла пневмонию. * Пенсионерка. Ранее работала водителем трамвая. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность отягощена по кардиальной патологии (мать умерла от инфаркта) и по сахарному диабету. * Гинекологический анамнез без особенностей. Менопауза с 52 лет, двое родов. * Социально-бытовые условия удовлетворительные

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 88 кг, рост 164 см. ИМТ 32,7 кг/м². Температура 37,3°C С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Грудная клетка – правильной формы. Справа в нижнебоковых отделах - укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, бронхиальное дыхание, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой, ритм правильный, ЧСС 102 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют. Стул, диурез без особенностей.

Лабораторные методы исследования, необходимые для постановки диагноза, должны включать

- проживает совместно с малолетними внуками
- страдает частыми острыми респираторными вирусными инфекциями
- ведет малоподвижный образ жизни
- страдает сахарным диабетом

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- проживает совместно с малолетними внуками
- страдает частыми острыми респираторными вирусными инфекциями
- ведет малоподвижный образ жизни
- страдает сахарным диабетом

Результаты инструментальных методов обследования

На основании выполненного обследования установлен диагноз

- проживает совместно с малолетними внуками
- страдает частыми острыми респираторными вирусными инфекциями
- ведет малоподвижный образ жизни
- страдает сахарным диабетом

Диагноз

Одним из клинических признаков, служащих критерием установления диагноза пневмонии, является

- субфебрильная температура в течение месяца
- длительный гектический характер лихорадки с проливным потом
- постепенное повышение температуры в течение недели
- остро возникшая лихорадка в начале заболевания ($t^{\circ} > 38,0^{\circ}\text{C}$)

Для определения тяжести и прогноза заболевания выполняется оценка по

- САТ тесту
- шкале mMRC
- шкале SCORE
- шкале PORT

Пациентке в качестве стартовой антибактериальной терапии необходимо назначить препарат из группы

- цефалоспоринов II поколения
- аминогликозидов
- цефалоспоринов III поколения
- гликопептидов

Оценить эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии после начала лечения необходимо через

- 7 дней
- 48-72 часа
- 5 дней
- 24 часа

Основными факторами риска, которые позволяют отнести пациентку к группе высокого риска развития инвазивных пневмококковых инфекций, являются

- пожилой возраст, сахарный диабет
- длительная менопауза, частые респираторные вирусные инфекции

- малоподвижный образ жизни, отягощенная наследственность
- экзогенно-конституциональное ожирение, перенесенная ранее пневмония

Длительность курса антибактериальной терапии у пациентки должна составлять +_____+ дней

- 14
- 10
- 18
- 7

Длительность обратного развития пневмонии обычно составляет

- 5-6 месяцев
- 3-4 недели
- 2-3 недели
- 3-4 месяца

Стандарт специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести (Приказ Минздрава России от 2012 г. № 1658н) предусматривает обязательное назначение (частота предоставления 1)

- УЗИ органов брюшной полости
- культурального исследования двух образцов венозной крови
- исследования крови на ВИЧ (метод ИФА)
- культурального исследования эндотрахеального аспирата

Диспансерное наблюдение после перенесенной внебольничной пневмонии является

- УЗИ органов брюшной полости
- культурального исследования двух образцов венозной крови
- исследования крови на ВИЧ (метод ИФА)
- культурального исследования эндотрахеального аспирата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 22-х лет, медсестра, направлена к пульмонологу участковым терапевтом.

Жалобы

Кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты, повышение температуры до 38,6°C, общая слабость.

Анамнез заболевания

Заболела 10 дней назад, когда после переохлаждения появилось першение в горле, заложенность носа, повысилась температура до 38,2°C, беспокоила

головная боль, боли в мышцах. Обратилась к участковому терапевту, назначено лечение по поводу ОРВИ: ингавирин, граммидин, парацетамол. Через три дня появился сухой кашель, сохранялась лихорадка. Два дня назад добавлена антибактериальная терапия (амоксциллин). Самочувствие улучшилось, температура 37,5-37,3°C, стала откашливать светлую мокроту. Выполнила флюорографию, выявлена инфильтрация слева в нижней доле в 8 сегменте. Направлена на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, хронические заболевания отрицает. * Работает медсестрой в госпитале ветеранов. * Курит (до ½ пачки сигарет), алкоголь не употребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Гинекологический анамнез: дисфункция яичников. Не замужем. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 168 см. ИМТ 21,3. Температура 37,0°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Грудная клетка – правильной формы. Перкуторный звук над легкими во всех отделах легочный. Дыхание везикулярное, слева по задне-боковой поверхности единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 80 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Лабораторным методом исследования, необходимым для постановки диагноза в амбулаторных условиях, является

- УЗИ органов брюшной полости
- культурального исследования двух образцов венозной крови
- исследования крови на ВИЧ (метод ИФА)
- культурального исследования эндотрахеального аспирата

Результаты лабораторного метода исследования

Инструментальным методом обследования, который необходимо выполнить данной пациентке амбулаторно, является

- УЗИ органов брюшной полости
- культурального исследования двух образцов венозной крови
- исследования крови на ВИЧ (метод ИФА)
- культурального исследования эндотрахеального аспирата

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования установлен диагноз

- УЗИ органов брюшной полости
- культурального исследования двух образцов венозной крови

- исследования крови на ВИЧ (метод ИФА)
- культурального исследования эндотрахеального аспирата

Диагноз

Для оценки степени тяжести заболевания у данной пациентки следует использовать

- критерии IDSA/ATS
- шкалу mMRC
- SAT тест
- шкалу CURB/CRB-65

С учетом полученных данных (1 группа по шкале CRB-65) дальнейшее лечение пациентки будет продолжено

- амбулаторно в домашних условиях
- в пульмонологическом отделении стационара круглосуточного пребывания
- в общетерапевтическом отделении круглосуточного пребывания
- в дневном стационаре поликлиники

Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у данной пациентки являются

- респираторно-синцитиальный вирус, коронавирус, *Nocardia asteroides*
- *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *C. pneumoniae*
- *S. aureus*, *Enterobacteriaceae*, *Cryptococcus neoformans*
- *Escherichia coli*, *Aspergillus flavus*, *Legionella* spp.

Для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях пациентке необходимо

- отменить амоксициллин и назначить левофлоксацин
- добавить доксициклин
- добавить цефтриаксон
- продолжить прием амоксициллина

В терапию данной пациентки можно включить

- витамины группы В
- муколитики
- иммуномодуляторы
- антигистаминные препараты

Длительность антибактериальной терапии у пациентки в общей сложности должна составлять + ____ + дней

- 7

- не менее 20
- 14
- 12

У пациентки, несмотря на лечение, сохраняется кашель в течение месяца, это

- является показанием для продолжения антибактериальной терапии тем же антибиотиком
- не является показанием для продолжения антибактериальной терапии
- является показанием к назначению комбинированной антибактериальной терапии
- требует назначения препарата из альтернативной группы антибактериальных средств

Проведение ежегодной вакцинации гриппозной вакциной необходимо пациентке в связи с тем, что она

- медицинский работник
- перенесла ранее внебольничную пневмонию
- курит до ½ пачки сигарет в день
- страдает дисфункцией яичников

Стойкий субфебрилитет в пределах 37,0-37,2°C после перенесенной пневмонии может быть связан с

- медицинский работник
- перенесла ранее внебольничную пневмонию
- курит до ½ пачки сигарет в день
- страдает дисфункцией яичников

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 60 лет, обратился к терапевту.

Жалобы

* на кровохарканье * боль в грудной клетке справа * упорный кашель с небольшим количеством мокроты * общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита * снижение массы тела на 6 кг за последние 3 месяца

Анамнез заболевания

* Хронический бронхит около 20 лет. * В последние 3 месяца появились выраженная слабость, снижение аппетита, работоспособности, похудание на 6 кг, кашель. * К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. * В последнюю неделю состояние ухудшилось: появились кровохарканье и боль в грудной клетке справа. Обратился к терапевту.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: шахтер * Перенесенные заболевания и операции: хронический бронхит * Наследственность: не отягощена * Вредные привычки: курит (индекс курения 30 пачка/лет), алкоголь не употребляет * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. * Вес 75 кг, рост 175 см. * Температура 36,9^oC. * Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. * Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. * Дыхание везикулярное, ослабленное, единичные влажные хрипы, при перкуссии -справа в 3-м межреберье по среднеключичной линии звук притуплен. ЧДД 18/мин. * Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. * Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. * Периферические отеки отсутствуют.

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие лабораторные методы исследования

- медицинский работник
- перенесла ранее внебольничную пневмонию
- курит до 1/2 пачки сигарет в день
- страдает дисфункцией яичников

Результаты лабораторных методов обследования

На амбулаторном этапе для постановки диагноза используют следующие инструментальные методы исследования

- медицинский работник
- перенесла ранее внебольничную пневмонию
- курит до 1/2 пачки сигарет в день
- страдает дисфункцией яичников

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно предположить следующий диагноз

- медицинский работник
- перенесла ранее внебольничную пневмонию
- курит до 1/2 пачки сигарет в день
- страдает дисфункцией яичников

Диагноз

В данной клинической ситуации рак легкого необходимо дифференцировать с

- тромбозом легочной артерии
- цистицеркозом
- туберкулезом
- хронической обструктивной болезнью легких

Фактором риска рака легкого является

- пневмония в анамнезе
- частые переохлаждения
- курение
- аллергия на пыль

Основным методом лечения данного больного является

- химиолучевая терапия
- антибактериальная терапия
- физиотерапия
- анатомическая резекция легкого

Абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению при злокачественном новообразовании легкого является

- прорастание опухоли в крупные сосуды, пищевод, трахею
- дыхательная недостаточность
- хроническая обструктивная болезнь легких в анамнезе
- сердечная недостаточность

Функциональным противопоказанием к проведению хирургического лечения на легком при злокачественном новообразовании является

- снижение массы тела на 5 кг за последние 3 месяца
- анемия средней степени тяжести
- декомпенсация дыхания
- сердечная недостаточность 1 степени

При экссудативном плеврите, сопровождающемся нарастающей одышкой, необходимо проведение

- плевроцентеза
- бронхолитической ингаляционной терапии через небулайзер
- физиотерапевтического лечения
- хирургического лечения

Профилактикой рака легкого является

- регулярная физическая нагрузка
- вакцинация от гриппа
- гипоаллергенный быт
- отказ от курения

Методом раннего активного выявления рака легкого является регулярное проведение

- пикфлоуметрии
- спирографического исследования
- пробы Манту
- флюорографического исследования

Частым общим симптомом рака легкого является

- пикфлоуметрии
- спирографического исследования
- пробы Манту
- флюорографического исследования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П., 74 года, обратилась к участковому терапевту в поликлинику.

Жалобы

На слабость, кашель по утрам с отхождением светлой мокроты, боли в правом плече.

Анамнез заболевания

Курит около 60 лет по пачке сигарет в день, в течение 40 лет беспокоит кашель по утрам с отхождением светлой мокроты, ухудшение состояния в виде усиления кашля, изменения количества и цвета мокроты до 2-х раз в год преимущественно в холодное время года, в течение последних полутора месяцев появилась слабость, стали беспокоить боли в правом плече, в связи с увеличением их выраженности обратилась к врачу.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Работала инженером, сейчас на пенсии, профессиональные вредности отрицает * Перенесенные заболевания и операции: холецистэктомия 35 лет назад * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курит 60 лет по 20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает * Аллергоанамнез: неотягощен

Объективный статус

* Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$ * ИМТ $23,5 \text{ кг/м}^2$. * Периферические лимфатические узлы не пальпируются, безболезненные. * При осмотре - правосторонний миоз, птоз и энофтальм; гипотрофия мышц правой верхней конечности, сила в правой руке снижена. * Грудная клетка при осмотре имеет вид неправильного конуса, симметрична.

При перкуссии - притупление звука в правой подключичной области, над остальными полями звук ясный легочный. При аускультации - дыхание везикулярное ослабленное, больше справа в подключичной области, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту, SpO₂ ~ 96%. * Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс ритмичный, правильный 76 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения, АД на обеих руках одинаковое, 128/76 мм. рт.ст. * Язык чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. * Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей. Отеков нет.

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать лабораторные методы исследования, включающие

- пикфлоуметрии
- спирографического исследования
- пробы Манту
- флюорографического исследования

Результаты лабораторных методов обследования

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие инструментальные методы исследования

- пикфлоуметрии
- спирографического исследования
- пробы Манту
- флюорографического исследования

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно предположить наличия у больного

- пикфлоуметрии
- спирографического исследования
- пробы Манту
- флюорографического исследования

Диагноз

Выявленное заболевание в первую очередь необходимо дифференцировать с

- бронхиальной астмой, ревматоидным артритом
- туберкулезом, хронической обструктивной болезнью легких
- идиопатическим легочным фиброзом, пневмокониозом
- лимфогранулематозом, саркоидозом

Пациентка должна быть проконсультирована специалистом

- неврологом
- онкологом
- ревматологом
- пульмонологом

Для рака верхушки легкого наиболее характерен синдром

- Лайелла
- Хеерфордта-Вальденстрёма
- Бернара-Горнера
- Золлингера — Эллисона

Основным методом лечения данной больной является терапия

- пероральными бронхолитиками
- антибактериальными препаратами
- системными глюкокортикостероидами
- противоопухолевыми препаратами

Для верификации диагноза пациентку следует госпитализировать в отделение

- торакальной хирургии
- фтизиатрического стационара
- общей терапии
- реанимации

При обследовании лимфатических узлов у пациентов с подозрением на рак легких, в первую очередь необходимо обращать внимание на такие группы, как

- околоушные и затылочные
- поднижнечелюстные и подбородочные
- шейные и надключичные
- паховые и подвздошные

Пациентам с раком легкого в течение первого года, после проведенного радикального лечения, показано динамическое наблюдение каждые

- 4 месяца
- 3 месяца
- 2 месяца
- 6 месяцев

Опухоль-ассоциированные маркеры используются для

- определения гистологического варианта опухоли
- определения объема хирургического вмешательства

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии

Перед проведением оперативного вмешательства пациентам рекомендуется проведение предреабилитации, которая значительно улучшает

- определения гистологического варианта опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С., 58 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы

* на одышку в покое и при физических нагрузках * кашель с трудно отделяемой мокротой * осиплость голоса * общую слабость

Анамнез заболевания

* Два с половиной месяца впервые отметил появление одышки при физической нагрузке. * Последний месяц появились одышка в покое, осиплость голоса, слабость.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: строитель * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия 30 лет назад * Наследственность: не отягощена * Вредные привычки: курил в течение 20 лет по 25 сигарет в день, последние пять лет не курит * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести, температура тела $36,9^{\circ}\text{C}$. * Гиперстенический тип телосложения, ИМТ $32,3 \text{ кг/м}^2$. * Увеличены лимфатические узлы шейной группы. * При осмотре – лицо одутловато, отмечается отечность в области шеи, акроцианоз, расширены вены по передней поверхности грудной стенки. * При перкуссии – ясный легочный звук, при аускультации – везикулярное дыхание, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД 26 в минуту, $\text{SpO}_2 \sim 95\%$. * Тоны сердца ритмичные, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, ЧСС 86 в минуту. АД одинаковое на обеих руках, 138/90 мм.рт.ст. * Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. * Физиологические отправления в норме.

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие лабораторные методы исследования

- определения гистологического варианта опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения размеров опухоли

- оценки эффективности проводимой терапии

Результаты лабораторных методов обследования

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие инструментальные методы исследования

- определения гистологического варианта опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, можно предположить следующий диагноз

- определения гистологического варианта опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии

Диагноз

В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- пневмонией
- гранулематозом Вегенера
- лимфогранулематозом
- пневмокониозом

Для верификации диагноза пациента необходимо госпитализировать в отделение

- общей терапии
- торакальной хирургии
- фтизиатрического стационара
- пульмонологии

Пациенту должна быть проведена консультации специалиста

- невролога
- ревматолога
- пульмонолога
- онколога

В данной клинической ситуации предпочтительным методом лечения является

- пульс-терапия системными глюкокортикостероидами
- химиотерапия
- трансплантация легких
- химиолучевая терапия

При данной форме заболевания возможность установить точную локализацию первичной опухоли

- имеется, с помощью фибробронхоскопии
- отсутствует
- имеется, с помощью рентгенографического исследования
- имеется, на основе анализа клинической картины заболевания

Пациентам с раком легкого в течение первого года, после проведенного радикального лечения, показано динамическое наблюдение каждые

- 2 месяца
- 3 месяца
- 4 месяца
- 6 месяцев

Прогноз для жизни больных с медиастинальной формой рака является

- благоприятным
- крайне неблагоприятным
- зависящим от возраста больного
- сомнительным

Опухоль-ассоциированные маркеры используются для

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли

**5-летняя выживаемость при всех формах рака легкого составляет
+ _____ +%**

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Л., 65 лет, обратился к терапевту.

Жалобы

* На кровохарканье * Кашель с выделением большого количества мокроты * Повышение температуры до $37,9^{\circ}\text{C}$ * Одышку при физических нагрузках

Анамнез заболевания

Пациент курит 45 лет по 15 сигарет в день, около 20 лет беспокоит кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты преимущественно в утренние часы. Полгода назад около 5 дней было кровохарканье в виде прожилок крови, прошло самостоятельно, к врачу не обращался. Десять дней назад отметил повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, усиление кашля, изменение характера мокроты (стала гнойной), и вновь в мокроте появились прожилки крови, связи с чем обратился к врачу.

Анамнез жизни

* Рос и развивался согласно возрасту * В настоящее время - пенсионер, не работает * Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курение в течение 45 лет по 15 сигарет в день * Аллергоанамнез: неотягощен

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести, температура тела $37,3^{\circ}\text{C}$. * Нормостенический тип телосложения, ИМТ $21,5 \text{ кг/м}^2$. * Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. * Грудная клетка имеет вид неправильного конуса, левая половина грудной клетки отстает при акте дыхания, при перкуссии легких - в нижних отделах слева притупление перкуторного звука, при аускультации - над этой зоной резкое ослабление дыхания, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту, $\text{SpO}_2 \sim 96\%$. * Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 120/86 мм рт.ст., одинаковое на обеих руках. * Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. * Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие лабораторные методы исследования

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли

Результаты лабораторных методов обследования

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие инструментальные методы исследования

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных методов обследования можно думать о

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли

Диагноз

Пациенту для оценки объема поражения легких необходимо выполнить

- исследование диффузионной способности легких
- компьютерную томографию органов грудной клетки
- ангиопульмонографию
- торакоскопию

При центральном раке легкого характерными рентгенологическими признаками являются

- инфильтрацию легочной ткани, coronamaligna
- нечеткость, размытость контуров тени
- появление лучистости, полицикличность
- ателектаз, гиповентиляцию, экспираторную эмфизему

Для верификации диагноза пациента необходимо госпитализировать в отделение

- торакальной хирургии
- фтизиатрического стационара
- общей терапии
- пульмонологии

В данной клинической ситуации пациенту в первую очередь необходимо назначить терапию

- ингаляционными глюкокортикостероидами
- антигистаминными препаратами
- системными глюкокортикостероидами

- антибактериальными препаратами

Основным методом лечения рака легкого является

- медикаментозный с использованием противоопухолевых препаратов
- физиотерапевтический
- хирургический
- лучевой

У пациентов с раком легких в первую очередь необходимо обращать внимание на такие группы лимфатических узлов, как

- шейные и надключичные
- паховые и подвздошные
- поднижнечелюстные и подбородочные
- околоушные и затылочные

Методом раннего активного выявления рака легкого является проведение + _____ + в группах риска

- спирографии 2 раза в год
- пикфлоуметрии
- пробы Манту
- низкодозной КТ органов грудной клетки

Опухоль-ассоциированные маркеры используются для

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

После радикального лечения рака легкого необходимо проводить МРТ головного мозга и сканирование скелета с периодичностью

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Г, 65 лет, обратился к терапевту.

Жалобы

* сухой непродуктивный кашель * общую слабость * боли в верхней части левого плеча с распространением на локтевую поверхность * охриплость голоса * опущение левого верхнего века * слабость мышц левой кисти

Анамнез заболевания

* Периодический кашель беспокоит в течение последних 15 лет с отхождением малого количества слизистой мокроты. * Боли в плече, слабость мышц левой кисти стали беспокоить в течение последнего месяца. * Охриплость голоса возникла неделю назад. * 3 дня назад отметил опущение левого верхнего века.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: слесарь * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия в 2000 году * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: отрицает * Профессиональные вредности: рабочий никелевой промышленности * Аллергоанамнез: не отягощен

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное, температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$. * Нормостенический тип телосложения, ИМТ $23,7 \text{ кг/м}^2$. * Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. * При осмотре - левосторонний миоз, птоз и энофтальм; гипотрофия мышц левой верхней конечности, сила в левой руке снижена. * Грудная клетка при осмотре имеет вид неправильного конуса, симметрична. При перкуссии - ясный легочный звук. При аускультации - везикулярное ослабленное дыхание. $\text{SpO}_2 \sim 96\%$. * Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения с частотой 66 в мин. АД одинаковое на обеих руках, 120/76 мм.рт.ст. * Язык чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. * Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. * Физиологические отправления без особенностей. Отеков нет.

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие лабораторные методы исследования

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Результаты лабораторных методов обследования

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие инструментальные методы исследования

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Результаты инструментального метода обследования

На основании клинической картины заболевания, полученных лабораторных и инструментальных данных можно предположить диагноз

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Диагноз

Данное заболевание в первую очередь необходимо дифференцировать с

- лимфогранулематозом, саркоидозом
- идиопатическим легочным фиброзом, пневмокониозом
- бронхиальной астмой, ревматоидным артритом
- туберкулезом, хронической обструктивной болезнью легких

Пациенту необходимо провести консультацию

- офтальмолога
- онколога
- пульмонолога
- невролога

Для рака вершины легкого наиболее характерен синдром

- Золлингера-Эллисона
- Хеерфордта-Вальденстрёма
- Бернара-Горнера
- Франческетти

После дообследования пациенту будет назначена терапия

- противоопухолевыми препаратами
- ингаляционными бронхолитиками
- системными глюкокортикостероидами
- антибактериальными препаратами

Для уточнения диагноза и морфологической верификации пациенту госпитализация

- показана в торакальное отделение хирургического стационара
- не показана
- показана во фтизиатрический стационар
- показана в пульмонологическое отделение терапевтического стационара

У пациентов с раком легких в первую очередь необходимо обращать внимание на следующие группы лимфатических узлов

- околоушные и затылочные
- паховые и подвздошные
- шейные и надключичные
- поднижнечелюстные и подбородочные

Пациентам с раком легкого в течение первого года, после проведенного радикального лечения, показано динамическое наблюдение каждые + _____ + месяца(ев)

- 6
- 5
- 2
- 3

Опухоль-ассоциированные маркеры используются для

- определения размеров опухоли
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии

5-летняя выживаемость при всех формах рака легкого составляет + _____ + %

- определения размеров опухоли
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент З., 35 лет, обратился в поликлинику в связи острым заболеванием.

Жалобы

На одышку смешанного характера при подъеме по лестнице на второй этаж, на повышение температуры тела до 39,5°C, недомогание, снижение аппетита, быструю утомляемость, слабость, головную боль, кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение недели, когда отметил повышение температуры до 40°C. Заболевание связывает с переохлаждением. Лечился

самостоятельно: принимал ацетилсалициловую кислоту, через три дня температура нормализовалась. Два дня назад появились одышка смешанного характера, возникающая при значительной физической нагрузке, проходящая в покое. Вечером вновь поднялась температура до 39,9 °С, усилилась одышка. Вызвал скорую помощь, отметил некоторое улучшение после введения какого-то препарата: снизилась температура до 37,5°С, уменьшилась одышка. К утру почувствовал ухудшение состояния: усилилась одышка, повысилась температура до 39,9°С, появилась слабость, недомогание, головная боль.

Анамнез жизни

* Родился в семье вторым ребенком, материальные условия удовлетворительные, питание удовлетворительное. * Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал, в школе учился удовлетворительно, от занятий физкультурой не был освобожден. * После армии работал продавцом. Настоящее время работает строителем. * Разведен, имеет 2 дочерей. * Санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Живет вместе с сестрой * Перенесенные заболевания: Венерические заболевания, малярию, тифы, туберкулез, сахарный диабет, бронхиальную астму, онкологические заболевания у себя и близких родственников отрицает. * За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился. ОИМ отрицает, ОНМК отрицает. * Наследственность: неотягощена. * Вредные привычки: курит с 21 лет по 6 сигарет в день. Алкоголь употребляет редко. * Аллергологический анамнез: неотягощен

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 173 см. Температура 39,1°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Дыхательная система: Грудная клетка правильной формы, нормостеническая. Без искривлений. Симметричная. Экскурсия обеих половин грудной клетки при дыхании не равномерная: отставание левой стороны грудной клетки в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. ЧДД 18 в минуту, ритм дыхания правильный. Экскурсия грудной клетки 4 см. Грудная клетка резистентна, безболезненна при пальпации. Усиление голосового дрожания в нижнем отделе слева в подлопаточной области. Ощущения трения плевры при пальпации нет. При сравнительной перкуссии легких определяется притупление в нижней доле слева в подлопаточной области. В остальных отделах легких определяется ясный легочный звук. Выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, усиление бронхофонии в нижней доле слева в подлопаточной области. В остальных отделах легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 115/60 мм рт.ст. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Почки не пальпируются. Стул нормальный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Периферические отеки отсутствуют.

На амбулаторном этапе для постановки диагноза необходимо использовать следующие инструментальные методы исследования

- определения размеров опухоли
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии

Результаты инструментальных методов обследования

На госпитальном этапе в приемном отделении для постановки диагноза необходимо использовать следующие лабораторные методы исследования

- определения размеров опухоли
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии

Результаты лабораторных методов обследования

Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

- определения размеров опухоли
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства
- оценки эффективности проводимой терапии

Диагноз

Диагноз у данного пациента после проведения рентгенологического обследования необходимо дифференцировать с

- синдром дисфункции голосовых связок
- тромбоэмболией легочной артерии
- аденокарциномой легкого
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью

Наиболее частым возбудителями пневмонии является

- {nbsp} C. burnetii
- {nbsp} S. pneumoniae
- {nbsp} S. epidermidis
- {nbsp} S. aureus

Амбулаторно для оценки прогноза больным необходимо использовать шкалу

- PORT
- SMART-SOS
- IDSA/ATS
- CURB/CRB-65

Больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначать

- макролиды с антисинегнойной активностью
- β -лактамы антибиотиков
- респираторные фторхинолоны
- β -лактамы антибиотиков с антисинегнойной активностью

При сохранении через 3 дня после назначения антибактериальной терапии повышения температуры до 39 градусов, кашля со слизисто-гнойной мокротой; ЧСС 100 в мин; АД 100\55 мм рт ст. показано

- лечение в условиях дневного стационара
- смена антибактериального препарата
- госпитализация в многопрофильный стационар
- экстренное проведение хирургического лечения

Основу терапии больного в стационаре, в случае его госпитализации в связи неэффективностью амбулаторно проводимой антибактериальной терапии, должны составлять

- макролиды
- респираторные фторхинолоны
- бета-лактамы с антисинегнойной активностью
- карбапенемы с антисинегнойной активностью

Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной клетки у данного пациента может стать

- двухстороннее поражение легочной ткани
- отсутствие положительной динамики заболевания в течение 72 часов
- медленно разрешающаяся пневмония
- возраст пациента старше 40 лет

Дополнительно пациенту необходимо назначить

- антигистаминные препараты
- витамины группы С
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- муколитики

Длительность курса антибактериальной терапии зависит от

- антигистаминные препараты

- витамины группы С
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- муколитики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ж. 36 лет обратился в приёмный покой краевой больницы в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На интенсивные, постоянные, режуще-колющие боли в левой половине грудной клетки, постоянные, усиливающиеся при глубоком дыхании и ослабляющиеся при сдавлении левой половины грудной клетки, на кашель с выделением трудноотделяемой мокроты с прожилками крови, на слабость, тошноту, одышку и потрясающие ознобы.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около двух дней, когда остро поднялась температура тела до 39-40°C, внезапно почувствовала слабость, тошноту. На следующий день присоединился сухой кашель и появились слабые, ноющие боли в левой половине грудной клетке. Принимала аспирин, но самочувствие ухудшалось: ночью кашель стал сильнее, появилось небольшое количество прозрачной мокроты. 3 октября вызвала участкового терапевта; после его осмотра был поставлен диагноз "Острое респираторное заболевание" и назначено лечение (ингаляции, бромгексин), больная принимала ацетилсалициловую кислоту. Самочувствие больной не изменялось. Вечером самочувствие ухудшилось: усилился кашель, появилась мокрота с прожилками крови, нарастала слабость, тошнота, появилась одышка, температура тела не снижалась (39°C), усилились постоянные, колюще-режущие боли в левой половине грудной клетки. Доставлена скорой медицинской помощью. Госпитализирована в отделение пульмонологии.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: детские инфекции (ветряная оспа, вирусный паротит, корь). В 2017 году была выполнена резекция кисты правого яичника. В 2011 году перенесла острый вирусный гепатит типа А. Три недели назад перенес ангину, по поводу чего принимал Цефиксим 400 мкг по 1 таблетке 1 раз в день в течение 5 дней. Венерические заболевания, малярию, тифы, туберкулез, сахарный диабет, бронхиальную астму, онкологические заболевания у себя и близких родственников отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась. ОИМ отрицает, ОНМК отрицает. Наследственность: неотягощена. Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез: неотягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное.

Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. В правой подвздошной области имеется

линейный послеоперационный рубец, размерами 8 на 0,5 см, поверхностный, розового цвета, эластической консистенции, безболезненный. Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные. Рост 168 см, вес 70 кг. Сердечно-сосудистая система: Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульс симметричный, 86 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные; шумов нет. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Дыхательная система: Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания грудной. Частота дыхательных движений 22 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, левая половина грудной клетки отстает от правой во время дыхания. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание усилено слева в нижней части грудной клетки. Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук. Определяется притупление перкуторного звука слева в подлопаточной области. При аускультации дыхание жесткое. Ослабление дыхания слева в подлопаточной области. Там же выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы и слабый шум трения плевры. Пищеварительная система: Живот правильной формы, симметричный, не участвует в акте дыхания, пупок втянут. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Мочевыделительная система: В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Для постановки диагноза данной пациентке в амбулаторных условиях необходимо выполнить

- антигистаминные препараты
- витамины группы С
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- муколитики

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить

- антигистаминные препараты
- витамины группы С
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- муколитики

Результаты обследования

Данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- антигистаминные препараты
- витамины группы С

- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- муколитики

Диагноз

Диагноз у данного пациента после проведения рентгенологического обследования необходимо дифференцировать с

- туберкулезом
- бронхиальной астмой
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
- синдромом дисфункции голосовых связок

Пневмонию у данного пациента с наибольшей вероятностью могут вызвать

- *Staphylococcus hominis*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Staphylococcus aureus*
- *Staphylococcus hyicus*

Всем пациентам, госпитализированным с данным состоянием, необходимо незамедлительно назначить

- противовирусные препараты
- муколитические препараты
- системные глюкокортикостероиды
- антимикробные препараты

Пациенту в условиях стационара необходимо рекомендовать

- карбапенемы с антисинегнойной активностью
- макролиды в\в капельно
- респираторные фторхинолоны в\в капельно
- бета-лактамы с антисинегнойной активностью в\в капельно

Пациенту дополнительно необходимо назначить

- антигистаминные препараты
- муколитики
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- бронхолитики

Оценка эффективности терапии проводится через + _____ + часов

- 72-96
- 48-72
- 6-12
- 12-24

Показаниями для проведения компьютерной томографии органов грудной клетки у пациентки является

- подозрение на пневмоторакс
- отсутствие положительной динамики заболевания в течение 12 часов
- выраженная системная воспалительная реакция
- подозрение на гнойные осложнения заболевания

Длительность курса антибактериальной терапии зависит от

- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболевших пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения
- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желания пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболевших в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии

С целью специфической профилактики инвазивных пневмококковых инфекций у данной пациентки необходимо использовать проводить вакцинацию

- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболевших пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения
- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желания пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболевших в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент З., 55 лет, обратился в поликлинику.

Жалобы

На кашель с отделением желтой мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

* Заболел остро за 3 дня до обращения в поликлинику после переохлаждения. * Отметил повышение температуры до 38С, появление сначала сухого, затем продуктивного кашля. * Самостоятельно принимал парацетамол 500 мг для снижения температуры с кратковременным эффектом. * Со второго дня начала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально * Профессия: дворник * Перенесенные операции: отрицает * Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 стадии, риск 4. Сахарный диабет 2 типа * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: нет * Аллергоанамнез: неотягощен * Эпиданамнез: неотягощен, контакт с инфекционными больными отрицает

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела 38,3°С. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. При осмотре грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в дыхании. ЧД 21 в минуту. При пальпации голосовое дрожание усилено справа в проекции нижней доли. При перкуссии – укорочение перкуторного звука справа в проекции нижней доли. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание в проекции нижней доли справа, хрипов нет. * Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 92 удара в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 92 удара в минуту. * Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- выявления возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявления возбудителя, наличия заболеваний пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения
- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявления возбудителя
- желания пациента, выявления возбудителя, стажа курения, наличия заболеваний в семье или на работе, наличия хронической бронхолегочной патологии

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболевших пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения
- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желания пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболевших в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, основным диагнозом у данного больного является

- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболевших пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения
- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желания пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболевших в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии

Диагноз

При оценке состояния пациента по шкале CRB65, пациент набирает + ____ + баллов

- 2
- 1
- 3
- 0

Данному пациенту показано лечение в

- амбулаторных условиях
- терапевтическом отделении
- отделении реанимации
- дневном стационаре

Препаратом выбора у данного пациента является антибактериальное средство из группы

- гликопептидов
- аминогликозидов
- ингибиторзащищенных пенициллинов
- макролидов

Эффективность антибактериальной терапии у пациента оценивается на + _____ + сутки

- 5
- 2
- 3
- 4

Рекомендуемый режим дозирования амоксициллина/клавуланата (при пересчете на Амоксициллин)

- по 500 мг 2 раза в сутки
- по 500 мг 1 раз в сутки
- по 1000 мг 1 раз в сутки
- по 500 мг 3 раза в сутки

При неэффективности антибактериальной терапии в данной ситуации требуется заменить антибиотик на препарат из группы

- аминогликозидов
- фторхинолонов
- гликопептидов
- макролидов

Рекомендуемый режим дозирования левофлоксацина

- по 500 мг 2 раза в сутки
- по 500 мг 4 раза в сутки
- по 1000 мг 1 раз в сутки
- по 1000 мг 2 раза в сутки

Внебольничной считают пневмонию, развившуюся

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Специфическим методом профилактики пневмонии является введение препарата

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент П., 68 лет, был доставлен в приемное отделение городской больницы бригадой СМП.

Жалобы

На кашель с отделением желтой мокроты, одышку в покое, боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании и кашле, повышение температуры тела до 38,3°C, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

Заболел остро за 3 дня до госпитализации после переохлаждения. Тогда отметил повышение температуры до 38°C, появление одышки при физической нагрузке, продуктивного кашля. Самостоятельно принимал парацетамол 500 мг для снижения температуры с кратковременным эффектом. Со второго дня присоединилась боль в правой половине грудной клетки. В день госпитализации одышка усилилась, в связи с чем вызвал СМП и был доставлен в приемный покой.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Пенсионер. * Перенесенные операции: Аппендэктомия. * Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск 4. ИБС, стабильная стенокардия напряжения. * Наследственность: неотягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Эпиданамнез: неотягощен, контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Заторможен – на вопросы отмечает не сразу, движения замедленны. Температура тела 38,3°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. При осмотре грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в дыхании. ЧДД 31 в минуту. При пальпации голосовое дрожание усилено справа в проекции нижней доли. При перкуссии – укорочение перкуторного звука справа в проекции нижней доли. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание в проекции нижней доли справа, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в проекции нижней доли справа. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 105 ударов в минуту, АД 94/54 мм.рт.ст., пульс 105 ударов в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, основным диагнозом у данного больного является

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Диагноз

При оценке состояния пациента по шкале CRB65, учитывающей наличие нарушения сознания, обусловленное пневмонией; ЧДД; уровень систолического или диастолического артериального давления; возраст, пациент набирает +_____+ балл(а)

- 2
- 4
- 3
- 1

Данному пациенту показано лечение в условиях

- амбулаторных, в поликлинике
- отделения реанимации
- терапевтического отделения
- дневного стационара

Препаратами выбора антибактериального препарата у данного пациента являются

- пиперацillin/тазобактам + амикацин
- амоксициллин/клавуланат + метронидазол
- цефтриаксон + азитромицин
- цефепим + ципрофлоксацин

Оценку эффективности и безопасности, а также пересмотр стартового режима АБТ у пациента следует провести через + _____ + часов после начала лечения

- 36-48
- 12-24
- 48-72
- 24-36

Для противошоковой терапии рекомендован следующий препарат из группы системных глюкокортикостероидов

- преднизолон
- метилпреднизолон
- гидрокортизон
- дексаметазон

У пациентов с клиникой септического шока антибактериальная терапия должна быть начата от момента поступления не позднее + _____ + часа(ов)

- 4
- 1
- 2
- 3

У пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией антибактериальная терапия должна быть начата от момента поступления не позднее + _____ + часов

- 6
- 8
- 4
- 12

Внебольничной считают пневмонию, развившуюся вне стационара, либо диагностированную

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Специфическим методом профилактики пневмонии является введение препарата

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент И., 38 лет, был доставлен в приемное отделение городской больницы бригадой СМП.

Жалобы

На кашель с отделением желтой мокроты, одышку в покое, боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании и кашле, повышение температуры тела до 38,3°C, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

Заболел остро за 3 дня до госпитализации после переохлаждения. Тогда отметил повышение температуры до 38°C, появления одышки при физической нагрузке, продуктивного кашля. Самостоятельно принимал парацетамол 500 мг для снижения температуры с кратковременным эффектом. Со второго дня присоединилась боль в правой половине грудной клетки. В день госпитализации усилилась одышка, в связи с чем вызвал СМП и был доставлен в приемный покой.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Не работает. * Перенесенные операции: Аппендэктомия. * Хронические заболевания: отрицает. * Наследственность: неотягощена. * Вредные привычки: хронический алкоголизм. * Аллергоанамнез: неотягощен. * Эпиданамнез: неотягощен, контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Заторможен – при сборе анамнеза на вопросы отвечает не сразу, после нескольких повторов, движения замедленны. * Температура тела 38,3°C. * Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. * Зев спокоен. При осмотре грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в дыхании. * ЧДД 32 в минуту. При пальпации голосовое дрожание усилено справа в проекции нижней доли. При перкуссии – укорочение перкуторного звука справа в проекции нижней доли. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание в проекции нижней доли справа, там же прослушиваются разнокалиберные влажные хрипы. * Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 105 ударов в минуту, АД 84/50 мм.рт.ст., пульс 120 ударов в минуту. * Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Размеры печени по Курлову 11x10x9

см. * Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. *

Физиологические отправления в норме. * Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, основным диагнозом у данного больного является

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Диагноз

При оценке состояния пациента по шкале CRB65, пациент набирает + _____ + балл(а)

- 4
- 3
- 1
- 2

Данному пациенту показано лечение в условиях

- отделения реанимации
- терапевтического отделения
- поликлиники
- дневного стационара поликлиники

Препаратами выбора антибактериального препарата у данного пациента являются

- пиперациллин/тазобактам + амикацин
- цефепим + ципрофлоксацин
- занамивир + ванкомицин
- амоксициллин/клавуланат + азитромицин

Данный выбор антибиотиков обусловлен наличием у пациента

- выраженной гипертермии
- хронического алкоголизма
- дыхательной недостаточности
- особенностью инфильтрации легочной ткани

Для противошоковой терапии рекомендован препарат из группы системных глюкокортикостероидов

- преднизолон
- метилпреднизолон
- гидрокортизон
- дексаметазон

У пациентов с клиникой септического шока антибактериальная терапия должна быть начата от момента поступления не позднее + _____ + часа(ов)

- 4
- 2
- 1
- 3

У пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией антибактериальная терапия должна быть начата от момента поступления не позднее + _____ + часов

- 4
- 6
- 8
- 12

Внебольничной считают пневмонию, развившуюся вне стационара, либо диагностированную

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара

Специфическим методом профилактики пневмонии является введение препарата

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент З., 21 год, обратился в поликлинику.

Жалобы

На кашель с отделением желтой мокроты, одышку при умеренной физической нагрузке, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

Заболел остро за 3 дня до обращения в поликлинику после переохлаждения. Отметил повышение температуры до 38°C, появление сначала сухого, затем продуктивного кашля. Самостоятельно принимал парацетамол 500 мг для снижения температуры с кратковременным эффектом. Со второго дня болезни начала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Не работает. * Перенесенные операции: отрицает. * Хронические заболевания: отрицает. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Эпиданамнез: не отягощен, контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. * Сознание ясное. * Температура тела 38,3°C. * Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. * При осмотре грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в дыхании. ЧДД 21 в минуту. При пальпации голосовое дрожание усилено слева в проекции нижней доли. При перкуссии – укорочение перкуторного звука слева в проекции нижней доли. При аускультации – бронхиальное дыхание в проекции нижней доли слева, там же разнокалиберные влажные хрипы в большом количестве. * Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 92 удара в минуту, АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 92 удара в минуту. * Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. * Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. * Физиологические отправления в норме. * Отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, основным диагнозом у данного больного является

- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 20 суток с момента выписки из стационара

Диагноз

При оценке состояния пациента по шкале CRB65, пациент набирает +____+ баллов

- 2
- 1
- 0
- 3

Данному пациенту показано лечение в условиях

- терапевтического отделения
- дневного стационара
- амбулаторного звена
- отделения реанимации

Препаратом выбора у данного пациента является антибактериальное средство из группы

- аминогликозидов
- гликопептидов

- незащищенных пенициллинов
- фторхинолонов

Эффективность антибактериальной терапии оценивается на +_____+ сутки от начала

- 3
- 1
- 5
- 4

Рекомендуемый режим дозирования амоксициллина

- 0,5-1 г внутрь каждые 6 ч
- 0,5-1 г внутрь один раз в сутки
- 0,5-1 г внутрь каждые 8 ч
- 2 г внутрь каждые 8 ч

При неэффективности антибактериальной терапии в данной ситуации требуется заменить антибиотик на препарат из группы

- фторхинолонов
- макролидов
- аминогликозидов
- гликопептидов

Рекомендуемый режим дозирования азитромицина

- 1000 мг 2 раза в сутки
- 500 мг 1 раз в сутки
- 1000 мг 1 раз в сутки
- 500 мг 3 раза в сутки

Внебольничной считают пневмонию, развившуюся вне стационара, либо диагностированную

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Специфическим методом профилактики пневмонии является введение препарата

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент З. 55 лет обратился в поликлинику к участковому врачу.

Жалобы

Слабость, утомляемость. Приступы удушья на фоне кашля, при выходе на холод, купируется сальбутамолом (1 доза 1 раз в день). Приступообразный кашель, утром после подъема с постели, днем на холоде и после физической нагрузки. Утром кашель со скудной мокротой белого цвета, тягучей консистенции. Чувство заложенности в груди.

Анамнез заболевания

Больным считает себя 12 месяцев, когда после перенесенной пневмонии стал отмечать учащение приступов кашля. 3 месяца назад, переночевав на открытом воздухе, появился озноб, сухой непрерывный кашель со скудно отделяемой мокротой. На следующий день обратился в поликлинику по месту жительства, где назначили лечение (какие препараты не помнит). На фоне проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, жалоб не предъявлял. Неделью назад начался такой же кашель, и появилась смешанная одышка при физических нагрузках, в течение недели все симптомы нарастали, что заставило обратиться больного в поликлинику.

Анамнез жизни

* Родился доношенным ребенком в полной семье. Рос и развивался соответственно возрасту и полу. * Работает шофером по настоящее время. * Семейный анамнез: в семье 3 человек: он, супруга, дочь. * Бытовой анамнез: живет в 2-х комнатной квартире общей площадью 44 м² со всеми удобствами, дочь живет отдельно. Личная гигиена соблюдается. * Перенесенные заболевания, онкологические заболевания у себя и близких родственников отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась. ОИМ отрицает, ОНМК отрицает. * Наследственность: неотягощена. * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное, конституция гиперстеническая, Рост 178 см, вес 98 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Движения в суставах свободные, ограничений нет. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания.

Дыхание ритмичное, тип брюшной. SpO₂-95%, ЧДД 20 движений в минуту.

Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентная. При перкуссии - ясный легочный звук. При топографической перкуссии патологии не выявлено.

Аускультация - дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям, усиливаются при форсированном выдохе, выдох удлинен. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульс сильный, симметричный, ритмичен, наполнение хорошее, не напряжен. Частота пульса 80 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. АД 130/80 мм рт.ст. Верхушечный

толчок определяется на 1 - 1.5 см кнутри от среднеключичной линии. Талия не подчеркнута, треугольник Боткина по площади не увеличен. Ширина сосудистого пучка соответствует норме. При аускультации 1 и 2 тоны ясные, акцента на аорте нет. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 - 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот при пальпации безболезненный, стул регулярный, оформленный, печень по краю рёберной дуги.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- в первые 2 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара

Диагноз

Для бронхиальной астмы в мокроте характерны

- спирали Куршмана
- макрофаги
- лейкоциты
- некротическая ткань

Купирование обострения у данного пациента следует начать с терапии

- системным глюкокортикостероидам в комбинации с короткодействующими β_2 -агонистами
- комбинации короткодействующих β_2 -агонистов и пролонгированного ингибитора фосфодиэстеразы
- длительнодействующим β_2 -агонистам в комбинации с длительнодействующими холинолитиками
- короткодействующим β_2 -агонистам или комбинации короткодействующих β_2 -агонистов и ипратропия бромид

Для экстренной помощи у пациентов с бронхиальной астмой можно использовать

- сальметерол
- эуфиллин
- сальбутамол
- тиотропия бромид

Наиболее эффективный способ доставки препаратов в данной ситуации через

- порошковый ингалятор
- дозированный аэрозольный ингалятор
- небулайзер
- дозированный аэрозольный ингалятор со спейсером

Данному пациенту при стабилизации состояния следует подобрать терапию ступени

- 3
- 1
- 2
- 4

При отсутствии контроля данному пациенту рекомендуется изменить терапию в виде

- добавления к терапии длительнодействующих β_2 -агонистов
- увеличения дозы ингаляционных глюкокортикостероидов
- более частого применения короткодействующих β_2 -агонистов
- регулярного использования небулайзерной терапии короткодействующими β_2 -агонистами

В программу легочной реабилитации при данном заболевании рекомендуется включать

- обучение технике ингаляции, плавание, физиотерапевтические методы, массаж

- дыхательные упражнения, программы питания, санаторно-курортные курсы
- занятия с психологом, проведение тестирования, оперативные методы
- обучение пациентов в сочетании с физическими тренировками

Гиперреактивность бронхов при бронхиальной астме можно выявить с помощью следующего метода

- краткосрочный курс тест-терапии системными кортикостероидами
- проба с физической нагрузкой
- prick-тест с аллергеном
- проба с короткодействующим бета-2-агонистом

Особое значение для прогрессирования бронхообструкции при обострении астмы имеет

- краткосрочный курс тест-терапии системными кортикостероидами
- проба с физической нагрузкой
- prick-тест с аллергеном
- проба с короткодействующим бета-2-агонистом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 47 лет направлена на консультацию к пульмонологу после обследования в поликлинике.

Жалобы

На умеренную общую слабость, утомляемость, периодический дискомфорт в области спины.

Анамнез заболевания

Обратилась к участковому терапевту в связи с появлением умеренно выраженной слабости в течение месяца. Иногда отмечала дискомфорт в области спины. Выполнена цифровая флюорограмма органов грудной клетки, при которой обнаружено увеличение внутригрудных лимфоузлов, в связи с чем направлена к пульмонологу. Предыдущая флюорография год назад – норма.

Анамнез жизни

Из перенесенных заболеваний отмечает периодические ОРВИ, острый бронхит 2 года назад. Туберкулез, туберкулезный контакт, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. Наследственность по легочным заболеваниям неотягощена. Аллергоанамнез не отягощен. Работает кондуктором в трамвае. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 158 см. Температура 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе

половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, жесткое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные исследования, необходимые для постановки диагноза пациентке, включают

- краткосрочный курс тест-терапии системными кортикостероидами
- проба с физической нагрузкой
- ргіск-тест с аллергеном
- проба с короткодействующим бета-2-агонистом

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные исследования, которые необходимо выполнить с целью уточнения характера выявленной патологии, включают

- краткосрочный курс тест-терапии системными кортикостероидами
- проба с физической нагрузкой
- ргіск-тест с аллергеном
- проба с короткодействующим бета-2-агонистом

Результаты инструментального метода обследования

С учетом полученных результатов обследования установлен предварительный диагноз

- краткосрочный курс тест-терапии системными кортикостероидами
- проба с физической нагрузкой
- ргіск-тест с аллергеном
- проба с короткодействующим бета-2-агонистом

Диагноз

С целью дифференциальной диагностики с туберкулезным поражением необходимо выполнить

- пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л
- маммографию
- анализ крови на Д-димер
- общий анализ мокроты

Для верификации диагноза необходимо выполнение

- трансбронхиальной тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем эндосонографии EBUS-TBNA

- видеоторакоскопии/видео-ассистированной торакоскопии (VATS)
- щеточной биопсии слизистой бронхов (браш-биопсия)
- прямой биопсии слизистой бронхов (прямая биопсия)

Для исключения внелегочных проявлений саркоидоза пациентке показано проведение

- УЗИ органов малого таза
- УЗИ поджелудочной железы
- УЗИ селезёнки, печени и почек
- УЗИ щитовидной железы

Для исследования дыхательной функции пациентке должна быть назначена

- проба с бронхолитиком
- спирометрия
- пульсоксиметрия
- пикфлоуметрия

Начальное обследование пациентки с саркоидозом включает консультацию

- гинеколога
- офтальмолога
- дерматолога
- ЛОР врача

Лечебная тактика у данной пациентки предполагает

- назначение метотрексата в дозе 5-20 мг 1 раз в неделю
- пульс-терапию преднизолоном в дозе 15 мг/кг массы тела внутривенно
- назначение хлорохина 0,5—0,75 мг/кг массы тела в сутки длительно
- активное наблюдение и рентгенологический контроль в динамике

Контроль за состоянием пациентки должен быть выполнен через + ____ + месяцев

- 6-8
- 12
- 3-6
- 1-2

Эффективность проводимой терапии при саркоидозе лёгких оценивается с помощью выполнения в динамике

- электрокардиографии с нагрузкой и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру

- суточного измерения артериального давления и уровня катехоламинов сыворотки крови
- рентгенологического исследования и спирометрии
- перкуссии, аускультации, внешнего осмотра с измерением массы тела и роста

Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов, протекающий с синдромом Лёфгрена, является

- электрокардиографии с нагрузкой и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру
- суточного измерения артериального давления и уровня катехоламинов сыворотки крови
- рентгенологического исследования и спирометрии
- перкуссии, аускультации, внешнего осмотра с измерением массы тела и роста

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 52 лет направлена на прием к пульмонологу.

Жалобы

Повышение температуры до 37,8°C, покашливание, боли при движениях в голеностопных суставах, болезненные «узлы» на голених.

Анамнез заболевания

Больной себя считает около недели, когда появились вышеописанные жалобы. Начало заболевания ни с чем не связывает. Принимала парацетамол без эффекта. Сегодня обратилась к участковому терапевту, который направил пациентку на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: периодические ОРВИ 1-2 раза в год, аппендэктомия. Хронический сальпингоофорит. Регулярно проходит профилактический медицинский осмотр, выполняет флюорографию. Предыдущая флюорография год назад: норма. Туберкулез, туберкулезный контакт, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. Наследственность по легочным заболеваниям неотягощена. Аллергоанамнез не отягощен. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Работает преподавателем математики в ВУЗе. Живет вдвоем с мужем. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 26 кг/м². Температура 37,2 С. Кожные покровы обычной окраски, чистые. На правой голени округлое умеренно болезненное образование, с гиперемией кожи размером около 3 см в диаметре. На левой голени – два аналогичных образования меньших размеров (до 2-х см). Голеностопные суставы визуально без изменений, умеренно

болезненные при пальпации, движения в полном объеме. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ясные, ритм правильный. ЧСС 82 в мин., АД 135/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

С диагностической целью назначено выполнение

- электрокардиографии с нагрузкой и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру
- суточного измерения артериального давления и уровня катехоламинов сыворотки крови
- рентгенологического исследования и спирометрии
- перкуссии, аускультации, внешнего осмотра с измерением массы тела и роста

Результаты обследования

В связи с нечеткими данными рентгенографии легких (предположение об увеличении внутригрудных лимфатических узлов) показано проведение

- электрокардиографии с нагрузкой и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру
- суточного измерения артериального давления и уровня катехоламинов сыворотки крови
- рентгенологического исследования и спирометрии
- перкуссии, аускультации, внешнего осмотра с измерением массы тела и роста

Результаты обследования

Для уточнения природы образований на голених назначена консультация

- хирурга
- уролога
- дерматолога
- аллерголога

С учетом полученных результатов обследования установлен диагноз

- хирурга
- уролога
- дерматолога
- аллерголога

Диагноз

С дифференциально-диагностической целью для исключения туберкулезного процесса необходимо выполнить

- определение креатинфосфокиназы
- пробу Квейма-Зильцбаха
- определение натрийуретического пептида (BNP)
- пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л

Для исключения внелегочных проявлений саркоидоза пациентке показано проведение

- УЗИ молочных желез
- УЗИ поджелудочной железы
- экскреторной урографии
- УЗИ органов брюшной полости и почек

Обязательным и достаточно информативным методом функциональной диагностики при саркоидозе является

- пульсоксиметрия
- пикфлоуметрия
- проба с бронхолитиком
- спирометрия

Для определения активности саркоидоза назначено исследование

- общей креатинфосфокиназы и Т-тропонина
- уровня калия и альдостерона в крови
- кальция и ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) в крови
- уровня магния и ренина плазмы

С целью купирования клинической симптоматики показаны

- нестероидные противовоспалительные средства
- антибиотики широкого спектра действия в течение 7 дней
- метотрексат в дозе 15 мг в неделю, внутрь
- превентивная противотуберкулезная терапия на 3 месяца

Контроль за состоянием пациентки должен проводиться

- каждый месяц
- через 3-6 месяцев
- через 2 месяца
- через год

Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов, протекающий с синдромом Лёфгрена, является

- прогностически неблагоприятной формой саркоидоза, ведущей к слепоте и остановке сердца
- хронической, инвалидизирующей формой саркоидоза с высоким риском летального исхода
- скоротечной злокачественной формой саркоидоза с полиорганным поражением
- прогностически благоприятным вариантом саркоидоза

Характерный для саркоидоза синдром Хеерфордта -Вальденстрёма (Heerfordt-Waldenström) включает

- прогностически неблагоприятной формой саркоидоза, ведущей к слепоте и остановке сердца
- хронической, инвалидизирующей формой саркоидоза с высоким риском летального исхода
- скоротечной злокачественной формой саркоидоза с полиорганным поражением
- прогностически благоприятным вариантом саркоидоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 62-х лет госпитализирован в отделение пульмонологии.

Жалобы

Кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой слизисто-гнойного характера, одышка при ходьбе, общая слабость, повышение температуры до 37,4°C, отеки нижней трети голеней и стоп.

Анамнез заболевания

Курит более 40 лет до 1 пачки сигарет в день. На протяжении последних 15 лет отмечает кашель с мокротой. Около 5 лет стала беспокоить одышка и свистящее дыхание при нагрузке. Лечился по месту жительства у терапевта с диагнозом «хронический обструктивный бронхит». По рекомендации терапевта при затруднении дыхания применял ингаляции беродуала с положительным эффектом. Два года назад в связи с прогрессированием симптомов лечился в стационаре, было отмечено улучшение состояния, после выписки рекомендованных препаратов не принимал. Около года периодически отмечает появление отеков на ногах и тяжесть в правом подреберье. За последний год было три обострения заболевания, лечился амбулаторно. Настоящее ухудшение состояния, которое связывает с переохлаждением, в течение 5 дней, повысилась температура до 37,5 °C, увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, выросла одышка. Лечился самостоятельно (парацетамол, мукалтин), несмотря на плохое самочувствие продолжал работать. В связи с нарастающей одышкой обратился к терапевту, с приема был направлен на госпитализацию.

Анамнез жизни

* Перенесенные и хронические заболевания : частые простуды; около 3 лет эпизодически повышается артериальное давление – максимально до 160/100 мм рт.ст., лечения не получает. * Работает каменщиком, многие годы имеет контакт со строительной пылью, красками. * Алкоголь употребляет умеренно. Курит по 1 пачке сигарет в день 40 лет (ИК 40 пачек/лет). * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 72 кг, рост 170 см. ИМТ 24,9 кг/м². Температура 37,4°C. Кожные покровы чистые, цианоз губ, мочек ушей, кистей рук. Шейные вены набухшие. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка – расширена в передне-заднем направлении, межреберные промежутки расширены, эпигастральный угол тупой. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное ослабленное, с удлиненным выдохом, на выдохе сухие свистящие хрипы по всем легочным полям. ЧДД 23 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 100 уд. в мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации, размеры по Курлову 12-10-9 см. Отеки ног до нижней трети голеней, на голених коричневатая пигментация кожных покровов, кожа сухая и. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 2-3 степень выраженности одышки, по САТ - 28 баллов. SpO₂ ~ 88%.

Лабораторные методы исследования, необходимые для постановки диагноза данному пациенту, включают

- прогностически неблагоприятной формой саркоидоза, ведущей к слепоте и остановке сердца
- хронической, инвалидизирующей формой саркоидоза с высоким риском летального исхода
- скоротечной злокачественной формой саркоидоза с полиорганным поражением
- прогностически благоприятным вариантом саркоидоза

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные методы исследования, необходимые для постановки диагноза данному пациенту, включают

- прогностически неблагоприятной формой саркоидоза, ведущей к слепоте и остановке сердца
- хронической, инвалидизирующей формой саркоидоза с высоким риском летального исхода
- скоротечной злокачественной формой саркоидоза с полиорганным поражением
- прогностически благоприятным вариантом саркоидоза

Результаты инструментальных методов обследования

Клиническая симптоматика у пациента (цианотичность лица, кистей рук, набухание шейных вен, увеличение печени, отеки стоп, нижней трети голеней) обусловлена

- алиментарно-токсическим декомпенсированным циррозом печени
- легочной гипертензией IVФК
- хронической сердечной недостаточностью 2Б стадии (недостаточность по двум кругам кровообращения)
- левожелудочковой сердечной недостаточностью с застоем в малом круге кровообращения

На основании проведенных обследований определен диагноз

+ _____ +. Осложнение: ДН 2 ст. Легочная гипертензия IVФК

- алиментарно-токсическим декомпенсированным циррозом печени
- легочной гипертензией IVФК
- хронической сердечной недостаточностью 2Б стадии (недостаточность по двум кругам кровообращения)
- левожелудочковой сердечной недостаточностью с застоем в малом круге кровообращения

Диагноз

Стадия ХОБЛ III у пациента определена на основании

- выявленной легочной гипертензии IVФК
- показателя ОФВ₁ ~
- значения SpO₂ ~ 88%
- необратимости бронхообструкции

Антибактериальную терапию для лечения обострения у данного пациента следует начать с

- амоксициллина/клавуланат
- азитромицина
- линкомицина
- гентамицина

В период обострения заболевания в качестве бронхолитической терапии пациенту необходимо назначить

- длительнодействующий бета-2 агонист через дозированный аэрозольный ингалятор
- длительнодействующий бета-2 агонист через ингалятор аэролайзер
- бронходилататор короткого действия через небулайзер

- ингибитор фосфодиэстеразы-4 перорально

Глюкокортикостероиды для лечения тяжелого обострения ХОБЛ должны быть назначены пациенту + _____ + мг/сут (преднизолон)

- перорально 5-10; на весь период госпитализации
- внутривенно 90-120; на весь период госпитализации
- внутримышечно 30; на весь период госпитализации
- перорально 30-40; в течение 5-7 дней

После купирования обострения в качестве длительной поддерживающей терапии пациенту следует рекомендовать

- ингибитор фосфодиэстеразы-4 и быстро действующий бета2-агонист
- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и ингаляционного глюкокортикостероида
- фиксированную комбинацию длительнодействующего антихолинергика и длительнодействующего бета2 агониста- ДДАХ/ДДБА
- раздельную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и ингаляционного глюкокортикостероида

Лечение артериальной гипертензии у пациента следует начать с назначения

- β -адреноблокаторов
- блокаторов АТ1-рецепторов
- агонистов α_2 -адренорецепторов
- агонистов I1-имидазолиновых рецепторов

Наиболее чувствительным и специфичным методом для выявления, оценки выраженности и морфологической характеристики эмфиземы лёгких у пациентов с ХОБЛ является

- определение концентрации α_1 -антитрипсина
- компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки
- определение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- выполнение пикфлоуметрии в течение 2-х недель

Больным ХОБЛ при бронхитическом фенотипе и частых обострениях рекомендуется назначение

- определение концентрации α_1 -антитрипсина
- компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки
- определение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- выполнение пикфлоуметрии в течение 2-х недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 64-х лет госпитализирован в отделение пульмонологии.

Жалобы

Кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, одышка при незначительной физической нагрузке, свистящее дыхание по ночам и при ходьбе, общая слабость, повышение температуры до 37,6°C.

Анамнез заболевания

Курил 40 лет по 1 пачке сигарет в день, последние 2 года не курит. В течение 10 лет отмечает кашель с мокротой по утрам. Около 5 лет беспокоит одышка и свистящее дыхание при нагрузке, периодически по ночам. Врачом поликлиники был поставлен диагноз «хронический бронхит». Обострения бронхита до 2-х раз в год, как правило, на фоне ОРВИ, сопровождаются увеличением и изменением характера мокроты. При затруднении дыхания использовал ингаляции сальбутамола. Полгода назад в связи с усилением одышки на фоне обострения заболевания проходил лечение в стационаре. После выписки рекомендованную терапию не принимал. Ухудшение самочувствия в течение 3 дней, после перенесенной ОРВИ: увеличилось количество выделяемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, усилилась одышка, появилась субфебрильная температура по вечерам. Обратился к участковому терапевту, которым был направлен в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные; наблюдается у кардиолога по поводу артериальной гипертензии 2 стадии 3 степени (по данным амбулаторной карты) * Работал инженером-конструктором, в настоящее время – пенсионер. * Алкоголь не употребляет. В течение 2-х лет не курит. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена, отягощена по кардиальной патологии (мать умерла от инсульта). * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 85 кг, рост 164 см. ИМТ 32 кг/м². Температура 37,0°C. Кожные покровы обычной окраски, незначительно выраженный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с удлиненным выдохом, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 106 в мин., АД 125/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется, размеры по Курлову 9-8-7 см. Видимых отеков нет. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 2 балла (степень выраженности одышки), по САТ - 27 баллов. Лабораторные методы, необходимые для постановки диагноза, включают

- определение концентрации α 1-антитрипсина

- компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки
- определение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- выполнение пикфлоуметрии в течение 2-х недель

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов исследования для постановки диагноза необходимо выполнить

- определение концентрации α 1-антитрипсина
- компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки
- определение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- выполнение пикфлоуметрии в течение 2-х недель

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- определение концентрации α 1-антитрипсина
- компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки
- определение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- выполнение пикфлоуметрии в течение 2-х недель

Диагноз

По выраженности клинических симптомов пациент относится к группе

- А
- Е
- С
- В

Обострение ХОБЛ у пациента можно оценить как

- легкое
- крайне тяжелое
- средне-тяжелое
- тяжелое

Учитывая клиническую картину и особенности течения заболевания у пациента наиболее вероятной бактериальной причиной обострения является

- _Haemophilus influenzae_

- _Streptococcus viridans_
- _Chlamydomphila pneumoniae_
- _Legionella pneumophilla_

Для данного пациента антибактериальным препаратом выбора для лечения обострения у данного пациента является

- кларитромицин
- оксациллин
- моксифлоксацин «Респираторные» фторхинолоны
- ванкомицин

В период обострения заболевания пациенту в качестве бронхолитической терапии ХОБЛ следует назначить

- фиксированную комбинацию КДБА/КДАХ через небулайзер
- теofilлин медленного высвобождения перорально
- длительнодействующий ангихолинергический бронходилататор ингалятор Ханди Халер
- длительнодействующий бета 2 агонист через ингалятор Аэролайзер

Для сокращения времени наступления ремиссии, уменьшения гипоксемии и снижения длительность пребывания в стационаре пациенту в терапию необходимо включить

- преднизолон 5 - 10 мг/сут внутрь
- преднизолон 90-120 мг/сут внутрь
- преднизолон 30-40 мг/сут внутрь
- метилпреднизолон 250 мг/сут внутривенно

План лечения данного пациента на момент поступления в стационар должен включать

- иглорефлексотерапию
- кислородотерапию с использованием маски Вентури
- гирудотерапию
- аутогемотерапию

После купирования обострения для контроля симптомов, уменьшения обострений ХОБЛ и снижения вероятности летального исхода пациенту следует назначить

- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета 2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теofilлином замедленного высвобождения

- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом

С целью уменьшения риска обострений пациенту должна быть рекомендована вакцинация против

- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета 2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином замедленного высвобождения
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 76 лет направлен в экстренном порядке в отделение пульмонологии.

Жалобы

На кашель с вязкой мокротой слизисто-гнойного характера, одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, отеки стоп.

Анамнез заболевания

На протяжении многих лет курит 1-1,5 пачки сигарет в день. Около 20 лет страдает хроническим бронхитом, практически постоянно беспокоит кашель с отделением мокроты, неоднократно лечился амбулаторно, за последний год – дважды в стационаре. Последняя госпитализация три месяца назад. При обострениях назначались системные ГКС и антибактериальные препараты. Пользовался сальбутамолом при усилении одышки, принимал теофиллин. Из-за одышки резко ограничил физическую активность, из дома практически не выходит. Ухудшение самочувствия в течение 10 дней без видимых причин: повысилась температура до 37,5 – 37,2°C, увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, выросла одышка, появились отеки на ногах. Вызвал врача на дом, дано направление на экстренную госпитализацию.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные; в течение многих лет артериальная гипертензия (максимальное АД 170/100, привычное 130/90 мм рт.ст., лечения не получает), * Работал штукатуром на стройке, многие годы имел контакт со стройматериалами. * Курит 1,5 пачки сигарет в день (ИК 45 пачек/лет), ранее злоупотреблял алкоголем, в настоящее время алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по

легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия: проживает один, в частном доме.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Адинамичен, вялый. Вес 56 кг, рост 170 см. ИМТ 19,4 кг/м². Температура тела 37,0°C. Цианоз лица, кистей рук, набухание шейных вен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – расширена в передне-заднем направлении, расширены межреберные промежутки, эпигастральный угол тупой. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлиннен. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 110 в мин., АД 115/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 2,5 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации, плотноватой консистенции, размеры по Курлову 13-11-9. Отеки стоп. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 3 степень выраженности одышки, по САТ 29 баллов.

Для постановки диагноза на уровне приемного отделения пациенту необходимо выполнить

- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета 2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином замедленного высвобождения
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом

Результаты обследования

Госпитализирован в отделение. Назначены необходимые инструментальные методы обследования для установления диагноза, включающие

- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета 2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином замедленного высвобождения
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом

Результаты инструментальных методов обследования

Клиническая симптоматика (цианотичность лица, кистей рук, набухание шейных вен, увеличение печени, отеки стоп) у данного пациента могут быть обусловлены

- хронической сердечной недостаточностью 1 стадии
- кардиальным декомпенсированным циррозом печени
- хроническим легочным сердцем
- хроническим алиментарно-токсическим гепатитом

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- хронической сердечной недостаточностью 1 стадии
- кардиальным декомпенсированным циррозом печени
- хроническим легочным сердцем
- хроническим алиментарно-токсическим гепатитом

Диагноз

Согласно клиническим данным и степени выраженности клинических симптомов пациент относится к группе

- {nbsp} E
- {nbsp} B
- {nbsp} C
- {nbsp} A

Одним из показаний к назначению антибактериальной терапии данному больному является

- изменение характера, объема мокроты, увеличение уровня СРБ до 50 мг/л
- наличие легочной гипертензии 2 ст
- снижение SpO₂ до 88% и наличие эмфиземы
- возраст 76 лет и наличие сердечно-сосудистой патологии

Учитывая клиническую картину и особенностей течения заболевания у пациента наиболее вероятной бактериальной причиной обострения является

- _Legionella pneumophilla_
- _Pseudomonas aeruginosa_
- _Chlamydomphila pneumoniae_
- _Streptococcus viridans_

Для данного пациента антибактериальным препаратом выбора является

- цефтриаксон
- ципрофлоксацин

- оксациллин
- кларитромицин

План ведения данного пациента на момент поступления должен включать

- интубацию трахеи и проведение инвазивной респираторной поддержки
- кислородотерапию с использованием маски Вентури
- проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации
- проведение иммуносорбции

После купирования обострения для контроля симптомов, уменьшения обострений ХОБЛ и снижения вероятности летального исхода пациенту следует назначить

- комбинацию ингибитора фосфодиэстеразы-4 и короткодействующего бета 2 агониста
- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета 2 агониста и длительнодействующего антихолинергика ДДБА и ДДАХ ИГКС
- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета 2 агониста и ингаляционного глюкокортикостероида ДДБА/ИГКС
- фиксированную комбинацию ингаляционного ГКС длительнодействующего антихолинергика и длительнодействующего бета 2 агониста - ИГКС/ДДАХ/ДДБА

Для уменьшения частоты среднетяжелых и тяжелых обострений пациентам с ХОБЛ с ОФВ1 < 50% от должного, с хроническим бронхитом и с частыми обострениями дополнительно к базисной терапии следует назначить

- рофлумиласт
- пролонгированный теофиллин
- преднизолон перорально
- монтелукаст

С целью уменьшения риска обострений ХОБЛ кроме вакцинации от гриппа пациенту должна быть рекомендована вакцинация против

- рофлумиласт
- пролонгированный теофиллин
- преднизолон перорально
- монтелукаст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 77 лет направлен в экстренном порядке в отделение пульмонологии.

Жалобы

Кашель с вязкой мокротой слизисто-гнойного характера, одышка при незначительной физической нагрузке, общая слабость, отеки стоп.

Анамнез заболевания

На протяжении многих лет курит 1-1,5 пачки сигарет в день. Страдает хроническим бронхитом, неоднократно лечился амбулаторно, за последний год – дважды в стационаре. Последняя госпитализация два месяца назад. В качестве базисной терапии использует формотерол/будесонид (симбикорт 160/4,5 2 дозы х 2 раза в сутки). Из-за одышки резко ограничил физическую активность.

Самочувствие ухудшилось неделю назад: появилось першение в горле, насморк, повысилась температура до 37,5 – 37,2°C (контактировал с внуком, больным ОРВИ). На этом фоне увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, выросла одышка, появились отеки на ногах. Вызвал врача на дом, дано направление на экстренную госпитализацию.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает в течение многих лет артериальную гипертензию (максимальное АД 180/100, привычное 135/90 мм рт.ст., лечения не получает), * Работал шофером, по достижении пенсионного возраста не работает. * Курит (ИК 50), алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез: непереносимость пенициллина (крапивница). * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 60 кг, рост 169 см. ИМТ 21 кг/м². Температура 37,0°C. Адинамичен, вялый. Умеренно выражена цианотичность лица, кистей рук, набухание шейных вен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – расширена в передне-заднем направлении, расширены межреберные промежутки, эпигастральный угол тупой. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлиннен. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 108 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 2,5 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации, плотноватой консистенции, размеры по Курлову 13-11-9. Отеки стоп. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 4 степень выраженности одышки, по SAT 32 балла. SpO₂ ~ 89%.

Необходимые для постановки диагноза лабораторные методы исследования включают

- рофлумиласт
- пролонгированный теофиллин
- преднизолон перорально
- монтелукаст

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные методы обследования, назначенные для уточнения бронхо-легочной патологии, включают

- рофлумаиласл
- пролонгированный теофиллин
- преднизолон перорально
- монтелукаст

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения характера кардиальной патологии пациенту показано выполнение

- рофлумаиласл
- пролонгированный теофиллин
- преднизолон перорально
- монтелукаст

Результаты обследования

По выраженности клинических симптомов (классификация GOLD 2023) пациент относится к группе

- A
- B
- C
- E

С учетом полученных результатов обследования поставлен клинический диагноз ХОБЛ + ____ + ст. + _____ + степени тяжести, обострение. ДН

- A
- B
- C
- E

Диагноз

С учетом клинической картины и особенностей течения ХОБЛ у пациента наиболее вероятными патогенными микроорганизмами, вызывающими обострение, могут быть

- _Enterobacteriaceae, P. aeruginosa_
- _Chl.Pneumonia, B. pertussis_
- _Legionella spp., S. aureus_
- _{nbsp}S. viridans, S. epidermidis_

Одним из предикторов инфекции P.aeruginosa у пациента является

- длительный стаж курения
- ОФВ₁ ~ 28%
- интоксикационный синдром
- непереносимость пенициллина

Терапия в период обострения ХОБЛ у пациента должна включать

- антигистаминные, спазмолитики, иммуномодуляторы
- бронхолитики, антибиотики, глюкокортикоиды
- антикоагулянты, нестероидные противовоспалительные средства
- антиагреганты, нитраты, витамины группы В

В связи с имеющейся у пациента артериальной гипертензией (артериальная гипертензия 3 степени, 2 стадии, риск 3) необходима базисная гипотензивная терапия. Для коморбидных пациентов (ХОБЛ + АГ) препаратами первой линии являются

- селективные β_1 -блокаторы
- ингибиторы АПФ
- тиазидные диуретики
- альфа-адреноблокаторы

В качестве длительной поддерживающей терапии ХОБЛ пациенту следует рекомендовать

- фиксированную комбинацию длительнодействующего антихолинергика и длительнодействующего бета2 агониста- (ДДАХ/ДДБА) + ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС)
- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и ингаляционного глюкокортикостероида (ДДБА + ИГКС) + системные глюкокортикостероиды
- ингибитор фосфодиэстеразы-4рофлумиласт + быстро действующий бета2-агонист (по требованию) + ингаляционный глюкокортикостероид (ИГКС)
- раздельную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и ингаляционного глюкокортикостероида (ДДБА + ИГКС) + системные глюкокортикостероиды

С целью уменьшения риска обострений ХОБЛ пациенту должна быть рекомендована вакцинация против

- пневмококковой инфекции и гриппа
- дифтерии и коклюша
- коревой краснухи и гемофильной инфекции типа b (ХИБ)
- гепатита В и и эпидемического паротита

Для более достоверной оценки нарушения дыхательных функций у пациентов с ХОБЛ и симптомами сердечной недостаточности (ХСН) показано выполнение

- пневмококковой инфекции и гриппа
- дифтерии и коклюша
- коревой краснухи и гемфильной инфекции типа b (ХИБ)
- гепатита В и и эпидемического паротита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 69 лет госпитализирован в отделение терапии, где выполнен консультативный осмотр врача- пульмонолога.

Жалобы

Кашель с мокротой слизистого характера, выраженная одышка при незначительной физической нагрузке, усиливающиеся в ночное время, общая слабость.

Анамнез заболевания

В течение нескольких лет беспокоит кашель с мокротой. Три года назад находился на обследовании и лечении в отделении пульмонологии. С того времени постоянно пользуется ингаляциями формотерола, дополнительно использует беродуал при усилении одышки . Год назад перенес инфаркт миокарда. В течение полугода отметил усиление одышки при ходьбе, лечился амбулаторно у участкового терапевта. Ухудшение самочувствия в течение недели, после того как выполнял дома ремонт: усилился кашель с мокротой серого цвета, выросла одышка, плохо спал из-за этого по ночам, использование беродуала до 5 раз в сутки недостаточно эффективно. Сегодня вызвал на дом участкового терапевта, которым был в экстренном порядке направлен в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ. Год назад - инфаркт миокарда, наблюдается у кардиолога, постоянно принимает ингибиторы АПФ, антиагреганты, диуретики. * Работал штукатуром, после инфаркта – инвалид 2 группы. * Алкоголь употребляет умеренно. Курение - 1-1,5 пачки сигарет в день в течение многих лет (ИК 40 пачек/лет), последние два года не курит. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. Отец умер от инфаркта миокарда. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 88 кг, рост 168 см. ИМТ 33 кг/м². Лежит с возвышенным изголовьем. Температура 36,6°C. Отмечается легкий цианоз губ. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – нормостенической конфигурации. Над легочной поверхностью перкуторный звук ясный, легочный, голосовое дрожание проводится равномерно, не

изменено. Дыхание везикулярное, несколько ослаблено, сухие рассеянные хрипы по всем легочным полям, в нижне-боковых отделах влажные мелкопузырчатые хрипы, выдох удлинен. ЧДД 23 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 102 в мин., АД 115/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги, размеры по Курлову 9-8-7. Видимых отеков нет. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 3-4 степень выраженности одышки, по SAT 33 балла. SpO2 88%.

Лабораторные методы исследования, необходимые для постановки диагноза данному пациенту, включают

- пневмококковой инфекции и гриппа
- дифтерии и коклюша
- коревой краснухи и гемofilьной инфекции типа b (ХИБ)
- гепатита В и и эпидемического паротита

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные методы обследования, назначенные для уточнения диагноза, включают

- пневмококковой инфекции и гриппа
- дифтерии и коклюша
- коревой краснухи и гемofilьной инфекции типа b (ХИБ)
- гепатита В и и эпидемического паротита

Результаты инструментальных методов обследования

Данные рентгенографии легких у пациента могут указывать на наличие

- идиопатического легочного фиброза с развитием вторичной легочной гипертензии
- обострения хронической обструктивной болезни легких с развитием легочного сердца
- венозного застоя в малом круге кровообращения, обусловленного левожелудочковой недостаточностью
- острой интерстициальной пневмонии, лекарственно индуцированной

Выполнение спирометрии у пациента с декомпенсацией ХСН в условиях задержки жидкости

- является нецелесообразным
- адекватно отражает тяжесть ХОБЛ
- должно назначаться при оценке функционального класса ХСН
- не зависит от выраженности сердечной недостаточности

С учетом клинико-анамнестических данных, данных обследования можно поставить диагноз: Основное заболевание

- является нецелесообразным
- адекватно отражает тяжесть ХОБЛ
- должно назначаться при оценке функционального класса ХСН
- не зависит от выраженности сердечной недостаточности

Диагноз

Достоверность при постановке диагноза ХОБЛ при хронической сердечной недостаточности (ХСН) с симптомами застоя может быть улучшена при использовании метода

- пикфлоуметрии
- определения концентрации $\alpha 1$ -антитрипсина
- определения фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- бодиплетизмографии

В качестве бронхолитической терапии обострения ХОБЛ пациенту необходимо назначить

- теофиллин замедленного высвобождения перорально
- длительнодействующий бета2-агонист через ингалятор аэролайзер
- быстродействующий бронходилататор короткого действия через небулайзер
- длительнодействующий антихолинергик через ингалятор ХандиХалер

Для лечения ХСН у данного пациента с ХОБЛ препаратами выбора являются

- сердечные гликозиды
- альфа адреноблокаторы
- нитраты продленного действия
- ингибиторы АПФ

Для лечения ХСН у данного пациента помимо ингибиторов АПФ целесообразно назначить

- верапамил
- амиодарон
- ивабрадин
- бисопролол

Назначение кардиоселективных бета-адреноблокаторов пациентам с ХОБЛ

- запрещено
- возможно только при 2 стадии ХОБЛ

- допустимо
- возможно только при 1 стадии ХОБЛ

В качестве длительной поддерживающей терапии пациенту следует рекомендовать

- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином замедленного высвобождения
- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)

С целью уменьшения риска обострений ХОБЛ пациенту должна быть рекомендована вакцинация против

- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином замедленного высвобождения
- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 66 лет госпитализирован в отделение пульмонологии

Жалобы

Кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, одышка при незначительной физической нагрузке, усиливающаяся в положении лежа; общая слабость, потливость, повышение температуры до 37,8°C.

Анамнез заболевания

Курил более 40 лет, 1 пачку сигарет в день. Последние несколько лет отмечает кашель с мокротой по утрам, одышку и свистящее дыхание при нагрузках, периодически по ночам. Лечился амбулаторно с диагнозом «хронический бронхит». При затруднении дыхания использовал ингаляции сальбутамола с эффектом. Обострения бронхита 1 – 2 раза в год, как правило, на фоне ОРВИ. 3 месяца назад лечился по поводу обострения заболевания в стационаре. Получал после выписки форадил комби. Ухудшение самочувствия в течение 7 дней на фоне ОРВИ: увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, нарастала одышка, температура до 38 к

вечеру. В связи с усилением одышки, из-за которой не мог лежать, сегодня ночью вызвал бригаду скорой помощи, доставившую пациента в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные; инфаркт миокарда неуточненного срока давности, диагностированный два года назад. * Работал слесарем, в настоящее время – инвалид 2 группы (по ИБС). * Алкоголь не употребляет. В течение года не курит. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность: отец умер от рака легких, мать умерла от инсульта. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние ближе к тяжелому. Вес 80 кг, рост 174 см. ИМТ 26,4 кг/м². Температура 37,0°C. Положение ортопноэ. Отмечается небольшой цианоз губ. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлиннен, в нижне-боковых отделах единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 104 в мин., единичные экстрасистолы. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 1,0 см из-под края реберной дуги, безболезненная, размеры по Курлову 10-9-7. Видимых отеков нет. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 2 балла (средняя степень выраженности одышки), по САТ 26 баллов. SpO₂ 88%.

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки диагноза данному пациенту, относят

- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином замедленного высвобождения
- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные методы обследования, необходимые для постановки диагноза, включают

- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином замедленного высвобождения

- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения диагноза с учетом анамнестических данных (перенесенный инфаркт миокарда) назначено выполнение

- глюкокортикостероид системного действия в сочетании с ингаляционным глюкокортикостероидом
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином замедленного высвобождения
- фиксированную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДАХ/ДДБА)

Результаты обследования

Физикальная симптоматика со стороны органов дыхания у пациента может быть обусловлена

- бронхообструктивным синдромом и левожелудочковой сердечной недостаточностью
- бронхообструктивным синдромом и острым легочным сердцем
- двусторонней пневмонией и вторичным бронхообструктивным синдромом
- двусторонней пневмонией и диффузным пневмосклерозом

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- бронхообструктивным синдромом и левожелудочковой сердечной недостаточностью
- бронхообструктивным синдромом и острым легочным сердцем
- двусторонней пневмонией и вторичным бронхообструктивным синдромом
- двусторонней пневмонией и диффузным пневмосклерозом

Диагноз

Данные исследования газового состава крови у пациента $PaCO_2 \sim 46$ мм рт.ст., $pH\ 7,34$ $PaO_2 \sim$ $FiO_2 \sim 198$ мм рт.ст., что требует проведения

- оксигенотерапии через носовые канюли «по требованию»
- оксигенотерапии через носовые канюли каждые 3 часа по 15 минут
- инвазивной вентиляции легких длительно
- неинвазивной вентиляции легких длительно

Терапия ХОБЛ в период обострения у пациента должна включать

- иммуномодуляторы, антигистаминные, седативные
- антикоагулянты, антиагреганты, статины
- бронхолитики, антибиотики, глюкокортикостероиды
- пробиотики, витамины группы В, спазмолитики

В качестве бронхолитической терапии обострения ХОБЛ пациенту необходимо назначить

- длительнодействующий бета2 агонист через ингалятор
- ингаляционный глюкокортикостероид
- короткодействующий бронходилататор (КДБД) через небулайзер
- теофиллин медленного высвобождения перорально

Глюкокортикоиды для лечения тяжелого обострения ХОБЛ должны быть назначены пациенту

- внутримышечно 60 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней
- перорально 2,5-5 мг/сут (преднизолон) на 3 дня

В качестве длительной поддерживающей терапии пациенту следует рекомендовать

- отдельную комбинацию длительнодействующего бета2 агониста и ингаляционного глюкокортикостероида
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 в сочетании с теофиллином медленного высвобождения перорально
- комбинацию антилейкотриенового препарата и ингаляционного глюкокортикостероида
- комбинацию длительнодействующего бета2 агониста, длительнодействующего антихолинергика и ингаляционный глюкокортикостероид

У данного пациента имеется коморбидная патология, помимо ХОБЛ имеется ХСН, в связи с чем ему показано назначение

- любых β -1~ адреноблокаторов
- недигидропиридиновых антагонистов кальция
- селективных β -1~ адреноблокаторов
- только ингибиторы ангиотензинсин-превращающего фермента

С целью уменьшения риска обострений пациентам с ХОБЛ кроме вакцинации против пневмококковой инфекции необходимо также рекомендовать вакцинацию против

- любых β_1 -адреноблокаторов
- недигидропиридиновых антагонистов кальция
- селективных β_1 -адреноблокаторов
- только ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 51 года обратился на прием к пульмонологу.

Жалобы

Одышка при быстрой ходьбе, подъеме в гору, сопровождающаяся свистящим дыханием, кашель с небольшим количеством светлой мокроты по утрам.

Анамнез заболевания

На протяжении многих лет по утрам откашливает небольшое количество светлой мокроты, что связывает с тем, что с молодого возраста курит (выкуривает до пачки сигарет в день). В течение года стал отмечать появление одышки при быстрой ходьбе, при этом периодически возникало свистящее дыхание. По поводу каких-либо заболеваний легких не лечился, к врачу раньше не обращался. Регулярно проходит флюорографическое обследование. В связи с вышеизложенными жалобами обратился к врачу.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания. * Работает инженером, по роду работы контакта с проф. вредностями нет. * Алкоголь употребляет умеренно. Курит 1 пачку сигарет в день (ИКЧ 30 пачек/лет) * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 170 см. ИМТ 26 кг/м². Температура 36,6°C. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Над легочной поверхностью перкуторный звук легочный. Голосовое дрожание проводится одинаково, равномерно. Дыхание везикулярное, сухие рассеянные хрипы при форсированном выдохе в области задне-боковых поверхностей грудной клетки. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Лабораторные методы исследования, необходимые для постановки диагноза, включают

- любых β_1 -адреноблокаторов
- недигидропиридиновых антагонистов кальция
- селективных β_1 -адреноблокаторов
- только ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- любых β_1 -адреноблокаторов
- недигидропиридиновых антагонистов кальция
- селективных β_1 -адреноблокаторов
- только ингибиторы ангиотензинсин-превращающего фермента

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом результатов проведенного обследования установлен диагноз

- любых β_1 -адреноблокаторов
- недигидропиридиновых антагонистов кальция
- селективных β_1 -адреноблокаторов
- только ингибиторы ангиотензинсин-превращающего фермента

Диагноз

Оценить влияние ХОБЛ на жизнь пациента возможно с помощью теста

- с метахолином
- АСТ
- САТ
- АСQ5

С учетом клинико-анамнестических данных, данных САТ теста 10 баллов, диагноз дополнен, установлена группа заболевания по классификации GOLD2011

- D (высокий риск обострений, симптомы выражены)
- A (низкий риск обострений, симптомы не выражены)
- B (низкий риск обострений, симптомы выражены)
- C (высокий риск обострений, симптомы не выражены)

Основным фактором риска развития ХОБЛ у пациента является

- возраст старше 50 лет
- частые острые респираторные вирусные инфекции
- недостаточная физическая активность
- курение

Нефармакологический метод терапии, рекомендованный пациенту

- высококалорийная диета
- отказ от курения

- курс иглорефлексотерапии
- спелеотерапия раз в три месяца

Препарат, рекомендованный для лечения табачной зависимости

- азитромицин
- варениклин
- моксонидин
- теофиллин

В качестве базисной терапии пациенту необходимо назначить

- длительнодействующие антихолинергики
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 рофлумаилест перорально
- теофиллин замедленного высвобождения внутрь

В качестве стартовой бронхолитической поддерживающей терапии пациенту было рекомендовано использование

- фиксированной комбинации длительнодействующего β_2 -агониста с ингаляционным глюкокортикостероидом (ДДБА/ИГКС)
- комбинации длительнодействующего β_2 -агониста и теофиллина замедленного высвобождения
- комбинации длительнодействующего β_2 -агониста и длительнодействующего антихолинергика (ДДБА и ДДАХ)
- раздельной комбинации длительнодействующего β_2 -агониста и ингаляционного глюкокортикостероида (ДДБА и ИГКС)

При достижении положительной динамики в виде максимального облегчения симптомов назначенную пациенту бронходилатационную терапию необходимо

- отменить, назначив немедикаментозную терапию
- продолжить в виде прерывистых коротких курсов
- продолжить в прежнем объеме
- изменить, назначив только бронхолитики короткого действия по требованию

С целью уменьшения риска обострений пациенту должна быть рекомендована вакцинация против

- отменить, назначив немедикаментозную терапию
- продолжить в виде прерывистых коротких курсов
- продолжить в прежнем объеме
- изменить, назначив только бронхолитики короткого действия по требованию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 70 лет, госпитализирован в экстренном порядке в отделение пульмонологии.

Жалобы

Кашель с вязкой желто-зеленого цвета мокротой до 80 мл в сутки, одышка при незначительной физической нагрузке, общая слабость, отеки стоп, повышение температуры до 37,6°C.

Анамнез заболевания

Курит 1-1,5 пачки сигарет в день с молодого возраста (ИКЧ 45 пачек/лет). В детстве болел пневмонией. Около 20 лет отмечает кашель с мокротой, неоднократно лечился амбулаторно по поводу хронического бронхита с обострениями в весенне-осенний период. Последние 5 лет – одышка при ходьбе, свистящее дыхание при нагрузках и по ночам. Полгода назад лечился стационарно в связи с обострением бронхита (выписка не предоставлена). Рекомендации, данные при выписке, не соблюдал, при нарастании одышки использовал беродуал. Самочувствие ухудшилось 10 дней назад – после переохлаждения повысилась температура до 37,5 – 38°C, увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, выросла одышка, заметил появление отеков стоп. По назначению участкового терапевта принимал парацетамол, амоксилав, однако, самочувствие не улучшилось, дано направление на госпитализацию.

Анамнез жизни

* В течение 10 лет – повышается АД (максимально до АД 170/100, привычное 140/90 мм рт.ст.), лечения не получает. Страдает остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, оперирован по поводу межпозвоночной грыжи (3 года назад). * Работал аккумулятором на заводе, по достижении пенсионного возраста не работает. * Курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез: аллергическая реакция на новокаин (крапивница). * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 86 кг, рост 164 см. ИМТ 32 кг/м². Температура 37,2°C. Кожные покровы лица, шеи с цианотичным оттенком, шейные вены набухшие. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – расширена в передне-заднем направлении, расширены межреберные промежутки, эпигастральный угол тупой. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлинен. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 98 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 1,5 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации, плотноватой консистенции, размеры по Курлову 13-11-9. Отеки стоп. Стул,

диурез без особенностей. По шкале mMRC – 4 степень выраженности одышки, SAT – 30 баллов.

Лабораторные методы, необходимые для постановки диагноза и назначения соответствующей терапии, включают

- отменить, назначив немедикаментозную терапию
- продолжить в виде прерывистых коротких курсов
- продолжить в прежнем объеме
- изменить, назначив только бронхолитики короткого действия по требованию

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов исследования для постановки диагноза необходимо выполнить

- отменить, назначив немедикаментозную терапию
- продолжить в виде прерывистых коротких курсов
- продолжить в прежнем объеме
- изменить, назначив только бронхолитики короткого действия по требованию

Результаты инструментальных методов обследования

Клиническими признаками хронического легочного сердца у пациента являются

- снижение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) до 64%, увеличение количества мокроты
- выраженный бронхообструктивный синдром, снижение насыщения гемоглобина кислородом
- физикальные признаки эмфиземы, влажные мелкопузырчатые хрипы, субфебрильная лихорадка
- расширение яремных вен, увеличение печени и отеки ног

Верифицировать вероятность развития хронического легочного сердца у пациента позволит выполнение

- мониторингирования ЭКГ по Холтеру
- сцинтиграфии легких
- анализа крови на креатинфосфокиназу MB
- эхокардиографии

К обязательным методам исследования, помогающим исключить кардиальный генез респираторной симптоматики у данного пациента, относят

- определение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

- регистрацию электрокардиограммы
- выполнение пробы с физической нагрузкой (тредмил тест)
- культуральное исследование венозной крови

С учетом результатов обследования установлен диагноз

- определение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- регистрацию электрокардиограммы
- выполнение пробы с физической нагрузкой (тредмил тест)
- культуральное исследование венозной крови

Диагноз

Одним из факторов риска неблагоприятного исхода терапии у пациента, которые учитываются при назначении антибиотиков, является

- необратимая бронхообструкция
- курение
- эмфизема легких
- возраст ≥ 65 лет

С учетом клинической картины и особенностей течения ХОБЛ у пациента наиболее вероятными патогенными микроорганизмами, вызывающими обострение, могут быть

- *S. viridans*, *S. epidermidis*
- *Legionella* spp., *S. aureus*
- *Chl. pneumonia*, *B. pertussis*
- *Enterobacteriaceae*, *H. influenzae*

Пациентам с обострением ХОБЛ рекомендуется назначение антибактериальной терапии при повышении уровня С-реактивного белка $\geq +$ _____ + мг/л

- 20
- 30
- 15
- 10

Для лечения обострения у пациентов с ХОБЛ III по GOLD рекомендовано назначение

- азитромицина
- амоксициллина/клавуланат
- линезолида
- рифампицина

Больным ХОБЛ при бронхитическом фенотипе и частых обострениях может быть рекомендовано использование

- антигистаминных
- витаминов группы В
- муколитиков
- нестероидных противовоспалительных средств

Наиболее информативным методом диагностики и оценки выраженности эмфиземы является

- антигистаминных
- витаминов группы В
- муколитиков
- нестероидных противовоспалительных средств

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 72-х лет госпитализирован в отделение пульмонологии.

Жалобы

Кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, одышка в покое и при незначительной физической нагрузке, общая слабость, повышение температуры до 37,4°C, отеки на ногах.

Анамнез заболевания

В течение многих лет курит 1 – 1,5 пачки сигарет в день. Кашель с мокротой беспокоит многие годы, что связывал с курением. Около 10 лет стала беспокоить одышка и свистящее дыхание при нагрузке и по ночам. К врачу впервые обратился 10 месяцев назад. Тогда же был госпитализирован в связи с прогрессированием симптомов, на фоне лечения почувствовал некоторое улучшение, после выписки использовал беродуал при усилении одышки, других рекомендованных препаратов не принимал. В течение полугода стал замечать отеки на ногах. Ухудшение самочувствия в течение 10 дней, после переохлаждения: повысилась температура до 37,5 – 37,2°C, увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, выросла одышка, в связи с чем использовал ингаляции беродуала до 6 раз в сутки. Лечился самостоятельно – отхаркивающими травами, принимал таблетки бромгексина. В связи с выраженной одышкой вызвал «скорую», доставлен в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, в юности болел пневмонией. * Работал на стройке, многие годы имел контакт со строительной пылью, красками. * Алкоголь употребляет умеренно. Курение - 1-1,5 пачки сигарет в день (ИК 40 пачек/лет). * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 67 кг, рост 170 см. ИМТ 19,5 кг/м². Температура 37,6°C. Отмечается цианотичность лица, кистей рук, набухание шейных вен.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – расширена в передне-заднем направлении, расширены межреберные промежутки, эпигастральный угол тупой. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлиннен. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 110 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 2,5 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации, размеры по Курлову 12-10-9. Отеки стоп, нижней трети голеней, кожа сухая, истонченная, с участками пигментации. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 3-4 степень выраженности одышки, по САТ 32 балла

Лабораторные методы исследования, необходимые для постановки диагноза данному пациенту, включают

- антигистаминных
- витаминов группы В
- муколитиков
- нестероидных противовоспалительных средств

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- антигистаминных
- витаминов группы В
- муколитиков
- нестероидных противовоспалительных средств

Результаты инструментальных методов обследования

Клиническая симптоматика у пациента (цианотичность лица, кистей рук, набухание шейных вен, увеличение печени, отеки стоп, нижней трети голеней) может быть обусловлена

- хронической сердечной недостаточностью с застоем в малом круге кровообращения
- правожелудочковой недостаточностью (хроническое легочное сердце)
- тромбоэмболией легочной артерии с развитием острого легочного сердца
- идиопатическим легочным фиброзом с вторичной легочной гипертензией

Для диагностики хронического легочного сердца необходимо выполнить

- мониторингирование ЭКГ по Холтеру
- исследование крови на Д-димер
- эхокардиографию
- тест с 6-минутной ходьбой

На основании данных анамнеза, объективного обследования, клинико-лабораторных и инструментальных исследований установлен диагноз

- мониторингирование ЭКГ по Холтеру
- исследование крови на Д-димер
- эхокардиографию
- тест с 6-минутной ходьбой

Диагноз

С учетом показателей спирометрии стадия (степень тяжести) заболевания у пациента

- III, тяжелая
- IV, крайне-тяжелая
- I, легкая
- II, среднетяжелая

Пациент относится к группе

- С
- В
- Е
- А

Антибактериальный препарат выбора (первой линии) для лечения обострения у данного пациента

- азитромицин 0,5 г внутрь каждые 24 ч (3-дневный курс)
- амоксициллин/клавуланат 1,2 г в/в каждые 6-8 ч
- линкомицин 0,5г внутрь каждые 8 ч
- ванкомицин 5-20 мг/кг в/в каждые 12 ч

В качестве бронхолитической терапии обострения ХОБЛ пациенту необходимо назначить

- длительнодействующий бета2-агонист через ингалятор Аэролайзер
- бронходилататор короткого действия через небулайзер
- длительнодействующий антихолинергик через ингалятор ХандиХалер
- теофиллин замедленного высвобождения перорально

У пациента тяжелое обострение ХОБЛ, потребовавшее госпитализации. В этом случае необходимо включение в терапию глюкокортикостероидов, которые назначаются

- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально 5 - 10 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- внутримышечно (преднизолон) 30 мг/сут на весь период госпитализации
- перорально 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней

Кроме медикаментозной терапии пациенту необходимо рекомендовать

- курсы иглорефлексотерапии
- прекращение курения
- сеансы спелеотерапии
- высококалорийную диету

Кроме вакцинации против пневмококковой инфекции пациентам с ХОБЛ необходимо рекомендовать вакцинацию против

- курсы иглорефлексотерапии
- прекращение курения
- сеансы спелеотерапии
- высококалорийную диету

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г. 27 лет направлена на амбулаторный прием к врачу-пульмонологу отоларингологом.

Жалобы

Сухой непродуктивный кашель, одышка при умеренной физической нагрузке (подъем на 4 этаж лестницы), кровянистые выделения с элементами гноя из носа, лихорадка до 38,5°C в вечернее время, уступающая жаропонижающим, общая слабость, ограничивающая повседневную активность, похудание за месяц на 6 кг.

Анамнез заболевания

Анамнез жизни

* ранее ни чем не болела, считала себя здоровой * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * наследственность не отягощена по каким-либо заболеваниям * менструации регулярные, беременностей не было * контактов с инфекционными и туберкулезными больными не отмечала

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, на коже голеней отмечается мелкоточечная гиперемизированная сыпь, не

исчезающая при надавливании и растяжении кожи. Отеков нет, вены варикозно не расширены. Пульс 82 в 1 минуту, ритмичный, АД 115/82 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости не расширены I тон на верхушке сохранен.. ЧД – 21 в 1 минуту. Грудная клетка при дыхательных движениях симметрична. При перкуссии выявлены справа и слева локальные зоны укорочения перкуторного звука с выслушиванием в этой же зоне единичных мелкопузырчатых хрипов. Язык влажный, без налетов. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги по l. medioclavicularis dextra. Край закруглен, болезненный при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- курсы иглорефлексотерапии
- прекращение курения
- сеансы спелеотерапии
- высококалорийную диету

Результаты лабораторных методов обследования

К минимально необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- курсы иглорефлексотерапии
- прекращение курения
- сеансы спелеотерапии
- высококалорийную диету

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больной можно выставить предварительный диагноз

- курсы иглорефлексотерапии
- прекращение курения
- сеансы спелеотерапии
- высококалорийную диету

Диагноз

Дифференциальный диагноз в данном случае следует провести в первую очередь с

- пневмокониозом
- саркоидозом легких

- эозинофильным гранулематозом с полиангиитом
- узелковым полиартериитом

Наиболее частым органным поражением, помимо имеющих у больной, является поражение

- периферической нервной системы
- почек
- желудочно-кишечного тракта
- периферических суставов

К диагностическим изменениям в анализе мочи при гранулематозе с полиангиитом относят

- микрогематурию (более 5 эритроцитов в поле зрения)
- появление белка в моче более 0,5 г/л
- снижение относительной плотности мочи менее 1005 ед
- цилиндрурию (более 15 цилиндров в поле зрения)

При проведении дифференциального диагноза с системной красной волчанкой у данной больной следует исследовать

- циркулирующие иммунные комплексы
- LE-клетки
- антинуклеарный фактор
- ревматоидный фактор

Лечение данной больной следует начать с этапа современной терапии

- поддерживающей терапии
- консолидации ремиссии
- индукции ремиссии
- профилактики рецидивов

Препаратом выбора для индукции ремиссии является

- диклофенак
- мофетила микофенолат
- метилпреднизолон
- метотрексат

При высокой активности системного васкулита с поражением легкого в дополнение к медикаментозной терапии целесообразно использование

- перитонеального диализа
- гемодиализа
- гемосорбции
- плазмафереза

При терапии системного васкулита с применением циклофосфида для профилактики пневмоцистной пневмонии следует совместно с циклофосфамидом назначать

- амоксициллин
- метронидазол
- ко-тримоксазол
- циклоферон

При развитии при данном заболевании в рамках поражения дыхательных путей стенозирующего подглоточного ларингита, осложнившегося развитием асфиксии, рекомендовано

- амоксициллин
- метронидазол
- ко-тримоксазол
- циклоферон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г. 31 года направлена на амбулаторный прием к врачу-пульмонологу терапевтом.

Жалобы

Сухой непродуктивный кашель, одышка при умеренной физической нагрузке (подъем на 3 этаж лестницы), умеренные болевые ощущения в грудной клетке справа при глубоком вдохе.

Анамнез заболевания

Заболела без видимых причин около 2 месяцев назад, когда появился сухой кашель без тенденции к нарастанию, через 4 недели стала отмечать одышку при физических нагрузках, которая постепенно прогрессировала, стало трудно подниматься на 3 этаж лестницы, периодически стала отмечать боли в грудной клетке при глубоком вдохе, в связи с чем обратилась к терапевту 7 дней назад. При исследовании в клиническом анализе крови обнаружено увеличение СОЭ до 45 мм/ч (в остальном норма), повышение уровня СРБ 24 мг/л (норма менее 5 мг/л) консультирована фтизиатром, выполнен Т-spot тест (отрицательный), данных за туберкулезную этиологию плеврита не получено, в связи с чем направлена к врачу-пульмонологу.

Анамнез жизни

* ранее ничем не болела, считала себя здоровой * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имела * аллергических реакций не было * наследственность неотягощена по каким-либо заболеваниям * менструации регулярные, беременностей не было * контактов с инфекционными и туберкулезными больными не отмечала

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной

окраски, сыпи нет, Отеков нет, вены варикозно не расширены. Пульс 88 в 1 минуту, ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости не расширены I тон на верхушке сохранен.. ЧД – 22 в 1 минуту. щадит поражённую сторону (сидит, наклонившись в поражённую сторону. Правая сторона грудной клетки отстаёт при дыхательных движениях. При перкуссии выявлен справа тупой перкуторный звук, верхняя граница которого сзади идёт от позвоночника вверх кнаружи до лопаточной линии и далее кпереди косо вниз. В этой же зоне голосовое дрожание и бронхофония отсутствуют, дыхание практически не выслушивается, а выше этого уровня выслушивается бронхиальное дыхание. Язык влажный, без налетов. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги по l. medioclavicularis dextra. Край закруглен, болезненный при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- амоксициллин
- метронидазол
- ко-тримоксазол
- циклоферон

Результаты лабораторных методов обследования

К минимально необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- амоксициллин
- метронидазол
- ко-тримоксазол
- циклоферон

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больной можно выставить предварительный диагноз

- амоксициллин
- метронидазол
- ко-тримоксазол
- циклоферон

Диагноз

На основании имеющихся результатов жидкость в плевральной полости обусловлена

- транссудатом
- экссудатом
- хилотораксом
- гемотораксом

При выявлении экссудативного характера плеврального выпота наиболее вероятной причиной может быть

- нефротический синдром
- туберкулез
- сердечная недостаточность
- гипотиреоз

Для достоверного подтверждения туберкулезной этиологии плеврального выпота следует выполнить

- микроскопию на микобактерию туберкулеза плеврального выпота
- постановку пробы Манту
- посев плевральной жидкости
- проведение кожного диаскин-теста

При подозрении на развитие плеврита в раках системной красной волчанки следует исследовать

- антинуклеарный фактор
- циркулирующие иммунные комплексы
- LE-клетки
- ревматоидный фактор

При подтверждении плеврита, протекающего в рамках системной красной волчанки, больной следует назначить

- фуросемид
- преднизолон
- левосимендан
- левотироксин

При развитии экссудативного плеврита в результате эмболии ветвей легочной артерии с установленным источником тромбообразования (венозный тромбоз вен нижних конечностей) в комплекс терапии следует включить

- антитромбоцитарные препараты
- парентеральные антикоагулянты
- антагонисты витамина К
- тромболитические средства

Для уменьшения клинических симптомов плеврального выпота, независимо от этиологии, целесообразно назначение

- противотуберкулезных препаратов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антибактериальных препаратов
- мочегонных

При получении мутной молочно-белого цвета плевральной жидкости, мутность которой не исчезает после центрифугирования, следует предполагать у больного наличие

- пневмоторакса
- гемоторакса
- хилоторакса
- гидроторакса

Наиболее информативным методом диагностики заболеваний, являющихся причиной плеврального выпота, в настоящее время считается

- пневмоторакса
- гемоторакса
- хилоторакса
- гидроторакса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 57 лет, поступил планово в хирургическое отделение стационара.

Жалобы

* на одышку при умеренной физической нагрузке и в положении лежа * на общую слабость

Анамнез заболевания

* На протяжении 25 лет страдает хроническим бронхитом. * В течение последних лет стал отмечать появление одышки при умеренной физической нагрузке и в горизонтальном положении. * Два года назад установлен диагноз наследственной прогрессирующей миодистрофии с поражением дыхательной мускулатуры. * При очередном обследовании была выявлена несекретирующая макроаденома гипофиза, по поводу которой для проведения планового оперативного лечения пациент госпитализирован в хирургическое отделение. * Какой-либо медикаментозной терапии не получает.

Анамнез жизни

* курит 40 лет по 20 сигарет в день, алкоголь не употребляет * работает в МВД, профессиональные вредности отрицает * аллергологический анамнез: без особенностей * наследственность не отягощена

Объективный статус

* Состояние относительно удовлетворительное. * Сознание ясное, контактен. * Рост 168 см, вес 95 кг. ИМТ=33.7 кг/м². Окружность талии 105 см. * Кожные покровы чистые, теплые, влажные, отмечается цианоз губ и кончика носа. * При перкуссии легких - коробочный звук над всей поверхностью, в положении лежа в проекции нижней доли левого легкого тимпанит. При аускультации - дыхание жесткое, над областью тимпанита выслушиваются кишечные шумы. ЧДД 24 в мин. SpO₂ ~86%. * Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона и диастолический дующий шум над легочной артерией. АД 110/70 мм рт.ст., пульс 98 в мин., ритмичный, симметричный. * Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. * Физиологические отправления в норме.

Для диагностики дыхательной недостаточности необходимыми инструментальными методами исследования являются

- пневмоторакса
- гемоторакса
- хилоторакса
- гидроторакса

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторным исследованием, необходимым для уточнения степени дыхательной недостаточности, является

- пневмоторакса
- гемоторакса
- хилоторакса
- гидроторакса

Результаты лабораторного исследования

Ведущей причиной развития и прогрессирования дыхательной недостаточности у данного пациента является

- пневмоторакса
- гемоторакса
- хилоторакса
- гидроторакса

Диагноз

Дыхательная недостаточность у данного пациента соответствует степени

- 3
- 1
- 4

- 2

Дыхательная недостаточность у данного пациента (согласно патогенетической классификации) является

- гиперкапнической (вентиляционной)
- гипоксемической (паренхиматозной)
- нейромышечной (миодистрофической)
- смешанной (паренхиматозной и вентиляционной)

При наследственной прогрессирующей миодистрофии развитие хронической дыхательной недостаточности обусловлено

+ _____ + нарушениями

- внутрилегочными рестриктивными
- внелегочными рестриктивными
- изолированными обструктивными
- обструктивными и рестриктивными

Основным видом лечения для данного пациента является

- глюкокортикостероидная терапия
- кислородотерапия
- бронхолитическая терапия
- использование дыхательных analeптиков

Показанием к проведению неинвазивной вентиляции легких вследствие нейромышечного заболевания является

- прогрессирующая одышка
- снижение жизненной емкости легких $< 50\%$
- релаксация купола диафрагмы
- отсутствие эффекта от лечения

При планировании хирургического лечения аденомы гипофиза у данного пациента необходимо учитывать наличие повышенного риска развития периоперационных + _____ + осложнений, что требует

- легочных; проведения длительной респираторной поддержки
- легочных; проведения бронхолитической и стероидной терапии
- системных; использования миорелаксантов длительного действия
- системных; использования дыхательных analeптиков и стероидов

Средством доставки кислорода является

- газовый баллон
- респиратор
- медицинская маска

- маска Вентури

В данной клинической ситуации наиболее подходящим способом доставки кислорода является

- носовые канюли
- маска Вентури
- простая лицевая маска
- нереверсивная маска

В отдаленном послеоперационном периоде данный пациент должен наблюдаться в условиях

- носовые канюли
- маска Вентури
- простая лицевая маска
- нереверсивная маска

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М. 35 лет обратилась к пульмонологу по месту жительства.

Жалобы

На * резко возникшую одышку при минимальной физической нагрузке * дискомфорт в правой половине грудной клетке, усиливающийся при вдохе * кашель, преимущественно сухой * познбливание, * ощущение дискомфорта при ходьбе в левой ноге.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки, отдыхала на море, ничего не беспокоило. После длительного перелета при возвращении домой, еще при посадке из самолета, почувствовала дискомфорт при дыхании, который связала с перепадом давления. Спустя несколько часов, появились выше указанных жалоб. На следующий день отметила усиление одышки, в связи с чем, самостоятельно обратилась к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: отрицает. * Принимает комбинированные оральные контрацептивы в течение последних 5 лет. Регулярно наблюдается у гинеколога. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Работает менеджером, работа в основном сидячая. * Аллергических реакций не было. * Наследственность: у матери была выявлена гипергомоцистеинемия, неоднократно тромбозы вен нижних конечностей. Отец – здоров. Братьев, сестер не имеет.

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. * Масса тела не снижена. ИМТ 21,3 кг/м². * Кожа слегка цианотичная, влажная, теплая. * Температура тела 37,1°C. * Носовое дыхание не затруднено. Слизистые бледно-розовые.

Миндалины не увеличены, налетов нет. Верхние дыхательные пути визуально проходимы. * При перкуссии легких – ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, на форсированном выдохе выслушиваются свистящие хрипы, крепитация в проекции нижней доли правого легкого. ЧДД 24 в мин. * Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 105 в мин., акцент II тона над легочной артерией. Пульс, ритмичный, симметричный. АД 95/60 мм рт.ст. * Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. * На ногах вены варикозно расширены, при пальпации на момент осмотра безболезненные. Отеков нет. * Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- носовые канюли
- маска Вентури
- простая лицевая маска
- нереверсивная маска

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относят

- носовые канюли
- маска Вентури
- простая лицевая маска
- нереверсивная маска

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования у пациентки имеет место

- носовые канюли
- маска Вентури
- простая лицевая маска
- нереверсивная маска

Диагноз

Для оценки вероятности ТЭЛА используется шкала

- CRUSADE
- Truelove/Witts
- Мейо
- Geneva

Тактика ведения пациента с подозрением на ТЭЛА на догоспитальном этапе включает

- отказ от проведения медикаментозной терапии до подтверждения диагноза
- наблюдение и дообследование в поликлинике по месту жительства при отказе пациента от госпитализации
- немедленное назначение антикоагулянтной терапии независимо от тяжести ТЭЛА
- проведение кислородотерапии и скорейшая транспортировка в стационар

При лечении больных с ТЭЛА стартовая доза нефракционированного гепарина при внутривенном болюсном введении составляет +_____+ ЕД/кг

- 80
- 2,5
- 60
- 30

Лабораторным биомаркером, использующимся для оценки риска ранней смерти при ТЭЛА, является

- креатинин
- α -амилаза
- тропонин I
- Д-димер

Проведение тромболитической терапии при ТЭЛА показано пациентам

- высокого риска с нарушениями гемодинамики
- с тяжелыми сопутствующими заболеваниями
- с индексом тяжести ТЭЛА (PESI) класса I-II
- всем при подтверждении диагноза

Предпочтительно использовать нефракционированный гепарин у пациентов

- со сниженной функцией почек (клиренс креатинина < 30 мл/минуту)
- с наличием отягощенной наследственности по тромбоэмболиям
- с низким риском кровотечений
- с выраженной артериальной гипертензией

Предрасполагающим фактором к развитию ТЭЛА у данной пациентки является

- молодой возраст
- резкая смена климата
- прием пероральных контрацептивов
- недавний солнечный загар

Согласно шкале Geneva вероятность наличия ТЭЛА у пациентки в данном клиническом случае является

- неопределенной
- низкой
- высокой
- промежуточной

Проведение исследования КТ-пульмонангиографии при промежуточной вероятности ТЭЛА и значении показателя Д-димера 750 мкг/л

- неопределенной
- низкой
- высокой
- промежуточной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет, состоящий около 7 лет на диспансерном наблюдении у пульмонолога с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу-терапевту для прохождения профилактического осмотра.

Жалобы

На экспираторную одышку при умеренной физической активности, периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Диагноз ХОБЛ поставлен 7,5 лет назад в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания в среднем 3-4 раза в год в осенне-зимний и весенний периоды на фоне переохлаждения и ОРВИ. Отмечает позитивный эффект от ингаляций ипратропиума бромидом, увеличение их количества в последние несколько дней способствовало улучшению состояния.

Анамнез жизни

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит в среднем 20 сигарет в день в течение 28 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. ИМТ=30,1. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, число дыханий. 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. SpO₂ = 93. Оценка одышки по визуально-аналоговой шкале Борга 4 балла.

По результатам спирографии у пациента будет определяться снижение величины показателя

- ОФВ1/ФЖЕЛ
- ФЖЕЛ/ОФВ1
- ЖЕЛ
- ФЖЕЛ

Значение показателя ОФВ1~ пациента, равное 75% от должного, соответствует + _____ + степени тяжести бронхиальной обструкции при ХОБЛ

- ОФВ1/ФЖЕЛ
- ФЖЕЛ/ОФВ1
- ЖЕЛ
- ФЖЕЛ

Диагноз

Клиническая выраженность обострения ХОБЛ соответствует + _____ + тяжести обострения

- крайне тяжелой
- тяжелой
- среднетяжелой
- легкой

Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием шкалы

- _SCORE_
- _CHADS_
- _CAT (COPD Assessment Test)_
- ВАШ

Бронходилатационный тест рекомендуется проводить с использованием

- длительнодействующего бета-агониста (сальметерола)
- ингаляционного ГКС (будесонида)
- короткодействующего бета2-агониста (сальбутамола)
- М-холиноблокатора (тиотропия бромид)

Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ, является

- снижение уровня психоэмоционального стресса
- увеличение ежедневной физической активности
- коррекция диеты

- отказ от курения

Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

- достижение контроля симптомов ХОБЛ
- снижение лекарственной зависимости больных ХОБЛ
- увеличение продолжительности жизни больных ХОБЛ
- снижение уровня инвалидизации больных ХОБЛ

Короткодействующие бронходилататоры рекомендуется использовать всем пациентам с ХОБЛ

- по желанию пациента
- постоянно
- только в экстренных случаях
- по потребности

Снижение риска смерти при ХОБЛ с наибольшей эффективностью обеспечивает комбинация

- ИГКС/ДДБА
- ИГКС/ДДАХ
- ДДАХ/ДДБА
- ИГКС/ДДАХ/ДДБА

В качестве мероприятий вторичной профилактики для предупреждения обострений и прогрессирования ХОБЛ рекомендуется

- закаливание
- вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции
- вакцинация против коклюша
- вакцинация против кори

Наиболее частый возбудитель обострений ХОБЛ

- _Streptococcus pneumoniae_
- _Haemophilus influenzae_
- _Mycoplasma pneumoniae_
- _Chlamydia pneumoniae_

При обучении пациентов с ХОБЛ рекомендуется составлять

- _Streptococcus pneumoniae_
- _Haemophilus influenzae_
- _Mycoplasma pneumoniae_
- _Chlamydia pneumoniae_

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 46 лет, находящийся на диспансерном наблюдении с хронической обструктивной болезнью легких (далее - ХОБЛ), обратился к врачу общей практики для прохождения контрольного осмотра и коррекции плана лечения.

Жалобы

На экспираторную одышку при умеренной физической активности, периодически - приступы кашля с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Диагноз ХОБЛ поставлен 5 лет назад в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, взят на диспансерный учёт с кратностью осмотров 2 раза в год. Обострения заболевания возникали 2-3 раза в год в осенне-зимний и весенний периоды на фоне ОРВИ. Отмечает позитивный эффект от ингаляций ипратропиума бромидом, увеличение их количества в последние несколько дней способствовало улучшению состояния.

Анамнез жизни

Работа связана с периодическим пребыванием на открытом воздухе на строящихся объектах. Курит 20-25 сигарет в день в течение 22 лет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, отеков нет. Рост 170 см, масса тела 87 кг. ИМТ=30,1. Дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, число дыханий 18 в 1 мин. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 130 и 90 мм рт.ст., частота сердечных сокращений 72 в 1 мин. Носовые ходы проходимы, Язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по краю реберной дуги. $SpO_2 = 94$. Оценка одышки по визуально-аналоговой шкале Борга 4 балла.

По результатам спирометрии у пациента будет определяться снижение величины показателя

- ЖЕЛ
- ФЖЕЛ/ОФВ1
- ФЖЕЛ
- ОФВ1/ФЖЕЛ

Значение показателя ОФВ1~ пациента, равное 65% от должного, соответствует + _____ + степени тяжести бронхиальной обструкции при ХОБЛ

- ЖЕЛ
- ФЖЕЛ/ОФВ1
- ФЖЕЛ
- ОФВ1/ФЖЕЛ

Диагноз

Клиническая выраженность обострения ХОБЛ соответствует
+ _____ + тяжести обострения

- тяжелой
- крайне тяжелой
- легкой
- среднетяжелой

Комплексную оценку симптомов ХОБЛ рекомендуется проводить с использованием шкалы

- mMRC
- SCORE
- ВАШ
- CHADS

Бронходилатационный тест рекомендуется проводить с использованием

- М-холиноблокатора (тиотропия бромид)
- короткодействующего бета2-агониста (сальбутамола)
- длительнодействующего бета-агониста (сальметерола)
- ингаляционного ГКС (будесонида)

Наиболее эффективным нефармакологическим вмешательством, оказывающим влияние на прогрессирование ХОБЛ является

- увеличение ежедневной физической активности
- коррекция диеты
- снижение уровня психоэмоционального стресса
- отказ от курения

Основной целью фармакотерапии ХОБЛ является

- снижение лекарственной зависимости больных ХОБЛ
- снижение уровня инвалидизации больных ХОБЛ
- достижение контроля симптомов ХОБЛ
- увеличение продолжительности жизни больных ХОБЛ

Короткодействующие бронходилататоры рекомендуется использовать всем пациентам с ХОБЛ

- постоянно
- по потребности
- только в экстренных случаях
- по желанию пациента

С целью улучшения ОФВ1 и снижения риска обострений в терапии ХОБЛ пациенту целесообразно назначить

- монотерапию ДДБА
- комбинацию ДДАХ с ДДБА
- монотерапию ДДАХ
- комбинацию ИГКС с ДДБА

Контроль эффективности предписанного плана лечения пульмонолог производит в первый год через 1, 3, 12 мес., далее

- 1 раз в год
- 2 раза в год
- производит только терапевт
- 1 раз в 2 года

Неотложная госпитализация пациента старческого возраста с ХОБЛ при возникновении обострения

- должна быть незамедлительной вне зависимости от состояния
- должна быть незамедлительной только при внезапно появившейся тяжелой одышке
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 1 суток
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 3 суток

Согласно критериям оценки качества лечения обострения ХОБЛ пациенту должна быть проведена антибактериальная терапия

- должна быть незамедлительной вне зависимости от состояния
- должна быть незамедлительной только при внезапно появившейся тяжелой одышке
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 1 суток
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 3 суток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет госпитализирована с жалобами.

Жалобы

На сухой кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, головокружение, головная боль, температура до 38,5°C.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3х дней после того, как длительное время находилась на открытом воздухе (каталась на горных лыжах), заболела остро, появился озноб, общая слабость, температура повысилась до 38,5°C. На 3 день

после начала болезни появилась трудноотделяемая мокрота. Медикаментозную терапию не применяла.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имела; * аллергических реакций не было; * наследственность: неотягощена.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 158 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Периферические узлы не увеличены, отеков нет. Дыхание поверхностное, ЧДД 17 в 1 мин.

Определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в левой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких в указанной выше области отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации там же выслушивается крепитация. Пульс 93 уд в 1 мин, ритмичный. Тоны сердца звучные, ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Синдром поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул и диурез не нарушены.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- должна быть незамедлительной вне зависимости от состояния
- должна быть незамедлительной только при внезапно появившейся тяжелой одышке
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 1 суток
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 3 суток

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- должна быть незамедлительной вне зависимости от состояния
- должна быть незамедлительной только при внезапно появившейся тяжелой одышке
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 1 суток
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 3 суток

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента является

- должна быть незамедлительной вне зависимости от состояния
- должна быть незамедлительной только при внезапно появившейся тяжелой одышке
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 1 суток
- проводится при неэффективности терапии обострения в течение 3 суток

Диагноз

Критерии диагноза внебольничной пневмонии является сочетание хотя бы + ___ + клинических признаков

- 5
- 2
- 3
- 4

Шкала CURB 65 включает в себя

- температура более $40,1^{\circ}\text{C}$
- повышение уровня ТТГ до $4,5$ ммоль/мл
- повышение уровня азота мочевины > 7 ммоль/л
- возраст больного ≥ 55 лет

Кашель у пациентов после перенесенной внебольничной пневмонии может сохраняться в течение

- полугода
- 4-5 месяцев
- 1-2 месяцев
- 3-4 месяцев

Препаратом выбора для лечения нетяжелой внебольничной пневмонии без сопутствующих заболеваний является

- ципрофлоксацин
- ванкомицин
- ампициллин
- доксициклин

К критериям достаточности антибиотикотерапии относят

- стойкую нормализацию температуры в течение 1 суток
- стойкое снижение температуры до $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 часов
- эмпирическое мнение врача
- исчезновение аускультативных признаков пневмонии

К группам высокого риска развития пневмококковых инфекций относятся пациенты

- с сифилисом
- с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной системы
- с железодефицитной анемией
- в возрасте 20-40 лет

У большинства пациентов с внебольничной пневмонией при проведении эффективной терапии отмечается снижение температуры, происходит постепенный регресс основных клинических проявлений заболевания, а также лабораторных маркеров воспаления через + _____ + день/дней

- 3-5
- 14-21
- 7-10
- 1

При медленно разрешающейся пневмонии и наличии факторов риска затяжного течения заболевания контрольное рентгенологическое исследование требуется через

- 3 месяца
- 4 недели
- 12 месяцев
- 2 недели

Шкала PORT необходима для

- 3 месяца
- 4 недели
- 12 месяцев
- 2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М, 72 лет, обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На кашель со слизистой мокротой, до 50 мл в сутки, выраженную одышку при ходьбе на 100 метров, чувство дискомфорта, стеснения в грудной клетке, снижение работоспособности, на приступы затрудненного дыхания, удушья до 6 раз в сутки, в том числе ночные до 1-2 раз, сопровождаются сухими, свистящими хрипами.

Анамнез заболевания

Бронхиальная астма была диагностирована у пациентки в возрасте 67 лет, по поводу чего была назначена базисная терапия Симбикортом 160 + 4,5 мкг 2 раза в сутки, которую пациентка принимает до настоящего времени. На фоне проводимой терапии состояние больной существенно улучшилось, однако, при сохраняющихся редких приступах затрудненного дыхания по потребности больная принимает ДАИ «беродуал» с эффектом. На протяжении всего этого времени пациентка наблюдается терапевтом по м/ж, в течение последних двух лет неоднократно отмечалось повышение АД до 150/100 мм рт. ст. Настоящее ухудшение состояния возникло 10 дней тому назад, на фоне которого больная

стала пользоваться беродуалом до 4-6 ингаляций в сутки. В связи с ухудшением состояния пациентка обратилась к врачу по м/ж и была госпитализирована в терапевтическое отделение.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: Артериальная гипертензия с 50 лет. Вирусный гепатиты, туберкулез отрицает. Венерические заболевания отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными – отрицает, сырую воду не пьет. В открытых водоемах не купалась. За границу не выезжала.

Аллергологический анамнез: неотягощен. Наследственность: неотягощена.

Гемотрансфузионный анамнез: отрицает. Профессиональный анамнез: пенсионер неработающий. Вредные привычки: отрицает. Инвалидность: 3 группы. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, SpO₂ - 96%.

Аускультативно дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах с обеих сторон, сухие хрипы по всем полям, перкуторно звук коробочный, ЧД 20 в минуту. Шум трения плевры не выслушивается. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД 165/100 мм рт. ст., ЧСС 100 уд/мин, пульс 100 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. Периферические л/у не увеличены. Отеков нет.

Лабораторное обследование пациентки должно включать

- 3 месяца
- 4 недели
- 12 месяцев
- 2 недели

Результаты обследования

Инструментальные диагностические исследования, показанные пациентке должны включать

- 3 месяца
- 4 недели
- 12 месяцев
- 2 недели

Результаты обследования

По результатам проведенного обследования пациентке может быть установлен диагноз

- 3 месяца
- 4 недели
- 12 месяцев
- 2 недели

Диагноз

По степени тяжести течение заболевания у пациентки следует классифицировать как Бронхиальную астму

- тяжелого течения
- средней степени тяжести
- лёгкого течения
- крайне тяжёлого течения

На момент обращения за медицинской помощью состояние пациентки следует расценивать как

- ремиссия
- острый обструктивный бронхит
- астматический статус
- обострение

Степень тяжести настоящего обострения у данной пациентки соответствует

- лёгкому или среднетяжёлому обострению
- жизнеугрожающей астме
- астме, близкой к фатальной
- тяжёлому обострению

Бронходилатационный тест, проведенный пациентке в ходе обследования следует расценить как

- положительный
- отрицательный
- сомнительный
- не информативный

В связи с обострением бронхиальной астмы на первом этапе пациентке показано назначение

- короткодействующих β_2 -агонистов
- длительно действующих β_2 -агонистов
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- длительно действующих антихолинэргических препаратов

Оптимальным способом доставки короткодействующих β_2 -агонистов для пациентки будет использование

- дозированного аэрозольного ингалятора
- внутривенных инфузий
- небулайзера
- порошкового ингалятора

Диагностическим критерием развития астматического статуса является развитие

- тахипноэ
- гиперинфляции
- обострения на фоне хронической дыхательной недостаточности
- острой дыхательной недостаточности

Кроме эозинофилии мокроты в качестве маркера эозинофильного характера воспаления в воздухоносных путях используют

- определение уровня эозинофилов в периферической крови
- оценку вариабельности ПСВ
- исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO)
- метахолиновый тест

При обострении бронхиальной астмы показанием для начала кислородотерапии является $SpO_2 \sim 92\%$

- определение уровня эозинофилов в периферической крови
- оценку вариабельности ПСВ
- исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO)
- метахолиновый тест

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 60 лет госпитализирован в пульмонологическое отделение из поликлиники.

Жалобы

На усиление одышки, появление гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 10 лет, когда появилось ощущение одышки, которая постепенно нарастала. В анамнезе около 15 лет кашель с мокротой по утрам и при простуде по 3-4 месяца в году. Принимал беродуал, теопек. Ночью почувствовал, что начинает задыхаться. Утром обратился в поликлинику и был направлен в пульмонологическое отделение.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает; * курит, алкоголем не злоупотребляет. Индекс курящего человека 30 пачка/лет; * профессиональные вредности: с 16 лет работал в кинопрокате 10 лет, затем 7 лет в типографии, в дальнейшем на телестудии проявщиком; * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние: удовлетворительное, положение активное. Отеков нет. Лимфоузлы не пальпируются. Форма грудной клетки бочкообразная. Повышенная ригидность грудной клетки. Число дыханий 22 в минуту. Нижние границы

легких по среднеключичной линии на уровне 7-го ребра, по задней подмышечной – 9 ребра, по лопаточной – 11 ребра. На момент осмотра: ослабленное жесткое дыхание, хрипов нет. При перкуссии коробочный звук, одинаковый на симметричных участках. Подвижность нижнего легочного края в фазу вдоха 3 см, в фазу выдоха - 1 см. Бронхофония ослаблена над всей поверхностью легких. Голосовое дрожание не изменено. При аускультации тоны сердца приглушены. ЧСС 96 в мин. АД 140 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, розового цвета. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации безболезненная, размеры по Курлову: 12x9,5x8 см. Селезенка не пальпируется.

В план обследования пациента, поступившего с подозрением на ХОБЛ, необходимо включить

- определение уровня эозинофилов в периферической крови
- оценку вариабельности ПСВ
- исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO)
- метахолиновый тест

Результаты обследования

Для оценки выраженности одышки у больного хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) следует использовать шкалу

- определение уровня эозинофилов в периферической крови
- оценку вариабельности ПСВ
- исследование фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO)
- метахолиновый тест

Результаты обследования

Физикальное обследование больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) проводится для

- оценки работы сердечно-сосудистой системы, исключения сопутствующих заболеваний, эмфиземы, дыхательной недостаточности, гиперкапнии
- выявления признаков рестриктивных дыхательных нарушений, бронхиальной обструкции, лёгочной гипертензии, гиперсекреции мокроты
- исключения сопутствующих заболеваний органов дыхания, выявления признаков лёгочной гипертензии, гипервентиляционного синдрома, анемического синдрома
- выявления признаков обструкции бронхов, эмфиземы, дыхательной недостаточности, оценки работы дыхательных мышц и исключения сопутствующих заболеваний

Спирометрическим критерием диагностики хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) является $ОФВ_{1-}/ФЖЕЛ <$

- 0,6
- 0,9
- 0,7
- 0,8

Для выявления у пациента дыхательной недостаточности показано проведение

- клинического анализа крови
- спирографии
- пульсоксиметрии
- рентгенографии органов грудной клетки

Фаза течения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) у пациента может расцениваться как

- ремиссия
- стихающее обострение
- стойкая ремиссия
- обострение

На основании данных проведённого обследования, диагноз пациента может быть сформулирован как: Хроническая обструктивная болезнь легких, + ____ + степени тяжести бронхиальной обструкции, выраженные клинические симптомы, с частыми обострениями

- ремиссия
- стихающее обострение
- стойкая ремиссия
- обострение

Диагноз

Тактика ведения пациента в отношении глюкокортикостероидов должна заключаться в

- их назначении только при эозинофилии крови $>2\%$
- их назначении только при эозинофилии мокроты
- категорическом отказе от их назначения
- обязательном их назначении

При лечении обострения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) пациенту показано назначение

- органических нитратов и агонистов имидазолиновых H_1 -рецепторов
- сердечных гликозидов и антогонистов кальция
- β_2 -агонистов и антихолинергических препаратов
- бета-адреноблокаторов и органических нитратов

В качестве антибактериальной терапии больному показано назначение антибактериального препарата группы

- респираторных фторхинолонов
- карбопенемов
- аминогликозидов
- цефалоспоринов I поколения

Длительная кислородотерапия показана пациентам с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ)

- в случаях появления нежелательных явлений от стандартной терапии
- в случаях усиления бронхообструкции
- при развитии хронической дыхательной недостаточности
- в случаях отсутствия эффекта от стандартной терапии

Пациентам с ХОБЛ в качестве профилактики обострений заболевания показано проведение ежегодной вакцинации против

- в случаях появления нежелательных явлений от стандартной терапии
- в случаях усиления бронхообструкции
- при развитии хронической дыхательной недостаточности
- в случаях отсутствия эффекта от стандартной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 79 лет находился в гериатрическом отделении стационара.

Жалобы

На одышку при малой физической нагрузке, отеки голеней, снижение слуха, памяти, зрения, боли в коленных суставах.

Анамнез заболевания

Длительное время страдает хроническим бронхитом, систематически принимает сальбутамол, бекламетазон. Ухудшение состояния в течение последних 5 дней, когда отметил усиление одышки, которая стала появляться при незначительной физической нагрузке и в покое.

Анамнез жизни

* Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4 * ИБС. Стентирование передней межжелудочковой ветви в 2016 г. Постоянная форма фибрилляции предсердий * ХСН II А стадии, III ФК (NYHA) * В 2006 г. - правосторонняя верхнедолевая пневмония. * стаж курения 60 лет, последние 5 лет не курит, алкоголем не злоупотребляет * аллергических реакций не было

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Рост 180 см, масса тела 87 кг. Ходит медленно с опорой на трость, себя обслуживает. Невыраженный цианоз губ. Кожные

покровы обычной окраски и влажности. Отеки голеней. * Система органов дыхания: грудная клетка бочкообразная. При перкуссии - коробочный перкуторный звук над всей поверхностью легких. Дыхание диффузно ослабленное, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы, ЧДД 19 в 1 мин. * Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена. Смещение границ сердца влево. Тоны приглушены, аритмичные. ЧСС ~ 68 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. * Система пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. * Система мочевыделения: область почек не изменена, мочеиспускание свободное, учащенное, безболезненное, контролирует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. * Неврологический статус: больной контактен, ориентирован в пространстве и времени. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

В данной клинической ситуации больному необходимо провести обследование, включающее

- в случаях появления нежелательных явлений от стандартной терапии
- в случаях усиления бронхообструкции
- при развитии хронической дыхательной недостаточности
- в случаях отсутствия эффекта от стандартной терапии

Результаты обследования

К дополнительным методам обследования относятся

- в случаях появления нежелательных явлений от стандартной терапии
- в случаях усиления бронхообструкции
- при развитии хронической дыхательной недостаточности
- в случаях отсутствия эффекта от стандартной терапии

Результаты обследования

В данной клинической ситуации больному необходимо провести лабораторное обследование, включающее

- в случаях появления нежелательных явлений от стандартной терапии
- в случаях усиления бронхообструкции
- при развитии хронической дыхательной недостаточности
- в случаях отсутствия эффекта от стандартной терапии

Результаты обследования

Выявленные при спирометрии изменения соответствуют

+ _____ + степени бронхиальной обструкции

- легкой
- крайне тяжелой

- тяжелой
- среднетяжелой

Обструкция среднетяжелой степени соответствует + ____ + стадии ХОБЛ

- I
- IV
- III
- II

Согласно спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ крайне тяжелой степени тяжести соответствуют значения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ менее 0,7 (70%), а ОФВ1

- 30% или более, но менее 50%
- 50% или более, но менее 80%
- 80% и более
- менее 30% или менее 50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

Согласно спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ тяжелой степени тяжести соответствуют значения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ менее 0,7 (70%), а ОФВ1

- менее 30% или менее 50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью
- 30% или более, но менее 50%
- 50% или более, но менее 80%
- 80% и более

Согласно спирометрической (функциональной) классификации ХОБЛ легкой степени тяжести соответствуют значения показателей ОФВ1/ФЖЕЛ менее 0,7 (70%), а ОФВ1

- 50% или более, но менее 80%
- 30% и более, но менее 50%
- ОФВ1 80% и более
- менее 30% или менее 50% в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

Абсолютным показанием для длительной кислородотерапии является значение PaO_2 _____ мм рт.ст. и SpO_2 ~ _____ %

- ≥ 55 ; ≥ 88
- ≤ 55 ; ≤ 88
- ≥ 60 ; ≥ 90
- ≤ 59 ; $= 89$

При наличии легочного сердца, отеков, полицитемии ($Ht > 55\%$) длительную кислородотерапию рекомендовано начинать при следующих показателях

- $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_2 \geq 88\%$
- $55 \leq PaO_2 \leq 59$ мм рт.ст.; $SpO_2 = 89\%$
- $PaO_2 \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_2 \geq 90\%$
- $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_2 \leq 88\%$

При десатурации при нагрузке/ десатурации во время сна/ болезни легких с тяжелым диспное, уменьшающимся на фоне O_2 , длительную кислородотерапию рекомендовано начинать при следующих показателях

- $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_2 \leq 88\%$
- $PaO_2 \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_2 \geq 90\%$
- $55 \leq PaO_2 \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_2 = 89\%$
- $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_2 \geq 88\%$

Лечение обострения ХОБЛ у данного пациента включает

- $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_2 \leq 88\%$
- $PaO_2 \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_2 \geq 90\%$
- $55 \leq PaO_2 \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_2 = 89\%$
- $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_2 \geq 88\%$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 90 лет находился в гериатрическом отделении стационара.

Жалобы

На кашель с выделением скудной мокроты желтого цвета, одышку, повышение температуры тела до $37,9^\circ\text{C}$, боли в подлопаточной области справа, усиливающиеся при глубоком вдохе, боли в коленных суставах, отеки нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Длительное время страдает хроническим бронхитом, не системно пользуется ингаляторами (название не помнит), проводит ингаляции с лазолваном через небулайзер для лучшего отхождения мокроты, длительность и кратность не известны. Ухудшение самочувствия после переохлаждения на прогулке три дня назад, когда появилась одышка, боли под лопатками, кашель с трудно отделяемой мокротой желто-зеленого цвета, повышение температуры тела до $37,9^\circ\text{C}$.

Анамнез жизни

* Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4 * ИБС, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, брадиаритмия, 8 лет назад установлен ЭКС * сахарный диабет 2 типа *

хронический бронхит курильщика * инфаркт миокарда, инсульт отрицает * стаж курения 20 лет, больше 30 лет не курит, алкоголем не злоупотребляет * работал сварщиком * аллергических реакций не было

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Рост 155 см, масса тела 46 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Пастозность голеней. * Имеется деформация (без деформации) обоих коленных суставов. * Система органов дыхания: грудная клетка бочкообразная. При перкуссии - коробочный звук. Дыхание жёсткое, в межлопаточной области выслушиваются сухие свистящие хрипы, больше слева, ЧДД 18 в 1 мин. * Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена. Границы сердца смещены влево. Тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 60 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. * Система пищеварения: язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. * Система мочевого выделения: область почек не изменена, мочеиспускание свободное, учащенное, безболезненное, контролирует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. * Неврологический статус: больной контактен, ориентирован в пространстве и времени.

В данной клинической ситуации больному необходимо провести обследование, включающее

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$

Результаты обследования

К дополнительным методам обследования относятся

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$

Результаты обследования

В данной клинической ситуации больному необходимо провести лабораторное обследование, включающее

- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \leq 88\%$
- $PaO_{2\sim} \geq 60$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 90\%$
- $55 \leq PaO_{2\sim} \leq 59$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} = 89\%$
- $PaO_{2\sim} \leq 55$ мм рт. ст.; $SpO_{2\sim} \geq 88\%$

Результаты обследования

Выявленные при спирометрии изменения соответствуют + _____ + степени бронхиальной обструкции

- крайне тяжелой
- тяжелой
- среднетяжелой
- легкой

Обструкция среднетяжелой степени соответствует + _____ + стадии ХОБЛ

- II
- III
- IV
- I

Основным этиологическим фактором ХОБЛ является

- курение
- старческий возраст больного
- малоподвижный образ жизни
- наличие ЭКС

Наличие у больного сниженной массы тела следует расценивать как проявление

- системных эффектов ХОБЛ
- тяжелого системного атеросклеротического процесса
- онкологического процесса
- хронического туберкулезного процесса

Для прогнозирования уровня смертности при ХОБЛ рекомендуется использование индекса

- CURB-65
- BODE
- mMRC
- MAGGIC

Степень гипоксемии больного (PaO_2 - 54 мм рт.ст., SpO_2 ~ 89%) могут рассматриваться как + _____ + для длительной кислородотерапии

- относительные противопоказания
- относительные показания
- абсолютные показания
- абсолютные противопоказания

Длительная кислородотерапия может быть рекомендована больному при наличии у него такого гематологического синдрома как

- тромбоцитопения
- анемия
- полицитемия
- лимфоцитарный лейкоцитоз

Наличие у больного в анамнезе гипертонической болезни и пароксизмальной формы фибрилляции предсердий может стать ограничением для назначения ему

- бета-адреномиметиков длительного действия
- ингибиторов фосфодиэстеразы-4
- холиноблокаторов
- глюкокортикостероидов

Лечение обострений ХОБЛ включает назначение

- бета-адреномиметиков длительного действия
- ингибиторов фосфодиэстеразы-4
- холиноблокаторов
- глюкокортикостероидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

На периодический кашель (больше в ночное время) с отделением небольшого количества вязкой слизистой мокроты, иногда переходящий в приступ удушья (около 3-4 раз в неделю), купирующийся при ингаляции сальбутамолом, небольшую слабость, чувство заложенности в грудной клетке.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что с детства пациентка отмечает наличие аллергических реакций в виде крапивницы на цитрусовые, шоколад. Также, отмечала появление заложенности носа с умеренными слизистыми выделениями в период цветения деревьев (апрель-май). Ситуационно принимала антигистаминные препараты с положительным эффектом. Считает себя больной около 3 лет, когда стала отмечать возникновение приступов кашля, часто по ночам, эпизоды дыхательного дискомфорта при физической нагрузке, ограничивающие активность. По этому поводу обращалась в частный медицинский центр, где был назначен сальбутамол в ингаляциях с рекомендацией применять во время приступов, что пациентка и делала. При контакте с кошками и собаками – приступы удушья, в связи с чем избегает всевозможных контактов с животными. В течение последнего месяца обратила внимание на нарастание одышки, кашля, свистящих хрипов и заложенности в грудной клетке. Ввиду появления ночных приступов кашля, иногда переходящего в приступ удушья,

пациентка чаще прибегает к препаратам скорой помощи (сальбутамол) для купирования данных эпизодов.

Анамнез жизни

Работает менеджером. Семейный анамнез не отягощен. Из перенесенных заболеваний отмечает редкие ОРВИ. Наличие туберкулеза, хронических инфекций, сахарного диабета отрицает. Наличие вредных привычек отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. Отеков нет. Неврологических симптомов нет, в позе Ромберга устойчива. Форма грудной клетки правильная. При перкуссии звук ясный легочный с обеих сторон. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью легких, удлинение фазы выдоха. SpO₂ ~ 95%. ЧД 19 в минуту. Границы сердца не расширены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 уд. в мин., пульс 70 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, симметричный на обеих руках. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Обязательное лабораторное обследование пациентки, необходимое для постановки диагноза включает

- бета-адреномиметиков длительного действия
- ингибиторов фосфодиэстеразы-4
- холиноблокаторов
- глюкокортикостероидов

Результаты обследования

Набор инструментальных методов обследования, которые необходимо провести пациентке, включает

- бета-адреномиметиков длительного действия
- ингибиторов фосфодиэстеразы-4
- холиноблокаторов
- глюкокортикостероидов

Результаты инструментальных методов обследования

По результатам проведенного обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

- бета-адреномиметиков длительного действия
- ингибиторов фосфодиэстеразы-4
- холиноблокаторов
- глюкокортикостероидов

Диагноз

Тяжесть впервые выявленной (без постоянной поддерживающей терапии) БА у пациентки соответствует + _____ + степени тяжести

- средней персистирующей
- лёгкой интермиттирующей
- тяжёлой персистирующей
- лёгкой персистирующей

Ухудшение респираторной симптоматики пациентка отмечает на протяжении последнего месяца, что свидетельствует об обострении БА. Степень тяжести настоящего обострения может быть расценена как

- тяжелая
- астма, близкая к фатальной
- легкая
- жизнеугрожающая астма

Стартовая терапия, показанная данной пациентке, должна включать

- анти-ИЛ-5 {plus} теofilлин, пероральные ГКС по потребности
- высокие дозы ИГКС {plus} фенспирид, ДДБА по потребности
- низкие дозы ИГКС {plus} антилейкотриеновый препарат, теofilлин по потребности
- низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов (ИГКС) {plus} длительно действующих β 2-агонистов (ДДБА), короткодействующих β 2-агонистов (КДБА) по потребности

Оценка контроля симптомов БА включает

- ночные пробуждения из-за БА
- возникшая на фоне терапии БА крапивница на антибиотик пенициллинового ряда
- непереносимость овощей и фруктов жёлтого цвета
- наличие эозинофилии мокроты

При достижении контроля над симптомами БА говорить о переходе на более низкую ступень терапии можно через

- 1 месяц
- 2 недели
- 6 месяцев
- 3 месяца

Повышение фракции NO в выдыхаемом воздухе наблюдается у пациентов с обострением аллергической БА, а также у лиц, страдающих

- аллергическим ринитом
- хроническим необструктивным бронхитом
- туберкулёзом лёгких
- хронической обструктивной болезнью лёгких

Показанием для проведения аллерген-специфической иммунотерапии является

- невозможность избегать контакта с клинически значимым аллергеном
- желание пациента избежать постоянной терапии ингаляционными ГКС
- наличие ANCA-ассоциированного васкулита и синдрома Чардж-Стросс
- частые обострения бронхиальной астмы (>4 раз в год)

Бронходилатационный тест считается положительным при увеличении ОФВ₁ $\geq$ + ____ + % и абсолютном приросте ОФВ₁ $\geq$ + ____ + мл

- 15; 100
- 12; 200
- 30; 300
- 20; 200

Показанием для проведения бронхоконстрикторных тестов у больных с подозрением на наличие БА является сочетание + _____ + показателей спирометрии и + _____ + бронходилатационного теста

- 15; 100
- 12; 200
- 30; 300
- 20; 200

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 23 лет поступила в стационар.

Жалобы

* Одышка; * Боль в грудной клетке при дыхании; * Повышение температуры тела до 39°C; * Кашель со слизисто-гнойной мокротой; * Общая слабость.

Анамнез заболевания

Около недели назад повысилась температура до 37,5°C после переохлаждения, появилась незначительная одышка. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно с помощью Арбидола и Терафлю, без значительного эффекта. Через пару дней появился кашель, лихорадка и одышка нарастали. В связи с ухудшением состояния обратилась за медицинской помощью к участковому терапевту, была направлена на госпитализацию в стационар.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту и полу. Гинекологический

анамнез: неотягощен. Перенесенные заболевания: хронический гастрит вне обострения. Хирургические вмешательства: аппендэктомия в возрасте 21 года. Аллергоанамнез: без особенностей. Семейный анамнез: неотягощен. Условия быта: удовлетворительные. Прием пищи: регулярный, пища полноценная. Профессия: не работает, студентка медицинского института. Курение: не курит. Алкоголь: отрицает. Прочие вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние: средней степени тяжести. Телосложение: нормостеническое. Рост: 164 см. Вес: 62 кг. ИМТ: 23 кг/м². Температура тела: 39,2°C. Кожные покровы: бледные, чистые, влажные. Подкожная жировая клетчатка: развита умеренно. Периферических отеков нет. Пальпация грудной клетки: безболезненная. ЧДД 31 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Аускультация легких: дыхание равномерно ослаблено, выслушивается крепитация, больше в нижних отделах слева. Границы относительной тупости сердца не расширены. Аускультация сердца: Тоны сердца: ясные, ритмичные, соотношение тонов сердца не изменено. ЧСС: 78 в минуту. Артериальное давление справа и слева: 90/60 мм рт. ст. Осмотр живота: обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Размеры печени по Курлову: 9 см, 8 см, 7 см. Область почек не изменена, почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез без особенностей.

Лабораторное обследование пациентки должно включать

- 15; 100
- 12; 200
- 30; 300
- 20; 200

Результаты обследования

В план инструментального обследования пациентки необходимо включить

- 15; 100
- 12; 200
- 30; 300
- 20; 200

Результаты обследования

На основании проведенного обследования пациентке может быть сформулирован диагноз

- 15; 100
- 12; 200
- 30; 300
- 20; 200

Диагноз

Осложнением основного заболевания в данном случае является дыхательная недостаточность + ____ + степени

- 0
- II
- I
- III

Согласно шкале CRB-65, данной пациентке показано + _____ + лечение

- амбулаторное
- стационарное
- паллиативное
- санаторно-курортное

Препаратом выбора в данном случае является

- амоксициллин+клавулановая кислота
- тетрациклин
- ципрофлоксацин
- ванкомицин

Для данной пациентки наиболее предпочтительным путем введения антибактериальных препаратов является

- внутривенный
- пероральный с последующим переходом на парентеральное введение
- пероральный
- парентеральный

Эффективность назначенной эмпирической антибактериальной терапии следует оценить через + _____ + суток

- 2-3
- 6-7
- 1-2
- 4-5

Критерием эффективности антимикробной химиотерапии через 48-72 часа от момента начала лечения у пациентки будет

- снижение температуры
- увеличение количества отделяемой мокроты
- исчезновение рентгенологических изменений
- прекращение кашля

При достижении у пациентки на фоне антибактериальной терапии критериев клинической стабильности рекомендуется

- прекращение антибактериальной терапии
- перевод на пероральный прием того же антибактериального препарата
- перевод с парентеральной формы на ингаляционную того же антибактериального препарата
- уменьшение дозы антибактериального препарата

Для вторичной профилактики развития внебольничной пневмонии рекомендуется применение

- закаливания
- БЦЖ
- противодифтерийной сыворотки
- пневмококковой вакцины

Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ всем госпитализированным пациентам с внебольничной пневмонией рекомендуется использовать шкалу

- закаливания
- БЦЖ
- противодифтерийной сыворотки
- пневмококковой вакцины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н. 18 лет обратился за медицинской помощью к участковому врачу-терапевту районной поликлиники.

Жалобы

На слабость, утомляемость, заложенность носа, сухой кашель и чувство нехватки воздуха, беспокоящие пациента практически ежедневно.

Анамнез заболевания

В детстве поставлен диагноз: бронхиальная астма. Наблюдался по этому поводу у врача-педиатра поликлиники по месту жительства. Постоянно использует ДАИ «Пульмикорт» 400 мкг/сут. Со слов пациента, на протяжении года чувствует себя удовлетворительно, однако, в весеннее время года в период цветения деревьев, заболевание ежегодно обостряется, что проявляется в виде заложенности носа и нехватки воздуха. В это период использует ДАИ «Беродуал» по потребности, обычно не более 4-6 доз в сутки. Настоящее ухудшение длительнее и сильнее обычных, проявляется ухудшением общего самочувствия на протяжении последнего месяца, появлением слабости, утомляемость, заложенность носа, сухим кашлем, ощущением «заложенности» в грудной клетке и чувством нехватки воздуха, которые беспокоят пациента и в

дневное и в ночное время суток, практически ежедневно на протяжении этого месяца. В последние 2 дня пациент чувствует себя особенно плохо, симптомы заболевания полностью купировать не удаётся.

Анамнез жизни

* иные хронические заболевания отрицает; * питание регулярное, полноценное; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имел; * аллергическая реакция на пыльцу, цветение деревьев в виде аллергического ринита.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Положение активное. Температура тела — 36,6°C. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Масса тела 70 кг, рост 180 см. ИМТ 21,6 кг/м². Мышечный тонус сохранен. Костная система не изменена. Суставы не изменены. При аускультации в легких дыхание жесткое, проводится по всем отделам, выслушиваются сухие свистящие хрипы над всей поверхностью грудной клетки. ЧДД 20 в минуту. При аускультации сердца – тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 в минуту. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление на обеих руках – 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, перитонеальные симптомы отсутствуют. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Сознание ясное, доступен продуктивному контакту, ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Общий анализ крови: гемоглобин 140 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $200 \times 10^9/л$, лейкоциты $10,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 80%, эозинофилы 12%, лимфоциты 16%, моноциты 2%, СОЭ 25 мм/час. Учитывая жалобы, анамнез, результаты общего анализа крови, принято решение о наблюдении и лечении пациента в условиях дневного стационара

Пациент поступил в стационар с предварительным диагнозом: обострение бронхиальной астмы. На момент поступления степень тяжести обострения следует классифицировать как

- астма, близкая к фатальной
- среднетяжелое/тяжелое
- жизнеугрожающее
- легкое/среднетяжелое

Учитывая, что больной регулярно принимает будесонид 400 мкг/сут, на фоне которого заболевание обостряется, как правило, один раз в год – в «период цветения», степень тяжести БА следует классифицировать как

- тяжелую
- легкую
- очень тяжелую
- среднетяжелую

Обследование пациента, поступившего с обострением БА, должно включать

- тяжёлую
- лёгкую
- очень тяжёлую
- среднетяжёлую

Результаты обследования

Для купирования обострения на догоспитальном этапе пациенту можно использовать комбинацию

- короткодействующего β_2 -агониста и ипратропия бромиды с подбором дозы в соответствии с эффектом терапии
- короткодействующего β_2 -агониста и короткодействующего антихолинэргика в максимально высоких дозах
- длительнодействующего β_2 -агониста и ипратропия бромиды с подбором дозы в соответствии с эффектом терапии
- длительнодействующего β_2 -агониста и длительнодействующего антихолинэргика в среднетерапевтической дозе

Обострения средней степени тяжести требуют назначения короткодействующего β_2 -агониста + _____ + доз(-ы) каждые + _____ + часа

- 2-4; 3-4
- 2-4; 1-2
- 6-10; 3-4
- 6-10; 1-2

После 6-ти доз ДАИ «Сальбутамол» 100 мкг наступило некоторое улучшение, однако уже через 2 часа пациент вновь отметил усиление одышки и нарастание чувства «заложенности» в грудной клетке. В связи с этим тактика ведения пациента должна заключаться в

- назначении системных глюкокортикостероидов
- увеличении дозы пульмикорта до 800 мкг/сут
- добавлении к терапии антагониста лейкотриеновых рецепторов
- в переходе на длительнодействующие β_2 -агонисты

Предпочтительным способом доставки системных глюкокортикостероидов в данном случае будет являться

- внутримышечный
- внутривенный
- внутриартериальный
- пероральный

Продолжительность курса системных глюкокортикостероидов должна составлять +_____+ дней

- 10-14
- 5-7
- 3-5
- 1-3

В качестве базисной терапии пациенту, при отсутствии у него факторов риска неблагоприятного исхода, в дальнейшем показано применение

- низких доз ИГКС+КДБА по потребности
- средних доз ИГКС+ДДБА
- низких доз ИГКС+ДДБА
- высоких доз ИГКС+ДДБА

Пациента следует предупредить: если не полоскать рот и горло каждый раз после применения ИГКС, то у него может развиваться кандидоз ротовой полости, а также

- осиплость голоса
- ангина Симановского — Венсана
- герпетический стоматит
- волосистая лейкоплакия

Аллергенспецифическая терапия пациенту может быть назначена

- терапевтом
- инфекционистом
- аллергологом-иммунологом
- врачом общей практики

Повышение фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) свидетельствует о/об

- терапевтом
- инфекционистом
- аллергологом-иммунологом
- врачом общей практики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К., 50 лет, на приеме у врача-пульмонолога частного медицинского центра.

Жалобы

На общую слабость, одышку при быстрой ходьбе, подъеме в гору, сопровождающуюся свистящим дыханием, кашлем с небольшим количеством светлой мокроты по утрам.

Анамнез заболевания

Около 25 лет отмечает кашель по утрам и небольшое количество светлой мокроты, не придавал этому значения, связывал с курением. На диспансерном учете не состоял, к врачам не обращался. Ухудшение состояния отмечает в течение 4 месяцев, когда стал отмечать появление одышки при нагрузках, при этом периодически возникало свистящее дыхание. По совету знакомых, обратился к пульмонологу.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии служил в воздушно-десантных войсках. + Работает охранником в федеральной службе исполнения наказаний, профессиональных вредностей нет. + Алкоголь употребляет умеренно. Курение - 1-1,5 пачки сигарет в день в течение 30 лет. + Аллергический анамнез не отягощен. + Наследственность по легочной патологии не отягощена. + Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит регулярно по долгу службы. Последний раз 6 месяцев назад – без очаговых и инфильтративных теней. + Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжал. + Социально-бытовые условия удовлетворительные. + Перенесенные заболевания: ОРВИ, от гриппа не прививается.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 172 см. Температура 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Над легочной поверхностью перкуторный звук легочный. Голосовое дрожание проводится одинаково, равномерно. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить

- терапевтом
- инфекционистом
- аллергологом-иммунологом
- врачом общей практики

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования будут

- терапевтом
- инфекционистом

- аллергологом-иммунологом
- врачом общей практики

Результаты инструментальных методов обследования

Для дальнейшего обследования и уточнения дыхательной функции целесообразно выполнение

- терапевтом
- инфекционистом
- аллергологом-иммунологом
- врачом общей практики

Результаты обследования

Исследованием, показанным всем пациентам с предполагаемой ХОБЛ, будет

- терапевтом
- инфекционистом
- аллергологом-иммунологом
- врачом общей практики

Результаты обследования

С целью дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой будет выполнение

- терапевтом
- инфекционистом
- аллергологом-иммунологом
- врачом общей практики

Результаты обследования

Тестом, позволяющим оценить влияние ХОБЛ на жизнь пациента, является

- САТ
- с 6-минутной ходьбой
- АСТ
- ACQ5

С учетом показателей спирометрии у пациента по спирометрической классификации ХОБЛ + _____ + (степень тяжести) заболевания

- 3 стадия, тяжелая
- 1 стадия, легкая

- 2 стадия, среднетяжелая
- 4 стадия, крайне-тяжелая

С учетом клинико-anamnestических данных, результатов проведенного обследования, в том числе данных САТ теста 8 баллов, теста mMRC 1 балл, выставлен диагноз

- 3 стадия, тяжелая
- 1 стадия, легкая
- 2 стадия, среднетяжелая
- 4 стадия, крайне-тяжелая

Диагноз

Препаратом, рекомендованным для лечения табачной зависимости, является

- варениклин
- моксонидин
- азитромицин
- теофиллин

В качестве базисной терапии пациенту необходимо назначить

- бронхолитики длительного действия
- рофлумиласт перорально
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- N-ацетилцистеин

В качестве стартовой поддерживающей терапии у данного пациента необходимо назначение

- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- монотерапии ДДАХ (тиотропий бромид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Пациенту должна быть рекомендована вакцинация против

- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- монотерапии ДДАХ (тиотропий бромид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, Л., 35 лет, поступил в многопрофильный стационар по скорой помощи.

Жалобы

На общую слабость, потливость, утомляемость, повышение температуры тела до 39°C , кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке, боль слева в грудной клетке при дыхании.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад, когда после переохлаждения, появился сухой кашель, поднялась температура тела до 39°C . Продолжал работать, в поликлинику не обращался, самостоятельно принимал парацетамол с частично положительным эффектом, лихорадка сохранялась, через 3 дня появилась трудно отделяемая мокрота. Самочувствие ухудшилось, появилась и нарастала слабость, боль в груди при дыхании, одышка при физической нагрузке. Вызвал бригаду скорой помощи, которая привезла в стационар.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии служил в морской пехоте. + Служит в полиции, профессиональных вредностей нет. + Алкоголь употребляет умеренно. Курение - 1-1,5 пачки сигарет в день с 30 лет. + Аллергический анамнез не отягощен. + Наследственность по легочной патологии отягощена: отец умер от рака легких. + Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит регулярно по долгу службы. Последний раз 6 месяцев назад – без очаговых и инфильтративных теней. + Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжал. + Социально-бытовые условия удовлетворительные. + Перенесенные заболевания: ОРВИ, от гриппа не прививается.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Температура 38°C . ИМТ = 26 кг/м^2 . Кожные покровы бледно-розовые, на щеках румянец. Увеличение заднешейных и подчелюстных групп лимфатических узлов до 1-1,5 см, мягко-эластические, подвижные. + Носовое дыхание не затруднено. При перкуссии над легкими - притупление легочного звука внизу под левой лопаткой, там же при аускультации - влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 20 в минуту. + Границы относительной тупости сердца: правая граница - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 80 в минуту. АД 115/75 мм рт. ст. + Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см. Симптом поколачивания с двух сторон отрицательный. Стул, диурез без особенностей. + Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)

- монотерапии ДДАХ (тиотропий бромид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- монотерапии ДДАХ (тиотропий бромид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Результаты инструментальных методов обследования

Вышеперечисленные данные свидетельствуют о наличии

- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- монотерапии ДДАХ (тиотропий бромид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Диагноз

Дифференциальный диагноз пневмонии в первую очередь проводят с

- бронхитом
- астмой
- инфарктом миокарда
- туберкулезом

Основными классами антибактериальных препаратов для лечения внебольничной пневмонии являются

- лактамные антибиотики, макролиды, фторхинолоны
- тетрациклины, карбапенемы
- цефалоспорины, полимиксины, линкозамиды
- сульфаниламидные антибактериальные препараты

Для оценки тяжести пневмонии и прогноза при начальной оценке рекомендуется использовать шкалу

- {nbsp}CRB-65/ CURB-65
- {nbsp}SCORE
- {nbsp}HAS-BLED
- {nbsp}CHA~2~DS~2~-VASc

Шкала CURB-65 включает анализ 5 признаков - это

- сознание, азот мочевины, ЧД, АД, возраст
- сознание, азот мочевины, ЧД, АД, ЧСС
- азот мочевины, глюкоза, ЧД, АД, возраст
- сознание, ЧД, АД, пульс, возраст

Учитывая представленные данные, лечение пациента следует проводить

- в стационаре (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, объем поражения, уровень мочевины крови)
- в амбулаторных условиях (желание пациента, отсутствие выраженной интоксикации, выраженного лейкоцитоза)
- в отделении интенсивной терапии (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, многодолевое поражение, уровень мочевины крови)
- в условиях дневного стационара (желание пациента, отсутствие выраженной интоксикации, выраженного лейкоцитоза)

Помимо стойкого снижения температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч, отсутствие интоксикационного синдрома и частоты дыхания $<20/\text{мин}$ к критериям достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии относится

- в клиническом анализе крови количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов внебольничной пневмонии
- по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки разрешение инфильтративных изменений
- клиническое и рентгенологическое разрешение пневмонии

Длительность обратного развития пневмонии в среднем составляет +___+ недель/недели

- 5-6
- 1-2
- 3-4
- 2-3

Шкала CRB-65=2 балла означает

- необходимость госпитализации в ОРИТ
- возможность амбулаторного лечения
- необходимость госпитализации в пульмонологическое отделение
- диагноз пневмонии исключен

В 20-30% случаев возбудителями внебольничной пневмонии являются

- необходимость госпитализации в ОРИТ

- возможность амбулаторного лечения
- необходимость госпитализации в пульмонологическое отделение
- диагноз пневмонии исключен

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Л., 29 лет, на приеме у врача-пульмонолога.

Жалобы

На сухой кашель, общую слабость, вялость, одышку, боли в области грудной клетки.

Анамнез заболевания

Со слов пациента 2 месяца назад начался сухой кашель, месяц назад начал замечать нарастание слабости, присоединение одышки. Самостоятельно не лечился. Обратился в районную поликлинику, выполнена рентгенография органов грудной полости. Заключение: корни легких расширенные, с полициклическими контурами за счет увеличения бронхопульмональных лимфоузлов. Направлен на консультацию к врачу-пульмонологу.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии не служил - медотвод из-за выраженного плоскостопия. + Работает механиком на заводе, профессиональных вредностей нет. + Алкоголь употребляет умеренно. Не курит. + Аллергический анамнез неотягощен. + Наследственность по легочной патологии неотягощена. + Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит регулярно. Последний раз 6 месяцев назад – без очаговых и инфильтративных теней. + Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжал. + Социально-бытовые условия удовлетворительные. + Перенесенные заболевания: ОРВИ, от гриппа не прививается.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, вес 61 кг, ИМТ – 18,82 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Увеличение задне-шейной группы лимфатических узлов, не спаянны, плотноэластической консистенции. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 19 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая граница - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 в минуту, одинаковый на обеих руках. АД 130/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза первоначальными методами обследования являются

- необходимость госпитализации в ОРИТ
- возможность амбулаторного лечения
- необходимость госпитализации в пульмонологическое отделение
- диагноз пневмонии исключен

Результаты обследования

К уточняющим дополнительным методам обследования относят

- необходимость госпитализации в ОРИТ
- возможность амбулаторного лечения
- необходимость госпитализации в пульмонологическое отделение
- диагноз пневмонии исключен

Результаты обследования

Полученные данные свидетельствуют о наличии у пациента

- необходимость госпитализации в ОРИТ
- возможность амбулаторного лечения
- необходимость госпитализации в пульмонологическое отделение
- диагноз пневмонии исключен

Диагноз

Характерным изменением начальных форм саркоидоза в легких является

- увеличение внутригрудных лимфоузлов
- очаговая тень в правом легком
- очаговые тени в обоих легких
- симптом матового стекла

Рекомендованной группой препаратов для медикаментозного лечения при данном заболевании согласно данным доказательной медицины являются

- цитостатики, иммуносупрессивные препараты
- системные глюкокортикостероиды
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- противотуберкулезные препараты

Саркоидная реакция клинически проявляется

- одышкой, пятнистой папулезной сыпью, парезами конечностей, увеличением подчелюстных лимфоузлов, лихорадкой
- образованием в различных органах и тканях локализованных групп эпителиоидно-клеточных неказеифицирующихся гранулём саркоидного типа

- внутригрудной лимфаденопатией, узловой эритемой, суставным синдромом, увеитом, паротитом, лихорадкой и параличом лицевого нерва
- лихорадкой, конъюнктивитом, розеолезной сыпью, гепатоспленомегалией

Дифференциальный диагноз саркоидоза проводится с

- силикозом, центральным раком легкого, карциноматозом, гемосидерозом
- внебольничной пневмонией, тромбоэмболией легочной артерии, плевритом
- ХОБЛ, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом, мезотелимой плевры, грибковыми поражениями легких
- туберкулезом, лимфогранулематозом, неопластическими, инфекционными, аутоиммунными заболеваниями

К благоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относятся

- синдром Лефгрена
- пожилой возраст при выявлении, расовая принадлежность к афро-американцам или скандинавам
- наличие кашля и одышки при выявлении, длительный субфебрилитет
- АПФ–генотип DD

Назначение глюкокортикоидов у больного с признаками спонтанной ремиссии саркоидоза

- целесообразно, только в малых дозах
- целесообразно, только в больших дозах
- не целесообразно
- целесообразно

Саркоидоз характеризуется

- формированием неказефицирующих гранул
- формированием казеозного некроза
- распадом эритроцитов
- бронхоспазмом

Наиболее обоснованным подходом к профилактике развития пневмококковой пневмонии у лиц с саркоидозом является

- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий

- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Профессиональное заболевание легких, о котором следует подумать при обследовании нового пациента с клинической картиной саркоидоза

- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б., 66 лет, поступил в пульмонологическое отделение.

Жалобы

На общую слабость, потливость, повышение температуры до $37,8^{\circ}\text{C}$, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, одышку при незначительной физической нагрузке, периодически испытывает давящие боли за грудиной, возникающие при ходьбе по комнате, длящиеся в течение 5-10 минут и купирующиеся нитроглицеролом или в покое.

Анамнез заболевания

Курит в течение 30 лет, 10 лет назад отметил появление кашля с мокротой по утрам, одышки и свистящего дыхания при нагрузках, периодически по ночам. Лечился амбулаторно с диагнозом «хронический бронхит». При затруднении дыхания использовал ингаляции вентолина с положительным эффектом. Обострения бронхита ежегодно до 2-х раз в год, как правило, на фоне ОРВИ. Последнее обострение - полгода назад, лечился в стационаре. После выписки самочувствие улучшилось, я, был рекомендован форадил комби, которым пользовался периодически. Ухудшение самочувствия в течение последних 5 дней на фоне ОРВИ, когда усилилась одышка, увеличилось количество выделяемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, к вечеру стала повышаться температура до $37,7^{\circ}\text{C}$. Обратился к участковому терапевту, которым был госпитализирован.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии служил в саперных войсках. 6 лет назад перенес передне-перегородочный инфаркт миокарда. В настоящее время – инвалид 2 группы (по ИБС), ранее работал экскаваторщиком, в настоящее время – инвалид 2 группы (по ИБС). Алкоголь не употребляет. Курит 30 лет по 1 пачке

сигарет в день. в течение 30 лет. Делает попытки бросить курить.

Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит регулярно. Последний раз 6 месяцев назад – без очаговых и инфильтративных теней. Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжал. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: ОРВИ, от гриппа не прививается.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 80 кг, рост 174 см. Температура 37,0°C. Положение ортопноэ. Кожные покровы чистые, акроцианоз.

Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлиннен, в нижне-боковых отделах единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин., SpO₂ ~ 90%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 104 в мин., единичные экстрасистолы. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная, размеры по Курлову 9-8-7 см. Видимых отеков нет. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 2 балла (средняя степень выраженности одышки), по САТ тесту 26 баллов.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить

- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Результаты обследования

Для уточнения диагноза пациенту дополнительно необходимо провести определение уровня

- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Результаты обследования

Изменения, выявленные при осмотре пациента обусловлены сочетанием

- бронхообструктивного синдрома и левожелудочковой сердечной недостаточностью
- бронхообструктивным синдромом и правожелудочковой сердечной недостаточностью
- двусторонней пневмонией и диффузным пневмосклерозом
- двусторонней пневмонией и вторичным бронхообструктивным синдромом

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- бронхообструктивного синдрома и левожелудочковой сердечной недостаточностью
- бронхообструктивным синдромом и правожелудочковой сердечной недостаточностью
- двусторонней пневмонией и диффузным пневмосклерозом
- двусторонней пневмонией и вторичным бронхообструктивным синдромом

Диагноз

Тяжесть состояния пациента обусловлена наличием

- острой сердечной недостаточности по малому кругу
- хронической дыхательной недостаточности с развитием респираторного алколоза
- острой гипоксемической (паренхиматозной), дыхательной недостаточности

- острой вентиляционной дыхательной недостаточности с развитием респираторного ацидоза

Пациенту, на основании клинических данных и результатов исследования газового состава крови ($\text{PaO}_2 \sim 56$ мм рт. ст., $\text{PaCO}_2 \sim 46$ мм рт. ст., pH 7,34 $\text{PaO}_2 \sim$ / $\text{FiO}_2 \sim 198$ мм рт. ст.), требуется проведение

- инвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии через носовые канюли каждые 3 часа по 30 минут
- оксигенотерапии через носовые канюли «по требованию»
- неинвазивной вентиляции легких

Для купирования обострения заболевания пациенту следует назначить

- сердечные гликозиды диуретики, антикоагулянты
- бета1-адреноблокаторы, антиагреганты антагонисты альдостерона
- аналоги простациклина, муколитики, ингибиторы фосфодиэстеразы-5
- бронхолитики, антибиотики, глюкокортикоиды

Для купирования бронхообструктивного синдрома в период обострения пациенту необходимо назначить

- теофиллин медленного высвобождения (перорально)
- длительнодействующий антихолинергический препарат (ДДАХ через дозированный ингалятор Респимат®)
- длительнодействующий бета2 агонист (ДДБА через дозированный аэрозольный ингалятор)
- фиксированную комбинацию КДБА/КДАХ (через небулайзер)

Глюкокортикоиды должны быть назначены пациенту

- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации

Тесно коррелирует с состоянием здоровья и самочувствием пациентов, и наиболее точно отражает влияние ХОБЛ на повседневную жизнь

- ACQ-5 тест
- АСТ – тест
- тест с 6-минутной ходьбой
- шкала САТ

Лучшим прогностическим фактором часты обострений является

- ACQ-5 тест

- АСТ – тест
- тест с 6-минутной ходьбой
- шкала САТ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 30 лет, на приеме у врача-пульмонолога.

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, редкий сухой кашель, повышение температуры тела до фебрильных цифр.

Анамнез заболевания

Во время медицинского осмотра для устройства на работу экономистом в крупную компанию было выяснено, что сухой кашель беспокоит в течение 6-8 месяцев, периодически на протяжении 2 лет наблюдается повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$. К врачам не обращался, на диспансерном учете не состоит по месту жительства. Направлен к врачу-пульмонологу.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии не служил, т.к. учился в университете, потом в магистратуре и аспирантуре. Работает экономистом в банке. Алкоголь не употребляет. Курение - 1 пачку сигарет в день в течение 15 лет. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит не регулярно. Последний раз делал рентгенографию грудной клетки год назад – без очаговых и инфильтративных теней. Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжал. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: ОРВИ

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые оболочки розовые влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. SpO₂ ~ 96%. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. Показатели общего и биохимического анализов (АСТ, АЛТ, общ. билирубин, общий холестерин, креатинин, глюкоза) крови, общего анализа мочи пациента в пределах референсных значений.

Рентгенограмма органов грудной полости: выявлены очаги диссеминации в средних отделах легких. Спирометрия: ЖЕЛ – 90% от долж; ОФВ₁ ~ /ФЖЕЛ – 80% от долж; ОФВ₁ ~ 82% от должного. После ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 93% от долж, ОФВ₁ ~ 90% от долж. Данных за нарушение вентиляционной способности не получено. Проба с бронхолитиком отрицательная.

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить следующие начальные методы исследования

- АСQ-5 тест
- АСТ – тест
- тест с 6-минутной ходьбой
- шкала САТ

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- АСQ-5 тест
- АСТ – тест
- тест с 6-минутной ходьбой
- шкала САТ

Результаты обследования

На основании полученных данных можно выставить диагноз

- АСQ-5 тест
- АСТ – тест
- тест с 6-минутной ходьбой
- шкала САТ

Диагноз

Для уточнения активности заболевания необходимо провести следующие лабораторные методы

- АСQ-5 тест
- АСТ – тест
- тест с 6-минутной ходьбой
- шкала САТ

Результаты обследования

Осуществление диагностической и лечебной помощи данному пациенту в плановом порядке после подтверждения диагноза следует проводить

- в условиях специализированного пульмонологического стационара
- в условиях онкологического диспансера
- в условиях противотуберкулезного диспансера
- в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара

Осуществление лечебно-диагностических мероприятий данному пациенту на этапе подтверждения диагноза следует проводить

- в амбулаторных условиях
- в условиях противотуберкулезного диспансера
- в условиях дневного стационара
- в условиях специализированного стационара

Предпочтительной тактикой ведения пациента на начальном этапе является

- назначение метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет
- назначение преднизолона 0,5 мг/кг/сутки в сутки не менее 9 месяцев, пульс терапия 1 г в сутки 3 дня (или 3 дня через день)
- назначение азатиоприна 50-200 мг в сутки
- активное наблюдение с рентген-контролем изменений в легких каждые 2-3 месяца

При доказанном прогрессирующем течении саркоидоза будет рекомендована стартовая доза преднизолона + ____ + мг/кг/сутки

- 0,25
- 0,75
- 0,5
- 1

Помимо бессимптомного течения к благоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относят

- отсутствие поражения лимфатических узлов
- старший возраст
- молодой возраст
- первично хроническое течение заболевания

Помимо наличия кашля, одышки при выявлении, а так же абсолютной лимфопении, к неблагоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относится

- мужской пол
- саркоидоз лёгких без поражения лимфатических узлов
- женский пол
- поражение кожи

Ингаляционные глюкокортикостероиды при саркоидозе могут быть назначены в следующей ситуации

- при прогрессирующем течении болезни
- на ранних стадиях заболевания

- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни

Системные глюкокортикостероиды при саркоидозе показаны при

- при прогрессирующем течении болезни
- на ранних стадиях заболевания
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка, 25 лет, на приеме у врача-пульмонолога.

Жалобы

На сухой кашель, общую слабость, одышку, повышение температуру тела.

Анамнез заболевания

Со слов пациентки 3 месяца назад начался сухой кашель, месяц назад начала замечать нарастание слабости, присоединение одышки. Самостоятельно не лечилась. Обратилась в поликлинику по месту жительства, выполнена рентгенография органов грудной полости, заключение: корни легких расширенные, с полициклическими контурами за счет увеличения бронхопульмональных лимфоузлов. Направлена на консультацию к врачу-пульмонологу.

Анамнез жизни

В детстве и юности росла и развивалась в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождалась. Работает в ателье мастером по пошиву одежды. Алкоголь не употребляет. Не курит. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит не регулярно. Последний раз делала рентгенографию грудной клетки год назад – без очаговых и инфильтративных теней. Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжала. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, вес 61 кг, ИМТ – 18,82 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Увеличение задне-шейной группы лимфатических узлов, не спаянны, плотноэластической консистенции. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 19 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая граница- на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 в минуту, одинаковый на обеих руках. АД 130/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий,

безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза первоначальными методами обследования являются

- при прогрессирующем течении болезни
- на ранних стадиях заболевания
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни

Результаты обследования

К уточняющим дополнительным методам обследования относят

- при прогрессирующем течении болезни
- на ранних стадиях заболевания
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни

Результаты обследования

Полученные данные свидетельствуют о наличии у пациентки

- при прогрессирующем течении болезни
- на ранних стадиях заболевания
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни

Диагноз

Рентгенологическая II стадия саркоидоза характеризуется

- отсутствием изменений на рентгенограмме органов грудной клетки
- увеличением внутригрудных лимфатических узлов; патологическими изменениями паренхимы лёгких
- необратимым фиброзом легких
- увеличением лимфатических узлов средостения без патологии паренхимы легких

Рекомендованной группой препаратов для медикаментозного лечения при прогрессирующем течении данного заболевания согласно данным доказательной медицины являются

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- противотуберкулезные препараты
- цитостатики, иммуносупрессивные препараты
- системные глюкокортикостероиды

В большинстве случаев наблюдение и лечение больных саркоидозом проводится в

- амбулаторных условиях
- круглосуточном стационаре
- санатории
- противотуберкулезном диспансере

Дифференциальный диагноз саркоидоза проводится с

- внебольничной пневмонией, тромбоэмболией легочной артерии, плевритом
- ХОБЛ, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом, мезотелимой плевры, грибковыми поражениями легких
- туберкулезом, лимфогранулематозом, неопластическими, инфекционными, аутоиммунными заболеваниями
- силикозом, центральным раком легкого, карциноматозом, гемосидерозом

К благоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относятся

- синдром Лефгрена
- наличие кашля и одышки при выявлении, длительный субфебрилитет
- пожилой возраст при выявлении
- АПФ–генотип DD

Патогномоничным для саркоидоза считается паралич Белла, который характеризуется

- отсутствием эффекта от лечения
- крайне редкой встречаемостью (1:1500000)
- постепенным развитием с максимумом развития симптомов на 14 день
- благоприятным прогнозом

Для поражения нервной системы при саркоидозе характерно

- нейропатия мелких волокон
- односторонний паралич лицевого нерва
- нейропатия крупных волокон
- двусторонний паралич лицевого нерва

Наиболее обоснованным подходом к профилактике развития пневмококковой пневмонии у лиц с саркоидозом является

- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами

- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий

Пациенту без клинических проявлений с первой стадией саркоидоза

- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка, 26 лет, на приеме у врача-пульмонолога.

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, редкий сухой кашель, дискомфорт в области груди, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

При прохождении медицинского осмотра при устройстве на работу выяснилось, что сухой кашель беспокоит в течение 5-6 месяцев, периодически на протяжении года наблюдается повышение температуры тела до $37,5-38^{\circ}\text{C}$, что никак не беспокоит ее. К врачам не обращалась. На диспансерном учете ранее не состояла. Направлена в врачу-пульмонологу.

Анамнез жизни

В детстве и юности росла и развивалась в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождалась. Работала программистом. Алкоголь не употребляет. Не курит. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит не регулярно. Последний раз делала рентгенографию грудной клетки год назад – без очаговых и инфильтративных теней. Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжала. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический бронхит.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые оболочки розовые влажные.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы в средних и нижних отделах обоих легких. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД

120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. Показатели общего и биохимического анализов (АСТ, АЛТ, общ. билирубин, общий холестерин, креатинин, глюкоза) крови, общего анализа мочи пациента в пределах референсных значений. Рентгенограмма органов грудной полости: выявлены явления диссеминации в средних отделах легких на фоне пневмосклероза и эмфиземы. Спирометрия: умеренное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу.

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить следующие начальные методы исследования

- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий

Результаты обследования

На основании полученных данных можно выставить диагноз

- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий

Диагноз

Для уточнения активности заболевания следует провести лабораторные методы

- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий

Результаты обследования

Осуществление диагностической и лечебной помощи данному пациенту в плановом порядке после подтверждения диагноза следует проводить

- в условиях онкологического диспансера
- в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара
- в условиях специализированного пульмонологического стационара
- в условиях противотуберкулезного диспансера

Осуществление лечебно-диагностических мероприятий данному пациенту на этапе подтверждения диагноза следует проводить

- в условиях специализированного стационара
- в условиях дневного стационара
- в условиях противотуберкулезного диспансера
- в амбулаторных условиях

Лабораторным признаком активности саркоидоза является повышение

- уровня кальция крови
- уровня СРБ
- уровня СОЭ
- концентрации трансаминаз

В динамике у пациента через 3 месяца наблюдается нарастание одышки, учащение частоты кашля, рентгенологическое ухудшение в виде увеличения зон диссеминации. К рекомендованным мероприятиям в этом случае относится назначение

- преднизолона 0,5 мг/кг массы тела per os в сутки с постепенным снижением дозы в течение не менее 12 месяцев
- ингаляционных глюкокортикостероидов в средних дозах не менее 6 месяцев

- метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет
- азатиоприна 50-200 мг в сутки

При лечении саркоидоза легких системными стероидами продолжительность курса составляет + _____ + месяца/месяцев

- 4 - 6
- до 1
- 9 - 12
- 3 - 4

Наиболее результативным методом верификации саркоидоза является

- открытая биопсия легких
- бронхоальвеолярный лаваж
- медиастиномия
- исследование анализов крови

Саркоидоз наиболее часто встречается у лиц в возрасте + _____ + лет

- 5-16
- 20-39
- старше 60
- 41-60

Помимо лихорадки, узловой эритемы, к симптомам характерным для синдрома Лёфгрена относится

- 5-16
- 20-39
- старше 60
- 41-60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 33 лет, на приеме у врача-пульмонолога частного медицинского центра.

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, редкий сухой кашель, повышение температуры тела.

Анамнез заболевания

Сухой кашель беспокоит в течение 6-7 месяцев, периодически на протяжении 2-3 лет наблюдается повышение температуры тела до 38°C, к которому пациент привык и не уделяет внимания.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии служил в стройбате. Работал на стройке инженером. Алкоголь употребляет умеренно. Курение - 1-1,5 пачки сигарет в день в течение 10 лет. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез отрицает.

Флюорографические осмотры проходит не регулярно. Последний раз делал рентгенографию грудной клетки год назад – без очаговых и инфильтративных теней. Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжал. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония – во время службы в армии.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые оболочки розовые влажные.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы в средних и нижних отделах обоих легких. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. Показатели общего и биохимического анализов (АСТ, АЛТ, общ. билирубин, общий холестерин, креатинин, глюкоза) крови, общего анализа мочи пациента в пределах референсных значений. Рентгенограмма органов грудной полости: выявлены явления диссеминации в средних отделах легких на фоне пневмосклероза и эмфиземы. Спирометрия: умеренное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу.

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить следующие начальные методы исследования

- 5-16
- 20-39
- старше 60
- 41-60

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- 5-16
- 20-39
- старше 60
- 41-60

Результаты обследования

На основании полученных данных можно выставить диагноз

- 5-16
- 20-39
- старше 60
- 41-60

Диагноз

Для уточнения активности заболевания следует провести лабораторные методы

- 5-16
- 20-39
- старше 60
- 41-60

Результаты обследования

Осуществление диагностической и лечебной помощи данному пациенту в плановом порядке после подтверждения диагноза следует проводить

- в условиях онкологического диспансера
- в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара
- в условиях противотуберкулезного диспансера
- в условиях специализированного пульмонологического стационара

Осуществление лечебно-диагностических мероприятий данному пациенту на этапе подтверждения диагноза следует проводить

- в условиях дневного стационара
- в амбулаторных условиях
- в условиях противотуберкулезного диспансера
- в условиях специализированного стационара

Предпочтительной тактикой ведения пациента на начальном этапе является

- активное наблюдение с рентген-контролем изменений в легких каждые 2-3 месяца
- назначение преднизолона 0,5 мг/кг/сутки в сутки не менее 9 месяцев, пульс терапия 1 г в сутки 3 дня (или 3 дня через день)
- назначение азатиоприна 50-200 мг в сутки
- назначение метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет

В динамике у пациента через 3 месяца наблюдается нарастание одышки, учащение частоты кашля, рентгенологическое ухудшение в виде увеличения зон диссеминации. К рекомендованным мероприятиям в этом случае относится назначение

- ингаляционных глюкокортикостероидов в средних дозах не менее 6 месяцев
- метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет
- преднизолона 0,5 мг/кг массы тела per os в сутки с постепенным снижением дозы в течение не менее 12 месяцев
- азатиоприна 50-200 мг в сутки

Рентгенологическая III стадия саркоидоза характеризуется

- отсутствием изменений на рентгенограмме органов грудной клетки
- увеличением лимфатических узлов средостения в сочетании с патологией паренхимы легких
- необратимым фиброзом легких
- патологией легочной паренхимы без увеличения внутригрудных лимфоузлов

Для синдрома Лефгрена при саркоидозе характерны

- непродуктивный кашель, лихорадка, торакалгия
- увеличение подмышечных лимфоузлов, лихорадка, кожная сыпь
- узловатая эритема, артралгия, лихорадка
- кашель с мокротой, бронхообструкция, лихорадка

При лечении саркоидоза цитостатиками предпочтительнее использовать

- флударабин
- метотрексат
- азатиоприн
- циклоспорин

Препарат, который обязательно назначается при лечении саркоидоза метотрексатом, это

- флударабин
- метотрексат
- азатиоприн
- циклоспорин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 35 лет, на приеме у врача-пульмонолога.

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, редкий сухой кашель.

Анамнез заболевания

Во время прохождения профилактического медицинского осмотра на работе

выяснилось, что сухой кашель беспокоит в течение 6-10 месяцев, периодически на протяжении 2-3 лет наблюдается повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$. Пациент к врачам не обращался. Самостоятельно не лечился. Направлен к пульмонологу.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии служил поваром. Работает поваром в ресторане. Алкоголь употребляет умеренно. Курение - 1 пачку сигарет в день в течение 20 лет. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит регулярно. Последний раз делал рентгенографию грудной клетки год назад – без очаговых и инфильтративных теней. Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжал. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: ОРВИ, пневмония – во время службы в армии, хронический бронхит.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые оболочки розовые влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы в средних и нижних отделах обоих легких. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. Показатели общего и биохимического анализов (АСТ, АЛТ, общ. билирубин, общий холестерин, креатинин, глюкоза) крови, общего анализа мочи пациента в пределах референсных значений. Рентгенограмма органов грудной полости: выявлены явления диссеминации в средних отделах легких на фоне пневмосклероза и эмфиземы. Спирометрия: умеренное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу.

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить следующие начальные методы исследования

- флуידарабин
- метотрексат
- азатиоприн
- циклоспорин

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальному методу обследования относят

- флуидарабин
- метотрексат
- азатиоприн
- циклоспорин

Результаты обследования

На основании полученных данных можно выставить диагноз

- флударабин
- метотрексат
- азатиоприн
- циклоспорин

Диагноз

Для уточнения активности заболевания следует выполнить

- флударабин
- метотрексат
- азатиоприн
- циклоспорин

Результаты обследования

Осуществление диагностической и лечебной помощи данному пациенту в плановом порядке после подтверждения диагноза следует проводить

- в условиях противотуберкулезного диспансера
- в условиях специализированного пульмонологического стационара
- в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара
- в условиях онкологического диспансера

Всем пациентам, страдающим саркоидозом, рекомендуется избегать

- гиперинсоляции
- употребления молочных продуктов
- употребления алкоголя
- любых физических нагрузок

Наиболее часто применяемым экстракорпоральным методом является

- плазмаферез
- УФО крови
- липидная фильтрация
- ультрагемофильтрация

Больному с саркоидозом III стадии, имеющему легкие нарушения функции дыхания и стабильное состояние, лечение

- должно быть комбинированным (ГКС+метотрексат)
- ингаляционными ГКС должно быть инициировано в максимально короткие сроки

- не показано
- системными ГКС абсолютно показано

Альтернативной терапией может быть назначение пациенту

- колекальциферола
- альфа-токоферола
- цианокобаламина
- рибофлавина

При развитии отрицательной динамики по данным МСКТ (увеличения зон диссеминации), усилении кашля через 3 месяца, пациенту показано назначение

- метотрексата
- преднизолона
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- азатиоприна

Рекомендуемая стартовая доза преднизолона для терапии саркоидоза составляет + _____ + мг/сутки

- 10-15
- 25-30
- 40-60
- 5-10

Возможным нежелательным явлением при приеме системных ГКС является

- 10-15
- 25-30
- 40-60
- 5-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 45 лет, на приеме у врача-пульмонолога.

Жалобы

На сухой кашель, общую слабость, одышку.

Анамнез заболевания

Со слов пациента около 3-х месяцев, начался сухой кашель, месяц назад начал замечать нарастание слабости, присоединение одышки. Самостоятельно не лечился. Обратился в поликлинику по месту жительства, выполнена рентгенография органов грудной полости, заключение: корни легких

расширенные, с полициклическими контурами за счет увеличения бронхопульмональных лимфоузлов. Направлен на консультацию к врачу-пульмонологу.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии не служил из-за черепно-мозговой травмы и ее последствий. Работает на стройке прорабом, многие годы имеет контакт со строительной пылью, красками. Алкоголь употребляет умеренно. Не курит. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность по легочной патологии не отягощена. Туберкулез отрицает. Флюорографические осмотры проходит не регулярно. Последний раз делал рентгенографию грудной клетки год назад – без очаговых и инфильтративных теней. Контакт с инфекционными больными отрицает. За пределы области в течение месяца не выезжал. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: ежегодно ОРВИ, от гриппа не прививается.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, вес 62 кг, ИМТ – 18,82 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Увеличение задне-шейной группы лимфатических узлов, не спаянны, плотноэластической консистенции. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая граница - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 в минуту, одинаковый на обеих руках. АД 130/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза первоначальными методами обследования являются

- 10-15
- 25-30
- 40-60
- 5-10

Результаты обследования

Уточняющими методами обследования будут

- 10-15
- 25-30
- 40-60
- 5-10

Результаты обследования

Полученные данные свидетельствуют о наличии у пациента

- 10-15
- 25-30
- 40-60
- 5-10

Диагноз

При гранулематозных заболеваниях легких локальная стимуляция макрофагов ведёт к аномальной секреции

- ангиотензинпревращающего фермента
- плазминогена
- ренина
- ангиотензина

Дифференциальный диагноз саркоидоза проводится с

- туберкулезом, лимфогранулематозом, неопластическими, инфекционными, аутоиммунными заболеваниями
- ХОБЛ, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом, мезотелимой плевры, грибковыми поражениями легких
- внебольничной пневмонией, тромбоэмболией легочной артерии, плевритом
- силикозом, центральным раком легкого, карциноматозом, гемосидерозом

Рекомендованной группой препаратов для медикаментозного лечения при данном заболевании согласно результатам доказательной медицины являются

- цитостатики, иммуносупрессивные препараты
- противотуберкулезные препараты
- ингаляционные глюкокортикостероиды
- системные глюкокортикостероиды

При лечении саркоидоза легких системными стероидами продолжительность курса составляет + _____ + месяца/месяцев

- 9 – 12
- 4 – 6
- до 1
- 3 – 4

Патогномоничным для саркоидоза считается паралич Белла, который характеризуется

- постепенным развитием с максимумом развития на 14 день
- крайне редкой встречаемостью (1:1500000)
- отсутствием эффекта от лечения

- благоприятным прогнозом

К характеристикам саркоидозных бляшек относят

- асимметричную локализацию на коже туловища, ягодиц, конечностей и лица
- багрово-синюшную окраску по периферии и атрофичную, более бледную в центре
- склонность к самостоятельному регрессу
- выраженную болезненность при пальпации

Саркоидоз наиболее часто встречается у лиц в возрасте + _____ + лет

- 41-60
- 20-39
- старше 60
- 5-16

Характерным рентгенологическим признаком II стадии саркоидоза органов дыхания является

- двустороннее увеличение всех групп внутригрудных лимфатических узлов в сочетании с изменениями в легких на одной стороне
- одностороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов, без характерных изменений в легочной ткани
- двусторонняя диссеминация в легких, в сочетании с увеличением бронхопульмональных лимфатических узлов
- односторонняя диссеминация в верхних отделах легкого в сочетании с увеличением всех групп внутригрудных лимфатических узлов на одноименной стороне

Гранулематозным процессом является

- двустороннее увеличение всех групп внутригрудных лимфатических узлов в сочетании с изменениями в легких на одной стороне
- одностороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов, без характерных изменений в легочной ткани
- двусторонняя диссеминация в легких, в сочетании с увеличением бронхопульмональных лимфатических узлов
- односторонняя диссеминация в верхних отделах легкого в сочетании с увеличением всех групп внутригрудных лимфатических узлов на одноименной стороне

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т. 59 лет, обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

Одышка при умеренной физической нагрузке, кашель с желтой мокротой, повышение температуры тела до 37,7 градусов С.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад, когда отметил повышение температуры тела до 37,5 градусов С, около 2-х дней назад присоединилась одышка. Самостоятельно принимал аспирин. Указанные симптомы сохранялись, что заставило обратиться к доктору.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: артериальная гипертензия (постоянно принимает эналаприл); * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имел; * аллергических реакций не было; * отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела снижена. Кожа бледно-розовая, повышенной влажности, горячая, умеренный акроцианоз, температура тела 37,5°С. ЧДД 20 в мин. При перкуссии – незначительное притупление легочного звука в межлопаточной области справа. Дыхание везикулярное, справа в межлопаточной области несколько ослаблено, там же выслушивается крепитация. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 98 в мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- двустороннее увеличение всех групп внутригрудных лимфатических узлов в сочетании с изменениями в легких на одной стороне
- одностороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов, без характерных изменений в легочной ткани
- двусторонняя диссеминация в легких, в сочетании с увеличением бронхопульмональных лимфатических узлов
- односторонняя диссеминация в верхних отделах легкого в сочетании с увеличением всех групп внутригрудных лимфатических узлов на одноименной стороне

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- двустороннее увеличение всех групп внутригрудных лимфатических узлов в сочетании с изменениями в легких на одной стороне
- одностороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов, без характерных изменений в легочной ткани

- двусторонняя диссеминация в легких, в сочетании с увеличением бронхопульмональных лимфатических узлов
- односторонняя диссеминация в верхних отделах легкого в сочетании с увеличением всех групп внутригрудных лимфатических узлов на одноименной стороне

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно установить диагноз

- двустороннее увеличение всех групп внутригрудных лимфатических узлов в сочетании с изменениями в легких на одной стороне
- одностороннее увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов, без характерных изменений в легочной ткани
- двусторонняя диссеминация в легких, в сочетании с увеличением бронхопульмональных лимфатических узлов
- односторонняя диссеминация в верхних отделах легкого в сочетании с увеличением всех групп внутригрудных лимфатических узлов на одноименной стороне

Диагноз

Пневмонию следует рассматривать как

- вентиляторассоциированную
- внебольничную
- нозокомиальную
- на фоне иммунодефицита

Оценка риска летального исхода и степени тяжести по шкале CRB-65 равна

- 2
- 1
- 3
- 0

Пневмонию следует считать как

- тяжелую
- жизнеугрожающую
- крайне тяжелую
- нетяжелую

Нетяжелую внебольничную пневмонию следует лечить

- амбулаторно
- в ОРИТ
- в пульмонологическом отделении стационара
- в инфекционном отделении стационара

Путь введения антибактериального препарата у данного пациента

- пероральный
- внутривенный
- сначала внутривенный, с переходом на пероральный
- внутримышечный

Антибактериальным препаратом для стартовой терапии данного пациента является

- амоксициллин
- цефтриаксон
- доксициклин
- цефазолин

Период времени для оценки эффективности антибактериальной терапии

- через 48-72 часа
- после введения первой дозы препарата
- через 24 часа
- через 96 часов

Признаком неэффективности антибактериальной терапии является сохранение

- субфебрильной температуры
- остаточных изменений на рентгенограмме
- симптомов интоксикации
- слабости

Ключевым критерием отмены антибактериальной терапии при нетяжелой внебольничной пневмонии является

- субфебрильной температуры
- остаточных изменений на рентгенограмме
- симптомов интоксикации
- слабости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А, 64 года, обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке. Кашель, преимущественно по утрам, с отхождением небольшого количества гнойной мокроты.

Анамнез заболевания

Кашель по утрам беспокоит около 20 лет, эпизодически гнойную мокроту стал замечать последние 5 лет. Её появление связывает с переносимыми 2-3 раза в год ОРВИ. За медицинской помощью не обращался. Одышка беспокоит около 3 лет, появилась постепенно без провоцирующего фактора. Нарастание одышки последние 3 месяца, после перенесенного ОРВИ.

Анамнез жизни

Курит около 40 лет, по 20 сигарет в день. + Профессия – водитель магистральных автобусов. + У матери и отца – заболевания сердечно-сосудистой системы. + Бытовую, пыльцевую, пищевую, эпидермальную, лекарственную сенсibilизацию отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела – $36,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы с диффузным цианозом, «тёплый» цианоз пальцев рук. Отёков нет. Пульс – 86 в минуту, ритмичный, симметричный. АД = 135/70 мм рт. ст. Частота дыхания – 22 в минуту. Перкуторно коробочный звук над всей поверхностью легких. Аускультативно в легких дыхание жёсткое, распространенные сухие свистящие хрипы с двух сторон. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- субфебрильной температуры
- остаточных изменений на рентгенограмме
- симптомов интоксикации
- слабости

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- субфебрильной температуры
- остаточных изменений на рентгенограмме
- симптомов интоксикации
- слабости

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, лабораторных и инструментальных обследований, больному можно поставить диагноз

- субфебрильной температуры
- остаточных изменений на рентгенограмме
- симптомов интоксикации
- слабости

Диагноз

Осложнением основного заболевания у данного пациента является дыхательная недостаточность + _____ + степени тяжести

- 1
- 2
- 3
- 4

Ургентная (неотложная) кислородотерапия данному пациенту

- может быть использована по требованию самого пациента
- должна использоваться по медицинским показаниям
- может быть использована после проведения пробы с бронхолитиком
- не показана

Длительная (неинвазивная) кислородотерапия данному пациенту

- показана, с учетом показателей газов крови и клинического состояния
- может быть использована по требованию самого пациента
- не показана, вследствие показателей газов крови и клинического состояния
- показана при улучшении показателей газов крови в пробе с бронхолитиком

Для обеспечения проходимости дыхательных путей и уменьшения симптомов дыхательной недостаточности следует использовать

- блокаторы медленных кальциевых каналов
- мочегонные препараты
- β -блокаторы
- β -агонисты

В качестве бронходилататора длительного действия следует выбрать

- ипратопия бромид
- сальбутамол
- амброксол
- тиотропия бромид

С учетом наличия небольшого количества гнойной мокроты по утрам больному может быть назначен прием

- большого количества жидкости перорально
- противокашлевых средств
- муколитиков
- стимуляторов дыхательного центра

Эффективное улучшение отхождения мокроты у данного пациента в сочетании с антиоксидантным эффектом дает следующий препарат

- рофлумиласт
- ацетилцистеин
- индакатерол
- теofilлин

Отказ от курения у данного пациента

- не нужен, так как ухудшит течение ХОБЛ и дыхательной недостаточности
- не окажет существенного влияния на замедление прогрессирования ХОБЛ и дыхательной недостаточности
- окажет влияние только на замедление прогрессирования дыхательной недостаточности, но не окажет влияние на прогрессирование ХОБЛ
- необходим и окажет положительное влияние на замедление прогрессирования ХОБЛ и дыхательной недостаточности

Ежегодная вакцинация против гриппа данному пациенту

- не нужен, так как ухудшит течение ХОБЛ и дыхательной недостаточности
- не окажет существенного влияния на замедление прогрессирования ХОБЛ и дыхательной недостаточности
- окажет влияние только на замедление прогрессирования дыхательной недостаточности, но не окажет влияние на прогрессирование ХОБЛ
- необходим и окажет положительное влияние на замедление прогрессирования ХОБЛ и дыхательной недостаточности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 лет обратился в приемное отделение многопрофильного стационара.

Жалобы

На периодические боли в левой половине грудной клетки, кашель с вязкой слизисто-гнойной мокротой, периодическое кровохаркание, одышку.

Анамнез заболевания

* Хронические заболевания: частые простудные заболевания (5-6 раз в год), бронхиты; * Часто возникающий кашель; * Курит по 1 пачке в день, алкоголем

не злоупотребляет; * Профессиональных вредностей нет; * Аллергических реакций не было; * Отец здоров, мать неоднократно болела пневмонией.

Анамнез жизни

В последнее время участился кашель с выделением вязкой слизисто-гнойной мокроты, периодически с прожилками крови.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа бледная, видимые слизистые обычной окраски. Ногти в виде «часовых стекол». В легких дыхание слева жесткое, с бронхиальным оттенком. В проекции нижней доли правого легкого выслушиваются разнокалиберные хрипы. Пульс 86 в мин., АД 125/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Особенности клинической картины (обильная гнойная мокрота, эпизоды кровохарканья), изменения ногтей по типу «часовых стекол» у пациента позволяют заподозрить развитие

- бронхиальной астмы
- ларинготрахеита
- очаговой пневмонии
- бронхоэктатической болезни

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- бронхиальной астмы
- ларинготрахеита
- очаговой пневмонии
- бронхоэктатической болезни

Результаты обследования

У пациента при оценке результатов обследования бронхоэктатическую болезнь следует дифференцировать с

- гангреной легкого
- очаговой пневмонией
- полостной формой периферического рака легкого
- нагноившейся кистой легкого

У больного симптом «часовых стекол» предполагает заподозрить

- актиномикоз легких
- острую инфекционную деструкцию легкого
- длительное течение бронхоэктатической болезни
- туберкулез легких с бактериовыделением

Клиническая картина заболевания позволяет выставить диагноз

- актиномикоз легких
- острую инфекционную деструкцию легкого
- длительное течение бронхоэктатической болезни
- туберкулез легких с бактериовыделением

Диагноз

Консервативное лечение бронхоэктатической болезни обязательно должно включать

- гигиену дыхательных путей
- магнитотерапию на грудную клетку
- гигиену кожных покровов, режим питания и сна
- длительную антибактериальную терапию

Для лечения бронхоэктатической болезни в фазе обострения применяется (-ются)

- дренирование плевральной полости
- антибактериальные препараты
- назначение рофлумиласта
- физиотерапевтические методы лечения

Для санации бронхиального дерева наиболее эффективен метод

- лечебной бронхоскопии
- дыхательной гимнастики
- массажа грудной клетки
- внутримышечной антибиотикотерапии

Санационную бронхоскопию следует завершать

- введением гемостатических препаратов
- браш-биопсией
- введением фибринолитиков
- введением антибактериальных препаратов

Хирургическое лечение показано при

- двустороннем распространенном процессе
- осложнении в виде очаговой пневмонии
- частых обострениях процесса, не поддающихся консервативному лечению
- дыхательной недостаточности 2-3 ст.

При ограниченном двустороннем поражении легких проводят

- последовательную (с интервалом в 3-4 месяца) двухстороннюю резекцию

- одномоментную двухстороннюю операцию
- операцию на стороне наибольшего поражения
- неотложную операцию

Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает

- последовательную (с интервалом в 3-4 месяца) двухстороннюю резекцию
- одномоментную двухстороннюю операцию
- операцию на стороне наибольшего поражения
- неотложную операцию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г. 49 лет вызвала на дом врача-терапевта участкового.

Жалобы

Боль в грудной клетке в нижней доле слева, постоянная в течение дня, усиливающаяся при глубоком дыхании; одышку смешанного характера при подъеме по лестнице на четвертый этаж, приступообразный кашель с вязкой, плохо отходящей, желто-зеленой мокротой, повышение температуры до 39,5°C; недомогание, снижение аппетита, быструю утомляемость, слабость, головную боль.

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Профессия: работала продавцом, в настоящее время работает строителем * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает. * Наследственность: по отцовской линии – гипертоническая болезнь. * Вредные привычки: курение с 21 года, количество сигарет в день 5-6, употребление алкоголя в умеренных количествах * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

* Считает себя больной в течение 2 недель, * заболевание связывает с переохлаждением на работе, * появились боли в грудной клетке при глубоком дыхании в нижней доли слева, одышка смешанного характера, возникающая при значительной физической нагрузке. На боль и одышку внимания не обращала, лечения никакого не принимала. * Через две недели повысилась температура до 40°C. Самостоятельно принимала ацетилсалициловую кислоту, улучшения состояния не почувствовала. Вечером вызвала скорую помощь, сделали инъекцию жаропонижающего, отмечала улучшение, снизилась температура до 37,5°C, уменьшилась головная боль, * к утру почувствовала ухудшение, усилились боли в грудной клетке, повысилась температура до 39,5°C, появилась слабость, недомогание, головная боль.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение больной активное, рост 170 см, вес 70 кг. Температура тела 38,0°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Подкожные вены малозаметные,

тромбофлебитов не выявлено. Лимфатические узлы единичные, пальпируются подчелюстные справа и слева размерами 0,5х0,5 см округлой формы, эластичной консистенции, безболезненные, подвижные, неспаивающиеся с окружающими тканями. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Отставание левой стороны грудной клетки в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений 18 в минуту, ритм дыхания правильный. Экскурсия грудной клетки 4 см. Грудная клетка резистентна, безболезненна при пальпации. При сравнительной перкуссии легких определяется притупление в нижней доли слева в подлопаточной области. В остальных отделах легких определяется ясный легочный звук. Выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы в нижней доле слева в подлопаточной области. В остальных отделах легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 70 в минуту, регулярный. АД 120/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- последовательную (с интервалом в 3-4 месяца) двухстороннюю резекцию
- одномоментную двухстороннюю операцию
- операцию на стороне наибольшего поражения
- неотложную операцию

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- последовательную (с интервалом в 3-4 месяца) двухстороннюю резекцию
- одномоментную двухстороннюю операцию
- операцию на стороне наибольшего поражения
- неотложную операцию

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- последовательную (с интервалом в 3-4 месяца) двухстороннюю резекцию
- одномоментную двухстороннюю операцию
- операцию на стороне наибольшего поражения
- неотложную операцию

Диагноз

Бронхопневмонию у данного пациента после проведения рентгенологического обследования необходимо дифференцировать с

- остеохондрозом позвоночника
- туберкулезом, недифференцируемой аденокарциномой легкого
- острым бронхитом, абсцессом легкого, опухолью легкого, ХОБЛ
- острым бронхитом, отеком легких

Оценку тяжести и показаний к госпитализации следует провести с использованием шкалы

- остеохондрозом позвоночника
- туберкулезом, недифференцируемой аденокарциномой легкого
- острым бронхитом, абсцессом легкого, опухолью легкого, ХОБЛ
- острым бронхитом, отеком легких

Результаты обследования

Согласно оценке тяжести течения пневмонии, тактику ведения пациента следует определить как

- лечение в амбулаторных условиях
- госпитализация в терапевтическое отделение
- госпитализация в ОРИТ
- госпитализация в специализированное отделение

Пневмонию у данного пациента с наибольшей вероятностью могут вызвать

- {nbsp}S. pneumoniae; H. Influenzae; C. Pneumoniae; S. aureus
- {nbsp}M. pneumoniae; C. Pneumoniae; H. Influenzae; P.aeruginosa
- {nbsp}S. pneumoniae; M. pneumoniae; C. pneumoniae; H. influenzae
- {nbsp}C. pneumoniae; S. aureus; Enterobacterales; Респираторные вирусы

Больному в амбулаторных условиях предпочтительно назначить

- амоксициллин в дозировке 80-90 мг/кг/сутки peros
- β-лактамы с антисинегнойной активностью ± макролиды
- цефалоспорины 1-2 поколения± макролиды или бета-лактамы с антисинегнойной активностью
- респираторные фторхинолоны {plus} цефалоспорины 2 поколения

Показаниями для проведения компьютерной томографии органов грудной клетки у данного пациента является

- подозрение на пневмоторакс
- выраженная системная воспалительная реакция
- подозрение на гнойные осложнения заболевания, подозрение на другое заболевание легких, протекающее под «маской» пневмонии

- отсутствие положительной динамики заболевания в течение 72 часов

Помимо антибиотикотерапии пациенту необходимо назначить

- муколитики
- бронхолитики (беродуал через небулайзер)
- антигистаминные препараты
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника

Длительность курса антибактериальной терапии зависит от

- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желаний пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболеваний в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии
- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболеваний пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения

При сохранении в течение 3 дней температуры тела 39°C, кашля со слизисто-гнойной мокротой, головной боли, ЧСС 100 в мин; на фоне антибактериальной терапии показана/показаны

- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желаний пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболеваний в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии
- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболеваний пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 48 лет, вызвал на дом участкового терапевта.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,0[°]C, общую слабость, потливость,

кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, глубоком дыхании.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3-х дней, когда появился кашель, повышение температуры тела до фебрильных цифр, общая слабость. Заболевание связывает с переохлаждением. Принимал жаропонижающие и противовирусные без эффекта. На третий день появились боли в грудной клетке слева при кашле, глубоком дыхании, усилилась слабость, температура сохранялась. Вызвал участкового терапевта на дом. После осмотра направлен в терапевтическое отделение.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. + Перенесенные заболевания: хронический гастрит, периодические простудные заболевания. + Аллергический анамнез не отягощен. + Наследственность не отягощена. + Работает водителем. + Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние пациента средней степени тяжести. Нормостеник. Рост 175 см, вес 75 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые, повышенной влажности. Периферические лимфоузлы подчелюстные и подмышечные 1,5 см, подвижные, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Периферических отеков нет. + Грудная клетка нормостеническая, симметричная. При пальпации болезненна в левой половине. Перкуторно притупление легочного звука слева на уровне угла лопатки. Аускультативно: ослабление везикулярного дыхания слева на уровне угла лопатки, мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 20 в мин. + Тоны сердца громкие, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст. + Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желаний пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболеваний в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии
- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболеваний пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желания пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболеваний в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии
- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболеваний пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных данных пациенту можно выставить клинический диагноз

- возраста, сопутствующих заболеваний, наличия осложнений, скорости ответа на стартовую антибактериальную терапию, выявляемого возбудителя
- желания пациента, выявляемого возбудителя, стажа курения, наличия заболеваний в семье или на работе, наличие хронической бронхолегочной патологии
- выявляемого возбудителя, наличия у ближайших родственников хронических бронхолегочных заболеваний, приема иммуномодулирующих препаратов
- приема иммуномодулирующих препаратов, выявляемого возбудителя, наличия заболеваний пневмонией в семье, аллергоанамнеза, курения

Диагноз

В случае обнаружения на рентгенограмме ОГП изменений, нетипичных для пневмонии, рекомендовано проведение

- КТ органов грудной клетки
- КТ органов брюшной полости
- спирометрии
- фибробронхоскопии

С целью оценки прогноза у пациентов ВП рекомендуется использовать шкалу

- PORT
- SCORE
- mMRC
- Борга
- CURB/CRB-65

Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ всем госпитализированным пациентам с ВП рекомендуется использовать

- критерии IDSA/ATS или шкалу SMART-COP
- шкалу HAS-BLED
- тест АСТ
- САТ- тест

Антибактериальная терапия ВП у госпитализированных пациентов должна начинаться с + _____ + лекарственных форм

- парентеральных
- сублингвальных
- пероральных
- ингаляционных

К критериям эффективности антибактериальной терапии (АБТ) относятся

- сохранение интоксикации, одышки
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП при выписке на работу
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП через неделю после начала лечения
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП, в первую очередь одышки, в течение 48-72 часов после начала лечения

Важнейшим критерием выбора АБП для второго этапа ступенчатой терапии (переход на пероральный прием) является

- широта антимикробного спектра
- форма выпуска препарата
- высокая и предсказуемая биодоступность АБП при приеме внутрь
- стоимость препарата

Препаратом выбора у госпитализированных пациентов с нетяжелой ВП без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 месяца АБП ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска, является

- меропенем
- ампициллин
- левомицетин
- линезолид

Концепция ступенчатой антибактериальной терапии предполагает переход

- с ингаляционного на парентеральный путь введения

- с внутривенного на внутримышечный способ введения
- с перорального на парентеральный путь введения
- на внутривенное введение при тяжелой внебольничной пневмонии

Наиболее эффективными средствами профилактики ВП признаны

- с ингаляционного на парентеральный путь введения
- с внутривенного на внутримышечный способ введения
- с перорального на парентеральный путь введения
- на внутривенное введение при тяжелой внебольничной пневмонии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 47 лет, направлена участковым терапевтом в стационар.

Жалобы

на повышение температуры тела до 39°C , кашель с мокротой слизистогнойного характера, боль в груди при кашле, глубоком дыхании, общую слабость, потливость, недомогание.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 5 дней, когда после переохлаждения внезапно повысилась температура тела до 39°C , появились сухой кашель, выраженная общая слабость. На третий день стала отходить желто-зеленая мокрота, появилась боль в грудной клетке, связанная с дыханием и кашлем. Принимала жаропонижающие средства, отхаркивающие, но лихорадка сохранялась, обратилась к терапевту и была направлена в стационар.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. + Перенесенные заболевания: периодические ОРВИ, артериальная гипертензия, хронический гастрит. + Туберкулез, туберкулезный контакт, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. + Наследственность по легочным заболеваниям неотягощена. + Аллергоанамнез не отягощен. + Работает учителем начальных классов. Профессиональных вредностей не имеет. + Проживает в благоустроенной квартире с мужем и сыном 18 лет. + Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, чистые, небольшой акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$. + При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧДД 22 в минуту. SpO₂ 93%. Перкуторно притупление легочного звука в нижних отделах с обеих сторон. Аускультативно: ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах с обеих сторон, мелкопузырчатые влажные хрипы. + Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 90 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. + Язык

обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- с ингаляционного на парентеральный путь введения
- с внутривенного на внутримышечный способ введения
- с перорального на парентеральный путь введения
- на внутривенное введение при тяжелой внебольничной пневмонии

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- с ингаляционного на парентеральный путь введения
- с внутривенного на внутримышечный способ введения
- с перорального на парентеральный путь введения
- на внутривенное введение при тяжелой внебольничной пневмонии

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных данных пациентке можно выставить клинический диагноз

- с ингаляционного на парентеральный путь введения
- с внутривенного на внутримышечный способ введения
- с перорального на парентеральный путь введения
- на внутривенное введение при тяжелой внебольничной пневмонии

Диагноз

В случае обнаружения на рентгенограмме ОГП изменений, нетипичных для пневмонии, рекомендуется дополнительное исследование

- спирометрия
- КТ органов грудной клетки
- КТ органов брюшной полости
- фибробронхоскопия

С целью оценки прогноза у пациентов ВП рекомендуется использовать шкалу

- PORT
- CURB/CRB-65
- Борга
- mMRC
- SCORE

Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ всем госпитализированным пациентам с ВП рекомендуется использовать

- тест АСТ
- САТ- тест
- критерии IDSA/ATS или шкалу SMART-COP
- шкалу HAS-BLED

Для эмпирической терапии при тяжелой ВП препаратами выбора являются

- ингибитор-защищенные пенициллины и ампициллин, альтернативными – респираторные фторхинолоны
- амоксициллин/клавуланат внутрь
- левофлоксацин внутрь
- макролиды парентерально

Препаратом выбора у амбулаторных пациентов с нетяжелой ВП с сопутствующими заболеваниями и/или принимавших за последние 3 месяца АМП ≥ 2 дней, и/или имеющих другие факторы риска инфицирования редкими и/или ПРВ, является

- ампициллин парентерально
- цiproфлоксацин внутрь
- ИЗП, цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон), РХ парентерально
- амоксициллин внутрь

К критериям эффективности антибактериальной терапии (АБТ) относятся

- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП через неделю после начала лечения
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП, в первую очередь одышки, в течение 48-72 часов после начала лечения
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП при выписке на работу
- сохранение интоксикации, одышки

Важнейшим критерием выбора АБП для второго этапа ступенчатой терапии (переход на пероральный прием) является

- высокая и предсказуемая биодоступность АБП при приеме внутрь
- широта антимикробного спектра
- форма выпуска препарата
- стоимость препарата

Стойкий субфебрилитет в пределах 37,0-37,2°C после перенесенной пневмонии может быть связан с

- вторичным иммунодефицитом
- постинфекционной астенией
- хроническим сепсисом
- параневмоническим плевритом

Диспансерное наблюдение после перенесенной внебольничной пневмонии является

- вторичным иммунодефицитом
- постинфекционной астенией
- хроническим сепсисом
- параневмоническим плевритом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С., 61 год, обратился на первичный амбулаторный приём к врачу-пульмонологу.

Жалобы

* Одышка при умеренной физической нагрузке, вынуждающая делать 1-2 остановки на километровой пешеходной дистанции. * Кашель с отделением вязкой слизистой мокроты. * Эпизоды дистантных хрипов. * Ощущение заложенности в грудной клетке.

Анамнез заболевания

* Считает себя больным в течение 10 – 15 лет, с постепенным прогрессированием интенсивности жалоб к настоящему времени. * Повторные затяжные обострения в течение года на фоне переносимых простудных инфекций, не приводившие к госпитализациям. * По своей инициативе к врачу ранее не обращался. Во время профилактических осмотров несколько раз ставился диагноз хронического бронхита. * Регулярное лечение не назначалось. При ухудшении самочувствия принимал отхаркивающие средства, а в последние годы, по совету знакомого, стал пользоваться ингаляционным бронхолитиком короткого действия по потребности, до 2 – 3 раз в сутки.

Анамнез жизни

* В детстве имел место контакт с больным туберкулёзом, после чего получал специфическую химиопрофилактику. * Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь. * Аллергологический анамнез не отягощён. * Наследственный анамнез: хронический бронхит у отца. * Профессия: водитель микроавтобуса. * Вредные привычки: курит, индекс табакокурения – 45 пачко-лет.

Объективный статус

* Общее состояние удовлетворительное. Рост 174 см, вес 65 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Периферические лимфатические узлы не

увеличены. ЧСС 78 в мин., АД 130/85 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧДД 18 в минуту. Грудная клетка расширена в передне-заднем направлении. Над лёгкими определяется коробочный перкуторный звук. Аускультативно дыхание ослаблено, выслушиваются единичные свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- вторичным иммунодефицитом
- постинфекционной астенией
- хроническим сепсисом
- паранеumonическим плевритом

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- вторичным иммунодефицитом
- постинфекционной астенией
- хроническим сепсисом
- паранеumonическим плевритом

Результаты обследования

Учитывая результаты интегральной оценки тяжести течения заболевания, больному можно поставить диагноз

- вторичным иммунодефицитом
- постинфекционной астенией
- хроническим сепсисом
- паранеumonическим плевритом

Диагноз

Необходимыми характеристиками при клинической оценке тяжести ХОБЛ являются

- вторичным иммунодефицитом
- постинфекционной астенией
- хроническим сепсисом
- паранеumonическим плевритом

Результаты обследования

В качестве стартовой терапии в рассматриваемом случае следует выбрать

- комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида и длительнодействующего β_2 -агониста (например, будесонид/формотерол)
- ингибитор фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт)
- монотерапию длительнодействующим β_2 -агонистом (индекатерол или салметерол)
- комбинацию двух длительнодействующих бронхолитиков: антихолинергика и β_2 -агониста (например, тиотропия бромид/олодатерол)

Проведение дифференциальной диагностики ХОБЛ с бронхиальной астмой у пациента основывается на

- отсутствии эффекта комбинации длительнодействующего β_2 -агониста и ингаляционного глюкокортикостероида
- отсутствии прироста ОФВ₁ 12 и более % от должного уровня при спирометрии на фоне бронходилатационного теста
- наличии стажа табакокурения или воздействия вредных профессиональных факторов
- анализе анамнестических данных, семейном анамнезе, наличии эмфизематозной перестройки лёгочной ткани

При отсутствии динамики симптомов ХОБЛ на фоне лечения двойной комбинацией пролонгированных бронхолитиков при исключении иных причин одышки целесообразным является

- оценка техники ингаляций
- проведение курса системной глюкокортикостероидной терапии
- увеличение дозы используемого комбинированного ингаляционного препарата в 2 раза
- переход на комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида и длительнодействующего β_2 -агониста (например, будесонид/формотерол)

Показанием для назначения ингаляционного глюкокортикостероида в дополнение к длительнодействующим бронходилататорам у больного может явиться

- показатель ОФВ₁ = 53%
- эозинофилия крови (более 300 клеток в 1 мкл вне обострения)
- наличие в течение последнего года повторных обострений, не требовавших госпитализации
- длительный стаж курения

Длительная кислородотерапия на дому для пациента

- показана, если артериальная гипоксемия у пациента развивается в периоды обострений ХОБЛ

- может быть рекомендована, учитывая выраженные симптомы ХОБЛ, но не более чем в течение 2 – 3 часов в сутки
- может быть рекомендована, учитывая выраженные симптомы ХОБЛ
- не показана

При развитии тяжелого обострения ХОБЛ больному показано назначение

- противокашлевых препаратов
- двойной дозы длительнодействующих антихолинергиков и/или β_2 -агонистов
- глюкокортикостероидов
- антагонистов кальция недигидропиридинового ряда

Наиболее вероятной причиной обострения ХОБЛ у больного будет являться респираторная инфекция, вызванная *Streptococcus pneumoniae*, а также

- *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterobacteriaceae*
- *Klebsiella pneumoniae* и *Aspergillus flavus*
- *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus epidermidis*

В случае развития у больного бактериального обострения ХОБЛ антибиотиком выбора является

- *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterobacteriaceae*
- *Klebsiella pneumoniae* и *Aspergillus flavus*
- *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*
- *Streptococcus pyogenes* и *Staphylococcus epidermidis*

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Р., 72 лет, обратился на амбулаторный приём к врачу-пульмонологу.

Жалобы

* Одышка при незначительной физической нагрузке, вынуждающая делать остановки на стометровой пешеходной дистанции. * Кашель с отделением вязкой слизистой мокроты. * Эпизоды дистантных хрипов. * Ощущение заложенности в грудной клетке.

Анамнез заболевания

* Считает себя больным в течение 20 – 25 лет, с постепенным прогрессированием интенсивности жалоб к настоящему времени. * Семь лет назад поставлен диагноз ХОБЛ. * Повторные затяжные обострения в течение года на фоне переносимых простудных инфекций, приводящие к повторным госпитализациям (за прошедший год дважды находился на стационарном лечении). * Ранее к пульмонологу не обращался. При выписке из

терапевтических стационаров назначалась терапия бронхолитиками длительного действия, которая, однако, была нерегулярной. Преимущественно лечение сводилось к короткодействующим препаратам, потребность в которых превышает 10 доз в сутки.

Анамнез жизни

* В детстве страдал дефицитом массы тела, переносил повторные респираторные инфекции. * Сопутствующие заболевания: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь. * Аллергологический анамнез не отягощён. * Наследственный анамнез не отягощён. * Профессия: слесарь. * Вредные привычки: курил до последних лет, индекс табакокурения - 60 пачко-лет.

Объективный статус

* Общее состояние удовлетворительное. Рост 157 см, вес 67 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Ногти в виде «часовых стекол». Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧСС 78 в мин., АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, с единичными экстрасистолами. ЧДД 20 в минуту. Грудная клетка расширена в передне-заднем размере. Над лёгкими определяется коробочный перкуторный звук. Аускультативно дыхание ослаблено, выслушиваются единичные свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- Pseudomonas aeruginosa и Enterobacteriaceae
- Klebsiella pneumoniae и Aspergillus flavus
- Haemophilus influenzae и Moraxella catarrhalis
- Streptococcus pyogenes и Staphylococcus epidermidis

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- Pseudomonas aeruginosa и Enterobacteriaceae
- Klebsiella pneumoniae и Aspergillus flavus
- Haemophilus influenzae и Moraxella catarrhalis
- Streptococcus pyogenes и Staphylococcus epidermidis

Результаты обследования

Необходимыми характеристиками при клинической оценке тяжести ХОБЛ являются

- Pseudomonas aeruginosa и Enterobacteriaceae
- Klebsiella pneumoniae и Aspergillus flavus
- Haemophilus influenzae и Moraxella catarrhalis
- Streptococcus pyogenes и Staphylococcus epidermidis

Результаты обследования

Учитывая результаты интегральной оценки тяжести течения заболевания, больному можно поставить диагноз Хроническая обструктивная болезнь лёгких + ____ + спирометрической стадии, группа

- Pseudomonas aeruginosa и Enterobacteriaceae
- Klebsiella pneumoniae и Aspergillus flavus
- Haemophilus influenzae и Moraxella catarrhalis
- Streptococcus pyogenes и Staphylococcus epidermidis

Диагноз

В качестве стартовой терапии в рассматриваемом случае следует выбрать

- ингибитор фосфодиэстеразы-4 (рофлумаил)
- комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида и длительнодействующего β_2 -агониста (например, будесонид/формотерол)
- монотерапию длительнодействующим антихолинергиком, например, тиотропия бромидом
- комбинацию двух длительнодействующих бронхолитиков, антихолинергика и β_2 -агониста (например, тиотропия бромид/олодатерол)

При достижении клинического эффекта двойной комбинации пролонгированных бронхолитиков показано

- снижение суточной дозы базисного препарата при ремиссии в течение 3 – 6 месяцев
- продолжение терапии в прежних дозах неограниченно долго
- отмена базисной терапии при отсутствии тяжёлых обострений заболевания в течение года
- ступенчатое повышение доз до максимально переносимых для предотвращения прогрессирования заболевания

При отсутствии динамики симптомов ХОБЛ на фоне лечения двойной комбинацией пролонгированных бронхолитиков при исключении иных причин одышки целесообразным является

- проведение курса системной глюкокортикостероидной терапии
- переход на комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида и длительнодействующего β_2 -агониста (например, будесонид/формотерол)
- увеличение дозы используемого комбинированного ингаляционного препарата в 2 раза
- оценка техники ингаляций

При отсутствии эффекта на фоне лечения двойной комбинацией пролонгированных бронхолитиков показано

- добавление теофиллина к двойной комбинации пролонгированных бронхолитиков
- добавление к терапии ингаляционных глюкокортикостероидов
- переход на комбинацию пролонгированного β_2 -агониста и ингаляционного глюкокортикостероида
- увеличение суточной дозы двойной комбинации пролонгированных бронхолитиков

Длительная кислородотерапия на дому пациенту

- не показана
- может быть рекомендована, учитывая выраженные симптомы ХОБЛ, но не более чем в течение 2 – 3 часов в сутки
- показана, если артериальная гипоксемия у пациента развивается в периоды обострений ХОБЛ
- может быть рекомендована, учитывая выраженные симптомы ХОБЛ

При развитии обострения ХОБЛ больному показано назначение

- варениклина
- удвоенной дозы длительнодействующих антихолинергиков и/или β_2 -агонистов
- глюкокортикостероидов
- антагонистов кальция недигидропиридинового ряда

Наиболее значимую роль в этиологии обострении ХОБЛ, наряду с бактериями, играют

- риновирусы
- вирусы Коксаки
- вирусы простого герпеса VI типа
- коронавирусы

В случае развития у больного Р. бактериального обострения ХОБЛ антибиотиком выбора является амоксициллин/клавуланат или

- риновирусы
- вирусы Коксаки
- вирусы простого герпеса VI типа
- коронавирусы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С., 40 лет, на приеме у пульмонолога частного медицинского центра.

Жалобы

На приступообразный кашель, заложенность в грудной клетке, свист и писк в груди при дыхании, с отхождением небольшого количества стекловидной прозрачной мокроты в конце приступа, заложенность носа.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около пяти лет, когда ежегодно в апреле-мае-июне стал беспокоить приступообразный кашель. С детства в этот период времени беспокоила заложенность носа, обильные выделения из носа, зуд, слезотечение и покраснение глаз. Лечилась самостоятельно (принимала различные антигистаминные препараты). Приступы кашля, появившиеся в этот период времени 5 лет назад, возникали нечасто, никуда в связи с этим не обращалась. В начале февраля этого года перешла работать в библиотеку и вновь появилась ринорея, симптомы конъюнктивита, приступы кашля стали беспокоить не только в дневное время, но и по ночам, в связи с чем обратилась к терапевту, который рекомендовал пациентке обратиться к пульмонологу. В поликлинике по месту жительства пульмонолога нет, поэтому обратилась в частный медицинский центр.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту, от физкультуры не освобождалась. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергический анамнез отягощен: после употребления шоколада, меда, клубники – крапивница. * Наследственность: у тети (сестры матери) аллергический ринит. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. Разведена. Воспитывает дочь 7 лет, дочь здорова. * Работает библиотекарем, раньше – воспитателем в детском саду. * Туберкулез отрицает. Флюорографию проходит ежегодно, без патологии. * Перенесенные заболевания: ОРВИ, гипертоническая болезнь в течение 4-5 лет, адаптирована к АД 130/80 мм рт. ст., регулярно принимает карведилол. По поводу фибромиомы матки наблюдается у гинеколога.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 160 см. Температура 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев чистый, миндалины не увеличены. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка – правильной формы. Перкуторно над легкими - звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, выдох = вдоху, единичные сухие хрипы выслушиваются при форсированном дыхании. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 70 в мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9x8x7 см. Периферических отеков нет.

Для постановки диагноза в условиях частного медицинского центра пациентке необходимо выполнить лабораторные методы исследования

- риновирусы
- вирусы Коксаки
- вирусы простого герпеса VI типа

- коронавирусы

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- риновирусы
- вирусы Коксаки
- вирусы простого герпеса VI типа
- коронавирусы

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения диагноза и тактики ведения пациентке необходима консультация

- риновирусы
- вирусы Коксаки
- вирусы простого герпеса VI типа
- коронавирусы

Результаты обследования

На основании данных клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- риновирусы
- вирусы Коксаки
- вирусы простого герпеса VI типа
- коронавирусы

Диагноз

Пациентка может продолжить лечение в

- пульмонологическом отделении
- амбулаторных условиях под наблюдением пульмонолога
- условиях дневного стационара
- амбулаторных условиях под наблюдением ЛОР врача

В настоящее время пациентке должна быть назначена бронхолитическая терапия

- КДАХ при помощи небулайзера
- КДБА (сальбутамол) с помощью ДАИ
- эуфиллин в/в
- ДДБА через аэролайзер

Этиотропная терапия пациентке должна быть назначена в виде

- средних доз ИГКС
- высоких доз ИГКС
- низких доз ИГКС
- приема таблетированной формы системных ГКС (преднизолон)

Одним из факторов риска обострений у пациентки является

- ожирение и эозинофилия крови
- отягощенный гинекологический анамнез
- постоянный контакт с людьми по роду работы
- постоянный прием карведилола

Альтернативным (либо дополнительным) препаратом для контроля БА у данной пациентки может быть

- тиотропия бромид в жидкостном ингаляторе
- теофиллин замедленного высвобождения
- антагонист лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст)
- омализумаб

Учитывая результаты наличие сенсibilизации к бумаге, можно рекомендовать пациентке работу библиотекарем

- интенсифицировать
- продолжить
- поменять
- систематизировать

Гиперреактивность бронхов можно выявить также путем теста с

- холодовой нагрузкой
- будесонидом
- физической нагрузкой
- сальбутамолом

Степень контроля над заболеванием у пациентки можно оценить с помощью клинических симптомов

- холодовой нагрузкой
- будесонидом
- физической нагрузкой
- сальбутамолом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д., 24 года, доставлена в стационар бригадой «скорой» помощи.

Жалобы

На приступ удушья, заложенность в груди, непродуктивный кашель, чувство саднения по ходу трахеи, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание.

Анамнез заболевания

Страдает бронхиальной астмой около 3-х лет, когда после родов впервые на фоне ОРВИ стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Состоит на диспансерном учете, регулярно применяет сальбутамол ингаляционно. Других рекомендованных препаратов не принимает. Две недели назад перенесла ОРВИ, одновременно с этим стали беспокоить дневные приступы удушья еженедельно до 5 раз, ночные приступы 1-2 раза в неделю. Отмечает постоянно затрудненное носовое дыхание, малопродуктивный кашель по утрам. Резкое ухудшение самочувствия связывает со стрессом (ребенок попал в реанимационное отделение после травмы), что сопровождалось головной болью, которую пыталась купировать приемом таблеток цитрамона, анальгина и парацетамола: развился приступ удушья, не купированный приемом сальбутамола. Доставлена в стационар по скорой помощи с не полностью купированным приступом. На догоспитальном этапе был введен раствор эуфиллина 2,4% 10 мл в/в струйно на физиологическом растворе.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту, от физкультуры не освобождалась. После окончания университета нигде не работала, находится в отпуске по уходу за ребенком. Не курит, алкоголь не употребляет.

Аллергический анамнез отягощен: на прием аспирина в детском возрасте – крапивница. Наследственность по заболеваниям легких не отягощена. Замужем, беременность протекала без особенностей. Ребенок 1. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Туберкулез отрицает. Флюорографию проходит регулярно, последний раз – 1 месяц назад – без очаговых и инфильтративных теней. Перенесенные заболевания: была часто болеющим ребенком, ОРВИ, аппендэктомия в возрасте 15 лет. Дважды перенесла операцию по удалению полипов носа (в 12 и 16 лет).

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ортопноэ.

Телосложение гиперстеничное. ИМТ = $26,7 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, без высыпаний.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Заложенность носа.

Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком.

Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Аускультативно - дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, множество сухих свистящих хрипов по всем легочным полям на фоне

удлиненного выдоха. ЧДД 25 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 110 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 11x10x7 см, край печени ровный безболезненный.

Периферических отеков нет.

В приемном отделении для определения возможности и места госпитализации пациентки необходимо выполнить

- холодовой нагрузкой
- будесонидом
- физической нагрузкой
- сальбутамолом

Результаты обследования

Пациентку необходимо госпитализировать для дальнейшего обследования и лечения в

- общетерапевтическое отделение
- реанимационное отделение
- инфекционное отделение
- отделение пульмонологии

Для оценки степени тяжести бронхиальной астмы необходимо провести

- общетерапевтическое отделение
- реанимационное отделение
- инфекционное отделение
- отделение пульмонологии

Результаты обследования

В данном случае причиной тяжелого приступа удушья послужил

- стрессовый фактор (внезапная тяжелая болезнь дочери)
- прием анальгина, парацетамола и цитрамона
- неадекватный характер терапии бронхиальной астмы (только бронхолитические препараты)
- трахеобронхит после перенесенной острой вирусной инфекции

У больной ПСВ составляет 50% от лучших значений больной; ЧДД = 25 в мин ; пульс = 110 в мин, что позволяет оценить обострение бронхиальной астмы у больной как

- жизнеугрожающее
- средне-тяжелое
- легкое
- тяжелое

Сочетание симптомов бронхиальной астмы с полипозом носа, непереносимостью аспирина и НПВС в данном случае говорит о клиническом фенотипе/ патогенетическом варианте астмы

- аспиринном
- атопическом
- с поздним дебютом
- неаллергическом

В основе патогенеза развития бронхиальной астмы в данном случае находится

- снижение активности деацетилазы гистонов вследствие воздействия табачного дыма
- предрасположенность к Th2-иммунному ответу
- феномен атопического/аллергического марша
- генетически детерминированное нарушение обмена арахидоновой кислоты

Бронхиальную астму необходимо дифференцировать с

- бронхоэктатической болезнью
- туберкулезом бронхов
- хронической обструктивной болезнью легких
- хроническим необструктивным бронхитом

На основании клинических симптомов и данных дообследования можно поставить степень тяжести бронхиальной астмы

- персистирующая средней тяжести
- интермиттирующая
- персистирующая тяжелая
- персистирующая легкая

К факторам, влияющим на развитие и проявления бронхиальной астмы, наряду с аспирином и НПВС, у пациентки относятся

- высокие психоэмоциональные нагрузки, продукты сгорания дизельного топлива
- женский пол, ожирение, вирусная инфекция
- генетическая предрасположенность, курение, профессиональные факторы
- пыльца растений, шерсть домашних животных, диета

В лечении бронхиальной астмы рекомендуется использовать ступенчатый подход, корректируя объем терапии в зависимости от

- наличия лекарственных препаратов и материальных возможностей пациента
- уровня контроля и наличия факторов риска обострений заболевания
- уровня эозинофилов крови и мокроты, количества IgE
- возраста, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений

Учитывая, что начальная терапия бетта-2агонистами не обеспечила длительного улучшения, пациентке рекомендуется назначение преднизолона (или его эквивалента) в дозе + _____ + в сутки

- наличия лекарственных препаратов и материальных возможностей пациента
- уровня контроля и наличия факторов риска обострений заболевания
- уровня эозинофилов крови и мокроты, количества IgE
- возраста, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка В., 36 лет, на приеме у пульмонолога в поликлинике.

Жалобы

На затрудненное дыхание, приступообразную одышку, приступы удушья (ночные 2 – 3 раза в неделю, дневные до 5 раз в неделю), кашель с трудноотделяемой стекловидной мокротой.

Анамнез заболевания

Диагноз бронхиальной астмы поставлен 7 лет назад. Состоит на диспансерном учете у пульмонолога в поликлинике по месту жительства. Приступы бронхиальной астмы начались после перенесенной пневмонии. В качестве постоянной терапии использует форадил комби, при приступе пользуется ингаляцией беротека. В этом году после новогодних праздников лечилась стационарно в связи с тяжелым обострением заболевания, получала коротким курсом глюкокортикостероиды. После выписки отмечала симптомы астмы до 2-х раз в неделю, которые купировались беротеком. Ухудшение самочувствия наступило без видимых причин: в течение месяца приступы стали частыми, в том числе и по ночам, что заставило обратиться к врачу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. От физкультуры не освобождалась. Работает медсестрой в процедурном кабинете. Курит по 0,5 пачки в день в течение 5 лет, алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез неотягощен. Наследственность отягощена - у отца в детстве была бронхиальная астма, затем – ХОБЛ. Замужем. Дочь 12 лет здорова, сын 5,5 лет здоров. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ежегодные до 2-3 раз обострения хронического гайморита и хронического тонзиллита, что требует проведения антибактериальной терапии. Последнее обострение 1,5 месяца назад. Туберкулез отрицает. Флюорографическое обследование проходит регулярно, последнее – 2 месяца назад – без очаговых и инфильтративных теней.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое. ИМТ = 19 кг/м². Кожа и видимые слизистые обычной окраски, влажные, без высыпаний. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание через

свободное. Перкуторно над легкими - звук легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, при форсированном дыхании единичные свистящие хрипы. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 76 в мин., АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Стул, диурез без особенностей. Периферических отеков нет.

Частота дневных и ночных симптомов бронхиальной астмы в течение 1-2 недель позволит врачу определить

- фенотип бронхиальной астмы
- степень тяжести бронхиальной астмы
- уровень контроля симптомов бронхиальной астмы
- степень тяжести обострений бронхиальной астмы

На приеме пульмонолог попросил пациентку ответить на вопросники ACQ-5 и АСТ для того, чтобы определить

- фенотип бронхиальной астмы
- степень тяжести обострений бронхиальной астмы
- степень тяжести бронхиальной астмы
- уровень контроля симптомов бронхиальной астмы

У пациентки по опроснику ACQ-5 – 1,2 балла, по АСТ тесту – 18 баллов, что позволяет оценить бронхиальную астму (БА) у нее как

- неконтролируемую
- жизнеугрожающую
- частично контролируемую
- контролируемую

Для оценки степени тяжести бронхиальной астмы необходимо провести инструментальное обследование

- неконтролируемую
- жизнеугрожающую
- частично контролируемую
- контролируемую

Результаты инструментальных обследований

С учетом полученных результатов обследования можно сформулировать диагноз

- неконтролируемую
- жизнеугрожающую
- частично контролируемую
- контролируемую

Диагноз

Бронхиальную астму необходимо дифференцировать с

- хроническим необструктивным бронхитом
- хронической обструктивной болезнью легких
- туберкулезом бронхов
- бронхоэктатической болезнью

Пациентке необходимо изменить базисную терапию, назначив

- ингибитор фосфодиэстеразы 4 (рофлумиласт 0,5 мг 1 раз в день)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2 агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора
- свободную комбинацию β 2-агониста длительного действия + антихолинергического препарата (ДДБА + ДДАХ)
- реслизумаб 3 мг/кг один раз каждые четыре недели

Если у больной, несмотря на терапию ИГКС/ДДБА в средних или высоких дозах, будут сохраняться симптомы астмы с развитием 1 и более обострений за год, к терапии следует добавить

- препарат гуманизированных моноклональных антител
- стабилизатор мембран тучных клеток
- системные глюкокортикостероиды
- ингаляционный антихолинергический препарат

Программа реабилитации пациентки бронхиальной астмой должна включать

- консультации психолога и физиотерапию
- обучение и методы физической реабилитации
- занятия в тренажерных залах и клубах
- санаторно-курортное лечение

С целью предотвращения развития симптомов бронхиальной астмы и ее обострений пациентке рекомендуется

- отказ от курения
- увеличение массы тела
- сменить место работы
- снижение массы тела

Для профилактики острых тяжелых обострений бронхиальной астмы пациентке необходимо рекомендовать проводить ежегодно вакцинацию против

- гриппа
- оспы
- туберкулеза
- кори

Рекомендуемым методом физической реабилитации у пациентов с контролируемой бронхиальной астмой является

- гриппа
- оспы
- туберкулеза
- кори

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 лет, обратился к врачу поликлиники.

Жалобы

На кашель преимущественно в утренние часы, сопровождающийся отхождением скудной слизисто-гнойной мокроты, одышку при подъеме на 1-2 марша лестницы и ходьбе в привычном темпе на расстояние более 500 м, беспокоящих его на протяжении последних 3-4-х лет; периодически в ночные и предутренние часы больной просыпается из-за явлений респираторного дискомфорта.

Анамнез заболевания

Пациент по этому поводу не обследовался; диагноз какого-либо бронхолегочного заболевания ранее не устанавливался. Курит с 18-летнего возраста, по 1 - 1,5 пачки в день, (ИПЧ≈60 пачка/лет). В течение последних 2-3-х лет ежегодно зимой переносит по 2-3 эпизода обострения хронического бронхита, сопровождающиеся усилением одышки, кашля, увеличением объема мокроты, как правило, гнойного характера, периодически возникающими свистящими хрипами в груди, слышимыми на расстоянии, в связи с чем самостоятельно принимает антибиотики (амоксциллин, кларитромицин) и эпизодически – ингаляции фенотерол/ипратропия бромид (по совету родственника, страдающего бронхиальной астмой).

Анамнез жизни

Не работает. Пенсионер. До 60 лет на протяжении 30 лет работал водителем автобуса.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное., Температура тела 37,1°С Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Ожирение I ст. (ИМТ – 30,7 кг/м²). Дыхание с удлинённым выдохом, над обоими легочными полями выслушиваются рассеянные разнотембровые сухие свистящие хрипы. ЧД - 20/мин. АД - 130-140/80- 90 мм рт. ст. ЧСС - 86-90/мин, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий,

эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- гриппа
- оспы
- туберкулеза
- кори

Результаты инструментальных методов обследования

Клиническое течение заболевания можно оценить с помощью опросников

- гриппа
- оспы
- туберкулеза
- кори

Результаты обследования

У данного пациента на основании результатов анамнеза и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз

- гриппа
- оспы
- туберкулеза
- кори

Диагноз

На амбулаторном этапе с целью дифференциальной диагностики заболевания пациенту следует выполнить

- КТ грудной клетки
- биохимическое исследование крови
- МРТ средостения
- рентгенографию грудной клетки

Фенотип заболевания можно оценить с помощью

- клинического анализа крови
- определения в крови CD4⁺ и CD8
- бактериологического исследования мокроты
- биохимического анализа крови

Первый шаг, который должен сделать пациент при начале лечения заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями, это

- изучить комплекс физических упражнений
- начать никотинзаместительную терапию
- начать прием короткодействующих бронхолитиков
- отказаться от курения

Основа терапии заболевания у пациента заключается в назначении

- низких доз ИГКС-БДБА
- комбинации длительнодействующего холинолитика и длительнодействующего β_2 -агониста
- длительнодействующих холинолитиков
- короткодействующих бронхолитиков

Длительнодействующим холинолитиком является

- тиотропия бромид
- вилантерол
- олодатерол
- индакатерол

Устройство доставки Респимат имеет препарат

- умеклидиния бромид
- гликопиррония бромид
- тиотропия бромид
- аклидиния бромид

При возникновении приступа удушья из перечисленных препаратов наиболее рационально применить

- фенотерол
- сальбутамол
- фиксированную комбинацию сальметерола и флутиказона
- фиксированную комбинацию фенотерола и ипратропия бромида

Этому пациенту должна быть рекомендована вакцинопрофилактика от

- туберкулеза
- вируса гепатита В
- менингококка
- сезонного гриппа и пневмококковой инфекции

При ухудшении, если в крови появились эозинофилы в количестве 300 клеток в 1 мкл, пациенту следует назначить

- туберкулеза
- вируса гепатита В
- менингококка

- сезонного гриппа и пневмококковой инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная И., 30 лет, госпитализирована в пульмонологическое отделение в плановом порядке по направлению поликлиники.

Жалобы

На слабость, повышение температуры тела до 39°C, боли в суставах, появление болезненных эритематозных узелков на коже голеней и бедер, сухой кашель, выраженную слабость, снижение остроты зрения.

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Профессия: учитель школы * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендектомия. * Наследственность: дядя болел туберкулезом. * Вредные привычки: курение, употребление алкоголя, наркотических препаратов отрицает * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

Заболела остро 5 дней назад. Заболевание началось с повышения температуры, появления слабости, артралгий и сухого кашля. Состояние было расценено как ОРЗ. Назначены аскорбиновая кислота, аспирин, глюконат кальция. Затем появились болезненные эритематозные узловатые высыпания на коже голеней и бедер. 2 дня назад отметила снижение остроты зрения и появление светобоязни. В связи с сохранением высокой температуры, участковый врач назначил флюорографическое обследование больной. На флюорограммах выявили двустороннее увеличение лимфатических узлов средостения (трахеобронхиальная и бронхо-пульмональная группы), в связи с чем пациентка была госпитализирована в пульмонологическое отделения с целью установления диагноза и решения вопроса о лечебной тактике.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожа обычного цвета, на разгибательных поверхностях голеней и бедер выявляются болезненные при пальпации узлы диаметром до 1 см, приподнимающиеся над уровнем кожи, кожа над узлами бурого цвета. Определяются увеличенные подчелюстные, переднешейные, аксилярные и паховые лимфатические узлы, мягкие, не спаянные между собой, с кожей и с подлежащими тканями, диаметром до 3 см, безболезненные при пальпации. PS – 98 в 1 минуту, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены. Шумы не выслушиваются. ЧД – 26 в 1 минуту. Грудная клетка правильной формы. Симптомы Штернберга и Поттенджера отрицательные. Голосовое дрожание не изменено, симметрично. Перкуторный тон ясный, легочный, без локального притупления. Дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, с белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги по l. medioclavicularis dextra. Край закруглен, безболезненный при пальпации.

Пальпируется край селезенки. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. **Для постановки диагноза данной пациентке необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования**

- туберкулеза
- вируса гепатита В
- менингококка
- сезонного гриппа и пневмококковой инфекции

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данной пациентке необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- туберкулеза
- вируса гепатита В
- менингококка
- сезонного гриппа и пневмококковой инфекции

Результаты инструментальных методов обследования

Данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- туберкулеза
- вируса гепатита В
- менингококка
- сезонного гриппа и пневмококковой инфекции

Диагноз

Саркоидоз у данной пациентки после проведения МСКТ ОГК необходимо дифференцировать с

- острым бронхитом
- ХОБЛ
- туберкулезом, недифференцируемой аденокарциномой легкого
- тромбоэмболией легочной артерии

Больной в качестве стартовой терапии предпочтительно назначить

- цефалоспорины 1-2 поколения ± макролиды или бета-лактамы с антисинегнойной активностью
- метотрексат
- активной терапии не требуется
- преднизолон в высоких суточных дозах

Если через 6 месяцев после выполнения первой МСКТ ОГК у пациентки отмечается прогрессирование заболевания в виде появления очаговой диссеминации в лёгких, тактика врача будет следующая

- сегментарная резекция лёгкого
- назначение пероральной терапии ГКС
- назначение метотрексата
- назначение препаратов первой ступени специфичной терапии, направленной на эрадикацию *M. tuberculosis*

Продолжительность курса пероральной терапии ГКС составит + _____ + недель/недели

- 15-20
- 36-40
- 10-12
- 3-4

Частота проведения спирометрии у данной пациентки составляет

- ежемесячно
- спирометрия пациентке не показана
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца до стихания остроты процесса, затем – ежегодно

Для уменьшения индуцированного стероидами остеопороза следует применять

- бисфосфонаты
- препараты кальция
- комплексные витаминные добавки
- препараты калия

Для оценки сохранности и обратимости функционального состояния лёгких при наблюдении и лечении наиболее информативными являются следующие показатели: ФЖЕЛ (ЖЕЛ) и

- DLco
- индекс Тиффно
- Raw
- ОФВ~1~ до пробы

Фиброзная трансформация лёгочной ткани различной степени с формированием плевропневмоцирроза, дистрофическими изменениями, развитием сотового лёгкого или эмфиземы характеризует + _____ + стадию саркоидоза

- II

- III
- IV
- I

К неблагоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относят

- II
- III
- IV
- I

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка, Е., 65 лет на приеме у пульмонолога поликлиники.

Жалобы

На общую слабость, приступообразный кашель с трудноотделяемой светлой мокротой, учащение приступов удушья до 4-х раз в неделю, в том числе ночью, купируемых ингаляцией беродуала.

Анамнез заболевания

Диагноз бронхиальной астмы поставлен около 25 лет назад. Состоит на диспансерном учете. В начале заболевания с эффектом принимала интал, приступы легко купировала бронхолитиками (вентолином). Стационарно лечилась однократно в дебюте заболевания, когда и был поставлен диагноз астмы. Около 5 лет к врачу не обращалась. В течение этого времени приступы удушья возникали под влиянием значительной физической нагрузки не чаще 1-2 раз в неделю, купировались ингаляцией беродуала. Ухудшение самочувствия в виде учащения как дневных, так и ночных приступов (до 3-4-х раз в неделю) отмечает в течение двух недель, после перенесенной ОРВИ.

Анамнез жизни

Росла и развивалась в соответствии с возрастом. + Работала инженером. В настоящее время на пенсии, подрабатывает консьержкой в домоуправлении. + Не курит, алкоголь не употребляет. + Аллергический анамнез не отягощен. + Наследственность отягощена: мама страдала бронхиальной астмой. + Социально-бытовые условия удовлетворительные. + Живет одна. Вдова. Имеет взрослую дочь, дочь здорова. + Перенесенные заболевания: в детстве перенесла туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, лечилась в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время у фтизиатра не наблюдается. Частые ОРВИ. Имеется язвенная болезнь желудка (периодически принимает омепразол). + Флюорографию проходит регулярно по месту работы, последний раз – 6 месяце назад – без очаговых и инфильтративных изменений.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ = 30 кг/м². Температура 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. + Дыхание через нос свободное. Зев чистый, миндалины не увеличены. Грудная клетка –

правильной формы. Перкуторно над легкими - звук ясный, легочный. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. + Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 72 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. + Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. + Периферических отеков нет.

Для уточнения диагноза пациентке необходимо назначить лабораторные методы исследования

- II
- III
- IV
- I

Результаты лабораторных методов обследования

Назначены инструментальные методы обследования

- II
- III
- IV
- I

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных спирометрических данных целесообразно выполнение

- II
- III
- IV
- I

Результаты обследования

Пациентке необходимо в амбулаторных условиях выполнить

- II
- III
- IV
- I

Результаты обследования

Факторами риска, способствующими развитию и обострению бронхиальной астмы в данном случае, являются

- менопауза, перенесенный туберкулез в детстве, недостаточная терапия заболевания
- гиперреактивность бронхов, возраст старше 60 лет, курение, профессиональные вредности
- чрезмерное использование короткодействующих β_2 -агонистов, отягощенная наследственность, диета
- недостаточная терапия, гастроэзофагеальный рефлюкс, ожирение, перенесенная ОРВИ, женский пол

В качестве маркеров аллергического воспаления при бронхиальной астме можно использовать в мокроте уровень

- эозинофилов
- эритроцитов
- лимфоцитов
- лейкоцитов

Степень тяжести бронхиальной астмы у пациентки можно оценить с помощью

- оценки аллергологического и иммунологического статуса
- провокационной пробы с метахолином
- исследования фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе
- клинических симптомов заболевания и показателей ОФВ₁, ПСВ

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- оценки аллергологического и иммунологического статуса
- провокационной пробы с метахолином
- исследования фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе
- клинических симптомов заболевания и показателей ОФВ₁, ПСВ

Диагноз

В настоящее время пациентке должна быть назначена бронхолитическая терапия

- внутривенными инфузиями эуфиллина 2.4% 10 мл 1 раз в день
- 2–4 дозами КДБА (сальбутамол) с помощью ДАИ через спейсер каждые 3–4 ч
- формотеролом 12 мкг через аэролайзер 2 раза в сутки
- ДДАХ {plus} ДДБА (спиолто респимат) 2 дозы 1 раз в сутки

Для купирования обострения также должны быть назначены

- ингибитор фосфодиэстеразы 4 (рофлумиласт 0,5 мг 1 раз в день)
- внутривенные инфузии магния сульфата 2 г в сутки

- системные ГКС (преднизолон 40 мг/сутки 1 раз в день перорально)
- антигистаминные (лоратадин 10 мг 1 раз в день)

В качестве базисной терапии пациентке необходимо назначить

- длительного действия β_2 -агонист {plus} антихолинергический препарат (ДДБА {plus} ДДАХ) в виде монотерапии
- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь с постепенным снижением дозы $\frac{1}{2}$ таб. раз в 5 дней (с 40 мг)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего β_2 агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора
- ИГКС в высокой дозе {plus} теофиллин

Для профилактики рецидивов язвенной болезни желудка и рефлюкс-эзофагита омепразол следует назначить в суточной дозе +__+ мг

- длительного действия β_2 -агонист {plus} антихолинергический препарат (ДДБА {plus} ДДАХ) в виде монотерапии
- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь с постепенным снижением дозы $\frac{1}{2}$ таб. раз в 5 дней (с 40 мг)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего β_2 агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора
- ИГКС в высокой дозе {plus} теофиллин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К., 48 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение многопрофильного стационара.

Жалобы

На общую слабость, одышку при незначительной нагрузке, приступы удушья по ночам в предутренние часы, кашель с трудноотделяемой стекловидной мокротой.

Анамнез заболевания

Диагноз бронхиальной астмы знает с 25-летнего возраста, когда появились приступы удушья во время работы на птицеферме. По рекомендации врача сменила работу. Симптомы бронхиальной астмы стали беспокоить значительно реже, возникали под воздействием резких запахов (духи, краска), а также на фоне ОРВИ. Состояла на диспансерном учете, регулярно проходила обследования. При ухудшении состояния пользовалась беродуалом, другой терапии постоянно не получала. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 10-14 дней, связывает с перенесенной вирусной инфекцией: на протяжении 4 дней повышение температуры до 38°C , заложенность носа, першение в горле, сухой кашель. Принимала ингавирин, парацетамол. К врачу не обращалась. В

течение последней недели стала нарастать одышка, в предутренние часы – приступы удушья, не полностью купируемые беродуалом, общая слабость, потливость. Вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту. * Работает лифтером. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергический анамнез отягощен: на клубнику, арахис – крапивница. * Наследственность по бронхо-легочной патологии не отягощена. У матери была системная красная волчанка. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. Дети здоровы. Перенесенные заболевания: около 10 лет гипертоническая болезнь, адаптирована к АД 160/90 мм рт. ст., принимает эналаприл и гипотиазид регулярно. Имеется хронический гастрит, железодефицитная анемия вследствие периодических носовых кровотечений, принимает сорбифер дурулес.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Телосложение гиперстеническое. ИМТ = 29 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, чистые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. + Дыхание через нос затруднено. Перкуторно над легкими - звук ясный, легочный с коробочным оттенком. Голосовое дрожание проводится равномерно, несколько ослаблено, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, над всеми легочными полями сухие свистящие хрипы, выдох несколько удлинён, в нижнебоковых отделах справа единичные мелкопузырчатые хрипы, не изменяющиеся при покашливании. ЧДД 20 в мин. + Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 88 в мин., АД 160/80 мм ртст. + Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. + Периферических отеков нет.

В приемном отделении пациентке необходимо провести обследование

- длительного действия в2-агонист {plus} антихолинергический препарат (ДДБА {plus} ДДАХ) в виде монотерапии
- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь с постепенным снижением дозы ½ таб. раз в 5 дней (с 40 мг)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2 агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора
- ИГКС в высокой дозе {plus} теofilлин

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными исследованиями с целью уточнения характера бронхообструктивного синдрома будут

- длительного действия в2-агонист {plus} антихолинергический препарат (ДДБА {plus} ДДАХ) в виде монотерапии
- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь с постепенным снижением дозы ½ таб. раз в 5 дней (с 40 мг)

- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2 агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора
- ИГКС в высокой дозе {plus} теофиллин

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения диагноза необходимо выполнить лабораторное исследование

- длительного действия в2-агонист {plus} антихолинергический препарат (ДДБА {plus} ДДАХ) в виде монотерапии
- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь с постепенным снижением дозы ½ таб. раз в 5 дней (с 40 мг)
- фиксированную комбинацию ингаляционного глюкокортикостероида (ИГКС) и длительно действующего бета2 агониста (формотерол) в режиме единого ингалятора
- ИГКС в высокой дозе {plus} теофиллин

Результаты лабораторного метода обследования

Рентгенологическая картина в легких может быть обусловлена

- внебольничной пневмонией
- ограниченным пневмосклерозом вследствие перенесенных ранее пневмоний
- периферической опухолью правого легкого
- инфильтративным туберкулезом легких

Для уточнения природы рентгенологических изменений обследование следует дополнить

- внебольничной пневмонией
- ограниченным пневмосклерозом вследствие перенесенных ранее пневмоний
- периферической опухолью правого легкого
- инфильтративным туберкулезом легких

Результаты обследования

Наличие у пациентки влажных мелкопузырчатых хрипов, не исчезающих при покашливании, обусловлено

- пневмосклерозом после перенесенных пневмоний
- пневмоническим фокусом
- бронхоэктазами в нижней доле
- дистальным бронхитом

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- пневмосклерозом после перенесенных пневмоний
- пневмоническим фокусом
- бронхоэктазами в нижней доле
- дистальным бронхитом

Диагноз

Степень тяжести бронхиальной астмы определяется у пациентки с учетом того, что

- имеется отягощенная наследственность, гиперреактивность бронхов
- имеется связь с инфекцией, отягощен аллергоанамнез
- отсутствует базисная терапия, эпизодически используются бронхолитики
- ночные симптомы чаще двух раз в месяц, дневные симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день

Оптимальный путь введения бронхолитиков для купирования обострения у пациентки

- сочетание перорального приема и ингаляций через ДАИ
- ингаляционный через ДАИ
- ингаляционный с использованием небулайзера либо ДАИ {plus} спейсер
- внутривенный

Для купирования обострения БА необходимо назначение

- эуфиллина (теофиллина)
- ингаляционных β_2 -агонистов быстрого действия
- эпинефрина (адреналина)
- магния сульфата внутривенно

Помимо бронхолитиков для купирования обострения пациентке показано назначение

- антилейкотриеновых препаратов
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- антигистаминных препаратов

В качестве базисной терапии необходимо назначить

- антилейкотриеновых препаратов
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- антигистаминных препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 23 лет обратился самотеком в больницу и был госпитализирован в терапевтическое отделение.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,6°C, слабость, потливость, кашель с мокротой желто-зеленого цвета.

Анамнез заболевания

Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появился кашель и поднялась температура тела до 37,5°C.

Анамнез жизни

Производственных вредностей не имеет. Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет 1-2 раза в месяц (не более 200 мл красного вина).

Аллергологический анамнез: наличие аллергических реакций отрицает.

Семейный анамнез: отец 50 лет, АГ; мать 48 лет, здорова. Эпидемиологический анамнез: из страны в последние 6 месяцев не выезжал. Перенесенные заболевания: корь, скарлатина, ветряная оспа в детском возрасте. В 16 лет – аппендэктомия.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Телосложение астеническое. Рост - 186 см. Масса тела - 72 кг. Кожные покровы бледные, влажные.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Температура тела 38,5°C.

ЧДД - 20 в мин. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Справа ниже угла лопатки - очаг притупления перкуторного звука диаметром около 5 см. Над этой же областью дыхание ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные звучные хрипы. Область сердца не изменена. Тоны сердца звучные, ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС - 103 в мин. АД - 105/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Периферических отеков нет. Мочеиспускание, стул в норме (со слов пациента).

Лабораторное обследование пациента должно включать

- антилейкотриеновых препаратов
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- антигистаминных препаратов

Результаты лабораторных обследований

Инструментальное обследование пациента должно включать

- антилейкотриеновых препаратов
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- антигистаминных препаратов

Результаты инструментальных обследований

На основании проведенного обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

- антилейкотриеновых препаратов
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- антигистаминных препаратов

Диагноз

Для оценки прогноза пациента следует использовать шкалу

- PESI
- HAS-BLAD
- CAT
- CURB-65

В соответствии со шкалой CURB-65 пациент «набирает» + _____ + баллов

- 3
- 5
- 0
- 1

Принимая во внимание нетяжелое течение пневмонии у госпитализированного пациента, выбор пути введения антимикробного препарата для него

- только внутримышечным
- по возможности – ингаляционным (через небулайзер)
- строго внутривенным
- может быть «per os»

Эмпирическая антибактериальная терапия у данного пациента должна быть ориентирована на высокую вероятность выделения + _____ + в качестве этиологического фактора внебольничной пневмонии

- L. pneumophila
- S. viridans
- C. psittaci
- S. pneumoniae

Препаратами выбора для лечения пациента в данном случае будут

- аминопенициллины
- карбопенемы

- линкозамиды
- цефалоспорины

На прием ампициллина у больного появилась «крапивница», в связи с чем препарат целесообразно заменить на

- амоксициллин/клавулановая кислота
- меропенем
- тигециклин
- азитромицин

Оценить эффективность проводимой антибактериальной терапии у пациента можно будет через + _____ + часа (часов)

- 48-96
- 12-24
- 48-72
- 24-48

Противопоказанием для прекращения антибактериальной терапии для этого пациента будет

- СОЭ=20 мм/час
- стойкая фебрильная гипертермия
- очаговая инфильтрация при рентгенографии лёгких, значительно уменьшившаяся по размеру, но не исчезнувшая полностью
- СРБ=7 мг/л

Показанием к проведению респираторной поддержки пациентам, страдающим внебольничной пневмонией, является

- СОЭ=20 мм/час
- стойкая фебрильная гипертермия
- очаговая инфильтрация при рентгенографии лёгких, значительно уменьшившаяся по размеру, но не исчезнувшая полностью
- СРБ=7 мг/л

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Т. 19 лет, студентка, обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

На приступы «сухого» кашля, сопровождающиеся затрудненным дыханием, чувством заложенности и «свистами» в груди при выдохе. Беспокоят также чихание, заложенность носа, слезотечение. Данные жалобы появляются дома в утреннее время ежедневно, при уборке комнаты, во время перестилания постели. Ночные приступы затрудненного дыхания 2-3 раза в неделю. Улучшение после ингаляции фенотерола, при прекращении уборки, а также чувствует себя лучше вне дома, на улице. Не лихорадит. Отмечает снижение работоспособности, ухудшились показатели учебы.

Анамнез заболевания

Последние 2 года стала отмечать, что появились насморк и слезотечение при уборке комнаты. Повышения температуры тела не отмечала. Не обследовалась. При появлении указанных жалоб самостоятельно принимала дезлоратадин с хорошим эффектом первое время. Около года назад появилась заложенность носа, периодически исчезало обоняние, эффект дезлоратадина уменьшился, в связи с чем перестала его принимать. Около 3 месяцев назад присоединился дыхательный дискомфорт, першение в горле, кашель, «свистящие хрипы» на фоне затрудненного выдоха. Данные жалобы появляются дома в утреннее время ежедневно, при уборке комнаты, во время перестилания постели. Стали регулярно возникать ночные приступы - 2-3 раза в неделю. В связи с учащением приступов затрудненного дыхания по совету отца, страдающего бронхиальной астмой, стала использовать ингалятор фенотерол с положительным эффектом. Улучшение самочувствия после ингаляции фенотерола, при прекращении уборки. Лучше себя чувствует вне дома, на улице. Обратилась для уточнения диагноза и подбора терапии.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: отрицает. * Хронические интоксикации: не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Профессиональных вредностей не имеет. * Аллергологический анамнез: в детстве при употреблении молока – вздутие живота, понос, экзема (ремиссия с 5 лет). * Наследственность: у отца (возраст 50 лет) - хронический ринит, бронхиальная астма; у матери (возраст - 45 лет) ЖКБ.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, температура 36,2°C. Кожа обычного цвета и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено, прозрачные выделения из носа. Легкая отечность век. В зеве без гиперемии и налетов, миндалины не увеличены. ЧДД - 16 в минуту, АД - 110/60, Ps-70 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание жесткое, единичные свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Для установки диагноза следует учитывать

- СОЭ=20 мм/час
- стойкая фебрильная гипертермия
- очаговая инфильтрация при рентгенографии лёгких, значительно уменьшившаяся по размеру, но не исчезнувшая полностью
- СРБ=7 мг/л

Результаты обследования

Результаты обследования

Клиническими и лабораторными признаками, повышающими вероятность наличия данного диагноза, являются

- СОЭ=20 мм/час
- стойкая фебрильная гипертермия
- очаговая инфильтрация при рентгенографии лёгких, значительно уменьшившаяся по размеру, но не исчезнувшая полностью
- СРБ=7 мг/л

Учитывая данные жалоб, анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больной можно установить диагноз

- $CO_2=20$ мм/час
- стойкая фебрильная гипертермия
- очаговая инфильтрация при рентгенографии лёгких, значительно уменьшившаяся по размеру, но не исчезнувшая полностью
- СРБ=7 мг/л

Диагноз

Степень тяжести заболевания определяется у пациентки как

- персистирующая бронхиальная астма средней тяжести
- интермиттирующая бронхиальная астма
- легкая персистирующая бронхиальная астма
- тяжелая персистирующая бронхиальная астма

Для персистирующей бронхиальной астмы средней тяжести характерными показателями ОФВ₁ являются + _____ + % от должного

- 60—80
- 30-50
- более 80
- менее 30

Для персистирующей бронхиальной астмы средней тяжести характерным разбросом ПСВ является + _____ + %

- >50
- <30
- >30
- <10

Базисная фармакотерапия 3 ступени бронхиальной астмы включает

- комбинацию высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих β_2 -агонистов
- регулярное применение низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов
- комбинацию средних доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих β_2 -агонистов
- комбинацию низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих β_2 -агонистов

При умеренном обострении бронхиальной астмы доставка бронхолитиков может осуществляться с помощью небулайзера или

- дозированных аэрозольных ингаляторов без спейсера
- порошковых ингаляторов
- внутривенных инфузий
- дозированных аэрозольных ингаляторов со спейсером

Проведение аллерген-специфической иммунотерапии при бронхиальной астме показано больным с

- контролируемой БА физического усилия
- неконтролируемым течением бронхиальной астмы, ассоциированной с развитием хронического легочного сердца
- неконтролируемым течением атопической бронхиальной астмы среднетяжелой и тяжелой формы

- контролируемой БА легкой и средней степени тяжести, ассоциированной с аллергическим риноконъюнктивитом

В качестве неотложной терапии при появлении симптомов БА у больной следует использовать

- короткодействующие нитраты
- стабилизаторы мембран тучных клеток
- блокаторы H1-гистаминовых рецепторов
- короткодействующие бета-агонисты

Для снижением частоты госпитализаций и более выраженного улучшения показателей ПСВ и ОФВ1 пациенту для купирования симптомов целесообразно назначить

- β 2-агонист и эуфиллин
- β 2-агонист и ипратропия бромид
- эуфиллин и антигистаминный препарат
- β 2-агонист и преднизолон

В качестве показания к назначению больной антагонистов лейкотриеновых рецепторов или кромонов может рассматриваться сочетание БА с

- β 2-агонист и эуфиллин
- β 2-агонист и ипратропия бромид
- эуфиллин и антигистаминный препарат
- β 2-агонист и преднизолон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 77 лет, токарь, на пенсии, обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

Одышка экспираторная при умеренной физической нагрузке. Кашель, сильнее по утрам, с периодическим отхождением вязкой слизистой мокроты. В последние 3 дня мокрота стала гнойной, narосли слабость и потливость.

Анамнез заболевания

В течение около 20 лет беспокоит кашель с регулярным отхождением небольшого количества мокроты по утрам; во время ОРВИ длительно сохраняющийся кашель со слизисто-гнойной мокротой, субфебрильная температура тела, принимал антибактериальную терапию. 10 лет назад госпитализирован в стационар в связи с появлением (впервые) и нарастанием экспираторной одышки на фоне ОРВИ, кашля со слизисто-гнойной мокротой, повышением температуры до 38°C; проводилась антибактериальная терапия; впервые установлен диагноз ХОБЛ. 5 лет назад – обострение с выраженной экспираторной одышкой, госпитализирован, после госпитализации назначена базисная терапия Тиотропия бромид 1 раз в сутки. Два года назад – госпитализация в связи с обострением ХОБЛ, получал антибиотикотерапию (название препаратов не помнит). Год назад – обострение ХОБЛ, лечился амбулаторно, получал антибиотикотерапию (название препаратов не помнит). В последний год получает фиксированную комбинацию Тиотропия

бромид+олодаторол (Спиолто Респимат) 1 раз в сутки, потребность в приеме Беродуала через дозированный аэрозольный ингалятор по 4-6 раз в сутки. За последний год – всего 2 обострения, 1 из них - с госпитализацией и лечением АБ. Оценка по шкале САТ = 21, по шкале mMRC = 3.

Анамнез жизни

* Курил в прошлом по 1,5 пачки сигарет в течение 26 лет, что соответствует 39 пачка/лет. Последние 4 года не курит. * Профессиональные вредности: пыль, пары при сварке. * Наследственность: неотягощена по атопии. *

Аллергологический анамнез: сенсibilизации не отмечается. *

Эпидемиологический анамнез не отягощен. Сопутствующие заболевания:

Гипертоническая болезнь 2 стадии, Артериальная гипертензия 1 степени, риск ССО 2.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Масса тела снижена. Рост 167 см, вес 55 кг, ИМТ=21,48. Кожные покровы и слизистые с признаками цианоза. Грудная клетка бочкообразной формы. Расширение межреберных промежутков. ЧДД 20-22 в мин. В легких – коробочный оттенок перкуторного тона, аускультативно дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, выслушиваются сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. SaO₂ ~ 89%. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 125/70 мм рт. ст. Пульс - 69 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры по Курлову 9х8х7 см. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- β2-агонист и эуфиллин
- β2-агонист и ипратропия бромид
- эуфиллин и антигистаминный препарат
- β2-агонист и преднизолон

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- β2-агонист и эуфиллин
- β2-агонист и ипратропия бромид
- эуфиллин и антигистаминный препарат
- β2-агонист и преднизолон

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно установить диагноз

- β2-агонист и эуфиллин
- β2-агонист и ипратропия бромид
- эуфиллин и антигистаминный препарат
- β2-агонист и преднизолон

Диагноз

По данным спирометрии у больного имеется + _____ + степень нарушений бронхиальной проходимости

- крайне тяжелая
- легкая
- тяжелая
- средней тяжести

Учитывая частоту обострений, которая у данного больного составляет 2 обострения за последний год (одно из обострений при этом потребовало госпитализации), данного больного ХОБЛ необходимо отнести к группе + _____ + риска

- крайне тяжелая
- легкая
- тяжелая
- средней тяжести

Дополнительная информация

Учитывая, что у больного (CAT = 21, mMRC = 3), выраженность клинических симптомов расценивается как

- угрожающая
- невыраженная
- умеренная
- сильная

По совокупности данных спирометрии, частоты обострений, выраженности симптомов, больного ХОБЛ следует отнести к группе

- E
- C
- B
- D

ХОБЛ группы E в фазе обострения следует лечить

- амбулаторно
- в терапевтическом (пульмонологическом) отделении стационара
- в ОРИТ
- в кардиологическом отделении стационара

Базисная терапия данного больного наряду с двойным ингаляционным бронходилататором должна включать

- антибактериальный препарат
- муколитическое средство
- системные глюкокортикостероиды
- ингаляционный глюкокортикостероидный препарат

Данному больному в качестве ингаляционных препаратов для базисной терапии ХОБЛ целесообразно назначение

- комбинации формотерола и тиотропия бромид
- комбинации гликопиррония бромид и индакатерола в сочетании с амброксолом
- фиксированной комбинации будесонида/формотерола {plus} тиотропия бромид
- свободной комбинации тиотропия бромид и олодатерола

Схема лечения обострения у данного больного наряду с двойным бронходилататором и глюкокортикостероидом должна включать

- кларитромицин

- амоксилав
- рофлумаств
- ципрофлоксацин

Абсолютным показанием к проведению ИВЛ при острой дыхательной недостаточности на фоне обострения ХОБЛ является

- кларитромицин
- амоксилав
- рофлумаств
- ципрофлоксацин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А, 67 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На одышку в покое смешанного характера, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке. Ночную потливость, ознобы. Кашель, больше по утрам, с отхождением густой гнойной мокроты. Боли в правом подреберье в течение всего дня. Отеки на уровне голеней, несколько уменьшающиеся к утру.

Анамнез заболевания

Кашель по утрам беспокоит около 30 лет, эпизодически гнойную мокроту стал замечать последние 15 лет, особенно на фоне переносимых 2-3 раза в год ОРВИ и трижды перенос пневмонии (30, 49 и 56 лет). За медицинской помощью обращался редко. Эпизодически принимает мочегонные, короткодействующие бронхорасширяющие препараты ингаляционно (беротек). Одышка беспокоит около 8 лет. Отеки эпизодически отмечает около 3 лет. Боли в правом подреберье появились 1,5 года назад, их усиление, связывает с нарастанием отеков. Значимое ухудшение самочувствия последние 2 месяца, после ОРВИ: быстро выросла одышка, вплоть до появления её в покое, увеличилось количество гнойной мокроты, постоянные боли в правом подреберье.

Анамнез жизни

* Курит около 45 лет, по 15-20 сигарет в день. * На пенсии. Ранее работал около 40 лет сварщиком на предприятиях в помещении и на открытом пространстве (корабельные доки). * У матери – длительное с 40 лет течение гипертонической болезни, смерть в 78 лет от ОНМК. Отец страдал ХОБЛ (многолетний курильщик), умер от рака легкого в 65 лет. * Бытовую, пыльцевую, пищевую, эпидермальную, лекарственную сенсibilизацию отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела – 37,5°C. Индекс массы тела – 32 кг/м². Кожные покровы с диффузным «теплым» цианозом, выраженный акроцианоз. Отеки ног до уровня средней трети голеней. Грудная клетка бочкообразная. Высокое стояние верхушек легких над ключицами. Частота дыхания – 28 в минуту. Перкуторно коробочный тон над всей поверхностью легких. Аускультативно в легких дыхание жесткое, распространенные сухие свистящие хрипы с двух сторон, в средних отделах с двух сторон влажные крупнопузырчатые хрипы, меняющиеся после покашливания. Верхушечный

толчок не пальпируется. Отмечается видимая на глаз и пальпируемая эпигастральная пульсация. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо на 2 см. Пульс – 94 в минуту, ритмичный, симметричный. Тоны сердца приглушены, шумов нет. На основании мечевидного отростка выслушивается дующий систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха. АД = 145/95 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. При пальпации печень выступает из под края реберной дуги на 3 см по l.mediaclavicularis dextra. Размеры печени по Курлову 13x12x12 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- кларитромицин
- амоксиклав
- рофлумиласт
- ципрофлоксацин

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза хронической дыхательной недостаточности лабораторными методами обследования являются

- кларитромицин
- амоксиклав
- рофлумиласт
- ципрофлоксацин

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, лабораторных и инструментальных обследований, больному можно установить диагноз

- кларитромицин
- амоксиклав
- рофлумиласт
- ципрофлоксацин

Диагноз

Осложнением, диагностированным у больного на основании жалоб, данных анамнеза, лабораторных и инструментальных обследований, является дыхательная недостаточность + _____ + степени тяжести

- 1
- 2
- 0 (норма)
- 3

Выявленную у данного больного дыхательную недостаточность следует рассматривать как

- острую
- рецидивирующую
- хроническую
- подострую

Ургентная (неотложная) кислородотерапия данному пациенту

- показана
- не показана
- показана после проведения пробы с бронхолитиком
- показана по требованию самого пациента

Длительная (неинвазивная) кислородотерапия данному пациенту

- абсолютно показана
- не показана из-за потенциальной опасности для пациента
- показана по требованию самого пациента
- показана при снижении $paO_2 \leq 45$ мм рт. ст

Значительное увеличение интенсивности и/или появление новых клинических симптомов (одышка в покое, нестабильная гемодинамика, ухудшение психического состояния, цианоз, периферические отеки, признаки утомления дыхательных мышц), падение $SpO_2 < 90\%$ являются показанием для

- госпитализации в профильный стационар
- назначения муколитиков
- домашней кислородотерапии
- направления в санаторий

Наряду с усилением одышки, увеличением объема и степени гнойности мокроты, необходимость в неинвазивной или инвазивной вентиляции легких является дополнительным показанием к

- назначению длительной терапии системными глюкокортикостероидами
- мониторингованию С-реактивного белка
- антибиотикотерапии
- терапии бронхолитиками

С учетом показателей $paO_2 = 48$ мм рт. ст. и $paCO_2 = 58$ мм рт. ст. у данного пациента оптимальной системой доставки кислорода в дыхательные пути пациента является

- наложение трахеостомы
- маска Вентури
- носовые канюли
- простая маска

Данному пациенту терапия гелиоксом (дыхательная смесь гелия с кислородом с содержанием гелия от 60 до 80%)

- возможна при желании пациента
- не показана
- показана
- показана в дальнейшем при нарастании одышки

Хирургическое лечение больных дыхательной недостаточности с ХОБЛ и буллезной эмфиземой показано при

- возможна при желании пациента
- не показана
- показана
- показана в дальнейшем при нарастании одышки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 84 лет пришел на прием к участковому терапевту с жалобами.

Жалобы

На одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, постоянный кашель без отделения мокроты, боли ноющего характера в грудной клетке справа в нижних отделах, икоту, слабость, похудание.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: художник * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, ангины. * Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, отец умер от онкопатологии. * Вредные привычки: курит (индекс курения 88 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно * Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

Считает себя больным в течение нескольких месяцев, последние полгода беспокоит постоянный кашель, стал отмечать выраженную икоту в течение последних 2 недель, на фоне чего усилилась одышка. Отмечает в течение последнего месяца общую слабость, ухудшение аппетита, похудание. Заболевание связывает с длительным стажем курением.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Вес 51 кг, рост 176 см. ИМТ = 16,4 кг/м². Температура 37,0°C. Сознание ясное. Память снижена. Эмоционально стабилен. Телосложение правильное нормостеническое. Кифосколиоз. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сыпи, расчесов нет. Отеков нет. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены. Цианоза нет. Периферической лимфаденопатии нет. Сердечно-сосудистая система ЧСС 70 уд./мин. АД справа/слева 120/80 мм рт. ст. Пульс 70 уд./мин ритмичный. Пульсация на аа. dorsales pedes сохранена. Набухание и пульсация шейных вен нет, пульсация сонных артерий сохранена. Верхушечный толчок не пальпируется. Шумы сердца не выслушиваются Дыхательная система. Легочный звук коробочный. Справа сзади ниже угла лопатки притупление перкуторного звука. ЧД 18 в мин, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, справа ниже угла лопатки ослаблено, сухие свистящие хрипы по всем легочным полям при форсированном выдохе. Система органов пищеварения. Ротовая полость санирована, язык розовый, корень языка обложен налетом. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Верхний край печени при перкуссии в 5 межреберье, нижний край печени при пальпации по краю реберной дуги (по lin. medioclavicularis). Болезненность в точках желчного пузыря не определяется. При аускультации живота перистальтика выслушивается. Аускультация аорты и ее ветвей без особенностей

Данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные исследования

- возможна при желании пациента
- не показана

- показана
- показана в дальнейшем при нарастании одышки

Результаты лабораторных исследований

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- возможна при желании пациента
- не показана
- показана
- показана в дальнейшем при нарастании одышки

Результаты инструментальных методов исследования

Для подтверждения и верификации диагноза у данного больного необходимо выполнить

- бронхоскопию с чрезбронхиальной биопсией легкого
- открытую биопсию легкого
- МРТ органов грудной клетки
- скинтиграфическое исследование легких

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования больному может быть установлен предварительный клинический диагноз

- бронхоскопию с чрезбронхиальной биопсией легкого
- открытую биопсию легкого
- МРТ органов грудной клетки
- скинтиграфическое исследование легких

Диагноз

Клинический симптом икоты указывает на прорастание опухоли в

- симпатический ствол
- диафрагму
- средостение
- возвратный гортанный нерв

Основным методом лечения данной патологии является

- лучевая терапия
- хирургический
- химиотерапия
- симптоматическая терапия

В случае хирургического метода лечения объем оперативного вмешательства включает

- резекцию новообразования
- резекцию легкого на стороне поражения
- удаление или резекцию органа с регионарными лимфатическими узлами
- резекцию лимфатических узлов с отдаленными метастазами

Радикальное хирургическое вмешательство подразумевает

- обязательное применение предоперационной лучевой терапии
- возможность удаления опухоли при отсутствии метастатического поражения
- удаление пораженного органа или его резекцию в пределах здоровых тканей с клетчаткой и лимфатическими узлами зон регионарного метастазирования

- обязательное применение предоперационной химиотерапии

У данного пациента необходимо выполнить + _____
оперативное вмешательство

- расширенное
- типичное
- комбинированное
- паллиативное

Для предоперационной оценки сердечно-сосудистого риска используется индекс

- GRACE(Global Registry of Acute Coronary Events)
- SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation)
- RCRI: Revised Cardiac Risk Index
- GCS (TheGlasgowComa Scale)

Фактором неблагоприятного прогноза в послеоперационном периоде является

- мужской пол
- индекс курильщика более 20 пачка/лет
- локализация опухоли в нижней доле легкого
- возраст больного

Периодичность плановых осмотров пациента после завершения радикального лечения по поводу рака легких должна составлять

- мужской пол
- индекс курильщика более 20 пачка/лет
- локализация опухоли в нижней доле легкого
- возраст больного

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 32 лет вызвал врача на дом.

Жалобы

- на общую слабость, утомляемость, снижение работоспособности, умеренную головную боль; - боли в левой половине грудной клетке, усиливающиеся при вдохе (невозможно сделать полноценный вдох) и при кашле, без иррадиации, постоянного характера, мало купируемые анальгетиками, уменьшающиеся в положении стоя; - увеличение температуры тела до 38,6°C; - кашель с трудноотделяемой мокротой вязкой слизистой с буроватым оттенком.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад: накануне заболевания был на даче и ходил в лес, где попал под дождь, до дома добрался только через час после переохлаждения, резко почувствовал выраженный озноб, головную боль, отмечалось повышение температуры тела до 39,4°C. Больной лечился самостоятельно (принимал парацетамол), отмечал относительное улучшение на этом фоне на следующий день (снижение температуры до 37,6°C). Несмотря на сохраняющееся астеническое состояние, лихорадку, посещал работу. В течение последних суток самочувствие ухудшилось. Эффект от парацетамола не более 4 часов после его

приема. Появились: кашель сначала сухой, затем с вязкой буроватой мокротой и боли в левой половине грудной клетке, усиливающиеся при глубоком вдохе и кашле, что заставило обратиться за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* Профессиональные вредности со слов не имеет. * Перенесенные заболевания: ангины, ОРВИ, краснуха в детском возрасте, во взрослом возрасте - ОРВИ. * 1,5 месяца назад перенес обострение хронического синусита и принимал курс амоксициллина в течение 7 дней. * Операции: 1996 г – тонзиллэктомия. * Аллергологический анамнез: спокойный. * Наследственность: неотягощена. * Курит с 20 лет (12 пачка/лет), алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 185 см. Вес 62 кг. Температура тела 38,6°C. Видимые слизистые розовые, влажные. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 110/55 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, I тон не изменен, акцента II тона нет. ЧД 22 в минуту. Грудная клетка обычной формы, неравномерно участвует в акте дыхания. Голосовое дрожание, бронхофония усилены слева от угла лопатки. Дыхание жесткое, в левой половине грудной клетки у угла лопатки выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Необходимым обязательным лабораторным методом исследования является

- мужской пол
- индекс курильщика более 20 пачка/лет
- локализация опухоли в нижней доле легкого
- возраст больного

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- мужской пол
- индекс курильщика более 20 пачка/лет
- локализация опухоли в нижней доле легкого
- возраст больного

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- мужской пол
- индекс курильщика более 20 пачка/лет
- локализация опухоли в нижней доле легкого
- возраст больного

Диагноз

Учитывая клинико-анамнестические и рентгенологические данные у пациента, этиологическим фактором ВП является

- *Chlamydomphila pneumoniae*
- *Streptococcus pneumoniae*

- Legionellaspp
- Klebsiella pneumoniae

Лечение данного пациента необходимо проводить

- в терапевтическом или пульмонологическом отделении стационара
- в условиях дневного стационара
- в отделении интенсивной терапии
- амбулаторно

При выборе эмпирической антибактериальной терапии следует учитывать тяжесть ВП и факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей и профиль АБР. Данная внебольничная пневмония должна быть отнесена к группе

- тяжелой внебольничной пневмонии у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес. АМП ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска
- нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес. АМП ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска
- тяжелой нозокомиальной пневмонии у пациентов без сопутствующих заболеваний
- нетяжелой внебольничной пневмонии у пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими за последние 3 мес. АМП ≥ 2 дней и/или имеющих другие факторы риска

Исходя из принадлежности пневмонии к вышеуказанной группе, препаратами выбора при назначении эмпирической схемы лечения являются защищенные пенициллины и

- парентеральные цефалоспорины 3 поколения
- пероральные макролиды
- парентеральные цефалоспорины 1 поколения
- пероральные цефалоспорины 2 поколения

Длительность антибиотикотерапии обычно составляет + _____ + дней

- 7
- не менее 10
- не более 5
- не менее 14

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через + _____ + от начала терапии

- 5 суток
- 24 часа
- 12 часов
- 48-72 часа

Основным критерием достаточности антибиотикотерапии является

- прекращение отделения мокроты
- нормализация лейкоцитарной формулы
- нормализация рентгенологической картины
- снижение температуры тела менее 37,2 С в течение не менее 48 часов

Концепция ступенчатой терапии внебольничной пневмонии заключается в

- смене антибиотика при неэффективности каждые 7 дней
- переходе с парентерального на пероральный режим антибиотикотерапии при улучшении клинических симптомов
- последовательной смене антибиотиков каждые 3 дня
- продолжении амбулаторного лечения антибиотиками после завершения стационарного этапа

Альтернативным доступным методом инструментального обследования при подозрении на внебольничную пневмонию в амбулаторной практике является

- смене антибиотика при неэффективности каждые 7 дней
- переходе с парентерального на пероральный режим антибиотикотерапии при улучшении клинических симптомов
- последовательной смене антибиотиков каждые 3 дня
- продолжении амбулаторного лечения антибиотиками после завершения стационарного этапа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 55 лет поступил в стационар для обследования и лечения по направлению участкового терапевта с диагнозом: обострение хронического бронхита.

Жалобы

Общая слабость, ночная потливость, одышка при умеренной физической нагрузке, кашель с большим количеством мокроты слизисто-гнойного характера, иногда «мокрота полным ртом».

Анамнез заболевания

С детства часто болел бронхитами (минимум 2 раза в год). Около года назад переехал из деревни в город и стал работать кладовщиком в сыром, холодном помещении. На фоне этого частота обострения бронхита увеличилась. К участковому терапевту обратился впервые, болен в течение 2 недель, эффект от проводимой терапии (ампициллин, бромгексин) не достаточный. Несмотря на снижение температуры тела до субфебрильных цифр, сохраняются жалобы на общую слабость, ночную потливость, одышку при умеренной физической нагрузке, кашель с большим («полным ртом») количеством мокроты слизисто-гнойного характера.

Анамнез жизни

* По специальности механик, но последнее время работает кладовщиком в сыром, холодном помещении. * Алкоголем не злоупотребляет. * Курил с 18 лет до 55 лет по 30 сигарет в день (56 пачек/лет). * В детстве перенес краснуху, коклюш, пневмонию. * Аллергических реакций не было * Отец страдал хроническим бронхитом, ИБС, умер от ОИМ; мать страдает ГБ.

Объективный статус

При осмотре состояние удовлетворительное. Астенической конституции, бледен. Температура тела 37,4°C. Пульс 88 в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. I тон не изменен, акцент II тона над легочной артерией. ЧД 22 в минуту. Грудная клетка обычной формы. Перкуторный тон над легкими имеет коробочный оттенок, дыхание жесткое с удлиненным выдохом, диффузно выслушиваются сухие хрипы, справа и слева в нижних отделах – разнокалиберные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- смене антибиотика при неэффективности каждые 7 дней
- переходе с парентерального на пероральный режим антибиотикотерапии при улучшении клинических симптомов
- последовательной смене антибиотиков каждые 3 дня
- продолжении амбулаторного лечения антибиотиками после завершения стационарного этапа

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- смене антибиотика при неэффективности каждые 7 дней
- переходе с парентерального на пероральный режим антибиотикотерапии при улучшении клинических симптомов
- последовательной смене антибиотиков каждые 3 дня
- продолжении амбулаторного лечения антибиотиками после завершения стационарного этапа

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- смене антибиотика при неэффективности каждые 7 дней
- переходе с парентерального на пероральный режим антибиотикотерапии при улучшении клинических симптомов
- последовательной смене антибиотиков каждые 3 дня
- продолжении амбулаторного лечения антибиотиками после завершения стационарного этапа

Диагноз

Степень ДН у пациента

- 3
- 1
- 4
- 2

Необходимой этиотропной терапией при обострении являются

- антибиотики
- бронхолитики
- муколитики
- глюкокортикоидные гормоны

Предпочтительным антибиотиком у данного больного будет

- цефтриаксон
- гентамицин
- тетрациклин
- амоксициллин

Кроме антибиотиков пациенту необходимо назначение препарата из группы

- антифибротические препараты

- антиагреганты
- муколитики
- глюкокортикоиды

Для улучшения санации бронхоальвеолярного дерева пациенту можно выполнить

- рентгенотерапию
- магнитотерапию
- бронхоальвеолярный лаваж
- пункцию

Учитывая наличие одышки, а также жесткого дыхания с удлиненным выдохом с диффузными сухими хрипами необходимо добавить к лечению

- ИАПФ
- бронхолитики
- антиагреганты
- мочегонные

Рекомендацией пациенту по коррекцию образа жизни будет

- увеличение физической нагрузки
- гипоаллергенный быт
- отказ от курения
- диетотерапия

К профилактике обострения бронхоэктазов относится

- вакцинация
- занятие бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков

Для оценки функциональной способности бронхолегочной системы пациенту необходимо назначить

- вакцинация
- занятие бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 55 лет, поступил планово в хирургическое отделение стационара.

Жалобы

* на одышку при умеренной физической нагрузке и в положении лежа * на общую слабость

Анамнез заболевания

* На протяжении 20 лет страдает хроническим бронхитом. * В течение последних лет стал отмечать появление одышки при умеренной физической нагрузке и в горизонтальном положении. * Два года назад установлен диагноз наследственной прогрессирующей миодистрофии с поражением дыхательной мускулатуры. * При очередном обследовании была выявлена несекретирующая макроаденома гипофиза, по поводу которой для проведения планового

оперативного лечения пациент госпитализирован в хирургическое отделение. * Какой-либо медикаментозной терапии не получает.

Анамнез жизни

* курит 30 лет по 15 сигарет в день, алкоголь не злоупотребляет * работает в МВД, профессиональные вредности отрицает * аллергологический анамнез: без особенностей * наследственность не отягощена

Объективный статус

* Состояние относительно удовлетворительное. * Сознание ясное, контактен. * Рост 165 см, вес 90 кг. ИМТ=33.1 кг/м². Окружность талии 106 см. * Кожные покровы чистые, теплые, влажные, отмечается цианоз губ и кончика носа. * При перкуссии легких - коробочный звук над всей поверхностью, в положении лежа в проекции нижней доли левого легкого тимпанит. При аускультации - дыхание жесткое, над областью тимпанита выслушиваются кишечные шумы. ЧДД 23 в мин. SpO₂~87%. * Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона и диастолический дующий шум над легочной артерией. АД 115/65 мм рт. ст., пульс 94 в мин., ритмичный, симметричный. * Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. * Физиологические отправления в норме.

Для диагностики дыхательной недостаточности необходимыми инструментальными методами исследования являются

- вакцинация
- занятие бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторным исследованием, необходимым для уточнения степени дыхательной недостаточности, является

- вакцинация
- занятие бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков

Результаты лабораторного метода обследования

Ведущей причиной развития и прогрессирования дыхательной недостаточности у данного пациента является

- вакцинация
- занятие бегом
- регулярная санационная бронхоскопия
- постоянный прием антибиотиков

Диагноз

Дыхательная недостаточность у данного пациента соответствует степени

- 2
- 1
- 3
- 4

Дыхательная недостаточность у данного пациента (согласно патогенетической классификации) является

- нейромышечной (миодистрофической)
- гиперкапнической (вентиляционной)
- смешанной (паренхиматозной и вентиляционной)
- гипоксемической (паренхиматозной)

В шкалу оценки риска послеоперационной дыхательной недостаточности не входит

- экстренность оперативного вмешательства
- оценка нутритивного статуса
- локализация и длительность операции
- предоперационная сатурация кислорода в крови

Основным способом коррекции дыхательной недостаточности у данного пациента является

- бронхолитическая терапия
- глюкокортикостероидная терапия
- кислородотерапия
- использование дыхательных analeптиков

В данной клинической ситуации наиболее подходящим способом доставки кислорода является

- простая лицевая маска
- нереверсивная маска
- маска Вентури
- носовые канюли

В рамках предоперационной подготовки при наличии нейромышечного заболевания данному пациенту прежде всего необходимо

- снизить массу тела
- отказаться от курения
- оптимизировать дыхательную функцию
- назначить премедикацию

При планировании хирургического лечения аденомы гипофиза у данного пациента необходимо учитывать наличие повышенного риска развития периоперационных + _____ + осложнений, что требует

- легочных; проведения длительной респираторной поддержки
- легочных; проведения бронхолитической и стероидной терапии
- системных; использования дыхательных analeптиков и стероидов
- системных; использования миорелаксантов длительного действия

В интраоперационном периоде следует прежде всего избегать проведения + _____ + анестезии

- регионарной
- ингаляционной
- сочетанной
- тотальной внутривенной

В рамках профилактики послеоперационных осложнений пациенту не рекомендуется

- регионарной
- ингаляционной
- сочетанной

- тотальной внутривенной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 32 лет, госпитализирован с подозрением на пневмонию.

Жалобы

Сухой кашель, одышку, ощущение нехватки воздуха при нагрузке (ходьба в обычном темпе), повышение температуры тела до 38 градусов, болезненные высыпания на ногах, отек и боли в голеностопных суставах.

Анамнез заболевания

Болен около 1 месяца. Без видимых причин появился сухой кашель, на который в начале внимания не обращал, кашель постепенно усиливался, 2 недели назад появились боли и отек в голеностопных суставах, болезненные образования на коже голеней и стоп красного цвета. Обратился к терапевту, рекомендован прием нимесулида, направлен к ревматологу. На фоне приема нимесулида хороший, но непродолжительный эффект – боли проходили, однако отек и высыпания сохранялись. Температуру не измерял. Вчера почувствовал жар, была выраженная потливость, температура 38,5⁰С, отметил одышку при движении, разговоре, вызвал бригаду неотложной помощи и был госпитализирован. В приемном покое выполнена Rg ОГК - признаки двусторонней внутригрудной лимфаденопатии, интерстициальных изменений в прикорневых отделах.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * отец перенес ОИМ, у матери аутоиммунный тиреоидит

Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,5⁰С. Пульс 87 в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. ЧД 20 в минуту. Грудная клетка обычной формы. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет. На голенях гиперемизированные болезненные возвышающиеся над поверхностью кожи образования 2 {asterisk} 3 см. Пальпируются поднижнечелюстные лимфоузлы размером d 1,5 см, безболезненные, подвижные, одиночный в левой подмышечной области d 1 см, безболезненный, подвижный. до 1 см. Небольшая припухлость и болезненность при пальпации голеностопных суставов.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение

- регионарной
- ингаляционной
- сочетанной
- тотальной внутривенной

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- регионарной
- ингаляционной
- сочетанной
- тотальной внутривенной

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- регионарной
- ингаляционной
- сочетанной
- тотальной внутривенной

Диагноз

К необходимому инструментальному методу исследования для подтверждения диагноза относится

- позитронно-эмиссионная компьютерная томография
- сцинтиграфия с галлием
- МСКТ в ангиорежиме
- чрезбронхиальная биопсия легких

Выберите лечебную тактику для пациента с саркоидозом 1 стадии

- преднизолон 15 мг/день
- метотрексат 15 мг/неделю
- наблюдение, витамин Е 200–400 мг/сут
- плаквенил 200 мг/сутки

При назначении терапии больным с прогрессирующим течением заболевания легких препаратами первой линии являются

- аминохинолиновые препараты
- глюкокортикостероиды
- салазопрепараты
- цитостатики

При лечении саркоидоза используют

- токоферол
- клопидогрел
- гепарин
- викасол

Экстракорпоральный метод лечения, используемый у больных с саркоидозом, это

- плазмаферез
- УФО крови
- электрофорез с лидазой
- обменное переливание крови

При рефрактерности к ГКС и прогрессирующем течении саркоидоза можно назначить

- витамины

- противомаларийные препараты
- цитостатики
- антибиотики

Препаратом выбора у пациентов с саркоидозом при неэффективности ГКС является

- хлорохин
- сульфасалазин
- пентоксифиллин
- метотрексат

Прогноз у этого пациента

- неблагоприятный
- благоприятный, достижение ремиссии возможно после длительной терапии преднизолоном
- благоприятный, возможна спонтанная ремиссия
- благоприятный, достижение ремиссии возможно на фоне терапии преднизолоном и цитостатиками

Поражение + _____ + делает прогноз неблагоприятным

- неблагоприятный
- благоприятный, достижение ремиссии возможно после длительной терапии преднизолоном
- благоприятный, возможна спонтанная ремиссия
- благоприятный, достижение ремиссии возможно на фоне терапии преднизолоном и цитостатиками

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К. 38 лет обратился на приём пульмонолога по направлению терапевта по месту жительства.

Жалобы

* на приступообразный кашель с вязкой, плохо отделяющейся, стеклообразной прозрачной мокротой, ощущение дистанционных хрипов в груди, которые слышит сам пациент и родственники, чувство неполного выдоха и заложенности в грудной клетке (не может полностью сделать выдох), одышку при обычной физической нагрузке, подъёме на 3 этаж. Приступы удушья до 3-4 раз за сутки, сопровождающиеся дистанционными сухими хрипами, длящиеся примерно 5-7 минут и купирующимися горячим чаем. * Заложенность носа со слизистыми скудными выделениями, ощущение стекания по задней стенке глотки, особенно в горизонтальном положении.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: менеджер по продажам *

Перенесённые заболевания и операции: хронические заболевания отрицает, аппендэктомия в 15 лет. Отмечает частые ОРВИ и ОРЗ последние 2 года с длительным кашлем, который не проходит полностью, а уменьшается до редких покашливаний. * Наследственность: у матери – бронхиальная астма, дядя - полиноз. * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет умеренно * Аллергоанамнез: ежегодно в весенний период отмечает появление

заложенности носа с обильными слизистыми выделениями. Лечится самостоятельно, принимает антигистаминные препараты 1- 3 дня с хорошим эффектом, к врачу не обращается.

Анамнез жизни

* Заболел остро 1 месяц назад, когда после переохлаждения отметил повышение температуры тела до 37,5°C, усиление имеющегося кашля, появление гнойной мокроты в небольшом количестве. По совету знакомых принимал азитромицин 500 мг в сутки 5 дней с положительным эффектом- температура тела нормализовалась, но кашель сохранялся, однако мокрота стала отделяться светлая, но густая (по типу стеклообразной). Последние 2 недели стал отмечать плохую переносимость физических нагрузок в связи с появившейся одышкой. Стал плохо спать из-за постоянного ощущения свистящих хрипов в груди и

чувства стекания по задней стенке глотки. В дневное время беспокоил приступообразный кашель и ощущение заложенности в груди. * К врачу обратился неделю назад, был назначен приём сиропа лазолвана и назначена антибактериальная терапия амоксициллин\клавулановой кислотой 875/125 по 1т 2 раза в день, которые принимал 5 дней, но эффекта положительного не почувствовал. Диагноз, установленный терапевтом, звучал, как острый бронхит.

* На фоне проводимой терапии симптомы сохранялись прежние, последние 3 дня усилилось чувство затруднённого носового дыхания, появились приступы удушья до 2- 3 раз в сутки, сопровождающиеся свистящими дистанционными хрипами в груди, в ежедневном режиме в предутренние часы. * При более детальном сборе анамнеза выяснено, что ранее, более 10 лет назад, однократно возникали подобные симптомы (кашель одышка, свистящие хрипы, чувство нехватки воздуха) по поводу которых проходил стационарное лечение по месту жительства и был выписан с полным купированием симптомов

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 170 см. Температура 36,7°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. При аускультации дыхание везикулярное, сухие рассеянные хрипы. Над всей поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный. ЧДД 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 87 в мин., АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. SpO2 98%

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- неблагоприятный
- благоприятный, достижение ремиссии возможно после длительной терапии преднизолоном
- благоприятный, возможна спонтанная ремиссия
- благоприятный, достижение ремиссии возможно на фоне терапии преднизолоном и цитостатиками

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- неблагоприятный
- благоприятный, достижение ремиссии возможно после длительной терапии преднизолоном
- благоприятный, возможна спонтанная ремиссия
- благоприятный, достижение ремиссии возможно на фоне терапии преднизолоном и цитостатиками

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- неблагоприятный
- благоприятный, достижение ремиссии возможно после длительной терапии преднизолоном
- благоприятный, возможна спонтанная ремиссия
- благоприятный, достижение ремиссии возможно на фоне терапии преднизолоном и цитостатиками

Диагноз

Бронхиальную астму (БА) у данного пациента необходимо дифференцировать с

- пневмонией
- стенозом крупных дыхательных путей
- облитерирующим бронхиолитом
- ХОБЛ

Помимо теста по контролю над астмой (АСТ) для оценки контроля БА рекомендуется использовать

- пневмонией
- стенозом крупных дыхательных путей
- облитерирующим бронхиолитом
- ХОБЛ

Результаты обследования

Данному пациенту необходимо лечение

- амбулаторное
- в условиях дневного стационара
- в реабилитационном центре
- санаторно-курортное

Данному пациенту показана терапия

- будесонидом-формотеролом 160/4,5 мкг в устройстве Турбухалер® для купирования приступов и симптомов в режиме «по потребности» на 3 месяца
- N ацетилцистеином по 600 мг в сутки 2 недели
- ингаляциями сальбутамола по 15 капель с помощью небулайзера 2 раза в день сроком до 2 месяцев
- будесонидом-формотеролом 160/4,5 мкг в устройстве Турбухалер® для купирования приступов и симптомов в постоянном режиме

При лечении бронхиальной астмы рекомендуется использовать

- техники релаксации
- ступенчатый подход, корректируя объем терапии в зависимости от уровня контроля и наличия факторов риска обострений БА

- гомеопатические препараты
- подход титрования доз с постепенным повышением дозы принимаемых препаратов до достижения максимальных терапевтических

Профилактическими мероприятиями в период стабильного течения БА у данного пациента будут

- регулярное санаторно-курортное лечение
- элиминация триггеров и аллергенов (животные, профессия)
- приём витаминов и микроэлементов
- физиотерапевтические методики

В случае отсутствия контроля над заболеванием, несмотря на исключение аллергенов, правильную технику ингаляции и хорошую приверженность лечению, соответствующему ступени 4, необходимо рассмотреть вопрос о назначении пациенту

- антагонистов кальция
- ингибиторов протонной помпы
- противокашлевых препаратов
- омализумаба

В случае отсутствия контроля над заболеванием, несмотря на исключение аллергенов, правильную технику ингаляции и хорошую приверженность лечению, соответствующему ступени 4, необходимо выполнить

- исследование уровня IgE общего крови
- ультразвуковое исследование сосудов
- МРТ брюшной полости
- МРТ головного мозга

Оценку контроля заболевания на фоне назначенной терапии и коррекцию терапии необходимо выполнить

- исследование уровня IgE общего крови
- ультразвуковое исследование сосудов
- МРТ брюшной полости
- МРТ головного мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 18 лет вызвал врача на дом.

Жалобы

- саднение в горле, упорный приступообразный кашель со скудной вязкой мокротой, - повышение температуры тела до 38,2°C, - мышечные и головные боли, - общую слабость, утомляемость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Заболел остро 2 дня назад: повышение температуры до 39,0 С, сопровождающееся головной болью, болями в горле, мышцах. Обратился в здравпункт по месту учебы, рекомендован прием антигриппина и постельный режим. В связи с появлением упорного кашля с вязкой мокротой и информацией о том, что его друг госпитализирован в стационар с пневмонией микоплазменного генеза, вызвал врача на дом. Незадолго до заболевания был с

однокурсниками на военно-патриотических сборах в одной из воинских частей, где проживал в казарме в течение 5 дней. Сутки назад два его однокурсника госпитализированы с подозрением на атипичную пневмонию с подобными симптомами.

Анамнез жизни

Профессиональных вредностей со слов не имеет, первокурсник. Живет в общежитии, питается недостаточно. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа в детском возрасте, во взрослом возрасте - ОРВИ. Операции: – в детстве аппендэктомия. Аллергологический анамнез: спокойный.

Наследственность: неотягощена. Не курит и ранее не курил, алкоголем не злоупотребляет. Хронических сопутствующих заболеваний нет.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 183 см. Вес 60 кг. ИМТ – 17,92. Недостаточная (дефицит) масса тела. Температура тела 38,2°C. Видимые слизистые розовые, влажные. Зев гиперемирован. Миндалины не изменены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД 20 в минуту. Грудная клетка обычной формы. Голосовое дрожание, бронхофония не изменены. Дыхание жесткое, с обеих сторон в проекции базальных сегментов выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 98 в минуту, ритмичный. АД 115/60 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, I тон не изменен, акцента II тона нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Необходимым обязательным лабораторным методом исследования является выполнение

- исследование уровня IgE общего крови
- ультразвуковое исследование сосудов
- МРТ брюшной полости
- МРТ головного мозга

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- исследование уровня IgE общего крови
- ультразвуковое исследование сосудов
- МРТ брюшной полости
- МРТ головного мозга

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- исследование уровня IgE общего крови
- ультразвуковое исследование сосудов
- МРТ брюшной полости
- МРТ головного мозга

Диагноз

Учитывая клинико-анамнестические и рентгенологические данные у пациента, этиологическим фактором внебольничной пневмонии (ВП) является

- *M.pneumoniae*
- *Chlamydophila pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*
- *Klebsiella pneumoniae*

Лечение данного пациента необходимо проводить

- амбулаторно с применением антибиотиков внутрь
- в стационаре (показана госпитализация)
- в стационаре в отделении интенсивной терапии
- амбулаторно с парентеральным применением антибиотиков

Заболевание у данного пациента относится к группе

- тяжелая внебольничная пневмония у пациентов с сопутствующими заболеваниями, принимавших за последние 3 мес. антимикробный препарат (АМП) ≥ 2 дней и/или имеющих другие факторы риска
- тяжелая внебольничная пневмония у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес. антимикробный препарат (АМП) ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска
- нетяжелая ВП у пациентов без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 мес. антимикробный препарат (АМП) ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска
- нетяжелая ВП у пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими за последние 3 мес. антимикробный препарат (АМП) ≥ 2 дней и/или имеющих другие факторы риска

Согласно вышеуказанной группе внебольничной пневмонии по терапии следует отдать предпочтение

- цефалоспорины 1 поколения
- амоксициллин и клавулановой кислоте
- цефалоспорины 3 поколения
- макролидам

Длительность антибиотикотерапии при данном этиологическом факторе составляет + _____ + дня/дней

- не менее 21
- 14
- 7
- не более 5

Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится

- в течение первых 12 часов после первой дозы антибиотика
- через 24 часа
- через 48-72 часа
- через 5 суток

Критериями достаточности антибиотикотерапии являются

- снижение температуры тела менее 37,2 С в течение не менее 48 часов, прекращение отделения гнойной мокроты, положительная динамика по рентгенограммам легких
- нормализация рентгенологической картины, отсутствие интоксикационного синдрома
- нормализация лейкоцитарной формулы и аускультативной картины при физикальном осмотре
- нормализация температуры тела, прекращение кашля и отделения мокроты

При неэффективности первой линии терапии у данного пациента альтернативной группой антибиотиков являются

- респираторные фторхинолоны
- карбопенемы
- аминогликозиды
- сульфаниламиды

При отсутствии инфильтрации в легочной ткани по данным рентгенологического исследования и типичной клинической картины целесообразно выполнение

- респираторные фторхинолоны
- карбопенемы
- аминогликозиды
- сульфаниламиды

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 67 год, обратился на консультацию к пульмонологу.

Жалобы

На усиление одышки, увеличение потребности в короткодействующих бронхолитиках, осиплость голоса, приступообразный кашель преимущественно в утренние и вечерние часы, который беспокоит последние 2 дня, на увеличение количества и изменение цвета мокроты (стала желтой).

Анамнез заболевания

Пациент курил 35 лет, последние 1,5 года не курит (индекс курящего человека 40 п/лет). Около 8 лет назад отметил появление одышки, по поводу которой обследовался в стационаре. Одышка возникает при умеренной физической нагрузке. В качестве постоянной терапии использует формотерол/будесонид 12/400 мкг по 2 раза в сутки, Тиотропия бромид 2,5 мкг по 2 дозы 1 раз в сутки, по потребности (в среднем до 3-х раз в неделю) - Ипратропия бромид/фенотерол 20/50 мкг. Обострение заболевания 1 раз в год, как правило на фоне ОРВИ, последнее - около года назад. В период обострений для облегчения состояния принимает «Беродуал» через небулайзер. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 5 дней, связывает с «простудой».

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально Предприниматель, занимается выбором товара на складах с их доставкой на автомобиле, ранее работал на заводе, проф. вредности отрицает. Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции. Хронические заболевания и операции отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см, вес 65 кг, ИМТ - 23 кг/м². Температура тела 37,0°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка – правильной формы. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное над всеми полями легких, ЧД 19 в мин, на форсированном выдохе

выслушиваются сухие рассеянные хрипы. Ритм сердца правильный, ЧСС 82 в мин. АД 135/85 мм рт. ст. Зев чистый. Живот мягкий, безболезненный.

Периферические отеки отсутствуют.

Лабораторные исследования, которые необходимо выполнить данному пациенту в амбулаторных условиях включают

- респираторные фторхинолоны
- карбопены
- аминогликозиды
- сульфаниламиды

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- респираторные фторхинолоны
- карбопены
- аминогликозиды
- сульфаниламиды

Результаты обследования

Для оценки степени выраженности одышки у пациента необходимо использовать

- шкалу CURB-65
- шкалу MODS
- шкалу HADS
- шкалу mMRC

Для комплексной оценки симптомов у пациента следует использовать

- шкалу CAT
- шкалу PORT
- АСТ-тест
- шкалу SMART-COP

Для последующего определения объема терапии у пациента необходимо при сборе анамнеза оценить

- концентрацию мочевины в крови
- частоту предыдущих обострений
- уровень PSA общего
- уровень ТТГ в крови

Клинико-анамнестические данные, результаты проведенного обследования, с учетом оценки выраженности одышки (2 балла), и комплексной оценки симптомов (11 баллов) позволяют поставить диагноз

- концентрацию мочевины в крови
- частоту предыдущих обострений
- уровень PSA общего
- уровень ТТГ в крови

Диагноз

Для купирования обострения заболевания пациенту следует назначить

- короткодействующие бронходилататоры ингаляционно с помощью небулайзера
- пульмозим ингаляционно с помощью джет-небулайзера

- антигистаминные препараты внутримышечно
- антилейкотриеновые препараты внутрь

Показанием к назначению антибактериальной терапии у пациента является

- возраст старше 65 лет
- усиление одышки, изменение характера мокроты
- осиплость голоса, температура тела $37,0^{\circ}\text{C}$
- прием ингаляционных ГКС

После купирования обострения заболевания наиболее оптимальным вариантом базисной терапии у пациента является назначение

- комбинации ДДБА, ДДАХ и рофлумастида
- фиксированной комбинации ДДБА и ДДАХ
- монотерапии ингаляционными ГКС
- комбинации ингаляционных ГКС и антилейкотриеновых препаратов

Программа легочной реабилитации у данного пациента должна включать

- курсы метаболической терапии
- индивидуальные физические тренировки
- ограничение физических нагрузок
- курсовой прием кислородных коктейлей

Показанием к проведению исследования кислотно-основного состояния и газов крови у пациентов с ХОБЛ является

- уровень $\text{SaO}_2 \sim \leq 92\%$
- отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- уровень АД 160/95 мм рт.ст. и более
- наличие респираторной вирусной инфекции

Абсолютным показанием для длительной кислородотерапии в домашних условиях у пациентов с ХОБЛ является: уровень $\text{SpO}_2 \sim \leq + \_\_\_\_\_\_ + \%$,

$\text{PaO}_2 \sim \leq + \_\_\_\_\_\_ + \text{мм рт.ст}$

- уровень $\text{SaO}_2 \sim \leq 92\%$
- отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- уровень АД 160/95 мм рт.ст. и более
- наличие респираторной вирусной инфекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 63 лет обратился к врачу-пульмонологу.

Жалобы

На одышку при ходьбе, сухой кашель.

Анамнез заболевания

В течение последних 6 месяцев стал замечать одышку при физических нагрузках, которая усилилась за последнее время, стала беспокоить при ходьбе, 2 месяца назад появился сухой кашель. При рентгенографии грудной клетки диффузные изменения легочной ткани в виде мелкосетчатой деформации легочного рисунка преимущественно в кортикальных отделах легких.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * курит 30 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было * Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 стадии 2 степени, ХСН 0 ст, гастроэзофагальный рефлюкс, хронический эзофагит * отец был здоров, мать страдала гипертонической болезнью

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 79 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, конечно-инспираторная крепитация в подлопаточных областях с обеих сторон, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза функциональными методами обследования являются

- уровень $\text{SaO}_2 \sim \leq 92\%$
- отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- уровень АД 160/95 мм рт.ст. и более
- наличие респираторной вирусной инфекции

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- уровень $\text{SaO}_2 \sim \leq 92\%$
- отсутствие эффекта от проводимой медикаментозной терапии
- уровень АД 160/95 мм рт.ст. и более
- наличие респираторной вирусной инфекции

Результаты обследования

Представленный результат КТ ОГК можно оценить как

- обычная интерстициальная пневмония (ОИП)
- неспецифическая интерстициальная пневмония
- признаки, противоречащие картине обычной интерстициальной пневмонии (ОИП)
- возможная обычная интерстициальная пневмония

Для уточнения диагноза данному больному необходимо выполнить

- обычная интерстициальная пневмония (ОИП)
- неспецифическая интерстициальная пневмония
- признаки, противоречащие картине обычной интерстициальной пневмонии (ОИП)
- возможная обычная интерстициальная пневмония

Результаты обследования

Учитывая результаты компьютерной томографии, функциональных и морфологических методов исследования, больному можно поставить диагноз

- обычная интерстициальная пневмония (ОИП)
- неспецифическая интерстициальная пневмония
- признаки, противоречащие картине обычной интерстициальной пневмонии (ОИП)
- возможная обычная интерстициальная пневмония

Диагноз

Данному пациенту показана терапия

- глюкокортикостероидами
- ингибитором тирозинкиназ - нинтеданибом
- комбинацией глюкокортикостероида и иммуносупрессанта
- N-ацетилцистеином

У данного больного показания к трансплантации легких

- имеются, так как в морфологических образцах выявлено формирование «сотового легкого»
- имеются, так как DL~CO~ниже 60% от должных
- не имеются, так как DL~CO~выше 40%
- имеются, так как в 6-МШТ SpO2 снижается до 90%

Пациенту противопоказано назначение

- пирфенидона
- антикоагулянтов
- омепразола
- нинтеданиба

Для мониторингирования прогрессирования заболевания пациенту необходимо контролировать показатели

- диффузионной способности легких для монооксида углерода (DLco), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ)
- с-реактивного белка (СРБ)
- отношения ОФВ1/ФЖЕЛ (индекса Тиффно)
- объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ1)

Наиболее вероятным осложнением основного заболевания у данного пациента может быть

- легочная гипертензия
- ожирение
- бронхообструктивный синдром
- цирроз легких

При прогрессировании заболевания для улучшения физической толерантности необходимо рассмотреть вопрос о назначении пациенту

- дыхательной гимнастики
- кислородотерапии
- санационных бронхоскопий
- физиотерапии

Для оценки риска летального исхода у данного пациента можно использовать

- дыхательной гимнастики
- кислородотерапии
- санационных бронхоскопий
- физиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П., 40 лет, обратилась к терапевту.

Жалобы

На повышение температуры до 38.5 0С, одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с мокротой ржавого цвета, ощущение тяжести в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при наклоне в противоположную сторону.

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Профессия: учитель * Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: нет * Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

* Заболела остро, после переохлаждения, появились вышеперечисленные жалобы. * Самостоятельно принимала парацетамол-без эффекта. Обратилась к терапевту.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧД – 24 в минуту. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Выше этой зоны выслушивается бронхиальное дыхание, крепитация. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс – 98 в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- дыхательной гимнастики
- кислородотерапии
- санационных бронхоскопий
- физиотерапии

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- дыхательной гимнастики
- кислородотерапии
- санационных бронхоскопий
- физиотерапии

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- дыхательной гимнастики
- кислородотерапии
- санационных бронхоскопий
- физиотерапии

Диагноз

Ошибочной тактикой при торакоцентезе будет выполнение пункции

- по задней подмышечной линии
- по верхнему краю ребра
- во 2 межреберье
- в 8 межреберье

Белок в выпоте более 50 г/л указывает на заболевание

- системной красной волчанкой
- злокачественным новообразованием
- пневмонией
- туберкулезом

Больной показано назначение

- антибактериальной терапии
- антикоагулянтной терапии
- терапии цитостатиками
- физиолечения

В качестве лечебных мероприятий показано(а)

- назначение препаратов 5-аминосалициловой кислоты
- проведение полихимиотерапии
- стерильная пункция
- пункция плевральной полости

Препаратом выбора будет антибиотик

- тетрациклин
- линкомицин
- клиндамицин
- цефтриаксон

На *S.aureus* действует антибиотик

- ванкомицин
- азитромицин
- джозамицин
- пенициллин

Характер выпота в виде экссудата наблюдается при

- застойной сердечной недостаточности
- системных заболеваниях соединительной ткани
- нефротическом синдроме
- циррозе печени

Характер выпота в виде транссудата наблюдается при

- туберкулезе
- вирусных инфекциях
- бактериальной инфекции
- циррозе печени

Также характер выпота в виде транссудата встречается при

- туберкулезе
- вирусных инфекциях
- бактериальной инфекции
- циррозе печени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С., 26 лет, обратился к терапевту.

Жалобы

На озноб, сухой кашель, усиливающийся при глубоком дыхании, тяжесть в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: не работает * Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курение 7 лет * Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

* Заболел остро, после переохлаждения, 2 недели назад, когда появились вышеперечисленные жалобы. Больному легче сидеть, чем лежать. *

Самостоятельно ничего не принимал, обратился к врачу.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура 37,8С. Кожа чистая. При осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа ослаблено. При перкуссии справа по средне-подмышечной линии от 7-го ребра и далее ниже к позвоночнику перкуторный звук тупой. Дыхание в этой области резко ослабленное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- туберкулезе
- вирусных инфекциях
- бактериальной инфекции
- циррозе печени

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- туберкулезе
- вирусных инфекциях
- бактериальной инфекции
- циррозе печени

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- туберкулезе
- вирусных инфекциях
- бактериальной инфекции
- циррозе печени

Диагноз

К технике проведения торакоцентеза относится выполнение пункции

- по нижнему краю ребра
- в 3 межреберье
- по средней подмышечной линии
- по верхнему краю ребра

Глюкоза в выпоте менее 3 ммоль/л указывает на заболевание

- злокачественным новообразованием
- туберкулезом
- панкреатитом
- системной красной волчанкой

Из нижеперечисленных критериев не относится к критериям Лайта

- соотношение лактатдегидрогеназы плевральной жидкости и сывороточной лактатдегидрогеназы менее 0,6
- соотношение лактатдегидрогеназы плевральной жидкости и сывороточной лактатдегидрогеназы более 0,6
- соотношение белка плевральной жидкости и сывороточного белка более 0,5
- лактатдегидрогеназа плевральной жидкости превышает 2/3 от верхней границы нормы сывороточной лактатдегидрогеназы

Больному показано назначение

- магнитотерапии
- антибактериальной терапии
- метаболической терапии
- гипотензивной терапии

Больному показано назначение

- пункции плевральной полости
- специфической терапии легочной артериальной гипертензии
- циклоспорина
- д-пенициллина

Препаратом выбора будет антибиотик

- джозамицин
- рифампицин
- эритромицин
- метронидазол

Характер выпота в виде экссудата наблюдается при

- паразитарной инфекции
- обструкции верхней полой вены
- уринотораке
- микседеме

Характер выпота в виде транссудата наблюдается при

- пневмонии
- саркоидозе
- нефрите
- гемотораксе

При сухом плеврите определяется

- пневмонии
- саркоидозе
- нефрите
- гемотораксе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 62 лет обратился к врачу терапевту.

Жалобы

* Сухой кашель. * Боли в грудной клетке слева, возникающие при дыхании, повороте туловища. * Затруднение дыхания, одышка при умеренной физической нагрузке. * Повышение температуры тела до субфебрильных цифр. * Снижение массы тела на 5 кг за последние 2 месяца.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые стал отмечать одышку при физической нагрузке. Через 2 года присоединились боли в грудной клетке слева преходящего характера. В течение последних лет одышка стала нарастать, боли усилились, появился сухой кашель, субфебрильная температура. Отмечает снижение массы тела на 5 кг за последние 2 мес.

Анамнез жизни

* Вредные привычки: курит в течение 45 лет по 1 пачке в день * Профессия: технолог алюминиевого завода * Аллергологический анамнез не отягощен * Перенесенные заболевания и операции: язвенная болезнь желудка; * Наследственность: рак легкого у отца

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела – 37,2°C. Телосложение нормостеническое, рост 176 см, масса тела – 76 кг, индекс массы тела – 25,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Грудная клетка правильной формы, голосовое дрожание усилено в нижних отделах грудной клетки слева, при перкуссии – тупой перкуторный звук с VII-IX межреберья слева, при аускультации- бронхиальное дыхание над VII м/р слева, хрипов нет. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92 в мин. АД 134/82 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень- по краю реберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- пневмонии
- саркоидозе
- нефрите
- гемотораксе

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- пневмонии
- саркоидозе
- нефрите
- гемотораксе

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, больному можно поставить диагноз

- пневмонии
- саркоидозе
- нефрите
- гемотораксе

Диагноз

Для мезотелиомы плевры характерно наличие маркеров

- цитокератин 21-1, CA15-3 раковый эмбриональный антиген
- кальретинин, антиген WT-1, виментин, мезотелин.
- кальпротектин, альфа-фетопротеин, простат-специфический антиген
- кальцитонин, раковый эмбриональный антиген, нейронспецифическая енолаза

Пациенту рекомендуется проведение

- экстраплевральной пневмонэктомии
- экстраплевральной пневмонэктомии с резекцией перикарда
- торакоскопической резекции нижней доли правого легкого
- открытой резекции нижней доли правого легкого

В качестве первой линии химиотерапии мезотелиомы плевры используют

- цисплатин {plus} пеметрексед
- азатиоприн {plus} метотрексат
- метотрексат {plus} доксорубицин
- доксорубицин {plus} циклофосфамид

Химиотерапия показана пациентам, у которых возраст, сопутствующие заболевания, гистологический тип (неэпителиальная опухоль)

- не являются противопоказанием к проведению лучевой терапии
- являются препятствиями для выполнения операции
- не являются препятствиями для выполнения операции
- являются противопоказанием к проведению симптоматической терапии

Лучевая терапия используется в качестве

- способа уменьшения одышки
- способа уменьшения частоты локальных рецидивов после операции
- альтернативы химиотерапии
- метода самостоятельного лечения

Для купирования плеврита и уменьшения одышки рекомендуется

- проведение паллиативных хирургических вмешательств
- проведение физиотерапии
- назначение ингаляционных глюкокортикостероидов
- назначение бронходилататоров короткого действия

Радикальное лечение мезотелиомы плевры осуществляет

- пульмонолог
- торакальный хирург
- онколог
- терапевт

Мезотелиома плевры чаще всего встречается у работников

- асбестовых предприятий
- фармацевтических предприятий
- мукомольного производства

- алюминиевого производства

Мезотелиома плевры носит характер

- асбестовых предприятий
- фармацевтических предприятий
- мукомольного производства
- алюминиевого производства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К врачу-терапевту обратился мужчина 45 лет.

Жалобы

- * На снижение массы тела за последние полгода на 9 кг *
- Слабость, потливость
- * Повышение температуры тела до 37,5°C *
- Боли в грудной клетке при дыхании слева *
- Скудное отделение слизисто-гнойной мокроты

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3 лет, когда стала беспокоить слабость и повышение температуры тела до субфебрильных цифр, потливость. В течение последнего месяца присоединились боли в грудной клетке слева при дыхании, кашель со скудной мокротой, температура тела до 37,5°C.

Анамнез жизни

- * Вредные привычки: курение в течение 15 лет по пачке сигарет в день. *
- Материально-бытовые условия неудовлетворительные *
- Профессия: кондуктор
- * Эпидемиологический анамнез: контакт с туберкулезными больными *
- Аллергологический анамнез не отягощен *
- Наследственный анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела – 37,5°C. Телосложение нормостеническое, рост 171 см, масса тела – 76 кг, индекс массы тела – 25,3 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет. Грудная клетка правильной формы, при перкуссии – с 8-10 ребро слева притупление перкуторного звука, при аускультации – ослабленное везикулярное дыхание над легочными полями слева. ЧДД -18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 86 в мин. АД 128/84 мм рт. ст. + Живот мягкий безболезненный. Печень- по краю реберной дуги.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- асбестовых предприятий
- фармацевтических предприятий
- мукомольного производства
- алюминиевого производства

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- асбестовых предприятий

- фармацевтических предприятий
- мукомольного производства
- алюминиевого производства

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные анамнеза, данные объективного обследования больному можно поставить диагноз

- асбестовых предприятий
- фармацевтических предприятий
- мукомольного производства
- алюминиевого производства

Диагноз

Диагноз туберкулеза считается верифицированным, если у пациента

- идентифицированы МБТ и/или получены результаты гистологического исследования
- имеются клиническо-рентгенологические признаки, подтверждающие туберкулез
- имеются рентгенологические признаки, подтверждающие туберкулез
- выявлены клинические признаки, подтверждающие туберкулез

В процессе лечения пациента с туберкулезом с помощью этамбутола рекомендуется проведение

- коронароангиографии
- эзофагогастродуоденоскопии
- спектрометрии голоса
- аудиограммы

Наиболее частый побочный эффект этамбутола при лечении туберкулеза

- оптическая нейропатия
- артралгия
- неврит зрительного нерва
- гепатит

II режим химиотерапии при лечении туберкулеза назначают при

- установленной устойчивости возбудителя к изониазиду и сохранении чувствительности к рифампицину
- подтвержденной устойчивости к изониазиду и фторхинолонам
- впервые выявленном туберкулезе
- установленной чувствительности к изониазиду и рифампицину

Лечение пациента по IV режиму химиотерапии проводится длительностью не менее +__+ месяцев/месяца

- 20
- 6
- 4
- 9

К противотуберкулезным препаратам первого ряда относятся

- изониазид, рифампицин, этамбутол
- линезолид, ципрофлоксацин, бедаквилин
- капреомицин, протоанамида, меропенем
- циклосерин, левофлоксацин, амолксициллин

Пациентам с впервые выявленным туберкулезом с бактериовыделением по методу микроскопии или посева до получения результатов теста

лекарственной чувствительности возбудителя назначают +___+ режим химиотерапии

- IV
- V
- III
- I

При лечении туберкулеза показано назначение

- нейрорепрессантов
- гепатопротекторов
- противопротозойных
- холецистокинетиков

При снижении слуха во время лечения туберкулеза следует снизить дозу

- нейрорепрессантов
- гепатопротекторов
- противопротозойных
- холецистокинетиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Е. 65 лет вызвал участкового терапевта на дом.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,1°C, озноб, слабость, одышку, влажный кашель с отхождением гнойной мокроты, боль в левой половине грудной клетки, возникающей при глубоком дыхании и кашле.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: инженер * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия 20 лет назад * Наследственность: не отягощена * Вредные привычки: курение в течение 25 лет по 20 сигарет в день * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

Считает себя больным в течение 7 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы. Принимал жаропонижающие препараты без эффекта.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧД – 24 в минуту. При оценке голосового дрожания - усиление голосового дрожания в нижних отделах слева, перкуторно - притупление перкуторного звука над нижними отделами слева.

Аускультативно: везикулярное дыхание ослаблено, влажные хрипы над нижними отделами слева. Температура тела 38,0°C.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- нейрорепрессантов
- гепатопротекторов
- противопротозойных
- холецистокинетиков

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить следующие инструментальные методы исследования

- нейрореперфузоров
- гепатопротекторов
- противопаразитарных
- холецистокинетиков

Результаты инструментальных методов обследования

Пациенту может быть выставлен следующий диагноз

- нейрореперфузоров
- гепатопротекторов
- противопаразитарных
- холецистокинетиков

Диагноз

Эффективность эмпирической терапии после начала приёма антибактериального препарата следует оценить через + _____ + часов

- 5-7
- 24-36
- 16-20
- 48-72

Главным критерием окончания антибактериальной терапии является

- стойкая нормализация температуры в течение 5 суток
- исчезновение хрипов
- снижение температуры тела до 37,0°C
- стойкая нормализация температуры в течение 72 часов

В стандарт лечения пациентов с внебольничной пневмонией и плевритом входят препараты

- парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты
- сердечные гликозиды
- сартаны либо ингибиторы АПФ
- диуретики

При малом объеме выпота торакотомия

- не показана
- показана при тяжелой сопутствующей патологии
- может быть выполнена по желанию пациента
- показана всегда

Согласно классификации параневмонического выпота, выпот 3-й категории имеет следующий критерий

- отрицательные бактериоскопические и/или культуральные исследования
- положительные бактериоскопические и/или культуральные исследования
- занимает 1/3 гемиторакса
- pH более 7,2 или глюкоза более 3,33 ммоль/л

Длительность антибиотикотерапии пневмонии

- не превышает 3 суток
- от 10 до 14 дней

- 30 суток
- должна подбираться индивидуально

Плевральный выпот можно разделить на транссудат и экссудат в зависимости от

- содержания волокон, эритроцитов
- содержания КФК, иммуноглобулинов
- концентрации белка, ЛДГ, клеточных компонентов
- концентрации макрофагов, глюкозы

Кратность осмотра врачом-терапевтом пациента, перенесшего пневмонию, в рамках диспансерного наблюдения составляет 1 раз в +__+ месяца/месяцев

- 2
- 4
- 6
- 3

Вторичной профилактикой пневмонии является проведение вакцинации против гриппа и

- 2
- 4
- 6
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т., 51 год, обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На одышку при привычной физической нагрузке, повышение температуры до 38.7°C, кашель с выделением мокроты, дискомфорт в левой половине грудной клетки, усиливающийся при наклоне в правую сторону.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: сантехник * Перенесенные заболевания и операции: холецистэктомия 15 лет назад * Наследственность: не отягощена * Вредные привычки: нет * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

* Заболел остро, когда после переохлаждения на работе появились вышеперечисленные жалобы. * Принимал жаропонижающие препараты без значимого эффекта.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧД – 22 в минуту. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При перкуссии - слева в подлопаточной области определяется притупление перкуторного звука, в этой же области аускультативно - ослабленное дыхание. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс – 102 в минуту. АД – 136/90 мм рт. ст..

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- 2
- 4
- 6
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- 2
- 4
- 6
- 3

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данного пациента можно поставить диагноз

- 2
- 4
- 6
- 3

Диагноз

При проведении торакоцентеза не рекомендуется удалять за раз более +__+ литра/литров жидкости

- 0,1
- 0,3
- 2
- 1

К осложнениям торакоцентеза относится/относятся

- перикардит, пульманит
- пневмония, плеврит
- перитонит
- пневмоторакс, гемоторакс

Из нижеперечисленных критериев не является критерием Лайта

- соотношение белка плевральной жидкости и сывороточного белка более 0,5
- соотношение лактатдегидрогеназы плевральной жидкости и сывороточной лактатдегидрогеназы более 0,6
- соотношение белка плевральной жидкости и сывороточного белка менее 0,5
- лактатдегидрогеназа плевральной жидкости превышает 2/3 от верхней границы нормы сывороточной лактатдегидрогеназы

Больному показано следующее лечение

- антибактериальная терапия
- пульмонэктомия
- цитостатическая терапия
- противовирусная терапия

Больному также показано проведение

- оперативного лечения
- трепанобиопсии
- пункции плевральной полости

- стеральной пункции

В данной ситуации антибиотиком выбора будет

- рифампицин
- изониазид
- цефтриаксон
- клиндамицин

Появление транссудативного плеврального выпота возможно при

- системной красной волчанке
- застойной сердечной недостаточности
- ревматоидном артрите
- пневмонии

У больных со злокачественными опухолями при исследовании плеврального выпота обнаруживаются опухолевые клетки в + ____ + % случаев

- 1
- 5
- 100
- 60

При циррозе печени гидроторакс

- 1
- 5
- 100
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка У. 67 лет вызвала участкового терапевта на дом.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,5°C, одышку, сухой кашель, интенсивные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле.

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Профессия: учитель * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия 20 лет назад * Наследственность: отягощена по раку молочной железы * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

Заболела остро 5 дней назад, когда внезапно повысилась температура до 38,5°C, появилась головная боль, сухой кашель. Самостоятельно принимала парацетамол без длительного эффекта. На 3-й день заболевания появился насморк и несильные боли при глотании. На 5-й день температура снизилась до 38,1°C, появились боли в правой половине грудной клетки при кашле и дыхании.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧД – 24 в минуту. Заметно небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. В легких дыхание

жесткое, над нижними отделами справа выслушивается интенсивный шум при дыхании. АД 120/90 мм рт. ст., ЧСС - 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 1
- 5
- 100
- 60

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки осложнения основного диагноза данному пациенту необходимо выполнить

- 1
- 5
- 100
- 60

Результаты обследования

Пациенту может быть выставлен следующий диагноз

- 1
- 5
- 100
- 60

Диагноз

У данной больной развилось осложнение

- правосторонний экссудативный плеврит
- острый правосторонний сухой плеврит вирусной этиологии
- сердечная недостаточность
- отек легких

Дифференциальная диагностика гриппа проводится с

- инфекционным мононуклеозом
- парагриппом, менингококковой инфекцией
- дифтерией
- сальмонеллезом

Пациентка в антибиотикотерапии для лечения плеврита

- нуждается до купирования симптомов плеврита
- не нуждается
- нуждается в течение первых двух часов
- нуждается в первые три дня заболевания

Для лечения осложнения основного заболевания необходимо назначить

- антибактериальные препараты
- мочегонные препараты
- длительнодействующие бронхолитики
- нестероидные противовоспалительные препараты, противокашлевые средства

Этиотропными средствами для лечения гриппа являются умифеновир и

- рибавирин

- осельтамивир
- ацикловир
- аскорбиновая кислота

К противокашлевым средствам, назначаемым при сухом плеврите, относится

- аспирин
- валсартан
- симбикорт
- синекод

Плевральный выпот можно разделить на транссудат и экссудат в зависимости от концентрации белка и

- концентрации макрофагов
- содержания КФК
- содержания волокон
- ЛДГ, клеточных компонентов

К категории высокого риска заболевания гриппом относятся

- молодые люди до 30 лет
- дети
- беременные женщины
- лица, редко болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями

Вакцинопрофилактику гриппа следует начинать за + _____ + до начала сезонного подъема заболеваемости

- молодые люди до 30 лет
- дети
- беременные женщины
- лица, редко болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К., 38 лет, на приеме у пульмонолога.

Жалобы

На приступы удушья, малопродуктивный кашель, сопровождающийся свистящим дыханием, заложенность носа, чихание, обильные слизистые выделения из носа, головную боль в лобной области.

Анамнез заболевания

Больной себя считает в течение двух лет, когда при контакте с дезинфицирующими средствами стала отмечать першение в горле, заложенность носа, приступообразный кашель, а позднее - приступы удушья. В это же время в доме появилась кошка. Приступы отмечала 2-3 раза в неделю, 2-3 раза в месяц по ночам просыпалась от приступа кашля. Ухудшение самочувствия в течение двух недель после проведения ремонта в квартире: стал беспокоить приступообразный кашель, сопровождавшийся свистящим дыханием, приступы удушья ежедневно, трижды просыпалась по ночам из-за удушья. Выполнила флюорографию легких – патологии не обнаружено. Состояние не улучшалось, что и заставило пациентку обратиться к врачу.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. От физкультуры не освобождалась. + Работает дезинфектором в СЭС. + Не курит, алкоголь не употребляет. + Аллергический анамнез не отягощен. + Наследственность: мать больной страдает аллергическим ринитом. + Замужем, детей нет. + Социально-бытовые условия удовлетворительные. + Туберкулез отрицает.

Флюорографический осмотр проходит регулярно, последний раз – 2 месяца назад - патологии не выявлено + Перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический гастрит. Три недели назад выполнена тиреоидэктомия по поводу узлового зоба, получает эутирокс в дозе 100 мг.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. ИМТ – 27 кг/м^2 . Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные, чистые. Периферические узлы не пальпируются. + Дыхание через нос затруднено. Перкуторно над легкими - звук ясный, легочный с коробочным оттенком. Голосовое дрожание проводится равномерно, одинаково на симметричных участках. Дыхание везикулярное, ослабленное, над всеми легочными полями сухие свистящие хрипы, выдох несколько удлинен. ЧДД 18 в мин. + Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 96 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. + Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9x8x7 см. + Периферических отеков нет.

Для постановки диагноза необходимо выполнить следующие инструментальные исследования

- молодые люди до 30 лет
- дети
- беременные женщины
- лица, редко болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями

Результаты инструментального метода обследования

Необходимые лабораторные исследования включают

- молодые люди до 30 лет
- дети
- беременные женщины
- лица, редко болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями

Результаты лабораторных методов обследования

Для установления наличия синдрома гиперреактивности бронхов назначено выполнение

- молодые люди до 30 лет
- дети
- беременные женщины
- лица, редко болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями

Результаты обследования

Триггеры, которые способствовали развитию и обострению заболевания у пациентки - это

- оперативное вмешательство (тиреоидэктомия)
- дисгормональные нарушения (послеоперационный гипотиреоз)

- аллергены (шерсть кошки), поллютанты (дез. средства)
- отягощенная наследственность

Показатель ПСВ 50% от должного у пациентки является одним из критериев обострения

- тяжелого
- легкой степени тяжести
- средней степени тяжести
- жизнеугрожающего

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- тяжелого
- легкой степени тяжести
- средней степени тяжести
- жизнеугрожающего

Диагноз

Обязательным направлением купирования обострения бронхиальной астмы (БА) у пациентки является назначение

- ингаляционных бета2-агонистов быстрого действия
- эпинефрина (адреналина)
- эуфиллина (теофиллина)
- магния сульфата внутривенно

В данном случае неотложная терапия заболевания требует назначения бета2-агонистов быстрого действия через небулайзер в сочетании с приемом внутрь

- метилксантинов
- системных глюкокортикостероидов
- муколитиков
- антигистаминных

Адекватная суточная доза системных глюкокортикостероидов (СГКС), которая должна быть назначена для купирования обострения, составляет + _____ + (в мг внутрь)

- 15 – 20
- 5 - 10
- 25 – 30
- 40 – 50

Рекомендуемая длительность назначения СГКС (преднизолон) для купирования обострения

- 2 недели
- 5-7 дней
- 1 месяц
- 7 – 10 дней

В качестве базисной терапии пациентке при выписке необходимо назначить

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ИГКС в высокой дозе, теофиллин и антилейкотриеновые

- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в средней дозе и длительно действующий бета2-агонист (ДДБА)
 - ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию ДДБА/ДДАХ
- Пациентке для уточнения функции щитовидной железы в качестве скрининга необходимо контролировать гормон**
- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
 - ИГКС в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые
 - ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в средней дозе и длительно действующий бета2-агонист (ДДБА)
 - ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию ДДБА/ДДАХ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, 28 лет, на приеме у врача-пульмонолога.

Жалобы

На общую слабость, вялость, сухой кашель, боли в области грудной клетки, возникающие при кашле и дыхании.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 1,5 месяцев, когда стал беспокоить сухой кашель, месяц назад начал замечать нарастание общей слабости, присоединение одышки. Самостоятельно принимал аскорил, эффекта не было. Обратился к участковому терапевту, выполнена рентгенография органов грудной полости. Заключение: корни легких расширенные, с полициклическими контурами за счет увеличения бронхопульмональных лимфоузлов. Направлен на консультацию к врачу-пульмонологу.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. От физкультуры не освобождался. + Работает водителем автобуса. + Работает слесарем 15 лет. + Аллергологический анамнез не отягощен. + Туберкулез отрицает. Проверочное флюорографическое обследование проходит ежегодно, последний раз – год назад – без очаговых и инфильтративных теней. + За пределы области не выезжал. Контакт с инфекционными больными отрицает. + Наследственность отягощена: у отца был саркоидоз легких, самостоятельно прошел. + Не курит, алкоголем не злоупотребляет. + От гриппа, пневмококковой инфекции не привит. + Хронические заболевания, операции, травмы отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. ИМТ – 20 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. При пальпации периферических лимфатических узлов отмечается увеличение задне-шейной группы лимфатических узлов, не спаянные, плотноэластической консистенции. + Дыхание через нос свободное. Перкуторно над легкими – легочный звук. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. + Границы относительной тупости сердца: правая граница- на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, верхняя – на уровне III

межреберья. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 в минуту, одинаковый на обеих руках. АД 130/90 мм рт. ст. + Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см, селезенка не увеличена. + Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. + Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза первоначальными методами обследования являются

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ИГКС в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в средней дозе и длительно действующий бета2-агонист (ДДБА)
- ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию ДДБА/ДДАХ

Результаты обследования

Для уточнения диагноза необходимо провести дополнительные методы обследования

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ИГКС в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в средней дозе и длительно действующий бета2-агонист (ДДБА)
- ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию ДДБА/ДДАХ

Результаты обследования

На основании клинико-рентгенологических, лабораторных и морфологических данных можно поставить диагноз

- ИГКС в средних терапевтических дозах и преднизолон внутрь в минимальной дозировке (2,5 – 5 мг/сут)
- ИГКС в высокой дозе, теofilлин и антилейкотриеновые
- ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в средней дозе и длительно действующий бета2-агонист (ДДБА)
- ИГКС в высокой дозе и двойную бронходилатационную терапию ДДБА/ДДАХ

Диагноз

Необходимо провести дифференциальный диагноз с

- пневмонией, ВИЧ-инфекцией, COVID-19
- туберкулезом, лимфогранулематозом, злокачественными лимфомами
- гистиоцитозом Х, пневмокониозом, пневмомикозом
- хронической обструктивной болезнью легких, раком легких

При активном саркоидозе легких с ухудшением в динамике функции внешнего дыхания следует назначить

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- системные глюкокортикостероиды
- противотуберкулезные препараты
- иммунокорректоры

Показаниями для назначения метотрексата в данном случае являются

- отсутствие эффекта от преднизолона, прогрессирование процесса или развитие серьёзных нежелательных явлений
- слишком быстрая динамика процесса в лёгких и в других органах, позволяющая отказаться от системной гормональной терапии уже через несколько недель их применения
- подозрение на гнойные осложнения заболевания, подозрение на другое заболевание легких, протекающее под «маской» саркоидоза
- образование булл в лёгких, подозрение на пневмоторакс и развитие острой дыхательной недостаточности с тяжёлой десатурацией

Если через 3 месяца применения преднизолона и его аналогов наступило улучшение состояния, параметров спирометрии и рентгенологической картины, следует

- перейти к более интенсивному лечению посредством пульс-терапии высокими дозами метилпреднизолона
- снизить дозу гормонов и продолжать лечение до 10-12 месяцев
- отменить гормональную терапию и назначить альфа-токоферол с пентоксифиллином на ближайшие 2-3 месяца
- дополнить проводимую терапию иммуносупрессивными препаратами – метотрексатом или азатиоприном

К благоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относятся

- синдром Лефгрена
- пожилой возраст при выявлении, афро-американцы или скандинавы
- наличие кашля и одышки при выявлении, длительный субфебрилитет
- АПФ–генотип DD

Назначение глюкокортикоидов у больного с признаками спонтанной ремиссии саркоидоза

- целесообразно, только в малых дозах
- целесообразно, только в больших дозах
- целесообразно
- не целесообразно

Саркоидоз характеризуется

- формированием неказефицирующих гранулем
- бронхоспазмом
- распадом эритроцитов
- формированием казеозного некроза

Наиболее обоснованным подходом к профилактике развития пневмококковой пневмонии у лиц с саркоидозом является

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Профессиональное заболевание легких, о котором следует подумать при обследовании нового пациента с клинической картиной саркоидоза

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами

- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 69 лет, госпитализирован в отделение пульмонологии.

Жалобы

На общую слабость, кашель с мокротой слизистого характера, выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, периодически усиливающуюся до степени удушья по ночам, отеки голеней и стоп.

Анамнез заболевания

Больше 15 лет беспокоит кашель, периодически с мокротой, около 5 лет назад стал отмечать одышку при ходьбе. Обследовался и лечился в отделении пульмонологии, где был поставлен диагноз хронической обструктивной болезни легких. С того времени постоянно пользуется ингаляциями форадила, дополнительно использует беродуал для купирования одышки. В течение последних 5 месяцев отмечает появление отеков на ногах к вечеру. Ухудшение самочувствия в течение недели, после того как вскопал огород (избыточная физическая нагрузка): выросла одышка до степени удушья, приступообразный ночной кашель, плохо спал из-за этого по ночам, усилились отеки на ногах. Обратился к участковому терапевту, который дал направление на стационарное лечение.

Анамнез жизни

Работал крановщиком на стройке, после инфаркта – инвалид 2 группы. + Алкоголь употребляет умеренно. Курение - 1-1,5 пачки сигарет в день в течение многих лет, последние два года не курит. + Аллергический анамнез без особенностей. + Наследственность по легочной патологии неотягощена. + Туберкулез у себя и родственников отрицает. Флюорографическое обследование проходит ежегодно, последний раз – 6 месяцев назад – без очаговых и инфильтративных теней. + Социально-бытовые условия удовлетворительные. + Перенесенные заболевания: ОРВИ, два года назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается у кардиолога, постоянно принимает карведилол, кардиомагнил и розувастатин.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Ортопноэ. ИМТ = 25 кг/м^2 . Температура $36,6^{\circ}\text{C}$. Отмечается цианотичность лица, кистей рук, набухлость шейных вен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. + Дыхание через нос свободное. Грудная клетка – расширена в передне-заднем направлении, расширены межреберные промежутки, эпигастральный угол тупой. Над легочной поверхностью перкуторный звук с некоторым укорочением в нижне-боковых отделах, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, сухие свистящие хрипы по всем легочным полям, в нижне-боковых отделах влажные мелкопузырчатые хрипы, выдох удлинен. ЧДД 26 в мин. + Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2

тона над легочной артерией. ЧСС 102 в мин., АД 115/80 мм рт. ст. + Живот мягкий, безболезненный. Размеры по Курлову 11x10x9 см. + Отеки стоп, нижней трети голеней. Стул, диурез без особенностей. + По шкале mMRC – 3-4 степень выраженности одышки, по САТ тесту 32 балла.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить лабораторные методы исследования

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Результаты лабораторных методов обследования

Для уточнения бронхо-легочной патологии назначены инструментальные методы обследования

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения обратимости обструкции назначено выполнение

- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии

Результаты обследования

Данные рентгенографии легких у пациента могут указывать на наличие

- острого легочного сердца
- венозного застоя в малом круге кровообращения, обусловленного левожелудочковой недостаточностью
- интерстициальной пневмонии
- обострения хронической обструктивной болезни легких

Для диагностики кардиальной патологии (сердечной недостаточности) необходимо выполнить

- острого легочного сердца
- венозного застоя в малом круге кровообращения, обусловленного левожелудочковой недостаточностью
- интерстициальной пневмонии
- обострения хронической обструктивной болезни легких

Результаты обследования

Данные спирометрии у пациента с декомпенсацией ХСН

- адекватно отражают тяжесть ХОБЛ
- не зависят от сопутствующей сердечной недостаточности
- нельзя считать достоверными
- свидетельствуют о среднетяжелой ХОБЛ

Достоверность постановки диагноза ХОБЛ при ХСН может быть улучшена при использовании

- адекватно отражают тяжесть ХОБЛ
- не зависят от сопутствующей сердечной недостаточности
- нельзя считать достоверными
- свидетельствуют о среднетяжелой ХОБЛ

Результаты обследования

Проведенное исследование позволяет поставить диагноз

- адекватно отражают тяжесть ХОБЛ
- не зависят от сопутствующей сердечной недостаточности
- нельзя считать достоверными
- свидетельствуют о среднетяжелой ХОБЛ

Диагноз

Учитывая данные исследования газового состава крови у пациента (РаСО₂ ~ 46 мм рт. ст., рН 7,34, РаО₂ ~ / FiO₂ ~ 198 мм рт. ст.), необходимо решить вопрос о респираторной поддержке - показана

- оксигенотерапия малопоточная через носовые канюли каждые 3 часа по 15 минут
- неинвазивная вентиляция легких
- инвазивная вентиляция легких
- оксигенотерапия высокопоточная при усилении одышки (по требованию)

Для лечения ХСН у пациента с ХОБЛ препаратами выбора являются

- β-адреноблокаторы
- петлевые диуретики
- антагонисты кальция
- ингибиторы АПФ

Селективные β₁-адреноблокаторы, назначаемые для лечения ХСН у пациентов с ХОБЛ,

- могут улучшать эффективность β₂-агонистов с уменьшением дозы последних, снижают риск смерти, уменьшают частоту обострений
- индуцируют бронхоспазм, нарушают мукоцилиарный транспорт
- отрицательно влияют на бронхиальную проходимость
- в условиях гипоксемии в большей степени проявляют побочные действия

У пациентов с ХОБЛ и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями в качестве базисной терапии рекомендуется использование

- могут улучшать эффективность β₂-агонистов с уменьшением дозы последних, снижают риск смерти, уменьшают частоту обострений
- индуцируют бронхоспазм, нарушают мукоцилиарный транспорт
- отрицательно влияют на бронхиальную проходимость
- в условиях гипоксемии в большей степени проявляют побочные действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 52 года, госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Жалобы

На общую слабость, быструю утомляемость, потливость, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой слизисто-гнойного характера, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки голеней и стоп.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 10 лет, когда стал беспокоить кашель с мокротой, который связывал с курением. Около 5 лет назад стала беспокоить одышка при нагрузках и свистящее дыхание при нагрузке и по ночам. Наблюдался по месту жительства у терапевта с диагнозом «хронический обструктивный бронхит». Периодически при одышке применял ингаляции беродуала с эффектом. Два года назад лечился в стационаре в связи с прогрессированием симптомов с некоторым улучшением, после выписки рекомендованных препаратов не принимал. Около года отмечает появление отеков на ногах и тяжесть в правом подреберье. Ухудшение самочувствия в течение 1 недели, после переохлаждения: повысилась температура до $37,5 - 37,7^{\circ}\text{C}$, увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, выросла одышка до степени удушья. Лечился самостоятельно (парацетамол, амброксол, беродуал), продолжал работать. Улучшения самочувствия не было. Обратился в приемное отделение стационара самостоятельно, и был госпитализирован.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. Служил в армии, в танковых войсках. + Работает водителем-дальнобойщиком, многие годы имеет контакт с бензином, мазутом, выхлопными газами. + Алкоголь употребляет умеренно. Курит 1 пачку сигарет в день в течение 30 лет. + Аллергический анамнез без особенностей. + Наследственность по легочной патологии неотягощена. + Социально-бытовые условия удовлетворительные. + Туберкулезом не болел. Проверочные флюорографические осмотры проходит регулярно, последний – 2 года назад в стационаре – без очаговых и инфильтративных теней. + За пределы области в течение месяца не выезжал. Контакт с инфекционными больными отрицает. + Перенесенные заболевания: ОРВИ; около 10 лет гипертоническая болезнь, адаптирован к АД 140/90 мм рт. ст., регулярно гипотензивные препараты не получает).

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 72 кг, рост 170 см. Температура $37,4^{\circ}\text{C}$. Отмечается цианотичность лица, кистей рук, набухлость шейных вен. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – расширена в передне-заднем направлении, расширены межреберные промежутки, эпигастральный угол тупой. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, масса сухих свистящих хрипов по всем

легочным полям, выдох удлинен. ЧДД 25 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 100 в мин., АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 1,5 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации, размеры по Курлову 12-10-9. Симптом Плеша положительный. Отеки стоп, нижней трети голеней, на голених коричневатая пигментация кожных покровов, сухость кожи. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 2-3 степень выраженности одышки, по САТ тесту 28 баллов.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить лабораторные методы исследования

- могут улучшать эффективность β_2 -агонистов с уменьшением дозы последних, снижают риск смерти, уменьшают частоту обострений
- индуцируют бронхоспазм, нарушают мукоцилиарный транспорт
- отрицательно влияют на бронхиальную проходимость
- в условиях гипоксемии в большей степени проявляют побочные действия

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- могут улучшать эффективность β_2 -агонистов с уменьшением дозы последних, снижают риск смерти, уменьшают частоту обострений
- индуцируют бронхоспазм, нарушают мукоцилиарный транспорт
- отрицательно влияют на бронхиальную проходимость
- в условиях гипоксемии в большей степени проявляют побочные действия

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения обратимости бронхообструкции назначено выполнение

- могут улучшать эффективность β_2 -агонистов с уменьшением дозы последних, снижают риск смерти, уменьшают частоту обострений
- индуцируют бронхоспазм, нарушают мукоцилиарный транспорт
- отрицательно влияют на бронхиальную проходимость
- в условиях гипоксемии в большей степени проявляют побочные действия

Результаты обследования

Для оценки выраженности эмфиземы назначено исследование

- могут улучшать эффективность β_2 -агонистов с уменьшением дозы последних, снижают риск смерти, уменьшают частоту обострений
- индуцируют бронхоспазм, нарушают мукоцилиарный транспорт
- отрицательно влияют на бронхиальную проходимость
- в условиях гипоксемии в большей степени проявляют побочные действия

Результаты обследования

Клиническая симптоматика у пациента (цианотичность лица, кистей рук, набухлость шейных вен, увеличение печени, положительный симптом Плеша, отеки стоп, нижней трети голеней) обусловлена

- левожелудочковой сердечной недостаточностью с застоем в малом круге кровообращения
- острым легочным сердцем

- дилатационной кардиомиопатией
- хроническим легочным сердцем в стадии декомпенсации

Для диагностики хронического легочного сердца необходимо выполнить

- левожелудочковой сердечной недостаточностью с застоем в малом круге кровообращения

- острым легочным сердцем
- дилатационной кардиомиопатией
- хроническим легочным сердцем в стадии декомпенсации

Результаты обследования

С учетом показателей спирометрии стадия (степень тяжести) заболевания у пациента по спирометрической классификации ХОБЛ

- 2 стадия, среднетяжелая
- 3 стадия, тяжелая
- 1 стадия, легкой степени тяжести
- 4 стадия, крайне-тяжелая

Тяжесть обострения ХОБЛ у пациента можно оценить как

- крайне тяжелое
- легкое
- тяжелое
- среднетяжелое

Антибактериальный препарат выбора (первой линии) для лечения обострения

- карбапенем
- азитромицин
- амоксициллин/клавуланат
- ципрофлоксацин

В качестве бронхолитической терапии обострения ХОБЛ пациенту необходимо назначить

- теofilлин перорально
- бронходилататор короткого действия (беродуал) через небулайзер
- рофлумаил перорально
- сальметерол через дозированный аэрозольный ингалятор

Глюкокортикостероиды для лечения тяжелого обострения ХОБЛ должны быть назначены пациенту

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней

В качестве длительной поддерживающей терапии пациенту следует рекомендовать

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 60 лет, госпитализирован в отделение пульмонологии.

Жалобы

На общую слабость, повышение температуры до $37,7^{\circ}\text{C}$, плохой аппетит, плохой сон ночью и сонливость днем, депрессию, кашель с мокротой слизистого характера, одышку при незначительной физической нагрузке, свистящее дыхание по ночам и при ходьбе.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 15 лет, когда стал беспокоить кашель с мокротой по утрам, что связывал с курением. Около 5 лет назад стала беспокоить одышка и свистящее дыхание при нагрузке, периодически по ночам. Наблюдался и периодически лечился амбулаторно с диагнозом «хронический бронхит». При затруднении дыхания использовал ингаляции вентолина. Обострения бронхита 2 раза в год, весной и осенью на фоне ОРВИ. В течение трех лет ежегодно лечится по поводу обострения заболевания стационарно в связи с усилением одышки. После выписки рекомендованную терапию не принимает. Ухудшение самочувствия в течение 5 дней, когда после перенесенной ОРВИ увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, стала нарастать одышка, по вечерам субфебрильная температура. В связи с усилением одышки до степени удушья сегодня ночью вызвал бригаду скорой помощи, которая доставила пациента в стационар.

Анамнез жизни

В детстве и юности рос и развивался в соответствии с возрастом. От физкультуры не освобождался. В армии не служил, т.к. отбывал наказание в местах заключения за кражу. + Работал грузчиком, дворником, в настоящее время – инвалид 2 группы (по ИБС). + Алкоголь употребляет умеренно. Курил по 1-2 пачки сигарет в день в течение 45 лет. В течение 2-х лет не курит. + Аллергический анамнез не отягощен. + Наследственность не знает, вырос в детском доме. + Социально-бытовые условия удовлетворительные. + Туберкулезом болел в местах заключения. В настоящее время на диспансерном учете у фтизиатра не состоит. Профилактический флюорографический осмотр проходит ежегодно, последний раз – год назад во время госпитализации в стационар – без очаговых и инфильтративных теней. + Перенесенные заболевания: ОРВИ, 2 года назад перенес инфаркт миокарда, постоянно принимает кардиомагнил, престариум, бисопролол.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 82 кг, рост 172 см. Температура $36,8^{\circ}\text{C}$. Положение ортопноэ. Кожные покровы обычной окраски, небольшой акроцианоз. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное с жестким оттенком, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлиннен, в нижне-боковых отделах единичные влажные

мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 106 в мин., АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 1,0 см из-под края реберной дуги, безболезненная, размеры по Курлову 10-9-7. Видимых отеков нет. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 2 балла (степень выраженности одышки), по САТ тесту 27 баллов.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить лабораторные методы исследования

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения диагноза назначено выполнение

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней

Результаты обследования

Физикальная симптоматика со стороны органов дыхания у пациента может быть обусловлена

- двусторонней пневмонией и диффузным пневмосклерозом
- двусторонней пневмонией и вторичным бронхообструктивным синдромом
- бронхообструктивным синдромом и левожелудочковой сердечной недостаточностью
- бронхообструктивным синдромом и острым легочным сердцем

Для исключения повторного инфаркта миокарда (астматического варианта) необходимо выполнить

- двусторонней пневмонией и диффузным пневмосклерозом
- двусторонней пневмонией и вторичным бронхообструктивным синдромом
- бронхообструктивным синдромом и левожелудочковой сердечной недостаточностью
- бронхообструктивным синдромом и острым легочным сердцем

Результаты обследования

Тяжесть обострения ХОБЛ у пациента можно оценить как

- среднетяжелое

- легкое
- тяжелое
- крайне тяжелое

С учетом анамнестических, клинических и данных дополнительного обследования можно поставить диагноз

- среднетяжелое
- легкое
- тяжелое
- крайне тяжелое

Диагноз

Данные исследования газового состава крови у пациента (PaCO_2 46 мм рт. ст., pH 7,34, PaO_2 ~2~/ FiO_2 ~198 мм рт. ст.) показывают, что требуется проведение

- оксигенотерапии через носовые канюли каждые 3 часа по 30 минут
- неинвазивной вентиляции легких
- инвазивной вентиляции легких
- оксигенотерапии через носовые канюли «по требованию»

Терапия в период обострения ХОБЛ у пациента должна включать

- бронхолитики, антигистаминные, муколитики
- бронхолитики, антибиотики, глюкокортикоиды
- антибиотики, глюкокортикоиды, спазмолитики
- бронхолитики, муколитики, антикоагулянты

В качестве бронхолитической терапии обострения ХОБЛ пациенту необходимо назначить

- длительнодействующий бета2-агонист (сальметерол через дозированный аэрозольный ингалятор)
- короткодействующий антихолинергический препарат (ипратропий через небулайзер)
- длительнодействующий бета2-агонист (формотерол - порошок ингалятор)
- теofilлин медленного высвобождения (теопэк перорально)

Глюкокортикоиды для лечения тяжелого обострения ХОБЛ должны быть назначены пациенту

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации

В качестве длительной поддерживающей терапии пациенту следует рекомендовать

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 63 лет, пенсионер, живет в благоустроенной квартире один, вдовец. Доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара бригадой скорой помощи.

Жалобы

Кашель с трудноотделяемой светлой мокротой, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, общую слабость, разбитость, боли колющего характера при глубоком дыхании и кашле в левой половине грудной клетки, потливость, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад, когда после переохлаждения (после бани нырнул в прорубь) появился озноб, головная боль, повысилась температура до $38-39^{\circ}\text{C}$, беспокоила головная боль, боли в мышцах, сухой кашель. Принимал парацетамол без эффекта. Сохранялась лихорадка, усилился кашель, появилась боль в грудной клетке при дыхании. Вызвал «скорую», которая доставила пациента в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает сахарный диабет 2 типа в течение 5 лет, принимает метформин по 1000 мг 2 раза в сутки. * Курит, алкоголь употребляет редко. * Аллергический анамнез не отягощен. * Наследственность – отец умер от рака легких. * За пределы области за последний год не выезжал. Контакт с инфекционными больными отрицает. Контакт с лицом, находящимся под наблюдением по поводу COVID-19, отрицает. * В стационаре лечился 5 лет назад. * Флюорографию делает ежегодно, последний раз – 6 месяцев назад: без очаговых и инфильтративных изменений.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Вес 95 кг, рост 174 см. Температура $38,8^{\circ}\text{C}$. Гиперемия лица. Herpes labialis. Кожные покровы чистые, влажные. Зев незначительно гиперемирован. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Левая половина грудной клетки несколько отстает при дыхании. Слева от угла лопатки укорочение перкуторного звука, там же голосовое дрожание усилено. В этой зоне характер дыхания бронхиальный, выслушивается нежная крепитация. Над остальной поверхностью легких – перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 25 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 120 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Стул, диурез без особенностей.

Для постановки диагноза данному пациенту на уровне приемного отделения необходимо выполнить следующий лабораторный метод исследования

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза необходимо провести инструментальные методы обследования

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации

Результаты инструментальных методов обследования

Помимо выполненных на уровне приемного отделения данному пациенту необходимо назначить

- перорально 10-20 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации
- ингаляционно через дозированный аэрозольный ингалятор на весь период госпитализации
- перорально в дозе 30-40 мг/сут (преднизолон) в течение 5-7 дней
- внутривенно 90-120 мг/сут (преднизолон) на весь период госпитализации

Результаты обследования

Компьютерная томография легких у данного пациента является

- не обязательной, так как пациент без заболеваний легких в прошлом
- не обязательной, так как клинико-рентгенологическая картина типична для пневмонии
- обязательной в связи с обширностью поражения (нижняя доля слева)
- обязательной для проведения дифференциальной диагностики с ателектазом

У пациента обязательным является выполнение

- не обязательной, так как пациент без заболеваний легких в прошлом
- не обязательной, так как клинико-рентгенологическая картина типична для пневмонии
- обязательной в связи с обширностью поражения (нижняя доля слева)
- обязательной для проведения дифференциальной диагностики с ателектазом

Результаты обследования

Помимо синдрома интоксикации (потеря аппетита, рвота, потеря сознания, сонливость, беспокойство) у пациентов пожилого и старческого возраста внебольничная пневмония чаще всего проявляется

- симптомами декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, хронической сердечно-сосудистой недостаточностью и др.)
- бледностью склер и кожных покровов, ватностью ног, лимонной окраской кожи
- чувством нехватки воздуха, стеснением в груди, приступом удушья
- страхом смерти, чужими голосами в голове, сновидениями

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациента можно поставить диагноз

- симптомами декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, хронической сердечно-сосудистой недостаточностью и др.)
- бледностью склер и кожных покровов, ватностью ног, лимонной окраской кожи
- чувством нехватки воздуха, стеснением в груди, приступом удушья
- страхом смерти, чужими голосами в голове, сновидениями

Диагноз

При улучшении клинической картины у пациента после 4 недель терапии имеется неполное рентгенологическое разрешение пневмонии – это говорит о

- постпневмоническом бронхиолите
- рецидивирующей пневмонии
- медленно разрешающейся внебольничной пневмонии
- затяжном течении бронхита

Наиболее вероятные возбудители пневмонии у данного пациента

- {nbsp}P.aeruginosa, C. burnetii, Moraxella catarrhalis, вирус гриппа
- {nbsp}PC вирус, коронавирус, M.pneumoniae, Enterobacterales (БЛРС {plus})
- {nbsp}S.pneumoniae, H.influenzae, C.pneumoniae, S. aureus
- {nbsp}Ch.pneumoniae, Legionellaspp., S.aureus (MPC {plus}), грибы

Длительность курса антибактериальной терапии у данного пациента может быть + ____ + дней

- 7 – 10
- 3 – 5
- 20
- 14

Респираторная поддержка данному пациенту

- не показана, так как у него при поступлении SpO₂ ~ 91%
- показана, так как инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю левого легкого
- не показана, так как у больного есть сахарный диабет
- показана, так как частота дыхания при поступлении 25 в мин

К факторам риска неадекватного (позднего) ответа на лечение при внебольничной пневмонии, помимо пожилого возраста (> 65 лет), наличия хронических сопутствующих заболеваний, выявления высоковирулентных возбудителей (L. pneumophila, энтеробактерии) и наличие внелегочных очагов инфекции относятся

- не показана, так как у него при поступлении SpO₂ ~ 91%
- показана, так как инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю левого легкого
- не показана, так как у больного есть сахарный диабет
- показана, так как частота дыхания при поступлении 25 в мин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М. 45 лет, обратилась к врачу-терапевту участковому.

Жалобы

- на кашель с выделением скудной слизистой мокроты - на периодические боли в правой половине грудной клетки ноющего характера - на одышку, возникающую при быстром темпе ходьбы, купирующуюся в покое в течение 2 минут.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы пациентку периодически беспокоят на протяжении двух месяцев, к врачу не обращалась. При устройстве на работу в результате проведения флюорографии были выявлены патологические изменения в

области корней легких. В связи чем обратилась к врачу-терапевту участковому по месту жительства.

Анамнез жизни

- Домохозяйка - Профессиональных вредностей не было. - В детстве развивалась нормально, болела корью - Бытовые условия у пациентки удовлетворительные, приём пищи регулярный - Вредные привычки отрицает. - Аллергические реакции к медикаментам отрицает. - Наследственность и семейный анамнез не отягощены. - Предыдущее флюорографическое обследование было 2 года назад — без патологии.

Объективный статус

При осмотре общее состояние удовлетворительное, стабильное. Пациентка ориентирована в месте, времени, собственной личности. Температура тела 36,6 градусов С. ИМТ 30 кг/м². На коже обеих голеней визуализируется узловатая эритема. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка симметричная. Перкуторно ясный легочной звук. В легких дыхание везикулярное, патологические дыхательные шумы не выслушиваются. ЧДД 17 в мин. Пульс 72 уд. в мин, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов не изменено. ЧСС 75 уд/мин. АД 125/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный, 1 раз в день, оформленный, без примесей крови и слизи.

В перечень лабораторных методов исследования входят

- не показана, так как у него при поступлении SpO₂ ~ 91%
- показана, так как инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю левого легкого
- не показана, так как у больного есть сахарный диабет
- показана, так как частота дыхания при поступлении 25 в мин

Результаты лабораторных методов обследования

В перечень инструментальных методов исследований входят

- не показана, так как у него при поступлении SpO₂ ~ 91%
- показана, так как инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю левого легкого
- не показана, так как у больного есть сахарный диабет
- показана, так как частота дыхания при поступлении 25 в мин

Результаты инструментальных методов обследования

Диагноз следует сформулировать как

- не показана, так как у него при поступлении SpO₂ ~ 91%
- показана, так как инфильтрация занимает почти всю нижнюю долю левого легкого
- не показана, так как у больного есть сахарный диабет
- показана, так как частота дыхания при поступлении 25 в мин

Диагноз

У пациентки наблюдается рентгенологическая картина саркоидоза + __ + стадии

- II
- III

- IV
- I

Саркоидоз лимфатических узлов следует дифференцировать с

- эмфиземой легких
- центральным раком лёгкого
- хронической обструктивной болезнью лёгких
- бронхиальной астмой

Бессимптомным больным с I стадией саркоидоза рекомендовано/рекомендована

- наблюдение без лечения
- госпитализация и лечение преднизолоном с изониазидом
- трансбронхиальное удаление лимфатических узлов
- альтернативная терапия цитостатиками

Лечение преднизолоном (или эквивалентной дозой другого ГКС) назначают в начальной дозе 0,5 мг/кг/сутки на 4 недели, затем дозу снижают до поддерживающей для контроля над симптомами и прогрессированием болезни в течение

- 2-3 недель
- 3 лет
- 6-24 месяцев
- 3-4 месяцев

При динамическом наблюдении больных с внутригрудным саркоидозом наиболее информативным методом исследования параметров функционального состояния легких является спирометрия, а также

- определение уровня NO в выдыхаемом воздухе
- определение газового состава крови
- определение сатурации крови (SaO₂)
- оценка степени поглощения окиси углерода (DLco)

Спирометрию следует проводить не реже + _____ + в активную фазу процесса и ежегодно при последующем наблюдении

- 1 раза в месяц
- 1 раза в 6 месяцев
- 1 раза в 3 месяца
- 2 раз в месяц

При назначении пациенту преднизолона следует контролировать артериальное давление, массу тела, плотность костей, а также

- гормоны щитовидной железы
- глюкозу крови
- креатинин
- липидный спектр крови

Благоприятным прогностическим фактором при саркоидозе является ремиссии более + _____ + (пороговое значение)

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 3 лет
- 2 лет

Со впервые выявленным активным саркоидозом: при положительной динамике, инволюции процесса, положительном ответе на проводимую

терапию, состоянии без динамических изменений и при наличии недостаточности органов и систем не более 1 степени, пациент должен в первый(-ые) + _____ + год(-а) посещать врача каждый(-ые) + _____ + месяца(-ев), + + _____ + 1 раз в

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 3 лет
- 2 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б., 68 лет, обратился к терапевту поликлиники.

Жалобы

На повышение температуры тела до $38,3^{\circ}\text{C}$, кашель со светлой мокротой, общую слабость, одышку при ходьбе.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около одной недели. Был бытовой контакт с больной острым респираторным заболеванием внучкой, после чего появился озноб, насморк. Вызывал на дом врача поликлиники по месту жительства. Согласно рекомендациям доктора, принимал парацетамол при повышении температуры тела, витамин С, арбидол. 3 дня назад присоединился кашель с трудноотделяемой мокротой, поднялась температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, пропал аппетит, стал хуже переносить привычную нагрузку. Самостоятельно пришел к терапевту в поликлинику.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Наследственный анамнез по заболеваниям органов дыхания не отягощен. * Аллергологический анамнез – аллергия на укусы пчел в виде отека Квинке. * Пенсионер. * Социально бытовые условия удовлетворительные: проживает в 3-комнатной квартире с женой, дочерью и внучкой. * За пределы родного края не выезжал. * Контакт с инфекционными больными, больными туберкулезом и лицами, находящимися под наблюдением по поводу COVID-19 отрицает. * Не курит, в прошлом курильщик - по 1 пачке сигарет в день на протяжении 20 лет. * От гриппа, пневмококковой инфекции не прививался. * В анамнезе – гипертоническая болезнь, адаптирован к АД – 140/80 мм рт. ст. Регулярно принимает эналаприл-Н.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, ближе к удовлетворительному. Температура $38,0^{\circ}\text{C}$. Рост 165 см, вес 81 кг, ИМТ – $29,8 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. Носовое дыхание не затруднено. При перкуссии притупление легочного тона над нижними долями обоих легких. При аускультации в легких выслушивается дыхание везикулярное, в нижних отделах обоих легких - бронхиальное, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 23 в минуту, поверхностное. Границы относительной тупости сердца: правая граница- на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2, см влево от левой срединно-ключичной линии, верхняя – на уровне III межреберья слева.

Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум в проекции митрального клапана. ЧСС = 78 ударов/ мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 78 в минуту. АД 135/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см. Симптом поколачивания с двух сторон отрицательный. Стул, диурез в норме. **Минимально необходимыми для постановки диагноза при подозрении на внебольничную пневмонию методами обследования являются**

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 3 лет
- 2 лет

Результаты обследования

Перечень рекомендованных исследований при внебольничной пневмонии, в дополнение к вышеуказанным, включает

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 3 лет
- 2 лет

Результаты обследования

На основании клинико-рентгенологических и лабораторных данных можно поставить диагноз основного заболевания

- 12 месяцев
- 6 месяцев
- 3 лет
- 2 лет

Диагноз

Для оценки тяжести пневмонии и прогноза при начальной оценке рекомендуется использовать шкалу

- SMART-COP
- CRB-65/ CURB-65
- IDSA/ATS
- Глазго

Пациент должен продолжить лечение в

- условиях дневного стационара (желание пациента, по шкале CRB-65 0 баллов)
- амбулаторных условиях (по шкале CRB-65 0 баллов)
- отделении интенсивной терапии (по шкале CRB-65 3 балла)
- стационаре (по шкале CRB-65 1 балл)

При госпитализации больного в пульмонологическое отделение степень тяжести заболевания и прогноз заболевания необходимо оценить с помощью

- APACHE II – 31
- шкалы SMART-COP
- шкалы CURB/CRB-65
- CAT теста

Аускультативно при пневмонии над пораженной зоной легкого определяется (-ются)

- рассеянные сухие хрипы
- отсутствие дыхательных шумов
- мелкопузырчатые влажные хрипы
- ослабленное везикулярное дыхание

**Больным, госпитализированным с тяжелой пневмонией, рекомендованным методом проведения антибактериальной терапии является + _____ +
путь введения**

- парентеральный
- двойной (ингаляционный {plus} парентеральный)
- ингаляционный
- пероральный

В стационаре больному стартовая антибактериальная терапия будет назначаться

- согласно режимам химиотерапии
- _Ex juvantibus_
- по данным посева мокроты
- эмпирически

О медленно разрешающемся течении пневмонии следует думать при сохраняющихся рентгенологических изменениях в легких к исходу + _____ + недели

- 1
- 3
- 4
- 2

К группе респираторных фторхинолонов относится

- амикацин
- моксифлоксацин
- линезолид
- ванкомицин

Основным, самым частым возбудителем внебольничной пневмонии является

- амикацин
- моксифлоксацин
- линезолид
- ванкомицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Д., 64 лет, на приеме у пульмонолога, к которому был отправлен лечащим врачом кардиологического отделения.

Жалобы

Кашель с желтоватой мокротой, до 100 в сутки, повышение температуры до 38,0⁰С, слабость, потливость, одышку и свистящее дыхание при ходьбе, по ночам.

Анамнез заболевания

В настоящее время лечится в кардиологическом отделении по поводу впервые возникшей стенокардии. Поступил в стационар 6 дней назад с жалобами на боли в грудной клетке давящего характера, возникающими при ходьбе, длящимися 5 минут и проходящими в покое. При поступлении на рентгенограмме органов грудной клетке изменений не выявлено. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2-х дней после переохлаждения (выходил на улицу курить, в холодное время года был легко одет), когда появились вышеописанные жалобы. Дежурному врачу и медперсоналу об этом не сообщил. Лечащий врач после обхода направил пациента на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ 1-2 раза в год. Наблюдается у пульмонолога в течение 4 лет по поводу ХОБЛ средней степени тяжести. Получает терапию форадилом, при нарастании одышки – беродуал. По поводу ХОБЛ стационарного лечения не получал. Курит 1 - 1½ пачки в день 45 лет, алкоголем не злоупотребляет. Аллергический анамнез без особенностей. Наследственность по легочной патологии неотягощена. Работает экскаваторщиком. Социально-бытовые условия удовлетворительные. За пределы области в последнее время не выезжал. Туберкулез отрицает. Контакт с инфекционными больными и лицами, находящимися под наблюдением по поводу COVID-19, отрицает.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 94 кг, рост 172 см. Температура 37,2°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Обе половины грудной клетки участвуют в дыхании одинаково. Перкуторный звук над легкими во всех отделах легочный с коробочным оттенком. Справа под углом лопатки единичные влажные мелкопузырчатые хрипы на фоне бронхиального дыхания. Над остальной поверхностью легких - дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, сухие свистящие хрипы на фоне удлиненного выдоха. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца приглушены, ясные, ритм правильный. ЧСС 98 в мин., АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 10х9х7 см. Стул, диурез без особенностей. Периферических отеков нет.

Для постановки диагноза пациенту необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- амикацин
- моксифлоксацин
- линезолид
- ванкомицин

Результаты лабораторного метода обследования

К инструментальным методам обследования, которые необходимо выполнить пациенту, относятся

- амикацин
- моксифлоксацин
- линезолид

- ванкомицин

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинико-рентгенологических и лабораторных данных данному пациенту можно поставить диагноз

- амикацин
- моксифлоксацин
- линезолид
- ванкомицин

Диагноз

В данном случае пневмонию необходимо дифференцировать с

- ТЭЛА и инфарктом легкого, хронической сердечной недостаточностью, лекарственной (токсической) пневмопатией
- легочным альвеолярным протеинозом, муковисцидозом, гистиоцитозом Х, идиопатическим легочным фиброзом
- гангреной легких, бронхоэктатической болезнью, казеозной пневмонией, метастатическим поражением легких
- раком легкого, инфильтративным туберкулезом, саркоидозом

Диагноз пневмонии считается определенным, так как помимо интоксикационного и респираторного симптомов, выявлен(о)

- изменение ЭКГ
- фокус инфильтрации
- снижение SpO₂
- снижение ОФВ₁

Нозокомиальные пневмонии развиваются после пребывания в стационаре через

- 24 часа
- 12 и более часов
- 48 и более часов
- 60 минут

Для стартовой антибактериальной терапии у данного пациента необходимо назначить

- ципрофлоксацин 0,6 г в/в каждые 12 ч
- левофлоксацин 500 мг в/в 1 раз в сутки
- линезолид 0,6 г внутрь каждые 12 ч
- оксациллин 2 г в/м каждые 4-6 часов

Оценить эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии после начала лечения необходимо через

- 5 - 6 дней
- 7 - 8 дней
- 48 - 72 часа
- 12 - 24 часа

Кроме антибактериальной терапии пациенту должны быть назначены

- антигистаминные и нестероидные противовоспалительные препараты
- бронхолитики и муколитики
- витамины группы В и полиоксидоний
- глюкокортикостероиды и иммуномодуляторы

В качестве бронхолитической терапии обострения ХОБЛ пациенту необходимо назначить

- рофлумиласт перорально
- бронходилататор короткого действия (беродуал) через небулайзер
- теофиллин перорально
- вентолин через дозированный аэрозольный ингалятор

В качестве поддерживающей терапии ХОБЛ у данного пациента при выписке необходимо назначение

- ингибитора фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus} будесонид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Для лечения ишемической болезни сердца пациенту с ХОБЛ на амбулаторном этапе наблюдения лучше рекомендовать

- ингибитора фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus} будесонид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Г., 38 лет, обратился в частную клинику к врачу.

Жалобы

На общую слабость, потливость, озноб, повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$, непродуктивный кашель, слабость, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Заболел остро 3 дня назад после переохлаждения в автобусе, когда внезапно появился озноб, сухой кашель, повышение температуры тела до $38,0^{\circ}\text{C}$. «Простуду» лечил применением водки, перца и соли. На фоне проводимой терапии сохранялась температура, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. Обратился в частную клинику.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Профессия: инженер-строитель. * Перенесенные заболевания и операции: часто более ОРВИ. * Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 20 лет, алкоголь употребляет по праздникам. * Аллергический анамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия – живет в однокомнатной квартире, семьи нет. * В детстве перенес туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. На диспансерном учете по туберкулезу не состоит. Флюорографию проходит ежегодно, последний раз – 6 месяцев назад, результат - без очаговых и инфильтративных изменений. * За пределы области не выезжал. Контакт с инфекционными больными, в том числе COVID-19, отрицает. * В стационаре последняя госпитализация в детском возрасте. Гемотрансфузий не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, влажные. Зев бледно-розовой окраски, миндалины не увеличены. Температура 37,9⁰С. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Пульс 90 ударов/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. ЧДД – 20 в минуту. Грудная клетка нормостенического типа. Перкуторно – укорочение перкуторного звука над нижней долей слева. Аускультативно – наличие фокуса мелкопузырчатых хрипов там же над нижней долей слева. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9х8х7 см. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферические отеки отсутствуют. SpO₂ – 96%.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо назначить в первую очередь

- ингибитора фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus} будесонид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- ингибитора фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus} будесонид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Результаты лабораторного метода обследования

На основании клинико-рентгенологических данных пациенту поставлен диагноз

- ингибитора фосфодиэстеразы-4 (рофлумиласт)
- фиксированной комбинации ДДБА/ИГКС (формотерол {plus}будесонид)
- раздельной комбинации ДДБА и ИГКС (формотерол {plus} будесонид)
- фиксированной комбинации ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)

Диагноз

Для оценки тяжести пневмонии и прогноза на амбулаторном этапе рекомендуется использовать шкалу

- SMART-COP
- HAS-BLED
- CRB-65/ CURB-65
- PORT

Согласно данным шкалы CRB-65/ CURB-65 лечение пациента

- необходимо проводить в условиях стационара
- необходимо проводить в условиях лечебного учреждения 3-го уровня
- возможно в амбулаторных условиях
- необходимо проводить в отделении интенсивной терапии

К антибактериальным препаратам, которые необходимо использовать для стартовой терапии в данной клинической ситуации, относятся

- аминопенициллины (амоксциллин)
- моксифлоксацин
- метронидазол
- ципрофлоксацин

Помимо стойкого снижения температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч и отсутствие интоксикационного синдрома к критериям достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии относится

- отсутствие хрипов и везикулярное дыхание по данным аускультации
- частота дыхания $<20/\text{мин}$, отсутствие гнойной мокроты
- по данным рентгенологического исследования органов грудной полости разрешение инфильтративных изменений
- отсутствие выпота в плевральной полости

Длительность обратного развития пневмонии в среднем составляет + _____ + недель/недели

- 2-3
- 3-4
- 5-6
- 1-2

К осложнениям внебольничной пневмонии относится

- хроническая дыхательная недостаточность
- эмпиема плевры
- печеночная кома
- хроническая сердечная недостаточность

Показанием для проведения компьютерной томографии органов грудной полости при пневмонии является

- наличие выраженного интоксикационного синдрома
- пневмония, при которой длительность существования инфильтративных изменений в легочной ткани превышает один месяц
- отнесение пациента к группе риска развития заболевания с полирезистентным возбудителем
- сохранение инфильтрации легочной ткани в течение 7-10 дней от начала лечения пневмонии

ШКАЛА CRB-65 =1 БАЛЛ означает

- госпитализацию в реанимационное отделение
- диагноз пневмонии сомнителен
- госпитализацию в палату интенсивной терапии
- амбулаторное лечение

Шкала CRB-65 =2 балла говорит о/об

- госпитализацию в реанимационное отделение
- диагноз пневмонии сомнителен
- госпитализацию в палату интенсивной терапии
- амбулаторное лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Г., 40 лет, направлена к пульмонологу участковым терапевтом.

Жалобы

На общую слабость, потливость, кашель с небольшим количеством вязкой светлой мокроты, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Заболела остро 5 дней назад, когда после переохлаждения (попала под дождь) повысилась температура до $38,0^{\circ}\text{C}$, беспокоила головная боль, боли в мышцах, горле, сухой кашель. Лечилась самостоятельно (парацетамол, арбидол). Улучшения самочувствия не было, сохранялась высокая температура тела, усилился кашель. Обратилась к терапевту, которым с приема была направлена на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ, хронические заболевания отрицает. * Работает учителем в школе. * Не курит, алкоголь не употребляет. * Аллергический анамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. * Туберкулез в анамнезе отрицает. Флюорографию проходит ежегодно, последний раз – перед началом учебного года, результат – без очаговых и инфильтративных изменений. * За пределы области не выезжала. Контакт с инфекционными больными, в том числе COVID-19, отрицает. * В стационаре последняя госпитализация 20 лет. Гемотрансфузий не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительно. Вес 82 кг, рост 160 см. Температура $37,9^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Справа в нижнебоковых отделах укорочение перкуторного звука, там же несколько усилено голосовое дрожание. В этой зоне характер дыхания бронхиальный, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких – перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 100 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9x8x7 см. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данной пациентке в амбулаторных условиях необходимо выполнить лабораторный метод исследования

- госпитализацию в реанимационное отделение
- диагноз пневмонии сомнителен
- госпитализацию в палату интенсивной терапии
- амбулаторное лечение

Результаты лабораторного метода обследования

Для постановки диагноза необходимо провести инструментальные методы обследования

- госпитализацию в реанимационное отделение

- диагноз пневмонии сомнителен
- госпитализацию в палату интенсивной терапии
- амбулаторное лечение

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- госпитализацию в реанимационное отделение
- диагноз пневмонии сомнителен
- госпитализацию в палату интенсивной терапии
- амбулаторное лечение

Диагноз

Степень тяжести заболевания и прогноз у данной пациентки можно оценить с помощью шкалы

- IDSA/ATS
- SMART-COP
- PORT
- CURB/CRB-65

Пациентка должна продолжить лечение

- в пульмонологическом отделении стационара круглосуточного пребывания
- в дневном стационаре поликлиники
- в общетерапевтическом отделении стационара круглосуточного пребывания
- амбулаторно и не требует госпитализации

Наиболее вероятные возбудители пневмонии в данном случае

- *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *C.pneumoniae*
- микобактерии нетуберкулезного типа, коронавирус, вирусы гриппа
- *S.aureus*, *Enterobacteriaceae*, *Moraxella catarrhalis*
- микобактерии туберкулезного комплекса, *Legionella* spp., *S.aureus*

Больной в амбулаторных условиях в качестве стартовой терапии предпочтительно назначить

- амоксициллин
- ванкомицин
- гентамицин
- бисептол

Рекомендуемый путь введения антибактериального препарата у пациентки, не нуждающейся в госпитализации, это

- внутривенный
- ингаляционный
- пероральный
- внутримышечный

Эффективность и безопасность стартового режима антибактериальной терапии после начала лечения можно оценивать через

- 5-7 дней
- 6 – 12 часов
- 48-72 часов
- 1– 6 часов

Критерием эффективности антибактериальной терапии пневмонии в эти сроки будет

- прекращение тахикардии, несмотря на сохраняющуюся лихорадку, отсутствие периферического акроцианоза
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов заболевания
- отсутствие ночной потливости, изменение характера кашля (становится продуктивным)
- улучшение качества сна, изменение характера кашля (перестанет отделяться мокрота)

Длительность обратного развития рентгенологических признаков пневмонии обычно составляет

- 1 - 2 месяца
- 3 – 4 недели
- 1 – 2 недели
- до 3 месяцев

Стойкий субфебрилитет в пределах 37,0-37,2°C после перенесенной пневмонии может быть связан с

- 1 - 2 месяца
- 3 – 4 недели
- 1 – 2 недели
- до 3 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Ц. 75 лет обратилась к терапевту в поликлинику.

Жалобы

Жалуется на недомогание, слабость, субфебрильную температуру, ночной пот, снижение массы тела, потерю аппетита, кровохарканье, одышку, боль в груди.

Анамнез заболевания

Страдает более 20 лет хронической обструктивной болезнью легких, в последние 5 лет - с обострениями 2 раза в год (после перенесенных острых вирусных заболеваний), дважды требовалась госпитализация. Вне обострения беспокоил кашель с мокротой по утрам, одышка при физической нагрузке. + Последнее обострение (месяц назад) связывает с сильным переохлаждением. Постепенно появились недомогание, слабость, субфебрильная температура, потливость по ночам, отметила снижение массы тела, потерю аппетита. Стал беспокоить кашель с обильной мокротой, появилась примесь крови в мокроте, одышка, боль в груди. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно (жаропонижающие). При появлении в последние дни примеси крови в мокроте, нарастании одышки, боли в груди обратилась к терапевту в поликлинику.

Анамнез жизни

Курит много лет (более 40 лет), индекс курильщика – 25,2 п/л. В анамнезе – хроническая обструктивная болезнь легких, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (проявлялась кислой , которые чаще возникали после еды, при наклоне туловища вперед или в ночное время). + В течение 15 лет работала в условиях

вредного производства (высокая запыленность рабочей зоны на торфоперерабатывающем заводе).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела снижена (ИМТ-18,4 кг/м²). Кожа влажная, горячая на ощупь, умеренный акроцианоз, температура тела 37,5 С. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 92 в 1 мин., АД 130/80 мм. рт. ст. ЧДД - 24 в 1 мин. SpO₂ – 82%. При перкуссии грудной клетки: коробочный звук. При аускультации легких: жесткое дыхание, сухие рассеянные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Перкуторные размеры 9х8х7х см. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1 - 2 месяца
- 3 – 4 недели
- 1 – 2 недели
- до 3 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 1 - 2 месяца
- 3 – 4 недели
- 1 – 2 недели
- до 3 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клинико-лабораторные и рентгенологические данные можно поставить диагноз

- 1 - 2 месяца
- 3 – 4 недели
- 1 – 2 недели
- до 3 месяцев

Диагноз

Решающим диагностическим критерием установления микобактериоза легких является

- выявление мультифокальных бронхоэктазов при рентгенологическом исследовании
- наличие очаговых или полостных изменений на рентгенограмме
- микробиологическая видовая идентификация
- наличие клинических симптомов заболевания легких

Антибактериальное лечение больного с микобактериозом, вызванным медленнорастущими микобактериями проводится комплексом этамбутол +

- пипразинамид {plus} стрептомицин
- пенициллин {plus} изониазид
- кларитромицин {plus} рифабутин
- кларитромицин {plus} амоксициллин

Этиотропная терапия должна строиться с учетом лекарственной чувствительности нетуберкулезной микобактерии

- выделяемой у пациентов в данном регионе
- выделенной у конкретного больного
- полученной в смывах конкретного медицинского учреждения
- выделенной у конкретного больного только при инфицировании быстрорастущими нетуберкулезными микобактериями

Длительность лечения микобактериоза, как правило, составляет

- 4-6 недель
- 10-14 дней
- 12-18 месяцев
- 3 месяца

Рецидив микобактериоза после успешной химиотерапии может быть связан с

- плохой приверженностью к соблюдению рекомендаций по двигательному режиму после окончания лечения
- плохой приверженностью к соблюдению рекомендаций по питанию после окончания лечения
- несоблюдением рекомендаций по трудоустройству после окончания лечения
- природной резистентностью микобактерий ко многим антимикробным препаратам

Для повышения эффективности химиотерапии у данной больной целесообразно (-на)

- нормализация сна у больной
- назначение поливитамиотерапии
- лечение и профилактика обострений ХОБЛ
- повышение калоража пищи с целью увеличения массы тела

В качестве немедикаментозных методов лечения в комплексной терапии заболеваний органов дыхания у больной может использоваться

- электрофорез-индуктотермия на грудную клетку
- дыхательная гимнастика
- УВЧ на грудную клетку
- иглоукалывание

В качестве симптоматической терапии больной с микобактериозом на фоне сопутствующей ХОБЛ нецелесообразно назначение

- короткодействующих бета-адреномиметиков
- ингаляционных глюкокортикоидов
- муколитиков
- пролонгированных М-холиноблокаторов

В качестве симптоматической терапии больной с микобактериозом на фоне сопутствующей ХОБЛ рекомендовано назначение

- короткодействующих бета-адреномиметиков
- ингаляционных глюкокортикоидов
- муколитиков
- пролонгированных М-холиноблокаторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент З., 21 год, обратился в поликлинику.

Жалобы

на * кашель с отделением желтой мокроты, * одышку при умеренной физической нагрузке, * повышение температуры тела до 38°C , * общую слабость, * головную боль.

Анамнез заболевания

Заболел остро 3 дня назад после переохлаждения, когда отметил повышение температуры до 38°C , появление сначала сухого, затем влажного кашля. Самостоятельно принимал парацетамол 500 мг для снижения температуры с кратковременным эффектом. На следующий день начала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке, что послужило причиной обращения в поликлинику.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Не работает. * Перенесенные операции: отрицает. * Хронические заболевания: отрицает. * Наследственность: не отягощена. * Вредные привычки: нет. * Аллергоанамнез: не отягощен. * Эпиданамнез: не отягощен, контакт с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. * Сознание ясное. * Температура тела $38,3^{\circ}\text{C}$. * Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Зев спокоен. * При осмотре грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в дыхании. ЧДД 21 в минуту. При пальпации голосовое дрожание усилено справа в проекции нижней доли. При перкуссии – укорочение перкуторного звука слева в проекции нижней доли. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание над зоной укорочения перкуторного звука, влажные мелкопузырчатые хрипы в большом количестве. * Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 92 удара в минуту, АД 130/90 мм.рт.ст., пульс 92 удара в минуту. * Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Размеры печени по Курлову $9 \times 8 \times 7$ см. * Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. * Физиологические отправления в норме. * Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- короткодействующих бета-адреномиметиков
- ингаляционных глюкокортикоидов
- муколитиков
- пролонгированных М-холиноблокаторов

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- короткодействующих бета-адреномиметиков
- ингаляционных глюкокортикоидов
- муколитиков
- пролонгированных М-холиноблокаторов

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая клиническую картину, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, основным диагнозом у данного больного является

- короткодействующих бета-адреномиметиков
- ингаляционных глюкокортикоидов
- муколитиков
- пролонгированных М-холиноблокаторов

Диагноз

При оценке состояния пациента по шкале CRB65, пациент набирает + ____ + баллов

- 2
- 0
- 3
- 1

Данному пациенту показано лечение в

- домашних условиях
- отделении реанимации
- дневном стационаре
- терапевтическом отделении стационара

Антибактериальным препаратом выбора у данного пациента является препарат из группы

- гликопептидов
- незащищенных пенициллинов
- фторхинолонов
- аминогликозидов

Эффективность антибактериальной терапии у данного пациента следует оценить на + ____ + день от начала терапии

- 5
- 2
- 4
- 3

Рекомендуемый режим дозирования перорального амоксициллина составляет

- по 875 мг 1 раз в сутки
- 0,5-1,0 г каждые 8 часов
- по 500 мг 2 раза в сутки
- по 500 мг 1 раз в сутки

Альтернативным препаратом в данной клинической ситуации является препарат из группы

- фторхинолонов
- макролидов
- аминогликозидов
- гликопептидов

Рекомендуемый режим дозирования азитромицина

- по 500 мг 3 раза в сутки
- по 500 мг 1 раз в сутки
- по 1000 мг 2 раза в сутки

- по 1000 мг 1 раз в сутки

Внебольничной считают пневмонию, развившуюся вне стационара, либо диагностированную

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Для специфической профилактики пневмококковой пневмонии используют

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет направлен в пульмонологическое отделение участковым терапевтом.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39°C, кашель с трудноотделяемой мокротой, общую слабость, одышку при физической нагрузке, боль в левой половине грудной клетки при дыхании.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 5 дней, когда после переохлаждения внезапно поднялась температура тела до 39°C с ознобом, появился сухой кашель, слабость, потливость. Самостоятельно принимал жаропонижающие, эффект был кратковременным – температура повышалась через 2 часа. На 4 день появилась трудно отделяемая мокрота. Самочувствие ухудшалось, нарастала слабость, появилась боль в груди при дыхании, одышка при физической нагрузке. Вызвал участкового терапевта, был направлен на госпитализацию в стационар.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. + Перенесенные заболевания: периодические ОРВИ, периодическое повышение артериального давления, по поводу которого к врачам не обращался. Хронические заболевания отрицает. + Туберкулез у себя, туберкулезный контакт отрицает. Венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты отрицает. + В эпидемически опасные районы не выезжал. + От гриппа, пневмококковой инфекции не привит. + Аллергологический анамнез не отягощен. + Наследственность не отягощена. + Работает каменщиком. + Женат. Социально бытовые условия удовлетворительные: проживает с женой в благоустроенной 2-комнатной квартире. + Курит по 1 пачке в день 22 лет. Индекс пачка/лет = 22.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. + Температура 39°C. + Рост 172 см, вес 72 кг, ИМТ – 24.22 кг/м². + Кожные покровы бледно-розовые, на щеках румянец. Заднешейные и подчелюстные группы лимфатических узлов увеличены до 1,5-

2,0 см, мягко-эластические, подвижные. + Щитовидная железа не пальпируется. + Носовое дыхание не затруднено. + Грудная клетка правильной нормостенической формы. При перкуссии притупление легочного тона над нижней долей левого легкого. При аускультации в легких дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижней доле левого легкого. ЧД 20 в минуту. + Границы относительной тупости сердца: правая граница на 1 см снаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 80 в минуту. АД 115/75 мм рт. ст. + Язык обложен у корня белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см. + Симптом поколачивания с двух сторон отрицательный. + Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Результаты инструментальных методов обследования

Вышеперечисленные данные свидетельствуют о наличии

- спустя 20 суток с момента выписки из стационара
- в первые 5 суток от момента госпитализации
- спустя 48 часов с момента выписки из стационара
- в первые 2 суток от момента госпитализации

Диагноз

Дифференциальный диагноз пневмонии в первую очередь проводят с

- лимфогранулематозом
- гамартохондромой
- туберкулезом
- периферическим раком

Основными классами антибактериальных препаратов для лечения внебольничной пневмонии являются

- лактамные антибиотики, макролиды, фторхинолоны
- сульфаниламидные антибактериальные препараты
- цефалоспорины, полимиксины, линкозамины
- тетрациклины, карбапенемы

Для оценки тяжести пневмонии и прогноза при начальной оценке рекомендуется использовать шкалу

- {nbsp}SCORE
- {nbsp}CRB-65/ CURB-65
- {nbsp}HAS-BLED
- {nbsp}CHA~2~DS~2~-VASc

Шкала CURB-65 помимо возраста, уровня сознания, ЧД и уровня АД включает анализ

- азота мочевины
- фибриногена
- глюкозы
- СКФ

Первоначальная оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии при пневмонии должна быть выполнена через + ____ + после начала лечения

- 48-72 ч
- 5 дней
- 6-12 ч
- 24 ч

Одним из критериев достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии является

- по данным рентгенологического исследования органов грудной полости разрешение инфильтративных изменений
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП при выписке из стационара
- частота дыхания <20/мин, отсутствие гнойной мокроты
- клиническое и рентгенологическое разрешение пневмонии

К симптомам и признакам, не являющимся показанием для продолжения антибактериальной терапии при пневмонии, относится

- сохранение «гнойности» мокроты
- стойкий субфебрилитет в пределах 37,0-37,2°C
- сохранение на рентгенограмме инфильтрации, изменение ее интенсивности и распространённости
- сохранение температуры тела в пределах до 38,5°C

После выписки из стационара пациенту для профилактики повторных пневмоний можно рекомендовать

- прием противовоспалительных препаратов в течение месяца
- повышение физической активности
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- иммунизацию пневмококковыми вакцинами

Внебольничной считают пневмонию, которая диагностирована в первые + ____ + ч с момента госпитализации

- прием противовоспалительных препаратов в течение месяца
- повышение физической активности
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- иммунизацию пневмококковыми вакцинами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет, обратился в диагностический центр к врачу-пульмонологу.

Жалобы

На сухой кашель, общую слабость, вялость, одышку при физической нагрузке, боли в области грудной клетки.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 3 месяцев, когда стал беспокоить сухой кашель, постепенно стала появляться одышка, слабость. Самостоятельно прошел флюорографию органов грудной полости, дообследован. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости в двух проекциях: корни легких расширенные, с полициклическими контурами за счет увеличения бронхопульмональных лимфоузлов. Рекомендована консультация врача-пульмонолога.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. + Хронические заболевания, операции, травмы отрицает. Отмечает периодические ОРВИ 1-2 раза в год. + Туберкулез, туберкулезный контакт, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. + Наследственность по легочным заболеваниям неотягощена. + Аллергоанамнез не отягощен. + От гриппа, пневмококковой инфекции не привит. + Работает водителем-дальнобойщиком. Живет в благоустроенной квартире вдвоем с женой. + Курит, индекс курильщика 15 пачка/лет. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ – 20 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Увеличение задне-шейной группы лимфатических узлов, не спаянны, плотноэластической консистенции. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 19 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая граница- на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 72 в минуту, одинаковый на обеих руках. АД 130/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

Необходимыми для постановки диагноза первоначальными методами обследования являются

- прием противовоспалительных препаратов в течение месяца
- повышение физической активности
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- иммунизацию пневмококковыми вакцинами

Результаты обследования

К уточняющим дополнительным методам обследования относятся

- прием противовоспалительных препаратов в течение месяца
- повышение физической активности
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника

- иммунизацию пневмококковыми вакцинами

Результаты обследования

Полученные данные свидетельствуют о наличии у пациента

- прием противовоспалительных препаратов в течение месяца
- повышение физической активности
- препараты, нормализующие микрофлору кишечника
- иммунизацию пневмококковыми вакцинами

Диагноз

Характерным изменением начальных форм саркоидоза в легких является

- синдром легочной диссеминации
- увеличение внутригрудных лимфоузлов
- единичные очаги на верхушках
- прикорневые участки затемнения

Рекомендованной группой препаратов для медикаментозного лечения согласно данным доказательной медицины являются

- системные глюкокортикостероиды
- антибиотики широкого спектра действия
- системные иммуномодуляторы
- ингибиторы фактора некроза опухоли

Саркоидная реакция клинически проявляется

- внутригрудной лимфаденопатией, узловой эритемой, суставным синдромом, увеитом, паротитом, лихорадкой и параличом лицевого нерва
- образованием в различных органах и тканях неказефицирующихся гранулём саркоидного типа
- одышкой, пятнистой папулезной сыпью, парезами конечностей, увеличением подчелюстных лимфоузлов, лихорадкой
- лихорадкой, конъюнктивитом, розеолезной сыпью, гепатоспленомегалией

Дифференциальный диагноз саркоидоза проводится с

- ХОБЛ, идиопатическим фиброзирующим альвеолитом, мезотелиомой плевры, грибковыми поражениями легких
- внебольничной пневмонией, тромбоэмболией легочной артерии, плевритом
- туберкулезом, лимфогранулематозом, неопластическими, инфекционными, аутоиммунными заболеваниями
- силикозом, центральным раком легкого, карциноматозом, гемосидерозом

К благоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относят

- пожилой возраст при выявлении
- синдром Лефгрена
- наличие кашля и одышки при выявлении, длительный субфебрилитет
- АПФ–генотип DD

Назначение глюкокортикоидов у больного с признаками спонтанной ремиссии саркоидоза

- целесообразно в любом случае
- нецелесообразно
- целесообразно, только в больших дозах
- целесообразно, только в малых дозах

Саркоидоз характеризуется

- бронхоспазмом

- формированием казеозного некроза
- распадом эритроцитов
- формированием неказефицирующих гранул

Наиболее обоснованным подходом к профилактике развития пневмококковой пневмонии у лиц с саркоидозом является

- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами

Профессиональное заболевание легких, о котором следует подумать при обследовании нового пациента с клинической картиной саркоидоза

- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 39 лет направлен участковым терапевтом к пульмонологу.

Жалобы

На одышку при умеренной физической нагрузке, редкий сухой кашель, повышение температуры тела до 38,0°C.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение двух последних лет, когда периодически стала повышаться температура до фебрильных цифр, последний год беспокоит сухой кашель. К врачам не обращался, периодически самостоятельно принимал жаропонижающие и отхаркивающие. + При обращении к терапевту обследован. + Показатели общего и биохимического анализов (АСТ, АЛТ, общ. билирубин, общий холестерин, креатинин, глюкоза) крови, общего анализа мочи пациента в пределах референсных значений. + Рентгенограмма органов грудной полости: выявлены явления диссеминации в средних отделах легких на фоне пневмосклероза и эмфиземы. + Спирометрия: умеренное снижение вентиляционной способности легких по смешанному типу.

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. + Перенесенные заболевания: хронический бронхит, частые простудные заболевания, артериальная гипертензия; в детстве ветряная оспа. + Туберкулез, туберкулезный контакт, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. + Наследственность по легочным заболеваниям неотягощена. + Аллергоанамнез не отягощен. + Курит 25 лет по пачке в день,

алкоголем не злоупотребляет. + Профессиональный анамнез: работает менеджером в магазине. Женат, материальное обеспечение удовлетворительное.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. ИМТ 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Слизистые оболочки розовые влажные.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. + Аускультативно дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы в средних и нижних отделах обоих легких. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить начальные методы исследования

- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- здоровый образ жизни, коррекция факторов риска и плановая терапия саркоидоза
- терапия антибактериальными препаратами согласно чувствительности выделенных из биологических жидкостей возбудителей на весь период иммуносупрессивной терапии
- терапия антибактериальными препаратами из группы полусинтетических пенициллинов в период вирусных эпидемий
- вакцинация антипневмококковыми и противогриппозными вакцинами

Результаты инструментального метода обследования

Для исключения туберкулёза необходимо провести

- оценку диффузионной способности лёгких
- внутрикожную пробу Манту и Диаскинтест
- общий клинический анализ крови
- исследование сосудов нижних конечностей

На основании полученных данных можно выставить диагноз

- оценку диффузионной способности лёгких
- внутрикожную пробу Манту и Диаскинтест
- общий клинический анализ крови
- исследование сосудов нижних конечностей

Диагноз

Для уточнения активности заболевания следует провести следующие лабораторные методы

- оценку диффузионной способности лёгких
- внутрикожную пробу Манту и Диаскинтест
- общий клинический анализ крови
- исследование сосудов нижних конечностей

Результаты лабораторных методов обследования

Осуществление лечебно-диагностических мероприятий данному пациенту на этапе подтверждения диагноза следует проводить в

- условиях дневного стационара
- условиях специализированного стационара
- амбулаторных условиях
- условиях противотуберкулезного диспансера

Предпочтительной тактикой ведения пациента на начальном этапе является

- активное наблюдение с рентген-контролем изменений в легких каждые 2-3 месяца
- назначение азатиоприна 50-200 мг в сутки
- назначение преднизолона 0,5 мг/кг/сутки в сутки не менее 9 месяцев, пульс терапия 1 г в сутки 3 дня (или 3 дня через день)
- назначение метотрексата 5-20 мг 1 раз в неделю, до 2-х лет

Рекомендуемая стартовая доза преднизолона для терапии саркоидоза + ____ + мг/кг/сутки

- 0,25
- 0,5
- 1
- 0,75

Помимо бессимптомности течения к благоприятным прогностическим факторам при саркоидозе относится

- отсутствие поражения лимфатических узлов
- молодой возраст
- старший возраст при выявлении
- первично хроническое течение заболевания

Одним из неблагоприятных прогностических факторов при саркоидозе является

- абсолютная лимфопения
- женский пол
- мужской пол
- поражение кожи

Ингаляционные глюкокортикостероиды при саркоидозе могут быть назначены в следующей ситуации

- при прогрессирующем течении болезни
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни
- на ранних стадиях заболевания

Для выявления одного из частых внелёгочных проявлений саркоидоза следует

- при прогрессирующем течении болезни
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни
- на ранних стадиях заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 43-х лет госпитализирована в отделение пульмонологии.

Жалобы

Сухой приступообразный кашель, привкус крови во рту при продолжительном кашле, одышка, возникающая при ходьбе по ровной местности до 100 м.

Анамнез заболевания

Около 4 лет назад после перенесенной простуды стал беспокоить постоянный сухой кашель. Тогда же лечилась по поводу спонтанного пневмоторакса, причина которого не установлена. Каждый год выполняла флюорографию – без патологии. Месяц назад после психоэмоционального стресса отметила усиление сухого кашля, нарастание одышки, появилась мокрота с прожилками крови.

Госпитализирована для обследования с предварительным диагнозом

«Пневмония? ХОБЛ?»

Анамнез жизни

* Росла и развивалась, не отставая от сверстников. * Из перенесенных заболеваний отмечает ветрянку, скарлатину в 14 лет, частые простудные заболевания. С 30 лет – постоянная прибавка массы тела. * Работает программистом. * Не курит, алкоголь употребляет умеренно. * Аллергоанамнез без особенностей. * Гинекологический анамнез: два аборта – в 25 и 27 лет. С 36 летнего возраста – нарушение цикла, диагностирована миома матки, выполнена миомэктомия в 2012 г., повторная операция в 2014 г.(рецидив). По УЗИ и ЯМРТ малого таза, данным гистологического исследования – лейомиома матки, аденомиоз. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 107 кг, рост 166 см (ИМТ 32 кг/м²). Температура 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы, симметричная, равномерно участвует в дыхании. При перкуссии ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 82 в мин., АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза необходимо выполнить следующие лабораторные методы исследования

- при прогрессирующем течении болезни
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни
- на ранних стадиях заболевания

Результаты лабораторных методов обследования

Выполнены необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

- при прогрессирующем течении болезни
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни

- на ранних стадиях заболевания

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения диагноза легочной патологии с учетом полученных данных ИФВД, пульсоксиметрии назначено определение

- при прогрессирующем течении болезни
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни
- на ранних стадиях заболевания

Результаты обследования

С целью дифференциальной диагностики и уточнения диагноза выполнена

- при прогрессирующем течении болезни
- при наличии бронхиальной гиперреактивности
- при бессимптомном течении болезни
- на ранних стадиях заболевания

Результаты обследования

С учетом полученных результатов исследования, с учетом клинико-анамнестических данных предположительный диагноз

- диссеминированный туберкулез легких
- лимфангиолейомиоматоз легких
- альвеолярный протеиноз
- гранулематоз Вегенера

Для верификации диагноза необходимо выполнить

- диссеминированный туберкулез легких
- лимфангиолейомиоматоз легких
- альвеолярный протеиноз
- гранулематоз Вегенера

Результаты обследования

С учетом полученных результатов обследования установлен диагноз

- диссеминированный туберкулез легких
- лимфангиолейомиоматоз легких
- альвеолярный протеиноз
- гранулематоз Вегенера

Диагноз

Препарат, используемый в консервативной терапии

Лимфангиолейомиоматоза (ЛАМ) легких

- ингибитор мишени рапамицина млекопитающих (mTOR) - сиролимус
- химерные мышино-человеческие IgG1 моноклональные антитела - инфликсимаб
- иммунодепрессант из группы антиметаболитов - азатиоприн
- гуманизированное моноклональное антитело против IgE - омализумаб

Лечение препаратом, используемым в лечении ЛАМ, должно проводиться в

- амбулаторно под контролем пульмонолога и гинеколога
- специализированных медицинских учреждениях, в которых занимаются лечением и наблюдением больных ЛАМ

- стационаре под наблюдением врача общей практики
- пульмонологическом отделении под наблюдением гинеколога

Медикаментозная терапия ЛАМ включает

- прогестерон, ингаляционные бронхолитики
- антигистаминные, теофиллин
- антибиотики группы макролидов, хлорид кальция
- системные глюкокортикостероиды, муколитики

Пациентам с ЛАМ следует избегать приема

- антиагрегантов
- антикоагулянтов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- комбинированных оральных контрацептивов

Исследование функции дыхания у пациентов с прогрессированием ЛАМ проводится

- антиагрегантов
- антикоагулянтов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- комбинированных оральных контрацептивов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С., 52 лет, обратился в многопрофильную районную больницу к пульмонологу.

Жалобы

На выраженную одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, сухой кашель, изменения ногтевых фаланг пальцев рук, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: сварщик * Перенесенные заболевания и операции: перелом руки в детстве * Наследственность: не отягощена * Вредные привычки: курил в течение 20 лет. Последние 5 лет не курит * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

* Болен в течение 4 лет, когда впервые заметил появление одышки сначала при физической нагрузке. К врачам не обращался, самостоятельно принимал Эуфиллин * В течение 1 года одышка при минимальной физической нагрузке, самообслуживании. Стал отмечать изменение концевых фаланг пальцев рук. Присоединился кашель.

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. * Цианоз носогубного треугольника. Концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол». * Грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации легких выслушиваются конечно-инспираторная крепитация, по типу хруста снега над всеми отделами легких симметрично с 2 сторон. Сатурация O₂ - 90%. ЧДД 25 в минуту. * Тоны сердца приглушенные,

ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. * Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. * Периферические отеки отсутствуют.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- антиагрегантов
- антикоагулянтов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- комбинированных оральных контрацептивов

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- антиагрегантов
- антикоагулянтов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- комбинированных оральных контрацептивов

Результаты инструментальных методов обследования

Морфологическим субстратом, характерным для данного заболевания, является

- бугорок (гранулема), в центре которого имеется участок творожистого (казеозного) некроза
- обычная интерстициальная пневмония
- альвеолярное пространство и ряд мелких бронхиол, заполненных аморфным, гранулярным эозинофильным материалом
- гранулематозное воспаление

На основании результатов клинико-лабораторных, инструментальных и морфологических методов обследования больному может быть установлен диагноз

- бугорок (гранулема), в центре которого имеется участок творожистого (казеозного) некроза
- обычная интерстициальная пневмония
- альвеолярное пространство и ряд мелких бронхиол, заполненных аморфным, гранулярным эозинофильным материалом
- гранулематозное воспаление

Диагноз

Специфическими биомаркерами данного заболевания считаются

- высокомолекулярный гликопротеин KL-6, альвеоломуцин Ф
- туморнекротизирующий фактор альфа (TNF- α), цитокин IL-6
- интерлейкин-13, миелопероксидаза
- альфа-фетопротеин, интерлейкин-1 бета

Одним из ранних признаков заболевания при идиопатическом легочном фиброзе является

- снижение диффузионной способности легких
- снижение ОФВ1
- увеличение концентрации CO₂ в крови

- снижение ОФВ1/ФЖЕЛ

Частым осложнением данного заболевания может явиться

- эмфизема легких
- присоединение вторичной инфекции
- перфорация легкого
- развитие плеврита

К препаратам с доказанной эффективностью при лечении идиопатического легочного фиброза относятся

- нинтеданиб, пирфенидон
- бозентан, омализумаб
- n-ацетилцистеин, преднизолон
- преднизолон, гидрокортизон

Комбинация преднизолона, азатиоприна, n-ацетилцистеина для лечения идиопатического легочного фиброза

- рекомендуется всем пациентам, как стартовая терапия
- рекомендуется всем пациентам пожизненно
- не рекомендуется
- рекомендуется пациентам моложе 60 лет

Немедикаментозная терапия идиопатического легочного фиброза включает

- кислородотерапию
- мануальную терапию
- рефлексотерапию
- фототерапию

Пятилетняя выживаемость больных ИЛФ после трансплантации легких составляет + _____ + %

- 10-16
- 30-36
- 50-56
- 80-86

Прогноз для жизни больных с идиопатическим легочным фиброзом оценивается как

- 10-16
- 30-36
- 50-56
- 80-86

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К., 58 лет, вызвал врача на дом.

Жалобы

На выраженную одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, сухой кашель, изменения ногтевых фаланг пальцев рук, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: пенсионер * Перенесенные

заболевания и операции: отрицает * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курил в течение 20 лет. * Аллергоанамнез: неотягощен.

Анамнез жизни

Болен в течение 2-х лет, когда впервые заметил появление одышки сначала при физической нагрузке. К врачам не обращался, самостоятельно не лечился. В течение 1 года одышка при минимальной физической нагрузке, самообслуживании. Стал отмечать изменение концевых фаланг пальцев рук. Присоединился кашель.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧДД 25 в минуту. Цианоз носогубного треугольника. Концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол». Сатурация O₂ - 90%. Грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации легких выслушиваются конечно-инспираторная крепитация, по типу хруста снега над всеми отделами легких симметрично с 2 сторон. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- 10-16
- 30-36
- 50-56
- 80-86

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- 10-16
- 30-36
- 50-56
- 80-86

Результаты инструментальных методов обследования

Морфологическим субстратом, характерным для данного заболевания, является

- клетки Лангерганса
- эозинофильное воспаление
- гранулематозное воспаление
- обычная интерстициальная пневмония

На основании результатов клинико-лабораторных, инструментальных и морфологических методов обследования больному может быть установлен диагноз

- клетки Лангерганса
- эозинофильное воспаление
- гранулематозное воспаление
- обычная интерстициальная пневмония

Диагноз

Основной жалобой у больных идиопатическим легочным фиброзом является

- чувство скованности в грудной клетке
- малопродуктивный кашель с выделением слизистой мокроты
- головокружения, головные боли
- одышка во время физической нагрузки

Аускультативным признаком идиопатического фиброза легких является

- «попискивание» над областью верхних и средних легочных полей
- мелкопузырчатые нестабильные хрипы больше в нижних отделах легких
- конечно-инспираторная крепитация
- незвучные сухие свистящие хрипы над всем поверхностями легких

Для медикаментозной терапии данного заболевания рекомендован

- нинтеданиб
- циклоспорин
- дексаметазон
- метотрексат

В настоящее время для терапии данных больных не рекомендовано использование

- нинтеданиба
- перфинидона
- лансопразола
- амбризентана

Показанием для трансплантации легких у такого больного может стать гистологический или КТ паттерн обычной интерстициальной пневмонии и

- {nbsp}DLCO ниже 40% от должных
- {nbsp}DLCO выше 50%, но ниже 80% от должных
- постоянная нейтрофилия мокроты
- отсутствие положительной динамики на компьютерной томографии на фоне лечения

Критерием постановки данного диагноза наряду с наличием гистологического или КТ паттерна обычной интерстициальной пневмонии является

- наличие изменений пальцев по типу "барабанных палочек" и ногтевых фаланг в виде "часовых стекол"
- исключение других известных причин
- наличие характерной аускультативной картины (крепитация по типу «треска целлофана»)
- установленный возбудитель заболевания

Длительная кислородотерапия при данном заболевании показана при

- {nbsp}SpO₂ в покое < 88%; PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст
- {nbsp}SpO₂ при физической нагрузке < 90%; PaO₂ ≤ 65 мм рт. ст
- {nbsp}SpO₂ в покое < 98%; PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст
- {nbsp}SpO₂ в покое < 89%; PaO₂ ≤ 60 мм рт. ст

Возраст больных в дебюте идиопатического легочного фиброза как правило составляет + _____ + лет

- {nbsp}SpO₂ в покое < 88%; PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст
- {nbsp}SpO₂ при физической нагрузке < 90%; PaO₂ ≤ 65 мм рт. ст
- {nbsp}SpO₂ в покое < 98%; PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст
- {nbsp}SpO₂ в покое < 89%; PaO₂ ≤ 60 мм рт. ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б.Ю., 56 лет, обратился в районный диагностический центр к врачу терапевту.

Жалобы

На выраженную одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, сухой кашель, изменения ногтевых фаланг пальцев рук, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: водитель такси * Перенесенные заболевания и операции: частые простудные заболевания, в детстве перенес ветрянку. * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курил в течение 20 лет, последние 5 лет не курит * Аллергоанамнез: не отягощен.

Анамнез жизни

Болен в течение 5 лет, когда впервые заметил прогрессирование одышки сначала при физической нагрузке. К врачам не обращался, прекратил курение самостоятельно, принимал Эуфиллин, без эффекта. В течение последнего 1 года одышка беспокоит при минимальной физической нагрузке, нарушая самообслуживание. Стал отмечать изменение концевых фаланг пальцев рук. Присоединился кашель.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧДД 25 в минуту. Цианоз носогубного треугольника. Концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол». Сатурация O_2 - 90%. Грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации легких выслушивается конечно-инспираторная крепитация, по типу хруста снега над всеми отделами легких симметрично с 2 сторон. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, при пальпации мягко-эластической консистенции, край ровный, безболезненный. Перкуторно размеры печени по Курлову 9-8-7 см.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- SpO_2 в покое $< 88\%$; $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст
- SpO_2 при физической нагрузке $< 90\%$; $PaO_2 \leq 65$ мм рт. ст
- SpO_2 в покое $< 98\%$; $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст
- SpO_2 в покое $< 89\%$; $PaO_2 \leq 60$ мм рт. ст

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- SpO_2 в покое $< 88\%$; $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст
- SpO_2 при физической нагрузке $< 90\%$; $PaO_2 \leq 65$ мм рт. ст
- SpO_2 в покое $< 98\%$; $PaO_2 \leq 55$ мм рт. ст
- SpO_2 в покое $< 89\%$; $PaO_2 \leq 60$ мм рт. ст

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных, инструментальных и морфологических методов обследования больному может быть установлен диагноз

- {nbsp} SpO₂ в покое < 88%; PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст
- {nbsp} SpO₂ при физической нагрузке < 90%; PaO₂ ≤ 65 мм рт. ст
- {nbsp} SpO₂ в покое < 98%; PaO₂ ≤ 55 мм рт. ст
- {nbsp} SpO₂ в покое < 89%; PaO₂ ≤ 60 мм рт. ст

Диагноз

Типичным рентгенологическим симптомом идиопатического легочного фиброза является

- очаговая диссеминация
- мелкосетчатая деформация легочного рисунка за счет интерстициального компонента
- участки «матового» стекла и консолидации
- симптом «дерево в почках»

У больных идиопатическим фиброзом легких при спирометрии выявляют

- прогрессирующее изолированное снижение индекса Тиффно
- обструктивные нарушения
- признаки обратимой бронхиальной обструкции
- рестриктивные нарушения

При проведении функциональных легочных проб у больных с ИЛФ наблюдается снижение диффузионной способности легких для монооксида углерода методом однократного вдоха с задержкой дыхания и

- необратимое снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду
- увеличение внутригрудного объема легких
- снижение индекса Тиффно менее 70%
- снижение форсированной жизненной емкости легких

Для постановки диагноза идиопатического легочного фиброза при отсутствии других известных причин интерстициального поражения требуется наличие + _____ + на компьютерной томографии высокого разрешения

- инфильтрации легочной ткани в базальных отделах легких
- выраженных фиброзных изменений в верхних отделах легких
- признаков «матового стекла»
- паттерна обычной интерстициальной пневмонии

Базисная терапия идиопатического легочного фиброза заключается в назначении

- цитостатиков
- нинтеданиба
- глюкокортикостероидов
- {nbsp} N-ацетилцистеина

Для терапии данных больных в настоящее время НЕ рекомендуется

- антирефлюксной терапии
- нинтеданиба
- преднизолона и азатиоприна

- перфинидона

Показанием для трансплантации легких у больных с идиопатическим легочным фиброзом является гистологический или КТ паттерн обычной интерстициальной пневмонии и

- снижение ФЖЕЛ на 5% и более в течение 12 мес. наблюдения
- отсутствие положительной динамики на компьютерной томографии на фоне лечения в течение 2 месяцев
- снижение SpO_2 ниже 88% во время 6-MWT
- постоянная эозинофилия мокроты

Специфическими биомаркерами данного заболевания являются

- интерлейкин-13, миелопероксидаза
- матричная металлопротеаза-9, интерлейкин-6
- альфа-фетопrotein, интерлейкин-1 бета
- высокомолекулярный гликопротеин KL-6, альвеоломуцин Ф

Возраст больных при идиопатическом легочном фиброзе, как правило, составляет + _____ + лет

- интерлейкин-13, миелопероксидаза
- матричная металлопротеаза-9, интерлейкин-6
- альфа-фетопrotein, интерлейкин-1 бета
- высокомолекулярный гликопротеин KL-6, альвеоломуцин Ф

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А., 66 лет, обратился в частную клинику.

Жалобы

На выраженную одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, сухой кашель, изменения ногтевых фаланг пальцев рук, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался соответственно возрасту * Профессия: не работает *

Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность: не

отягощена * Вредные привычки: курил в течение 10 лет, не курит более 15 лет *

Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

Болен в течение 4 лет, когда впервые заметил возникновение одышки при физической нагрузке. К врачам не обращался, самостоятельно принимал Эуфиллин. В течение 1 года одышка при минимальной физической нагрузке, самообслуживании. Стал отмечать изменение концевых фаланг пальцев рук. Присоединился кашель.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧДД 25 в минуту. Цианоз носогубного треугольника. Концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол». Сатурация O_2 - 90%. Грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации легких выслушиваются конечно-инспираторная крепитация, по типу хруста снега над

всеми отделами легких симметрично с 2 сторон. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот пальпаторно безболезненный

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- интерлейкин-13, миелопероксидаза
- матричная металлопротеаза-9, интерлейкин-6
- альфа-фетопротеин, интерлейкин-1 бета
- высокомолекулярный гликопротеин KL-6, альвеоломуцин Ф

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- интерлейкин-13, миелопероксидаза
- матричная металлопротеаза-9, интерлейкин-6
- альфа-фетопротеин, интерлейкин-1 бета
- высокомолекулярный гликопротеин KL-6, альвеоломуцин Ф

Результаты инструментальных методов обследования

Морфологическим проявлением, характерными для данного заболевания, является

- гранулематозное воспаление
- обычная интерстициальная пневмония
- клетки Лангерганса
- эозинофильное воспаление

На основании результатов клинко-лабораторных, инструментальных и морфологических методов обследования больному может быть установлен диагноз

- гранулематозное воспаление
- обычная интерстициальная пневмония
- клетки Лангерганса
- эозинофильное воспаление

Диагноз

Основной жалобой у больных идиопатическим фиброзом легких является

- чувство скованности в грудной клетке
- утренний кашель с выделением обильной серой мокроты
- одышка во время физической нагрузки
- малопродуктивный кашель с выделением слизистой мокроты

Аускультативным признаком идиопатического легочного фиброза является

- «попискивание» над областью верхних и средних легочных полей
- конечно-инспираторная крепитация
- мелкопузырчатые нестабильные хрипы больше в нижних отделах легких
- незвучные сухие свистящие хрипы над всем поверхностями легких

Препаратом, рекомендованным для медикаментозной терапии данного заболевания, является

- нинтеданиб

- преднизолон
- силденафил
- иматиниб

В настоящее время для терапии данных больных не рекомендовано использование

- силденафила
- нинтеданиба
- лансопразола
- перфинидона

Показанием для трансплантации легких у больного может стать гистологический или КТ паттерн обычной интерстициальной пневмонии и снижение ФЖЕЛ на + ____ + в течение + _____ + наблюдения

- $\geq 10\%$; 6 месяцев
- $\geq 7\%$; 12 месяцев
- до 5%; 1 месяца
- $\geq 15\%$; 18 месяцев

Развитие фиброзных изменений в тканях легких при данном заболевании обусловлено

- угнетением активности протеолитических ферментов
- длительно персистирующим аллергическим воспалением
- усиленным ресинтезом патологического коллагена
- неспецифической реакцией на воздействие экзогенного раздражителя

Основными признаками обычной интерстициальной пневмонии при КТ высокого разрешения являются

- отсутствие изменений в кортикальных и базальных отделах легких
- признаки «деревя в почках»
- диффузные двухсторонние ретикулярные изменения
- крупные субплевральные воздушные кисты

Важнейшим компонентом немедикаментозного лечения ИЛФ является

- отсутствие изменений в кортикальных и базальных отделах легких
- признаки «деревя в почках»
- диффузные двухсторонние ретикулярные изменения
- крупные субплевральные воздушные кисты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка У., 76 лет, обратилась к терапевту в районную больницу.

Жалобы

На выраженную одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, сухой кашель, изменения ногтевых фаланг пальцев рук, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Профессия: продавец * Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курит с 24 лет по 5-6 сигарет в день. * Аллергоанамнез неотягощен

Анамнез жизни

Больна в течение 10 лет, когда впервые заметила прогрессирование одышки сначала при интенсивной физической нагрузке, в последствии при обычной. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала эуфиллин по совету знакомой, без значимого эффекта. В течение последнего года стала отмечать одышку при минимальной физической нагрузке, самообслуживании. Заметила изменение концевых фаланг пальцев рук. Присоединился сухой кашель.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧДД 25 в минуту. Цианоз носогубного треугольника. Концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол». Сатурация O₂ ~ 90%. Грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации легких выслушиваются конечно-инспираторная крепитация, по типу хруста снега над всеми отделами легких симметрично с двух сторон. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 110 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- отсутствие изменений в кортикальных и базальных отделах легких
- признаки «деревя в почках»
- диффузные двухсторонние ретикулярные изменения
- крупные субплевральные воздушные кисты

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- отсутствие изменений в кортикальных и базальных отделах легких
- признаки «деревя в почках»
- диффузные двухсторонние ретикулярные изменения
- крупные субплевральные воздушные кисты

Результаты инструментальных методов обследования

Морфологическим изменением, характерным для данного заболевания, является

- десквамативная интерстициальная пневмония
- обычная интерстициальная пневмония
- гранулематозное воспаление
- криптогенная организуемая пневмония

На основании результатов клинко-лабораторных, инструментальных и морфологических методов обследования больному может быть установлен диагноз

- десквамативная интерстициальная пневмония
- обычная интерстициальная пневмония
- гранулематозное воспаление
- криптогенная организуемая пневмония

Диагноз

В качестве функциональных легочных проб у больных с ИЛФ в первую очередь следует использовать данные спирометрии и

- газов артериальной крови
- пикфлоуметрии в утренние часы
- диффузионной способности легких для монооксида углерода методом однократного вдоха с задержкой дыхания
- результатов теста 6-минутной ходьбы

У больных идиопатическим фиброзом легких при спирометрии выявляют снижение

- индекса Тиффно
- МОС25%
- ОФВ1
- ФЖЕЛ

У больной имеются клинические признаки такого типичного осложнения заболевания как

- присоединение вторичной инфекции
- острая сердечная недостаточность
- перфорация легкого
- вторичная легочная гипертензия

Для уточнения диагноза вторичной легочной гипертензии больной показано проведение

- суточного мониторинга артериального давления
- коронароангиографии
- доплер-эхокардиографического исследования
- электрокардиографии покоя в 12 отведениях

Для лечения идиопатического легочного фиброза следует применить

- силденафил
- преднизолон
- азатиоприн
- нинтеданиб

Показанием для трансплантации легких у больных с ИЛФ является гистологический или КТ паттерн обычной интерстициальной пневмонии и

- упорная нейтрофилия мокроты
- отсутствие положительной динамики на компьютерной томографии на фоне лечения
- снижение SpO₂ ниже 88% во время 6-минутного теста ходьбы
- снижение ФЖЕЛ менее 80%

Показанием для назначения длительной кислородотерапии является

- снижение SpO₂ при тесте 6-минутной ходьбы на 10% от исходной
- SpO₂ в покое 78%
- снижение SpO₂ до 88% при тесте 6-минутной ходьбы
- SpO₂ в покое <88%

Предпочтительным видом биопсии при данном заболевании считается

- снижение SpO₂ при тесте 6-минутной ходьбы на 10% от исходной
- SpO₂ в покое 78%
- снижение SpO₂ до 88% при тесте 6-минутной ходьбы
- SpO₂ в покое <88%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А., 66 лет, обратился в частную клинику на прием к пульмонологу.

Жалобы

На выраженную одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, сухой приступообразный кашель, изменения ногтевых фаланг пальцев рук, выраженную слабость. Периодически беспокоит изжога, преимущественно в ночное время.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался соответственно возрасту * Профессия: не работает * Перенесенные заболевания и операции: гипертоническая болезнь, ОИМ 5 лет назад * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курит в течение 40 лет, выкуривает по 20 сигарет в день * Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

* В течение последних 7-8 лет беспокоит одышка при обычной физической нагрузке. * 5 лет назад впервые во время прохождения планового ФЛГ обнаружены изменения в легких (усиление легочного рисунка). * Учитывая длительный стаж курения, наличие одышки участковым терапевтом изменения на ФЛГ интерпретированы как проявление ХОБЛ. Назначен сальбутамол ситуационно. * В течение последнего года одышка стала резко прогрессировать, стал замечать одышку при минимальной физической нагрузке, самообслуживании и отсутствие эффекта от приема сальбутамола. Присоединился сухой приступообразный кашель.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧДД 22 в минуту. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета. Концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол». Сатурация O₂ - 96%. Грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации легких выслушиваются конечно-инспираторная крепитация, по типу хруста снега над всеми отделами легких симметрично с 2х сторон. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- снижение SpO₂ при тесте 6-минутной ходьбы на 10% от исходной
- SpO₂ в покое 78%
- снижение SpO₂ до 88% при тесте 6-минутной ходьбы
- SpO₂ в покое <88%

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- снижение SpO₂ при тесте 6-минутной ходьбы на 10% от исходной
- SpO₂ в покое 78%

- снижение SpO₂ до 88% при тесте 6-минутной ходьбы
- SpO₂ в покое <88%

Результаты инструментальных методов обследования

Морфологическим изменением, характерным для данного заболевания, является

- десквамативная интерстициальная пневмония
- обычная интерстициальная пневмония
- криптогенная organizing пневмония
- гранулематозное воспаление

Предпочтительным видом биопсии в данном случае считается

- открытая биопсия легкого путем традиционной торакотомии
- видеоассистируемая торакоскопическая биопсия
- чрезбронхиальная биопсия
- тонкоигольная трансторакальная биопсия

На основании результатов клинико-лабораторных, инструментальных и морфологических методов обследования больному может быть установлен диагноз

- открытая биопсия легкого путем традиционной торакотомии
- видеоассистируемая торакоскопическая биопсия
- чрезбронхиальная биопсия
- тонкоигольная трансторакальная биопсия

Диагноз

Основной жалобой у больных идиопатическим фиброзом легких является

- выраженная слабость, потливость
- чувство скованности в грудной клетке
- малопродуктивный кашель с выделением слизистой мокроты
- одышка во время физической нагрузки

Аускультативным признаком идиопатического фиброза легких является

- незвучные сухие свистящие хрипы над всем поверхностями легких
- «попискивание» над областью верхних и средних легочных полей
- конечно-инспираторная крепитация
- мелкопузырчатые нестабильные хрипы больше в нижних отделах легких

Препаратами, рекомендованными для медикаментозной терапии данного заболевания, являются

- преднизолон, метотрексат
- варфарин, нимесулид
- нинтеданиб, пирфенидон
- циклоспорин, иматиниб

Негативное влияние гастро-эзофагеального рефлюкса на течение ИЛФ

обусловлено + _____ + , которая провоцирует воспалительный процесс в дыхательных путях

- снижением активности антитрипсина
- гиперактивацией n.vagus
- микроаспирацией
- системной провоспалительной активностью H.pylori

Для уменьшения негативного влияния гастро-эзофагеального рефлюкса на течение ИЛФ пациенту следует рекомендовать прием

- прокинетиков
- М-холиноблокаторов
- ингибиторов протонной помпы
- миотропных спазмолитиков

Немедикаментозным методом, уменьшающим явления гастро-эзофагеального рефлюкса, является

- «средиземноморская» диета
- аэробная физическая активность по 30 минут 5-7 раз в неделю
- отдых после приема пищи, лежа на животе
- прием малых порций пищи

Характерными признаками на КТ высокого разрешения при данной патологии являются диффузные двухсторонние ретикулярные изменения в сочетании с

- «средиземноморская» диета
- аэробная физическая активность по 30 минут 5-7 раз в неделю
- отдых после приема пищи, лежа на животе
- прием малых порций пищи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С., 52 лет, обратился в многопрофильную районную больницу к пульмонологу.

Жалобы

На выраженную одышку при минимальных физических нагрузках, самообслуживании, сухой кашель, изменения ногтевых фаланг пальцев рук, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: сварщик * Перенесенные заболевания и операции: перелом руки в детстве * Наследственность: не отягощена * Вредные привычки: курил в течение 20 лет. * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

* Болен в течение 4 лет, когда впервые заметил появление одышки сначала при физической нагрузке. К врачам не обращался, самостоятельно принимал Эуфиллин * В течение 1 года одышка при минимальной физической нагрузке, самообслуживании. Стал отмечать изменение концевых фаланг пальцев рук. Присоединился кашель.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. ЧДД 25 в минуту. Цианоз носогубного треугольника. Концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол». Сатурация O₂ - 90%. Грудная клетка бочкообразной формы. При аускультации легких выслушиваются конечно-инспираторная крепитация по типу хруста снега над

всеми отделами легких симметрично с 2 сторон. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 110 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- «средиземноморская» диета
- аэробная физическая активность по 30 минут 5-7 раз в неделю
- отдых после приема пищи, лежа на животе
- прием малых порций пищи

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования, проводимыми в амбулаторных условиях, являются

- «средиземноморская» диета
- аэробная физическая активность по 30 минут 5-7 раз в неделю
- отдых после приема пищи, лежа на животе
- прием малых порций пищи

Результаты инструментальных методов обследования

Морфологическим изменением, характерным для данного заболевания, является

- гранулематозное воспаление
- обычная интерстициальная пневмония
- клетки Лангерганса
- малогранулоцитарное воспаление

На основании результатов клинко-лабораторных, инструментальных и морфологических методов обследования больному может быть установлен диагноз

- гранулематозное воспаление
- обычная интерстициальная пневмония
- клетки Лангерганса
- малогранулоцитарное воспаление

Диагноз

Одним из ранних признаков заболевания при идиопатическом легочном фиброзе является

- снижение диффузионной способности легких
- значения ОФВ1/ФЖЕЛ ниже 60%
- малопродуктивный кашель с выделением слизистой мокроты
- головокружения, головные боли

Частым осложнением данного заболевания является развитие

- «легочного сердца»
- ишемической болезни сердца
- сахарного диабета
- вторичного инфекционного эндокардита

К препаратам с доказанной эффективностью при лечении данного заболевания относятся

- {nbsp}N-ацетилцистеин

- преднизолон
- бозентан
- нинтеданиб

Комбинация преднизолона, азатиоприна, n-ацетилцистеина для лечения данного заболевания

- рекомендуется всем пациентам, как стартовая терапия
- не рекомендуется
- рекомендуется всем пациентам пожизненно
- рекомендуется пациентам моложе 60 лет

Немедикаментозным методом лечения, уменьшающим прогрессирование заболевания, является

- физиотерапия
- диетотерапия с ограничением животных жиров
- отказ от курения
- выполнение аэробных нагрузок по 30 мин в день 5-7 раз в неделю

Наиболее эффективным видом высокотехнологичной медицинской помощи, применимым при ИЛФ, является

- трансплантация легких
- эндобронхиальная клапанная редукция
- торакоскопическая буллэктомия
- резекция наиболее пораженных отделов легких

Показанием для трансплантации легких у больных с ИЛФ является гистологический или КТ паттерн обычной интерстициальной пневмонии и

- снижение SpO₂ ниже 93 % во время теста 6-минутной ходьбы
- снижение ФЖЕЛ на 5 % и более в течение 12 месяцев наблюдения
- {nbsp}DLCO ниже 40% от должных
- увеличение ОФВ1/ФЖЕЛ на 8 % и более в течение 18 месяцев наблюдения

Специфическим биомаркером данного заболевания является

- снижение SpO₂ ниже 93 % во время теста 6-минутной ходьбы
- снижение ФЖЕЛ на 5 % и более в течение 12 месяцев наблюдения
- {nbsp}DLCO ниже 40% от должных
- увеличение ОФВ1/ФЖЕЛ на 8 % и более в течение 18 месяцев наблюдения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 68 лет госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Жалобы

Одышка при незначительной нагрузке, сухой кашель, общая слабость.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят около года, возникли без видимых причин. К врачу не обращался. Общее самочувствие ухудшилось в течение месяца после перенесенной ОРВИ – значительно выросла одышка, выражена слабость.

Обратился к участковому врачу, выполнил флюорографию: выявлены двусторонние изменения в виде усиления и мелкоячеистой деформации легочного рисунка, направлен на обследование и лечение в отделение пульмонологии.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает хронический рефлюкс-гастрит, эзофагит (ГЭРБ), мочекаменную болезнь (самостоятельное отхождение камня 2 года назад), доброкачественную гиперплазию предстательной железы. * Работает охранником, до выхода на пенсию – военнослужащий. * Курит с молодого возраста по пачке сигарет в день, алкоголь употребляет умеренно. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести за счет дыхательной недостаточности. Вес 68 кг, рост 176 см. Температура 36,5°C. Кожные покровы: умеренный серопепельный цианоз. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Имеются акропахии (пальцы в виде «барабанных палочек», ногти по типу «часовых стекол»). Грудная клетка нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное равномерно ослабленное, в нижне-боковых отделах крепитация по типу «целлофановых» хрипов (хрипы«Velcro»). ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, ритм правильный. ЧСС 86 в мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – пальпируется на 1,5 см из-под реберной дуги, безболезненная. Отеки в области лодыжек. Стул, диурез без особенностей.

Лабораторные методы исследования, необходимые для постановки диагноза, включают

- снижение SpO₂ ниже 93 % во время теста 6-минутной ходьбы
- снижение ФЖЕЛ на 5 % и более в течение 12 месяцев наблюдения
- {nbsp}DLCO ниже 40% от должных
- увеличение ОФВ1/ФЖЕЛ на 8 % и более в течение 18 месяцев наблюдения

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальным методом исследования, необходимым для уточнения диагноза, является

- снижение SpO₂ ниже 93 % во время теста 6-минутной ходьбы
- снижение ФЖЕЛ на 5 % и более в течение 12 месяцев наблюдения
- {nbsp}DLCO ниже 40% от должных
- увеличение ОФВ1/ФЖЕЛ на 8 % и более в течение 18 месяцев наблюдения

Результаты инструментального метода обследования

С учетом полученных результатов обследования пациенту можно поставить диагноз

- снижение SpO₂ ниже 93 % во время теста 6-минутной ходьбы
- снижение ФЖЕЛ на 5 % и более в течение 12 месяцев наблюдения
- {nbsp}DLCO ниже 40% от должных
- увеличение ОФВ1/ФЖЕЛ на 8 % и более в течение 18 месяцев наблюдения

Диагноз

Для уточнения дыхательной функции и выраженности дыхательных расстройств пациенту с идиопатическим легочным фиброзом (ИЛФ) необходимо назначить

- снижение SpO₂ ниже 93 % во время теста 6-минутной ходьбы
- снижение ФЖЕЛ на 5 % и более в течение 12 месяцев наблюдения
- {nbsp}DLCO ниже 40% от должных
- увеличение ОФВ1/ФЖЕЛ на 8 % и более в течение 18 месяцев наблюдения

Результаты обследования

Для диагностики осложнения заболевания необходимо выполнить

- снижение SpO₂ ниже 93 % во время теста 6-минутной ходьбы
- снижение ФЖЕЛ на 5 % и более в течение 12 месяцев наблюдения
- {nbsp}DLCO ниже 40% от должных
- увеличение ОФВ1/ФЖЕЛ на 8 % и более в течение 18 месяцев наблюдения

Результаты обследования

Легочная гипертензия у данного пациента обусловлена

- застойной сердечной недостаточностью
- тромбоэмболией легочной артерии
- ХОБЛ средней степени тяжести
- идиопатическим легочным фиброзом

Выполнение биопсии легкого для верификации диагноза у данного пациента

- не рекомендуется
- является обязательным и неотложным
- должно быть проведено после активной консервативной терапии
- должно быть проведено через 3-6 месяцев после установления диагноза

Потенциальный фактор, ухудшающий течение болезни у пациента

- мочекаменная болезнь
- гиперплазия предстательной железы
- гастро-эзофагеальный рефлюкс
- дефицит массы тела

Для лечения ИЛФ необходимо назначить

- азатиоприн
- нинтеданиб
- колхицин
- пульс-терапию глюкокортикостероидами

В соответствии с рекомендациями пациенту также следует назначить

- пентоксифиллин
- токоферол
- ингибиторы протонной помпы
- амбризентан

Частыми побочными явлениями при назначении нинтеданиба являются

- диарея, тошнота, рвота
- мышечная слабость, парестезии, потеря веса
- нарушение зрения, головная боль, тошнота
- отеки, кожный зуд, фотодерматит

Биомаркер, отражающий повышенный риск летальности при ИЛФ

- диарея, тошнота, рвота
- мышечная слабость, парестезии, потеря веса
- нарушение зрения, головная боль, тошнота
- отеки, кожный зуд, фотодерматит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 68 лет госпитализирован в отделение пульмонологии.

Жалобы

Боли в грудной клетке справа в нижне-боковых отделах практически постоянного характера, сухой кашель, одышку при физической нагрузке, общую слабость, потерю веса (за последний месяц – 4 кг), повышение температуры до 37,4 – 37,6°C.

Анамнез заболевания

Больным себя считает около 2-х месяцев, когда без видимых причин стал ощущать боль в грудной клетке под углом лопатки. Постепенно боль усиливалась и приобрела «разлитой» распространенный характер – в нижне-боковых отделах грудной клетки справа. Появилась и стала нарастать одышка при ходьбе, покашливание. Ухудшилось общее самочувствие: общая слабость, потеря аппетита, похудание. Около 10 дней – повышение температуры максимально до 38°C. Вызвал на дом участкового терапевта, который направил пациента в стационар.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника. * Работает строителем, около 20 лет назад – кровельщиком (контакт с асбестом) * В настоящее время не курит, ранее курил в течение 15 лет, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Туберкулез у себя и родственников отрицает. * Отец умер от рака легких. * Социально-бытовые условия удовлетворительные. В течение 10 лет проживал в условиях Крайнего севера.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 60 кг, рост 172 см. Температура 37,2°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Правая половина несколько отстает при дыхании. Голосовое дрожание справа от угла лопатки ослаблено. Там же при перкуссии значительное укорочение перкуторного звука, по средней подмышечной линии – тупой перкуторный звук. Дыхание в этих отделах не выслушивается, слева – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 94 в мин., АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Для постановки диагноза пациенту назначено выполнение

- диарея, тошнота, рвота
- мышечная слабость, парестезии, потеря веса

- нарушение зрения, головная боль, тошнота
- отеки, кожный зуд, фотодерматит

Результаты обследования

Для уточнения характера изменений в правом легком (выпот?) назначено выполнение

- диарея, тошнота, рвота
- мышечная слабость, парестезии, потеря веса
- нарушение зрения, головная боль, тошнота
- отеки, кожный зуд, фотодерматит

Результаты обследования

Дополнительная информация

Пациенту выполнена плевральная пункция (отмечено затруднение при проколе плевры из-за ее плотности), удалено 800 мл вязкой жидкости геморрагического характера. Результат исследования: плотность 1020 кг/л, pH 7,5, белок 35 г/л, глюкоза 40 мг/мл (2,2 ммоль/л), ЛДГ 250 МЕ, лейкоциты 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы (70%), эритроциты до 1000 в 1 мм³, клетки мезотелия – скопления, проба Ривальта положительная.

Полученные данные могут быть характерны для

- диарея, тошнота, рвота
- мышечная слабость, парестезии, потеря веса
- нарушение зрения, головная боль, тошнота
- отеки, кожный зуд, фотодерматит

Диагноз

С целью уточнения диагноза целесообразно выполнение

- диарея, тошнота, рвота
- мышечная слабость, парестезии, потеря веса
- нарушение зрения, головная боль, тошнота
- отеки, кожный зуд, фотодерматит

Результаты обследования

Дополнительные методы исследования с целью онкопоиска у пациента включают

- УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, ФГДС и колоноскопию
- МРТ позвоночника, головного мозга
- стерильную пункцию, КТ надпочечников
- УЗИ щитовидной железы, печени

Для верификации диагноза следует назначить

- УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, ФГДС и колоноскопию
- МРТ позвоночника, головного мозга
- стерильную пункцию, КТ надпочечников
- УЗИ щитовидной железы, печени

Результаты обследования

Результаты цитологического исследования: выявлена высокодифференцированная эпителиоидная мезотелиома. Данная опухоль может метастазировать в

- яичники, предстательную железу, лимфатические узлы брюшной полости
- поджелудочную железу, жировую клетчатку, плоские кости
- мягкие ткани грудной клетки, кожу, легкие, щитовидную железу
- лимфатические узлы, легкие, печень, надпочечники, кости, мозг, почки

Фактор риска развития мезотелиомы у данного пациента

- контакт с асбестом
- неблагоприятные условия жизни (север)
- генетический фактор (отягощенная наследственность)
- курение

Средний латентный период для злокачественной мезотелиомы плевры после воздействия асбеста составляет + _____ + лет/года

- 3
- 10
- 40
- 5

Компрессионный синдром — одутловатость лица и шеи, чувство стеснения за грудиной, расширение поверхностных вен грудной стенки – указывают на то, что

- опухоль метастазировала в миокард
- имеется тотальное билатеральное поражение париетальной плевры
- поражены надключичные и подмышечные лимфоузлы
- опухоль исходит из медиастинальной плевры

Наиболее адекватным и эффективным лечением злокачественной мезотелиомы плевры является

- распыление талька в плевральной полости при торакоскопии
- торакоскопическая плеврэктомия с химическим плевродезом
- плевро-перитонеальный шунт и паллиативная плеврэктомия
- комбинированный метод (трехкомпонентный): экстраплевральная пневмонэктомия в сочетании с химио- и лучевой терапией

Причинами смерти при злокачественной мезотелиоме являются

- распыление талька в плевральной полости при торакоскопии
- торакоскопическая плеврэктомия с химическим плевродезом
- плевро-перитонеальный шунт и паллиативная плеврэктомия
- комбинированный метод (трехкомпонентный): экстраплевральная пневмонэктомия в сочетании с химио- и лучевой терапией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 52 лет обратился на прием к пульмонологу.

Жалобы

на * тяжесть и боли в грудной клетке слева в нижне-боковых отделах при глубоком дыхании и кашле, * сухой кашель, * одышку при незначительной физической нагрузке, * общую слабость, * повышение температуры до 37,4°C.

Анамнез заболевания

Ухудшение самочувствия отмечает в течение 10 дней, после переохлаждения: повысилась температура до 37,5 – 37,2°C, появилась боль в грудной клетке при глубоком дыхании, сухой кашель. К врачу не обращался, не лечился, продолжал работать. Присоединилась одышка, постепенно нарастающая, постоянная тяжесть в левой половине грудной клетки, не мог лежать на правом боку из-за возникающего кашля и усиления боли, сохранялась субфебрильная температура. Сегодня утром обратился в поликлинику к терапевту, после осмотра направлен на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, 10 лет назад лечился по поводу язвенной болезни. * Работает учителем математики в школе. * Ежегодно проходит профилактический медицинский осмотр, выполняет флюорографию. Какой-либо патологии не выявлялось. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии не отягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 76 кг, рост 178 см. Температура 37,2°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка нормостенической конфигурации. Левая половина несколько отстает при дыхании. Голосовое дрожание слева от угла лопатки ослаблено. Там же при перкуссии значительное укорочение перкуторного звука, по средней подмышечной линии – тупой перкуторный звук. Дыхание в этих отделах резко ослаблено, справа – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Правая граница сердца – на 1,5 см от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 100 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

Для постановки диагноза в амбулаторных условиях пациенту назначено выполнение

- распыление талька в плевральной полости при торакоскопии
- торакоскопическая плеврэктомию с химическим плеввродезом
- плевро-перитонеальный шунт и паллиативная плеврэктомию
- комбинированный метод (трехкомпонентный): экстраплевральная пневмонэктомия в сочетании с химио- и лучевой терапией

Результаты обследования

Пациент направлен и госпитализирован в отделение пульмонологии, где было по СИТО назначено

- распыление талька в плевральной полости при торакоскопии
- торакоскопическая плеврэктомию с химическим плеввродезом
- плевро-перитонеальный шунт и паллиативная плеврэктомию
- комбинированный метод (трехкомпонентный): экстраплевральная пневмонэктомия в сочетании с химио- и лучевой терапией

Результаты обследования

Установлен предварительный диагноз

- распыление талька в плевральной полости при торакокопии
- торакокопическая плеврэктомия с химическим плевродезом
- плевро-перитонеальный шунт и паллиативная плеврэктомия
- комбинированный метод (трехкомпонентный): экстраплевральная пневмонэктомия в сочетании с химио- и лучевой терапией

Диагноз

Дополнительная информация

Пациенту выполнена плевральная пункция, удалено 1100 мл жидкости соломенно-желтого цвета. Результат исследования: плотность 1020 кг/л, pH 7,5, белок 35 г/л, глюкоза 40 мг/мл (2,2 ммоль/л), ЛДГ 250 МЕ, лейкоциты 1500 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы (80%), клетки мезотелия единичные, проба Ривальта положительная.

Полученные данные характерны для

- транссудата, обусловленного сердечной недостаточностью
- экссудата, более вероятно опухолевой природы
- экссудата, более вероятно туберкулезной природы
- экссудата, более вероятно инфекционной природы (неспецифического)

Дифференциальный диагноз у пациента должен быть проведен между

- пневмонией, туберкулезом, метастатическим поражением плевры
- эмпиемой плевры, актиномикозом, амёбным абсцессом
- мезотелиомой плевры, посттравматическим плевритом, инфарктом легкого
- волчаночным плевритом, ревматоидным артритом, микседемой

С целью уточнения диагноза должно быть назначено выполнение

- пневмонией, туберкулезом, метастатическим поражением плевры
- эмпиемой плевры, актиномикозом, амёбным абсцессом
- мезотелиомой плевры, посттравматическим плевритом, инфарктом легкого
- волчаночным плевритом, ревматоидным артритом, микседемой

Результаты обследования

Дополнительные методы исследования с целью онкопоиска у пациента должны включать

- стерильную пункцию, КТ надпочечников
- УЗИ щитовидной железы, печени
- УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, ФГДС и колоноскопию
- МРТ позвоночника, головного мозга

Осложнение плеврита, которое может развиваться в процессе его лечения, это

- стерильную пункцию, КТ надпочечников
- УЗИ щитовидной железы, печени
- УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, ФГДС и колоноскопию
- МРТ позвоночника, головного мозга

Дополнительная информация

Наличие подобного ятрогенного пневмоторакса у пациента предполагает

- наблюдение и контроль в динамике, повторный торакоцентез с целью эвакуации оставшегося выпота
- выполнение плевродеза

- установку дренажа в плевральную полость
- экстренную повторную пункцию с целью удаления воздуха из полости плевры

Торакоцентез с лечебной целью не должен выполняться более + _____ + раз, при необходимости – устанавливается дренажная трубка

- четырех
- трех
- двух
- пяти

Лечение, назначенное пациенту, помимо торакоцентеза, должно включать

- глюкокортикостероиды парентерально
- введение в плевральную полость стрептокиназы (тромболитическая терапия)
- антибиотики широкого спектра действия парентерально
- внутривидеоплевральное введение антибактериальных препаратов

Показателем, указывающим на осложненный инфицированный характер плеврального выпота, является глюкоза

- глюкокортикостероиды парентерально
- введение в плевральную полость стрептокиназы (тромболитическая терапия)
- антибиотики широкого спектра действия парентерально
- внутривидеоплевральное введение антибактериальных препаратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 70 лет госпитализирован в экстренном порядке в отделение пульмонологии.

Жалобы

Кашель с вязкой желто-зеленого цвета мокротой до 100 мл в сутки, одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, отеки стоп, повышение температуры до 37,6°C.

Анамнез заболевания

Курит 1-1,5 пачки сигарет в день с молодого возраста. В детстве болел пневмонией. Около 20 лет отмечает кашель с мокротой, неоднократно лечился амбулаторно по поводу хронического бронхита с обострениями в весенне-осенний период. Последние 5 лет – одышка при ходьбе, свистящее дыхание при нагрузках и по ночам. Полгода назад лечился стационарно в связи с обострением бронхита (выписка не предоставлена). Рекомендации, данные при выписке, не соблюдал, при нарастании одышки использовал беродуал.

Самочувствие ухудшилось 10 дней назад – после переохлаждения повысилась температура до 37,5 – 38°C, увеличилось количество откашливаемой мокроты, которая приобрела желтовато-зеленый оттенок, выросла одышка до степени удушья. По назначению участкового терапевта, принимал парацетамол, амоксилав, однако, самочувствие не улучшилось, дано направление на госпитализацию.

Анамнез жизни

* В течение 10 лет – повышается АД (максимально до АД 170/100, привычное 140/90 мм рт. ст.), лечения не получает. Страдает остеохондрозом пояснично-

крестцового отдела позвоночника, оперирован по поводу межпозвоночной грыжи (3 года назад). * Работал аккумулятором на заводе, по достижении пенсионного возраста не работает. * Курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергоанамнез: аллергическая реакция на новокаин (крапивница). * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 86 кг, рост 164 см. Температура 37,2°C. Кожные покровы лица, шеи с цианотичным оттенком, шейные вены набухшие. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Грудная клетка – расширена в передне-заднем направлении, расширены межреберные промежутки, эпигастральный угол тупой. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленное, масса сухих свистящих хрипов по всем легочным полям, выдох удлинен, разнокалиберные, преимущественно в нижне-боковых отделах влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 100 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – на 1,5 см из-под края реберной дуги, чувствительная при пальпации, плотноватой консистенции, размеры по Курлову 13-11-9. Отеки стоп. Стул, диурез без особенностей. По шкале mMRC – 4 степень выраженности одышки, по САТ тесту 30 баллов.

Для постановки диагноза данному пациенту целесообразно назначить следующие лабораторные методы исследования

- глюкокортикостероиды парентерально
- введение в плевральную полость стрептокиназы (тромболитическая терапия)
- антибиотики широкого спектра действия парентерально
- внутривнеплевральное введение антибактериальных препаратов

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза следует назначить инструментальные методы исследования

- глюкокортикостероиды парентерально
- введение в плевральную полость стрептокиназы (тромболитическая терапия)
- антибиотики широкого спектра действия парентерально
- внутривнеплевральное введение антибактериальных препаратов

Результаты инструментальных методов обследования

Для определения выраженности дыхательных расстройств у данного пациента целесообразно определить/выполнить

- глюкокортикостероиды парентерально
- введение в плевральную полость стрептокиназы (тромболитическая терапия)
- антибиотики широкого спектра действия парентерально
- внутривнеплевральное введение антибактериальных препаратов

Результаты обследования

Принимая во внимание имеющиеся у пациента симптомы сердечной недостаточности для уточнения характера кардиальной патологии следует выполнить

- глюкокортикостероиды парентерально
- введение в плевральную полость стрептокиназы (тромболитическая терапия)
- антибиотики широкого спектра действия парентерально
- внутривидеоплевральное введение антибактериальных препаратов

Результаты обследования

Признаками развившегося хронического легочного сердца будут

- периферические отеки или повышение давления в яремных венах
- адинамия и сонливость
- выраженная бронхообструкция и снижение сатурации
- одышка в покое и тахикардия

Принимая во внимание клиническую картину и особенности течения ХОБЛ у данного пациента, наиболее вероятными патогенными микроорганизмами, вызывающими обострение помимо *H. influenzae* и пенициллин-резистентных *Streptococcus pneumoniae*, могут быть

- *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*
- энтеробактерии, *P. aeruginosa*
- *M. catarrhalis*, *Chl. pneumoniae*
- *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*

К неблагоприятным факторам риска исхода обострения заболевания у пациента, помимо возраста, относятся

- хроническая сердечная недостаточность, ОФВ1 26%
- курение, легочная гипертензия
- курение, SpO₂ ~ 88%, артериальная гипертензия
- курение, ОФВ1/ФЖЕЛ 50%, эмфизема легких

Исследования, которые необходимо назначить пациенту для выявления сердечной недостаточности с целью назначения оптимальной поддерживающей терапии, включают

- определение уровня натрийуретических пептидов и эхокардиографию
- липидограмму и велоэргометрию
- исследование крови на Д-димер и эхокардиографию
- коагулограмму и тредмил-тест

Предикторами инфекции *P. aeruginosa* у данного пациента будут

- пожилой возраст
- гнойный характер мокроты
- интоксикационный синдром
- ОФВ1 ~ 26%

Принимая во внимание данные физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования, можно поставить диагноз ХОБЛ + _____ + степень бронхиальной обструкции, группа + _____ + по GOLD, в стадии + _____ +. Хроническая сердечная недостаточность

- пожилой возраст
- гнойный характер мокроты
- интоксикационный синдром
- ОФВ1 ~ 26%

Диагноз

Препаратом 1-й линии для купирования обострения у пациента будет

- ципрофлоксацин
- ампициллин
- гентамицин
- азитромицин

В период обострения ХОБЛ помимо бронхолитиков, антибиотиков, глюкокортикостероидов пациенту показано назначение

- ципрофлоксацин
- ампициллин
- гентамицин
- азитромицин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к областному пульмонологу обратился пациент 18 лет, проживающий в районном центре. После осмотра был направлен в пульмонологическое отделение на госпитализацию с предварительным диагнозом «Хронический бронхит в стадии обострения. Внебольничная пневмония?»

Жалобы

Кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой гнойного характера, одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, повышение температуры до 37,2°C, постоянную заложенность носа.

Анамнез заболевания

В раннем детском возрасте дважды перенес пневмонию. В последующие годы многократно лечился по месту жительства по поводу бронхита. В течение 3 лет отмечает практически постоянный кашель с трудноотделяемой зеленоватой мокротой, общую слабость, периодический подъем температуры до 37,5 – 37,7, одышку при нагрузках. Последнее ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением, около двух недель назад, когда на фоне повышения температуры до 38 усилился кашель с мокротой, отметил появление кровохарканья (примесь крови в мокроте) в течение трех дней. Лечился самостоятельно (парацетамол, мукалтин, азитромицин) без эффекта. К врачу обратился только вчера, был направлен на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Год назад лечился в ЦРБ по поводу панкреатита, при обследовании выявлен рефлюкс-гастрит, дуоденит. Страдает хроническим риносинуситом. * Учится в кулинарном техникуме. * Алкоголь не употребляет. Не курит. * Аллергоанамнез без особенностей. * Проживает с бабушкой в селе. Родители погибли в автокатастрофе. Младший брат умер в возрасте 2 лет от пневмонии.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 162 см. Температура 37,2°C Кожные покровы сухие, несколько бледные. Имеются акропахии (пальцы в виде «барабанных палочек»), ногти по типу «часовых

стекол». Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отмечается деформация грудной клетки по типу кифоза в грудном отделе. Межреберные промежутки расширены. Над легочной поверхностью перкуторный звук с коробочным оттенком, голосовое дрожание равномерно ослаблено. Дыхание везикулярное равномерно ослабленное, масса сухих и разнокалиберных влажных хрипов по всем легочным полям. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС 90 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги, размеры по Курлову 10-8-7. Стул – частые эпизоды диареи, чередующиеся с запорами. Пульсоксиметрия на приеме – сатурация 92%

Лабораторные методы исследования, назначенные в стационаре для постановки диагноза, включают

- ципрофлоксацин
- ампициллин
- гентамицин
- азитромицин

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальные методы исследования, назначенные для постановки диагноза, включают

- ципрофлоксацин
- ампициллин
- гентамицин
- азитромицин

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения характера легочной патологии целесообразно выполнение

- ципрофлоксацин
- ампициллин
- гентамицин
- азитромицин

Результаты обследования

С учетом анамнеза и полученных результатов обследования установлен диагноз

- ципрофлоксацин
- ампициллин
- гентамицин
- азитромицин

Диагноз

Для верификации диагноза необходимо выполнить

- ципрофлоксацин
- ампициллин
- гентамицин
- азитромицин

Результаты обследования

К необходимым для диагностики данного заболевания лабораторным исследованиям относится

- С-реактивный белок
- определение лактатдегидрогеназы
- анализ кала на копрограмму
- общий анализ мокроты

Помимо проведенных исследований для диагностики формы муковисцидоза также необходимо выполнить

- мониторинг ЭКГ по Холтеру
- исследование крови на Д-димер
- исследование натрийуретических пептидов (BNP)
- УЗИ печени и поджелудочной железы

Антибактериальная терапия, которая должна быть назначена, включает

- амикацин в/в {plus} ципрофлоксацин внутрь {plus} ингаляции тобрамицина
- амоксициллин с клавулановой кислотой внутрь {plus} цефтриаксон в/в
- доксициклин внутрь {plus} цефтриаксон в/м
- азитромицин внутрь {plus} цефтриаксон в/в

В качестве бронхолитической терапии пациенту при обострении необходимо назначить

- рофлумаил перорально
- теофиллин перорально
- сальметерол через дозированный аэрозольный ингалятор
- бронходилататор короткого действия (беродуал) через небулайзер

В качестве активной муколитической терапии показано назначение

- аскорила, ингаляций лазолвана
- мукалтина, содовых ингаляций
- растительного сбора №4, бромгексина
- ингаляций дорназа альфа, 7% гипертонического раствора натрия хлорида с гиалуроновой кислотой

Пациенту также показано назначение

- антигистаминных препаратов 2 поколения
- желчегонных препаратов
- панкреатических ферментов, выпускаемых в виде минимикросфер
- спазмолитиков

Для дальнейшего обследования, лечения и последующего диспансерного наблюдения пациента необходимо направить

- антигистаминных препаратов 2 поколения
- желчегонных препаратов
- панкреатических ферментов, выпускаемых в виде минимикросфер
- спазмолитиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 55 лет госпитализирован в пульмонологическое отделение для обследования и лечения.

Жалобы

Кашель с небольшим количеством светлой мокроты с примесью алой крови, слабость, чувство дыхательного дискомфорта при нагрузке, свистящее дыхание, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

В течение многих лет курит по 1 – 1,5 пачки сигарет в день. Около 2-х лет отмечает кашель с мокротой, в течение полугода – одышку при быстрой ходьбе с появлением свистящего дыхания. В течение этого же времени – снижение аппетита, общая слабость, похудел на 5 кг. К врачу не обращался. 5 дней назад заметил примесь крови в мокроте – в виде прожилок, а затем и в виде плевков алой кровью.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, в детском возрасте болел коклюшем. Получал лечение 2 года назад по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника. * Работает штукатуром-маляром в течение многих лет, имел контакт с асбестом. * Алкоголь употребляет умеренно. Курит 1,5 пачки сигарет в день. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии отягощена – отец умер от рака легких. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 176 см. Температура 36,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка – правильной формы. Над легочной поверхностью перкуторный звук легочный. Голосовое дрожание проводится одинаково, равномерно. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, сухие свистящие хрипы при форсированном дыхании на фоне удлинённого выдоха. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный. ЧСС 86 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – не пальпируется. Стул, диурез без особенностей. Видимых отеков нет.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить лабораторные методы исследования

- антигистаминных препаратов 2 поколения
- желчегонных препаратов
- панкреатических ферментов, выпускаемых в виде минимикросфер
- спазмолитиков

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза назначены инструментальные методы исследования

- антигистаминных препаратов 2 поколения
- желчегонных препаратов
- панкреатических ферментов, выпускаемых в виде минимикросфер
- спазмолитиков

Результаты инструментальных методов обследования

Кашель с мокротой, бронхообструктивный синдром, нарушение функции внешнего дыхания, данные САТ теста (18 баллов) и шкалы mMRC (2 балла) у пациента обусловлены

- антигистаминных препаратов 2 поколения
- желчегонных препаратов
- панкреатических ферментов, выпускаемых в виде минимикросфер
- спазмолитиков

Диагноз

Для уточнения дыхательной функции (обратимости бронхообструкции) необходимо назначить выполнение

- бронходилатационного теста
- теста с метахолином
- исследования фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO)
- определения диффузионной способности легких

С целью диагностики возможной опухоли легкого и уточнения причины кровохарканья показано выполнение

- коагулограммы
- исследования мокроты на микобактерии туберкулеза
- анализа крови на Д-димер
- фибробронхоскопии

Предполагаемый диагноз рака легкого требует обследования для исключения отдаленного метастазирования. С этой целью показано выполнение

- гамма-сцинтиграфии почек
- фиброгастроскопии
- УЗИ щитовидной железы
- позитронно-эмиссионной томографии костей скелета

Дифференциальный диагноз у данного пациента с учетом кровохарканья должен проводиться с

- идиопатическим легочным фиброзом, дивертикулом Ценкера
- саркоидозом, лимфогранулематозом
- мезотелиомой плевры, синдромом Мэллори-Вейса
- туберкулезом, вторичными бронхоэктазами

Выполнена консультация онколога, с учетом данных гистологического исследования биоптата выставлен диагноз "Центральная бронхокарцинома (высокодифференцированный плоскоклеточный рак)".

Метастатическое поражение при этом наиболее часто затрагивает

- щитовидную железу, желудок
- кости, головной мозг, печень
- почки, кожу, селезенку
- мезентериальные лимфоузлы, предстательную железу

Основной метод лечения, показанный пациенту

- хирургический
- адъювантная химиотерапия
- радикальная лучевая терапия
- химиолучевая терапия

В качестве базисной терапии ХОБЛ пациенту необходимо назначить

- ингаляционные глюкокортикостероиды
- муколитики
- рофлумаил перорально
- бронхолитики длительного действия

В качестве стартовой поддерживающей терапии ХОБЛ у данного пациента необходимо назначить

- ИГКС (бекламетазон) и КДБА (сальбутамол)
- фиксированную комбинацию ДДБА/ИГКС (формотерол +будесонид)
- фиксированную комбинацию ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)
- раздельную комбинацию ДДБА и ИГКС (формотерол + будесонид)

Оптимальным современным методом диагностики бронхоэктазов как причины кровохарканья является

- ИГКС (бекламетазон) и КДБА (сальбутамол)
- фиксированную комбинацию ДДБА/ИГКС (формотерол +будесонид)
- фиксированную комбинацию ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)
- раздельную комбинацию ДДБА и ИГКС (формотерол + будесонид)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 67 лет госпитализирован в пульмонологическое отделение.

Жалобы

Одышка при незначительной нагрузке, сухой кашель, общая слабость, потеря веса за последний месяц на 3 кг.

Анамнез заболевания

Кашель и одышка беспокоят в течение нескольких лет, что связывал с курением. В течение последнего года одышка прогрессировала, из-за чего значительно ограничил физическую активность (почти не выходит из дома последний месяц). Ухудшилось общее самочувствие – выражена слабость, похудел. Обратился к участковому врачу, выполнил флюорографию (выявлены двусторонние изменения в виде усиления и мелкоячеистой деформации легочного рисунка), направлен на обследование и лечение в отделение пульмонологии.

Анамнез жизни

* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, хронический рефлюкс-гастрит, эзофагит (ГЭРБ), хронический панкреатит, аденому предстательной железы. В молодости дважды перенес пневмонию. * Работал контролером на заводе резино-технических изделий, в течение 2-х лет – пенсионер. * Курит с молодого возраста по пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем. * Аллергоанамнез без особенностей. * Наследственность по легочной патологии неотягощена. * Социально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Вес 61 кг, рост 169 см. Температура 36,5°C. Кожные покровы цианотичны, обычной влажности. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Выражены акропахии (пальцы в виде «барабанных палочек», ногти по типу «часовых стекол»). Грудная клетка

нормостенической конфигурации. Обе половины одинаково участвуют в дыхании. Голосовое дрожание проводится симметрично, равномерно. Перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Дыхание везикулярное ослабленное, в нижне-боковых отделах крепитация по типу «целлофановых» хрипов (хрипы «Velcro»). ЧДД 26 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии, ритм правильный. ЧСС 87 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – пальпируется на 1,5 см из-под реберной дуги, безболезненная. Отеки до нижней трети голени. Стул, диурез без особенностей.

Для постановки диагноза пациенту целесообразно назначить следующие лабораторные методы исследования

- ИГКС (бекламетазон) и КДБА (сальбутамол)
- фиксированную комбинацию ДДБА/ИГКС (формотерол +будесонид)
- фиксированную комбинацию ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)
- раздельную комбинацию ДДБА и ИГКС (формотерол + будесонид)

Результаты лабораторных методов исследования

Инструментальный метод исследования, который необходимо назначить для уточнения диагноза

- ИГКС (бекламетазон) и КДБА (сальбутамол)
- фиксированную комбинацию ДДБА/ИГКС (формотерол +будесонид)
- фиксированную комбинацию ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)
- раздельную комбинацию ДДБА и ИГКС (формотерол + будесонид)

Результаты инструментального метода исследования

Для уточнения дыхательной функции и выраженности дыхательных расстройств пациенту необходимо назначить

- ИГКС (бекламетазон) и КДБА (сальбутамол)
- фиксированную комбинацию ДДБА/ИГКС (формотерол +будесонид)
- фиксированную комбинацию ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)
- раздельную комбинацию ДДБА и ИГКС (формотерол + будесонид)

Результаты обследования

Для диагностики осложнения заболевания целесообразно выполнить

- ИГКС (бекламетазон) и КДБА (сальбутамол)
- фиксированную комбинацию ДДБА/ИГКС (формотерол +будесонид)
- фиксированную комбинацию ДДАХ/ДДБА (тиотропий/олодатерол)
- раздельную комбинацию ДДБА и ИГКС (формотерол + будесонид)

Результаты обследования

Выполнение биопсии легкого для верификации диагноза у данного пациента

- является обязательной и неотложной
- должна быть выполнена спустя 3-6 месяцев после установления диагноза
- должна быть проведена после активной консервативной терапии
- не рекомендуется

Принимая во внимание данные обследования пациента, клиническим диагнозом будет

- является обязательной и неотложной
- должна быть выполнена спустя 3-6 месяцев после установления диагноза
- должна быть проведена после активной консервативной терапии
- не рекомендуется

Диагноз

Потенциальный фактор, ухудшающий течение болезни у пациента

- гастро-эзофагеальный рефлюкс
- перенесенные пневмонии
- аденома предстательной железы
- злоупотребление алкоголем

Лечение идиопатического легочного фиброза (ИЛФ) предполагает назначение

- пульс-терапии глюкокортикостероидами
- цитостатиков
- нинтеданиба
- колхицина

Согласно рекомендациям, для стабилизации функции легких пациенту целесообразно назначить

- ингибиторы протонной помпы или H2-блокаторов
- антигистаминные или стабилизаторы мембран тучных клеток
- антикоагулянты или антиагреганты
- поливитаминные препараты

Длительная кислородотерапия (ДКТ) показана при ИЛФ

- во всех случаях заболевания
- в случае гипоксемии в покое ($SpO_2 \sim < 88\%$; $PaO_2 \sim \leq 55$ мм рт. ст.)
- в случае развития легочной гипертензии 2 ст
- в качестве подготовки к трансплантации легких

Для лечения легочной гипертензии при ИЛФ возможно проведение терапии

- пентоксифиллином
- токоферолом
- нитратами
- силденафилом

Контроль за функциональными показателями ФВД рекомендуется при ИЛФ с интервалом в + _____ + месяцев

- пентоксифиллином
- токоферолом
- нитратами
- силденафилом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина А., 59 года, вызвал врача на дом.

Жалобы

На кашель с мокротой желтого цвета, повышение температуры тела до

38,2⁰С, боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, глубоком дыхании, общую слабость.

Анамнез заболевания

Заболел 3 дня назад, когда отметил общую слабость, повышение температуры тела до 38,20С, появился кашель – сначала сухой, на 2-й день появилась мокрота. Принимал жаропонижающие без эффекта. В связи с появлением боли в грудной клетке слева при кашле и глубоком дыхании боли в грудной клетке слева при кашле и глубоком дыхании вызвал врача на дом.

Анамнез жизни

* около 10 лет отмечает повышение АД, при выраженной головной боли по совету жены принимает каптоприл, по данному поводу за медицинской помощью не обращался, * не курит, алкоголем не злоупотребляет, * профессиональных вредностей нет, работает архитектором, * аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние пациента средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. При перкуссии – определяется участок притупления легочного звука в нижних отделах слева.

При аускультации - дыхание везикулярное, над зоной притупления перкуторного звука выслушивается крепитация. ЧДД 21 в мин. SpO₂ ~ 95%. На основании жалоб, данных анамнеза и осмотра пациент участковым терапевтом был госпитализирован в стационар.

При поступлении в стационар пациенту необходимо провести исследования

- пентоксифиллином
- токоферолом
- нитратами
- силденафилом

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- пентоксифиллином
- токоферолом
- нитратами
- силденафилом

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных данных пациенту можно выставить клинический диагноз

- пентоксифиллином
- токоферолом
- нитратами
- силденафилом

Диагноз

В случае обнаружения на рентгенограмме органов грудной полости изменений, нетипичных для пневмонии, рекомендовано проведение

- спирометрии
- сцинтиграфии легких
- КТ органов грудной клетки
- фибробронхоскопии

Для оценки прогноза пневмонии у пациента следует использовать шкалу

- mMRC
- CURB/CRB-65
- SCORE
- Борга

Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ у пациентов с внебольничной пневмонией используют

- тест ACT
- шкалу HAS-BLED
- CAT-тест
- критерии АТО/АОИБ или шкалу SMART-COP

Начало проведения эмпирической антимикробной терапии пациенту при поступлении в стационар должно быть не позднее + _____ + часов от момента установления диагноза

- 6
- 4
- 8
- 12

Антимикробным препаратом выбора для данного пациента является

- амоксициллин+клавулановая кислота парентерально
- ципрофлоксацин парентерально
- кларитромицин внутрь
- амоксициллин внутрь

Основным критерием эффективности антибактериальной терапии является

- уменьшение зоны инфильтрации на рентгенограмме
- уменьшение выраженности одышки
- прекращение кашля
- снижение температуры тела

Оценка эффективности и безопасности антибактериальной терапии у пациента должна быть проведена через + _____ + от момента начала терапии

- 4-7 дней
- 48-72 часа
- 24-36 часов
- 8-10 дней

Наиболее эффективным средством профилактики внебольничной пневмонии является

- вакцинация против пневмококка и гриппа
- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- индивидуальные средства защиты в местах массового скопления людей

Исследование газов артериальной крови с определением PaO_2 , $PaCO_2$, рН, бикарбонатов, лактата рекомендуется при уровне SpO_2 менее + ____ +%

- вакцинация против пневмококка и гриппа
- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- индивидуальные средства защиты в местах массового скопления людей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 77 лет, вызвал врача на дом.

Жалобы

На повышение температуры тела до $38,5^{\circ}C$, кашель с мокротой, общую слабость, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 5 дней, после контакта с братом, больным острым респираторным заболеванием, когда появился озноб, насморк. Принимал жаропонижающие препараты при повышении температуры тела. 3 дня назад присоединился кашель с трудноотделяемой мокротой, поднялась температура тела до $38,5^{\circ}C$, пропал аппетит, стал хуже переносить привычную нагрузку. Вызвал на дом врача поликлиники по месту жительства.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Контакт с туберкулезом - отрицает * Аллергологический анамнез не отягощен. * Пенсионер. * Социально бытовые условия удовлетворительные: проживает в 3-комнатной квартире с женой. * За пределы родного края не выезжал. * Не курит, в прошлом курильщик - по 0,5 пачки в день на протяжении 20 лет. * От гриппа, пневмококковой инфекции не привит.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, ближе к удовлетворительному. Температура $38,5^{\circ}C$. Рост 165 см, вес 81 кг, ИМТ – $29,8 \text{ кг/м}^2$. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. Носовое дыхание не затруднено. При перкуссии притупление легочного тона над нижними долями обоих легких. При аускультации в легких дыхание везикулярное ослабленное, влажные мелкопузырчатые хрипы над нижними отделами обоих легких. ЧД 22 в минуту, поверхностное. Границы относительной тупости сердца: правая граница - на 1 см снаружи от правого края грудины, левая - на 0,5 см внутри от левой срединноключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 78 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 78 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см. Симптом поколачивания с двух сторон отрицательный. Стул, диурез в норме.

Минимально необходимыми для постановки диагноза в данной ситуации методами обследования являются

- вакцинация против пневмококка и гриппа

- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- индивидуальные средства защиты в местах массового скопления людей

Результаты обследования

Перечень рекомендованных исследований при внебольничной пневмонии, в дополнение к вышеуказанным, включает

- вакцинация против пневмококка и гриппа
- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- индивидуальные средства защиты в местах массового скопления людей

Результаты обследования

На основании представленных данных у пациентки установлена

- вакцинация против пневмококка и гриппа
- иммуномодулирующие и противовирусные препараты
- продукты с высоким содержанием фитонцидов
- индивидуальные средства защиты в местах массового скопления людей

Диагноз

Для оценки тяжести пневмонии и прогноза при начальной оценке рекомендуется использовать шкалу

- {nbsp}IDSA/ATS
- {nbsp}CRB-65/ CURB-65
- {nbsp}SMART-COP
- {nbsp}PORT

Учитывая представленные данные, лечение пациента следует проводить в

- амбулаторных условиях (желание пациента, отсутствие выраженной интоксикации, выраженного лейкоцитоза)
- отделении интенсивной терапии (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, многодолевое поражение, уровень мочевины крови)
- стационаре (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, объем поражения, уровень мочевины крови)
- условиях дневного стационара (желание пациента, отсутствие выраженной интоксикации, выраженного лейкоцитоза)

В клинической картине внебольничной пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста преобладают

- симптомы и признаки дыхательной недостаточности
- синдром интоксикации: сонливость или беспокойство, спутанность сознания, анорексия, тошнота, рвота
- страх смерти, головокружение, дезориентация
- сухой кашель, озноб, мышечная слабость, ломота в теле

Для пневмонии при аускультации легких наиболее характерно наличие

- низкотональных сухих хрипов
- мелкопузырчатых влажных хрипов
- ослабленного везикулярного дыхания
- рассеянных сухих высокотональных хрипов

У госпитализированных пациентов с тяжелой пневмонией рекомендованным методом проведения антибактериальной терапии является +_____+ путь введения

- парентеральный
- ингаляционный
- пероральный
- двойной (пероральный {plus} парентеральный)

К факторам риска неадекватного (позднего) ответа на лечение при внебольничной пневмонии относятся

- нерациональная эмпирическая антибактериальная терапия
- использование макролидов на начальном этапе антибактериальной терапии
- лечение внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях
- лечение пневмонии в условиях дневного стационара

О затяжном течении пневмонии следует думать при сохраняющихся рентгенологических изменениях в легких к исходу +_____+ недели

- 2
- 4
- 3
- 1

К критериям тяжелой пневмонии относятся

- септический шок, потребность в вазопрессорах
- ИВЛ, септический шок, потребность в вазопрессорах
- ИВЛ, септический шок, потребность в ИГКС
- ИВЛ, септический шок, потребность в бронхолитиках

В 20-30% случаев возбудителями внебольничной пневмонии являются

- септический шок, потребность в вазопрессорах
- ИВЛ, септический шок, потребность в вазопрессорах
- ИВЛ, септический шок, потребность в ИГКС
- ИВЛ, септический шок, потребность в бронхолитиках

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 69 лет, доставлен в стационар бригадой СМП.

Жалобы

На озноб, одышку, чувство нехватки воздуха, выраженную слабость, заторможенность, кашель с трудноотделяемой мокротой.

Анамнез заболевания

Заболел остро 4 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°C, стал беспокоить сухой, а затем продуктивный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. Из-за резкого ухудшения состояния вызвал скорую помощь, доставлен в стационар.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Контакт с туберкулезом - отрицает *
Аллергологический анамнез не отягощен. * Работает электриком в ЖЭУ. *

Социально бытовые условия удовлетворительные. Живет с женой. * За пределы родного края не выезжал. * Курит, по 0,5 пачки в день на протяжении 20 лет. * От гриппа, пневмококковой инфекции не привит. * Хронические заболевания отрицает.

Объективный статус

При осмотре состояние тяжелое, сознание спутанное. Рост 171 см, вес 82 кг, ИМТ – 27.4 кг/м². 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, ЧСС 118 в минуту. АД - 80/50 мм рт. ст. Над легкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого легкого. Над этими же отделами дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- септический шок, потребность в вазопрессорах
- ИВЛ, септический шок, потребность в вазопрессорах
- ИВЛ, септический шок, потребность в ИГКС
- ИВЛ, септический шок, потребность в бронхолитиках

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- септический шок, потребность в вазопрессорах
- ИВЛ, септический шок, потребность в вазопрессорах
- ИВЛ, септический шок, потребность в ИГКС
- ИВЛ, септический шок, потребность в бронхолитиках

Результаты инструментальных методов обследования

В отношении пациента с тяжелой пневмонией дополнительно в объем исследования рекомендовано включить

- анализ мочи по Нечипоренко
- иммунологические анализы: ANA, ENA, a-DNA, ANCA, антифосфолипидные антитела, антитела к кардиолипину, фракции комплемента C3, C4, CH50
- ТТГ
- коагулограмму с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ

С учетом полученных данных пациентке можно выставить клинический диагноз

- анализ мочи по Нечипоренко
- иммунологические анализы: ANA, ENA, a-DNA, ANCA, антифосфолипидные антитела, антитела к кардиолипину, фракции комплемента C3, C4, CH50
- ТТГ
- коагулограмму с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ

Диагноз

Для начальной оценки прогноза и тяжести течения пневмонии рекомендована шкала

- SMART-COP
- PORT
- CRB-65/ CURB-65
- IDSA/ATS

Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ всем госпитализированным пациентам с ВП рекомендуется использовать шкалу

- CRUSADE
- PORT
- CRB-65/ CURB-65
- HAS-BLED

Возможными клиническими особенностями данного заболевания у пациентов старше 65 лет является наличие

- острого бурного начала
- слабости, тошноты, анорексии, болей в животе
- фебрильной лихорадки
- свистящих хрипов, приступов удушья

Бактериоскопия мазка мокроты, окрашенного по Граму, у больного с пневмонией проводится с целью

- исключения туберкулеза легких
- подбора антибактериальной терапии
- оценки эффективности лечения
- дифференциальной диагностики с другими заболеваниями

Лечение пациента должно осуществляться

- в терапевтическом отделении стационара (возраст, признаки тяжелой пневмонии, уровень мочевины крови)
- в отделении интенсивной терапии (признаки тяжелой пневмонии, ИТШ, острое повреждение почек)
- в условиях дневного стационара (желание пациента, отсутствие выраженного лейкоцитоза)
- в пульмонологическом отделении стационара (признаки тяжелой пневмонии, ИТШ, острое повреждение почек)

Рекомендованная антибактериальная терапия в данной клинической ситуации должна включать

- внутривенное введение ванкомицина и гентамицина
- внутримышечное введение макролидов и респираторных фторхинолонов
- внутривенное введение ванкомицина, гентамицина и рифампицина
- внутривенное введение цефалоспоринов 3-4 поколения и респираторных фторхинолонов

Показанием к компьютерной томографии легких является

- пожилой возраст больного с очевидной клинической симптоматикой пневмонии
- верхнедолевая локализация инфильтрата, выявленного при рентгенографии органов грудной клетки
- остаточная инфильтрация при контрольном рентгенологическом обследовании через 7-10 дней от момента заболевания
- отсутствие изменений на рентгенограмме при очевидной клинической симптоматике пневмонии

Неблагоприятным прогностическим признаком пневмонии является

- пожилой возраст больного с очевидной клинической симптоматикой пневмонии

- верхнедолевая локализация инфильтрата, выявленного при рентгенографии органов грудной клетки
- остаточная инфильтрация при контрольном рентгенологическом обследовании через 7-10 дней от момента заболевания
- отсутствие изменений на рентгенограмме при очевидной клинической симптоматике пневмонии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 57 лет, обратилась в приемный покой многопрофильной больницы.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,5°C, кашель с мокротой, общую слабость, одышку при физической нагрузке, слабость, быструю утомляемость, плохой аппетит.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 5 дней, после контакта с сестрой, больной острым респираторным заболеванием, когда появился озноб, насморк. Принимала жаропонижающие препараты при повышении температуры тела. 3 дня назад присоединился кашель с трудноотделяемой мокротой, поднялась температура тела до 38,5°C, пропал аппетит, стала хуже переносить привычную нагрузку. Обратилась в приемный покой многопрофильной больницы.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. + Контакт с туберкулезом - отрицает + Аллергологический анамнез неотягощен. + Пенсионерка + Социально бытовые условия удовлетворительные: проживает в 3-комнатной квартире с мужем. + От гриппа, пневмококковой инфекции не привита.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, ближе к удовлетворительному. Температура 38,5°C. Рост 165 см, вес 81 кг, ИМТ – 29.8 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. Носовое дыхание не затруднено. При перкуссии притупление легочного тона над нижними долями обоих легких. При аускультации в легких дыхание везикулярное ослабленное, влажные мелкопузырчатые хрипы над нижними отделами обоих легких. ЧД 22 в минуту, поверхностное. Границы относительной тупости сердца: правая граница - на 1 см снаружи от правого края грудины, левая - на 0,5 см внутри от левой срединноключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 78 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 78 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см. Симптом поколачивания с двух сторон отрицательный. Стул, диурез в норме.

Минимально необходимыми для постановки диагноза при подозрении на внебольничную пневмонию методами обследования являются

- пожилой возраст больного с очевидной клинической симптоматикой пневмонии
- верхнедолевая локализация инфильтрата, выявленного при рентгенографии органов грудной клетки

- остаточная инфильтрация при контрольном рентгенологическом обследовании через 7-10 дней от момента заболевания
- отсутствие изменений на рентгенограмме при очевидной клинической симптоматике пневмонии

Результаты обследования

Перечень рекомендованных исследований при внебольничной пневмонии, в дополнение к вышеуказанным, включает

- пожилой возраст больного с очевидной клинической симптоматикой пневмонии
- верхнедолевая локализация инфильтрата, выявленного при рентгенографии органов грудной клетки
- остаточная инфильтрация при контрольном рентгенологическом обследовании через 7-10 дней от момента заболевания
- отсутствие изменений на рентгенограмме при очевидной клинической симптоматике пневмонии

Результаты обследования

На основании представленных данных у пациентки установлена

- пожилой возраст больного с очевидной клинической симптоматикой пневмонии
- верхнедолевая локализация инфильтрата, выявленного при рентгенографии органов грудной клетки
- остаточная инфильтрация при контрольном рентгенологическом обследовании через 7-10 дней от момента заболевания
- отсутствие изменений на рентгенограмме при очевидной клинической симптоматике пневмонии

Диагноз

Для оценки тяжести пневмонии и прогноза при начальной оценке рекомендуется использовать шкалу

- {nbsp}CRB-65/ CURB-65
- {nbsp}PORT
- {nbsp}SMART-COP
- {nbsp}IDSA/ATS

Учитывая представленные данные, лечение пациентки следует проводить

- в стационаре (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, объем поражения, уровень мочевины крови)
- в условиях дневного стационара (желание пациента, отсутствие выраженной интоксикации, выраженного лейкоцитоза)
- в отделении интенсивной терапии (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, многодолевое поражение, уровень мочевины крови)
- в амбулаторных условиях (желание пациента, отсутствие выраженной интоксикации, выраженного лейкоцитоза)

В клинической картине внебольничной пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста преобладают

- температура тела выше 39°C, гектическая лихорадка
- сухой кашель, озноб, мышечную слабость, ломота в теле
- страх смерти, головокружение, дезориентация
- симптомы декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность и др.)

Для пневмонии при аускультации легких наиболее характерно наличие

- ослабленного везикулярного дыхания
- мелкопузырчатых влажных хрипов
- низкотональных сухих хрипов
- рассеянных сухих высокотональных хрипов

У госпитализированных пациентов с тяжелой пневмонией рекомендованным методом проведения антибактериальной терапии является + _____ + путь введения

- двойной (пероральный {plus} парентеральный)
- пероральный
- парентеральный
- ингаляционный

Бактериоскопия мазка мокроты, окрашенного по Граму, у больного с пневмонией проводится с целью

- лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях
- лечения пневмонии в условиях дневного стационара
- подбора антибактериальной терапии
- использования макролидов на начальном этапе антибактериальной терапии

К осложнениям внебольничной пневмонии относится

- гиперкапническая дыхательная недостаточность
- вентиляционная дыхательная недостаточность
- ОРДСВ; острая ДН
- обструктивная дыхательная недостаточность

Диагноз пневмонии является неточным при отсутствии

- рентгенологического подтверждения
- продуктивного кашля
- острого начала
- фокуса мелкопузырчатых влажных хрипов в легких

Неблагоприятным прогностическим признаком пневмонии является

- рентгенологического подтверждения
- продуктивного кашля
- острого начала
- фокуса мелкопузырчатых влажных хрипов в легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 71 год, доставлен бригадой скорой медицинской помощи районной клинической больницы.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39°C, кашель с трудноотделяемой мокротой, общую слабость, одышку при физической нагрузке, боль слева в грудной клетке при дыхании.

Анамнез заболевания

Заболел остро 5 дней назад, когда после переохлаждения, появился сухой кашель, поднялась температура тела до 39°C. Продолжал работать, в поликлинику не обращался, самостоятельно принимал парацетамол с частично

положительным эффектом, лихорадка сохранялась, через 3 дня появилась трудноотделяемая мокрота. Самочувствие ухудшилось, появилась и нарастала слабость, боль в груди при дыхании, одышка при физической нагрузке. Вызвал бригаду скорой помощи, госпитализирован в стационар.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально. * Последние два года отмечает повышение АД, принимает периндоприл 5 мг 1 таблетка утром. АД при эпизодическом самоконтроле в пределах 135/85 мм.рт.ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура 38°C. Рост 170 см, вес 70 кг, ИМТ – 24.22 кг/м². Кожные покровы бледно-розовые, на щеках румянец. Увеличение заднешейных и подчелюстных групп лимфатических узлов до 1-1,5 см, мягко-эластические, подвижные. Носовое дыхание не затруднено. При перкуссии притупление легочного тона над нижней долей левого легкого. При аускультации в легких дыхание везикулярное, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижней доле левого легкого. ЧД 20 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая граница- на 1 см снаружи от правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от левой срединноключичной линии, верхняя – на уровне III м/р. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения, напряжения, 80 в минуту. АД 115/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10x8x7 см. Симптом поколачивания с двух сторон отрицательный. Стул, диурез в норме. Щитовидная железа не пальпируется.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- рентгенологического подтверждения
- продуктивного кашля
- острого начала
- фокуса мелкопузырчатых влажных хрипов в легких

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- рентгенологического подтверждения
- продуктивного кашля
- острого начала
- фокуса мелкопузырчатых влажных хрипов в легких

Результаты инструментальных методов обследования

Вышеперечисленные данные свидетельствуют о наличии

- рентгенологического подтверждения
- продуктивного кашля
- острого начала
- фокуса мелкопузырчатых влажных хрипов в легких

Диагноз

Дифференциальный диагноз пневмонии в первую очередь проводят с

- бронхитом
- астмой
- туберкулезом
- инфарктом миокарда

Основными классами антибактериальных препаратов для лечения внебольничной пневмонии являются

- цефалоспорины, полимиксины, линкозамиды
- сульфаниламидные антибактериальные препараты
- тетрациклины, карбапенемы
- лактамные антибиотики, макролиды, фторхинолоны

Для оценки тяжести пневмонии и прогноза при начальной оценке рекомендуется использовать шкалу

- SCORE
- CHA~2~DS~2~-VASc
- CRB-65/ CURB-65
- HAS-BLED

Шкала CURB-65 включает анализ признаков

- сознание, азот мочевины, ЧД, АД, возраст
- сознание, азот мочевины, ЧД, АД, ЧСС
- сознание, ЧД, АД, пульс, возраст
- сознание, азот мочевины, глюкоза, ЧД, АД, возраст

Учитывая представленные данные, лечение пациента следует проводить в

- отделении интенсивной терапии (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, многодолевое поражение, уровень мочевины крови)
- условиях дневного стационара (желание пациента, отсутствие выраженной интоксикации, выраженного лейкоцитоза)
- амбулаторных условиях (желание пациента, отсутствие выраженной интоксикации, выраженного лейкоцитоза)
- стационаре (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, объем поражения, уровень мочевины крови)

К критериям достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии относятся

- в клиническом анализе крови количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9 / \text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$
- по данным рентгенологического исследования органов грудной полости разрешение инфильтративных изменений
- клиническое и рентгенологическое разрешение пневмонии
- снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП при выписке из стационара

Длительность обратного развития пневмонии в среднем составляет +__+ недели

- 1-2
- 3-4
- 2-3
- 5-6

Шкала CRB-65 = 2 балла означает

- госпитализацию в ОРИТ
- амбулаторное лечение
- госпитализацию

- пневмонии нет

В 20-30% случаев возбудителями внебольничной пневмонии являются

- госпитализацию в ОРИТ
- амбулаторное лечение
- госпитализацию
- пневмонии нет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обратился к врачу общей практики.

Жалобы

На повышение температуры до 38,0°C, слабость, кашель со скудной желтоватой мокротой.

Анамнез заболевания

Повышение температуры до 38,0°C и кашель с мокротой беспокоят в течение пяти дней. Принимал жаропонижающие препараты без особого эффекта. Другие лекарства не принимал. За десять дней до этого перенёс ОРВИ.

Анамнез жизни

Лекарственной аллергии не отмечает. Сопутствующих заболеваний нет.

Объективный статус

Состояние пациента средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура тела 38,2°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, в нижних задних отделах грудной клетки справа выслушивается крепитация. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС=92 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.

Лабораторная диагностика, необходимая для постановки диагноза данному пациенту, должна включать

- госпитализацию в ОРИТ
- амбулаторное лечение
- госпитализацию
- пневмонии нет

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальная диагностика, необходимая для постановки диагноза данному пациенту, должна включать

- госпитализацию в ОРИТ
- амбулаторное лечение
- госпитализацию
- пневмонии нет

Результаты обследования

На основании данных проведенного обследования больному может быть сформулирован диагноз

- госпитализацию в ОРИТ
- амбулаторное лечение
- госпитализацию
- пневмонии нет

Диагноз

Прогноз течения пневмонии у данного пациента, рассчитанный по шкале CURB-65, составляет +__+ баллов, а пациент может быть отнесен в +__+ группу риска

- 3 ; III
- 0 ; I
- 1 ; I
- 2 ; II

По результатам проведенного обследования дальнейшее лечение пациента должно проходить

- в условиях отделения торакальной хирургии
- в условиях терапевтического отделения
- в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации
- амбулаторно

Оптимальная стартовая антибактериальная терапия для данного пациента включает назначение

- левофлоксацина {plus} азитромицина
- амоксициллина
- амоксициллин/клавуланата {plus} джозамицина
- цефиксима

Данному пациенту амоксициллин должен быть назначен

- внутримышечно
- эндотрахеально
- внутривенно
- перорально

Эффективность стартовой антимикробной терапии у больного следует оценить через +_____+ часа/часов

- 48-72
- 24-48
- 12-24
- 6-12

Критерием достаточности антибактериальной терапии для данного больного будет

- стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч
- рентгенологически подтверждённое исчезновение инфильтрации в лёгких в течение не менее 48 ч
- нормализация лабораторных маркёров системной воспалительной реакции в течение не менее 48 ч
- исчезновение крепитации в лёгких в течение не менее 48 ч

По окончании 3-х суток терапии амоксициллином у пациента сохраняется лихорадка до 38,5°C, клинические симптомы интоксикации, в связи с чем амоксициллин следует заменить на

- амоксициллина-клавуланат
- линкозамид
- макролид
- карбопенем

В случае достижения эффекта при терапии макролидным антибиотиком, оцененным через 48-72 часа, общая ориентировочная продолжительность лечения должна длиться +__+ суток

- 14
- 5
- 7
- 21

Показанием для проведения оксигенотерапии у пациентов с внебольничной пневмонией является $SpO_2 < + \_\_ + \%$

- 14
- 5
- 7
- 21

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился в приёмный покой городской больницы.

Жалобы

На одышку при незначительной физической нагрузке, сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с отделением гнойной мокроты до 20 мл в сутки (что существенно больше обычного количества) преимущественно в утренние часы, повышение температуры до 37,8°C.

Анамнез заболевания

На протяжении последних 15 лет пациента беспокоит сухой кашель с отделением небольшого количества сероватой мокроты по утрам. Последние 5 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 3 этаж. В течение последнего года одышка усилилась и стала беспокоить при бытовой физической нагрузке. По поводу одышки ежедневно использует ДАИ «Беродуал» по 2 вдоха 3-4 раза в сутки. За последний год отметил 2 обострения заболевания, выражавшиеся в усилении одышки и кашля. В течение последних 2 недель больной отмечает очередное ухудшение состояния, что проявляется в повышении температуры тела до 37,8°C, усилении кашля и экспираторной одышки, изменении характера отделяемой мокроты, которая стала вязкой и приобрела слизисто-гнойный вид. Принимал дома амоксициллин по 500 мг 3 раза в день, беродуал по 2 вдоха 6 раз в день без улучшения самочувствия, в связи с чем обратился в больницу.

Анамнез жизни

* В детстве рос и развивался соответственно возрасту + * Профессиональная

деятельность в течение жизни: разнорабочий на стройке + * Вредные привычки: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки (индекс курящего человека=45 пачка/лет) + * Семейный анамнез: У родственников заболеваний органов дыхания нет. + * Аллергологический анамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней тяжести: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность надключичных и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – над всей поверхностью лёгких выслушивается жесткое дыхание и рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 23 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. Периферические л/у не увеличены. По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRS questionnaire - 4 балла. Одышка по визуально-аналоговой шкале Борга – 7 баллов.

Инструментальное обследование, необходимое пациенту, должно включать проведение

- 14
- 5
- 7
- 21

Результаты инструментальных методов обследования

На основании полученных при скрининговом обследовании данных (эмфизема лёгких, значительное снижение лёгочных объёмов и сатурации гемоглобина кислородом) дообследование пациента должно включать оценку

- 14
- 5
- 7
- 21

Результаты обследования

На основании полученных результатов обследования пациенту может быть сформулирован диагноз

- 14
- 5
- 7
- 21

Диагноз

На момент обращения пациента за медицинской помощью фаза заболевания должна быть расценена как

- стихающее обострение
- ремиссия

- рецидив
- обострение

Лечение этого пациента должно проводиться в

- санатории
- стационаре
- амбулаторно
- режиме «дневного стационара»

В первую очередь пациенту показано назначение бронходилататоров

- внутривенно
- ингаляционно
- эндотрахеально
- внутримышечно

Оптимальным устройством для доставки ингаляционных бронходилататоров пациенту в период обострения ХОБЛ будет

- дозированный аэрозольный ингалятор со спейсером
- небулайзер
- резервуарный ингалятор «циклохалер»
- бесфреоновый дозированный аэрозольный ингалятор

В качестве противовоспалительной терапии больному с такими нарушениями лёгочной вентиляции показано назначение препарата из группы

- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- глюкокортикостероидов
- ингибиторов кальциневрина
- стабилизаторов мембран тучных клеток

Кроме бронходилататоров и глюкокортикостероидов этому пациенту показано добавление к терапии + _____ + препаратов

- противопротозойных
- противовирусных
- антибактериальных
- противогрибковых

Учитывая значение $SpO_2 = 88\%$, пациенту

- показана кислородотерапия
- показана инвазивная вентиляция лёгких
- показана неинвазивная вентиляция лёгких
- не показана респираторная поддержка

Дополнительным показанием к назначению антибактериальной химиотерапии пациентам, страдающим ХОБЛ, является

- лимфоцитоз
- усиление кашля
- $CRP \geq 30$ мг/л
- лейкопения $\leq 4,0$ тыс/мкл

Учитывая наиболее вероятных возбудителей при GOLD I-II с факторами риска, в качестве эмпирической антибактериальной терапии следует выбрать

- лимфоцитоз
- усиление кашля
- $CRP \geq 30$ мг/л

- лейкопения $\leq 4,0$ тыс/мкл

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

На приступы одышки, сопровождающиеся дистанционными хрипами, ощущение «заложенности» в грудной клетке и кашель с отделением небольшого количества вязкой мокроты.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 2-х лет, когда появились подобные симптомы. Не обследовалась. В течение последнего года симптомы возникают ежедневно, ночью 1 раз в неделю, нарушают дневную активность и сон. В течение последних 2-х недель отмечается ухудшение состояния: симптомы усилились и возникают по 2-3 раза в день и ночью до 3-5 раз в неделю. Ухудшение состояния сама пациентка связывает с ремонтом в доме.

Анамнез жизни

* В детстве росла и развивалась соответственно возрасту. * Профессиональная деятельность: бухгалтер. * Вредные привычки: курит по 10-15 сигарет в день с 17 лет. * Семейный анамнез: отец умер в 44 года (несчастный случай); мать 65 лет - на душину отёк Квинке в анамнезе АГ; сестра 40 лет – здорова. * Аллергологический анамнез: на цитрусовые, малину, клубнику – кашель и кожный зуд.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции, рост 165 см, вес 63 кг. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, нормальной влажности. Над лёгкими дыхание жёсткое, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы в небольшом количестве, усиливающиеся на выдохе. 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. Периферические отёки отсутствуют. Периферические л/у не увеличены.

Инструментальное обследование больной должно включать проведение

- лимфоцитоз
- усиление кашля
- СРБ ≥ 30 мг/л
- лейкопения $\leq 4,0$ тыс/мкл

Результаты инструментальных методов обследования

В качестве дообследования пациентке показано проведение

- лимфоцитоз
- усиление кашля
- СРБ ≥ 30 мг/л
- лейкопения $\leq 4,0$ тыс/мкл

Результаты обследования

На основании полученных результатов проведённого обследования пациентке может быть установлен диагноз

- лимфоцитоз
- усиление кашля
- СРБ ≥ 30 мг/л
- лейкопения $\leq 4,0$ тыс/мкл

Диагноз

Впервые выявленная у данной больной бронхиальная астма должна быть классифицирована как

- лёгкая персистирующая
- тяжёлая персистирующая
- персистирующая средней тяжести
- интермиттирующая

Фаза течения бронхиальной астмы по результатам проведённого обследования должна расцениваться как

- стихающее обострение
- астматический статус
- обострение
- ремиссия

Степень тяжести обострения бронхиальной астмы у данной пациентки соответствует

- жизнеугрожающей астме
- астме, близкой к фатальной
- тяжёлому обострению
- средней тяжести

Лечение обострения бронхиальной астмы у пациентки должно включать использование ингаляционных

- короткодействующих бета-агонистов и антагониста лейкотриеновых рецепторов
- короткодействующих бета-агонистов и анти-ИЛ-5 моноклональные антитела
- короткодействующих β_2 -агонистов и ипратропия бромид
- длительно действующих β_2 -агонистов и ипратропия бромид

Несмотря на начатую терапию короткодействующими β_2 -агонистами и ипратропия бромидом, существенного улучшения состояния пациентки не возникло, в связи с чем к терапии показано добавить

- реслизумаб
- омализумаб
- тиотропий
- преднизолон

Доза преднизолона, необходимая пациентке, должна составлять + _____ + мг в сутки

- 15-20
- 5-10
- 40-50
- 25-35

Через неделю терапии преднизолоном состояние пациентки значительно улучшилось: приступы практически прекратились. Планируемая отмена преднизолона требует обязательного назначения

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- ингаляционных глюкокортикостероидов
- аденозинергических препаратов
- антилейкотриеновых препаратов

Обязательным компонентом дыхательной недостаточности является

- гиперкапния
- гипокапния
- дыхательный ацидоз
- гипоксемия

Для исключения наличия хронической дыхательной недостаточности у пациентов с контролируемой бронхиальной астмой показано проведение

- гиперкапния
- гипокапния
- дыхательный ацидоз
- гипоксемия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 24-х лет, пришла на консультацию врача-терапевта в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

На приступы затруднения дыхания с затрудненным выдохом, сопровождающиеся приступообразным кашлем и появлением трудноотделяемой мокроты, возникающие около 2-3 раз в неделю и иногда по ночам.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания известно, что подобные приступы беспокоят больную уже на протяжении года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, а также при вдыхании резких запахов, прекращаются самостоятельно или после приёма таблетки эуфиллина. Ранее приступы возникали не чаще 2-3 раза в месяц только в дневное время суток и достаточно быстро купировались самостоятельно, однако в течение последнего месяца они стали возникать значительно чаще – по 2-3 раза в неделю, и иногда по ночам (примерно 1 раз в неделю), соседка посоветовала принимать таблетку эуфиллина при возникновении приступа, что оказалось эффективно и приступы стали купироваться несколько быстрее. В связи с ухудшением состояния больная обратилась к терапевту.

Анамнез жизни

* В детстве росла и развивалась соответственно возрасту * Профессиональная деятельность: воспитатель в детском саду, профессиональные вредности отрицает * Семейное положение: не замужем * Сопутствующие и перенесённые заболевания: отрицает * Аллергологический анамнез: с 19 лет при контакте с домашней пылью, пылью растений, кошачьей шерстью появляется слезотечение, заложенность носа, чихание. * Вредные привычки: отрицает * Наследственность: у бабушки пациентки отмечались подобные симптомы

Объективный статус

При осмотре пациентка в сознании, контактна. Кожные покровы чистые, обычной окраски и влажности. частота дыхания – 20 в мин. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов, усиливающихся на форсированном выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС=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. Отеки не определяются. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

В план обследования пациентки необходимо включить

- гиперкапния
- гипокапния
- дыхательный ацидоз
- гипоксемия

Результаты обследования

Инструментальные методы диагностики, необходимые для обследования пациентки, включают проведение

- гиперкапния
- гипокапния
- дыхательный ацидоз
- гипоксемия

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные проведённого обследования и клиническую картину болезни, для исключения или подтверждения диагноза бронхиальной астмы пациентке показано проведение

- гиперкапния
- гипокапния
- дыхательный ацидоз
- гипоксемия

МЕТАХОЛИНОВЫЙ ТЕСТ

На основании результата проведённого метахолинового теста (протокол прилагается) пациентке может быть поставлен диагноз

- гиперкапния
- гипокапния
- дыхательный ацидоз
- гипоксемия

Диагноз

С целью купирования обострения заболевания пациентке показано назначение

- длительнодействующих β_2 -агонистов ингаляционно
- короткодействующих β_2 -агонистов ингаляционно
- антагонистов лейкотриеновых рецепторов
- глюкокортикостероидов перорально

К имеющимся у пациентки факторам риска развития обострений бронхиальной астмы относится

- эозинофилия мокроты
- ЧДД во время обострения=20 в минуту
- женский пол
- возраст ≤ 30 лет

После купирования обострения пациентке показано назначение терапии стабильной бронхиальной астмы, соответствующее + _____ + степени

- 1
- 2
- 4
- 3

Решение о снижении или увеличении объёма проводимой терапии в соответствии со «ступенчатым подходом» для данной пациентки следует принимать через + __ + месяц/месяцев

- 4
- 2
- 1
- 3

При оценке уровня контроля бронхиальной астмы следует принимать во внимание

- количество ночных пробуждений из-за БА
- возраст дебюта болезни
- дозу употребляемого глюкокортикостероида
- дозу длительнодействующего β_2 -агониста

Показанием для введения адреналина (эпинефрина) у больных бронхиальной астмой является

- $\text{SpO}_2 \leq 88\%$
- ангионевротический отёк
- отёк Квинке на арахис в анамнезе
- дыхательный ацидоз

Бронхиальная астма с поздним дебютом

- хорошо поддаётся лечению малыми дозами глюкокортикостероидов
- развивается через 5-10 лет после формирования атопического дерматита у пациента
- чаще развивается у лиц, страдающих аллергическими заболеваниями
- чаще поражает женщин

Показатель фракции оксида азота в выдыхаемом воздухе

- хорошо поддаётся лечению малыми дозами глюкокортикостероидов
- развивается через 5-10 лет после формирования атопического дерматита у пациента
- чаще развивается у лиц, страдающих аллергическими заболеваниями
- чаще поражает женщин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 65 лет обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На кашель с отхождением желто-зелёной мокроты и одышку смешанного характера, возникающую при незначительных физических нагрузках: при самообслуживании, разговоре, поворотах в кровати.

Анамнез заболевания

Кашель с отделением небольшого количества беловато-сероватой мокроты по утрам начал беспокоить пациента 15 лет назад - примерно с 50-летнего возраста. При обращении в поликлинику по м/ж был диагностирован «хронический бронхит курильщика». С 57-58 лет появилась и в дальнейшем постепенно нарастала одышка, которая сначала возникала только во время интенсивной физической нагрузке, однако постепенно толерантность к нагрузке снижалась и в настоящее время переносимость физической нагрузки существенно уменьшилась. Кроме того, в течение последних 5 лет пациент отмечает по 2-3 обострения бронхита курильщика в год, которые проявляются нарастанием вышеупомянутой симптоматики. Последнее ухудшение состояния началось около недели тому назад, после простудного заболевания и проявляется усилением одышки при бытовых физических нагрузках и существенно ограничивает пациента, усилением кашля и выделением желто-зелёной мокроты в количестве, превышающем обычное.

Анамнез жизни

В детстве рос и развивался соответственно возрасту + Профессиональная деятельность в течение жизни: слесарь + Вредные привычки: курил 42 года по пачке сигарет в день; в настоящее время не курит уже 4 года + Аллергологический анамнез: не отягощен + Семейный анамнез: отец умер в 76 лет от рака кишечника, мать страдала АГ, умерла в 68 лет в результате несчастного случая.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 170 см, вес 56 кг. Астенической конституции. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пастозность голеней, стоп. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Правая граница сердца – по правому краю грудины, левая – на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены. Грудная клетка бочкообразной формы, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно над всей поверхностью легких коробочный звук. Дыхание жесткое, ослабленное, ЧД 22 в минуту. Над всей поверхностью лёгких выслушиваются сухие свистящие хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Живот мягкий, безболезненный, печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги, размеры печени по Курлову 11x10x9 см, селезенка не увеличена. Сатурация $O_2 = 93\%$

В план обследования пациента необходимо включить

- хорошо поддаётся лечению малыми дозами глюкокортикостероидов
- развивается через 5-10 лет после формирования атопического дерматита у пациента
- чаще развивается у лиц, страдающих аллергическими заболеваниями
- чаще поражает женщин

Результаты обследования

Принимая во внимание полученные результаты обследования, пациенту необходимо провести

- хорошо поддается лечению малыми дозами глюкокортикостероидов
- развивается через 5-10 лет после формирования атопического дерматита у пациента
- чаще развивается у лиц, страдающих аллергическими заболеваниями
- чаще поражает женщин

Результаты обследования

Спирометрическим критерием диагностики ХОБЛ у пациента является

- добронходилатационный ОФВ~1~/ФЖЕЛ
- постбронходилатационный ОФВ~1~
- постбронходилатационный ОФВ~1~/ФЖЕЛ
- добронходилатационный ОФВ~1~

Тяжесть нарушения бронхиальной проходимости у больного соответствует + _____ + степени

- среднетяжелой
- тяжелой
- легкой
- крайне тяжелой

Фаза течения ХОБЛ у пациента соответствует

- стихающему обострению
- затянувшемуся обострению
- обострению
- ремиссии

Для классификации ХОБЛ в одну из трёх групп (А,В,Е) необходимо использовать шкалу

- {nbsp}Geneva
- mMRC
- {nbsp}Score
- {nbsp}Wells

Пациенту показано лечение ХОБЛ

- в условиях стационара
- в амбулаторных условиях
- в условиях санатория
- в режиме «дневного стационара»

Учитывая обострение заболевания, пациенту показано назначение

- монтелукаста
- эуфиллина
- сальбутамола
- перфенидона

В качестве противовоспалительной терапии обострения ХОБЛ этому пациенту показано назначение

- диклофенака
- преднизолона
- нимесулида
- лоратадина

В данной ситуации антибактериальная терапия пациенту

- не показана

- показана
- показана в случае неэффективности сальбутамола и преднизолона на протяжении 5-7 дней лечения
- показана только при проведении респираторной поддержки

Предиктором высокой вероятности инфицирования *P.aeruginosa* у пациентов, страдающих ХОБЛ, является

- обратимый характер бронхиальной обструкции
- жёлто-зелёный цвет отделяемой мокроты
- возраст < 40 лет
- употребление антибиотиков >4 за год

У больных с тяжелым обострением ХОБЛ и с высоким риском инфицирования *Pseudomonas aeruginosa* назначение антисинегнойных β-лактамных препаратов следует комбинировать с

- обратимый характер бронхиальной обструкции
- жёлто-зелёный цвет отделяемой мокроты
- возраст < 40 лет
- употребление антибиотиков >4 за год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной П. 32 лет доставлен в стационар в тяжелом состоянии с затянувшимся приступом удушья.

Жалобы

На затянувшийся приступ удушья, не купирующийся повторными ингаляциями сальбутамола (всего произвел 20 ингаляций в течение 12 часов).

Анамнез заболевания

Со слов родственников, с 9 лет страдает бронхиальной астмой. В начале заболевания приступы удушья, развивались в весенне-летний период (с конца апреля по июль). Приступы удушья сопровождались другими симптомами поллиноза: насморком, заложенностью носа, зудом и чесыванием глаз. Ранее при аллергологическом обследовании выявлялась положительная реакция на аллергены деревьев (береза, тополь), злаковых (тимофеевка, овсяница, гречиха) и сорных трав (полынь, амброзия, крапива, пижма). В возрасте 24 лет перенес правостороннюю пневмонию, после чего течение и симптомы бронхиальной астмы изменились: исчезла выраженная сезонность обострений болезни, приступы удушья стали более частыми, продолжительными и тяжелыми. В качестве базисной терапии больной использовал Симбикорт (будесонид/формотерол) 80/4,5 мкг х 2 раза в сутки, для купирования симптомов редко ингалировал сальбутамола. Примерно неделю назад после переохлаждения у больного повысилась температура до 38,5^oC, появился сухой кашель и ринит. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами и отхаркивающими средствами. На этом фоне возобновились приступы удушья. В ночь перед госпитализацией у пациента развился приступ удушья, не купированный повторными ингаляциями сальбутамола (всего произвел 20 ингаляций в течение 12 часов). Родственники вызвали «скорую

помощь». Бригадой СМП внутривенно введены эуфиллин и преднизолон, после чего пациент доставлен в клинику.

Анамнез жизни

В детстве: в начальной школе был отстранен от занятий физкультурой, при физических нагрузках пользовался ингалятором. + В армии не служил. + Вредные привычки: отрицает, никогда не курил. + Жилищные условия: проживет в сухой квартире, домашних животных не держит. Постельные принадлежности содержат искусственные наполнители. + Аллергологический анамнез: до 3-х лет страдал пищевым «диатезом». С детства страдает поллинозом; при аллергологическом обследовании выявлялась положительная реакция на аллергены деревьев (береза, тополь), злаковых (тимофеевка, овсяница, гречиха) и сорных трав (полынь, амброзия, крапива, пижма) + Наследственность: у отца бронхиальная астма.

Объективный статус

При осмотре состояние пациента тяжелое. Пациент испуган, возбужден. С трудом доступен контакту: речь отдельными словами. Занимает вынужденное положение - сидит, опираясь руками о край кушетки. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Грудная клетка находится в положении максимального вдоха. Дыхание шумное с удлиненным выдохом, на расстоянии слышны свистящие хрипы. Частота дыхания 28 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы, безболезненная при пальпации. Перкуторный звук коробочный. Дыхание резко ослабленное жесткое, над нижними отделами легких есть участки, над которыми дыхание не проводится. Выслушивается небольшое количество сухих свистящих хрипов. Сатурация кислорода $\text{SpO}_2 \sim 88\%$. Границы сердца в норме. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный за счет частых экстрасистол (7-8 в минуту), ЧСС - 116 ударов в минуту. Акцент 2-го тона над легочной артерией. АД=100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. При перкуссии размеры её по Курлову составляют $9^{*}8^{*}7$ см. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Состояние больного при поступлении в приёмное отделение должно быть расценено как

- затянувшееся обострение
- тяжёлое обострение
- жизнеугрожающая астма
- умеренно тяжёлое обострение

Для устранения гипоксемии пациенту показано проведение

- терапии гелиоксом
- инвазивной вентиляции лёгких
- кислородотерапии
- неинвазивной вентиляции лёгких

Принимая во внимание, что пациент за последние 12 часов сделал 20 ингаляций сальбутамола, ему показано назначение

- системных ГКС
- анти-IL-1 β -терапии

- анти-IgE-терапии
- анти-IL-5-терапии

Пациенту показано назначение преднизолона в дозе +____+ мг/сут

- 60-80
- 40-50
- 10-20
- 20-30

Терапию пероральными ГКС следует продолжать +____+ дней

- 5-7
- 3-5
- 7-14
- 1-3

В качестве ингаляционной терапии первой линии пациенту показано назначение

- формотерола
- сальбутамола
- {nbsp}N-ацетилцистеина
- беклометазона

Во время нахождения пациента в стационаре в план необходимого обследования следует включить

- формотерола
- сальбутамола
- {nbsp}N-ацетилцистеина
- беклометазона

Результаты обследования

Через неделю проводимой терапии состояние пациента существенно улучшилось: приступы удушья не беспокоят, ЧД=16 в минуту, SpO₂=97%, ОФВ₁ до бронходилатации=82%. По результатам проведённого обследования пациенту можно поставить диагноз:

- формотерола
- сальбутамола
- {nbsp}N-ацетилцистеина
- беклометазона

Диагноз

После выписки из стационара пациенту была назначена терапия симбикортом 160/4,5 по 1 ингаляции 2 раза в сутки. Оценить возможность снижения дозы поддерживающей терапии следует через +__+ месяца/месяцев

- 6
- 3
- 12
- 1

Бронходилатационный тест считается положительным, если после ингаляции бронходилататора прирост объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁) составляет

- ≤12%, и при этом абсолютный прирост составляет менее 200 мл

- $\geq 15\%$, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более
- $\geq 20\%$, и при этом абсолютный прирост составляет 100 мл и более
- $\geq 12\%$, и при этом абсолютный прирост составляет 200 мл и более

Увеличение фракции азота в выдыхаемом воздухе (FENO)

- подтверждает диагноз бронхиальной астмы
- позволяет дифференцировать бронхиальную астму и аллергический бронхит
- является маркёром аллергического воспаления
- исключает аллергический характер воспаления

Тяжёлая бронхиальная астма требует терапии

- подтверждает диагноз бронхиальной астмы
- позволяет дифференцировать бронхиальную астму и аллергический бронхит
- является маркёром аллергического воспаления
- исключает аллергический характер воспаления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет, программист, обратился к врачу общей практики.

Жалобы

на повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, головные боли, кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера, который нарушает ночной сон, эпизод кровохаркания, затрудненное дыхание, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потливость.

Анамнез заболевания

Заболел остро, за 3 дня до обращения. Накануне заболевания отмечает факт переохлаждения: по дороге с работы промочил ноги. К вечеру отметил першение в горле, лихорадку до 39°C , появился сухой надсадный кашель. Пациент самостоятельно принимал парацетамол, противовирусные препараты, полоскал горло местными антисептиками. На следующий день на фоне приема жаропонижающих средств сохранялась фебрильная температура, кашель стал продуктивным с отделением «ржавой» мокроты, появились боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, одышка.

Анамнез жизни

Родился третьим ребенком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Образование высшее. В армии не служил (военная кафедра университета). В анамнезе редкие простудные заболевания, хронический риносинусит, последнее обострение месяц назад – принимал антибиотик ципрофлоксацин в течение 10 дней. Аллергологический анамнез без особенностей. Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает, туберкулезом, вирусными гепатитами не болел. Наследственность неотягощена. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное, контактен, правильно ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. Периферические лимфатические узлы не увеличены, обычных размеров, безболезненные. Периферических отеков нет.

Кожные покровы обычной окраски, влажные. Цианоза нет. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в дыхании, безболезненные при пальпации. Отмечено укорочение перкуторного звука справа ниже угла лопатки, где на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Бронхофония и голосовое дрожание усилены в нижних отделах правого легкого. Над остальными отделами легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Ч=24 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС=102 уд. в мин. АД=120/80 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Диурез около 1000 мл в сутки. Щитовидная железа не увеличена.

В качестве дообследования пациенту необходимо провести

- подтверждает диагноз бронхиальной астмы
- позволяет дифференцировать бронхиальную астму и аллергический бронхит
- является маркером аллергического воспаления
- исключает аллергический характер воспаления

Результаты обследования

На основании проведенного обследования пациенту может быть поставлен диагноз

- подтверждает диагноз бронхиальной астмы
- позволяет дифференцировать бронхиальную астму и аллергический бронхит
- является маркером аллергического воспаления
- исключает аллергический характер воспаления

Диагноз

Дальнейшее лечение пациента должно проводиться в

- отделении торакальной хирургии
- амбулаторных условиях
- отделении терапевтического профиля
- отделении реанимации

Терапией первой линии для лечения данного пациента является антибактериальный препарат группы

- макролидов
- аминопенициллинов
- ингибиторозащищенных аминопенициллинов
- респираторных фторхинолонов

Пациенту был назначен амоксиклав 875/125 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки. Оценить эффективность проводимой терапии следует через + _____ + часов/часа после начала лечения

- 72-96
- 12-24
- 24-48
- 48-72

По окончании 3-х суток лечения амоксиклавом у пациента сохранялась высокая температура, усилилась слабость и одышка, в связи с чем он был

госпитализирован в терапевтическое отделение стационара. В качестве дообследования в условиях стационара больному показано проведение

- 72-96
- 12-24
- 24-48
- 48-72

Результаты обследования

На основании проведённого в стационаре дообследования следует сделать заключение об осложнённом течении заболевания с развитием

- острого респираторного дистресс-синдрома
- парапневмонического плеврита
- сепсиса
- абсцесса лёгкого

Учитывая неэффективность стартовой терапии амоксиклавом на амбулаторном этапе лечения, необходимо заменить его на

- кларитромицин
- вориконазол
- левофлоксацин
- линезолид

На фоне терапии левофлоксацином отмечается положительная динамика: снижение температуры тела, уменьшение слабости, кашля и количества отделяемой мокроты, которая приобрела слизистый характер. Критерием достаточности антибактериальной терапии и показанием для её прекращения следует считать

- положительную динамику (снижение) уровня С-реактивного белка
- полное разрешение пневмонии при контрольном рентгенологическом исследовании
- частоту дыхания <30/мин
- снижение температуры тела <37,2°C в течение 48 ч и больше

Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии у пациентов без сопутствующей патологии является

- {nbsp}Mycoplasma pneumoniae
- {nbsp}Staphylococcus aureus
- {nbsp}Pseudomonas aeruginosa
- {nbsp}Streptococcus pneumoniae

О клинически незначимой контаминации мокроты микрофлорой верхних дыхательных путей свидетельствует выявление

- {nbsp}S. viridans
- {nbsp}H.influenzae
- {nbsp}S. aureus
- {nbsp}C. pneumoniae

Тяжёлую внебольничную пневмонию характеризует наличие

- {nbsp}S. viridans
- {nbsp}H.influenzae
- {nbsp}S. aureus
- {nbsp}C. pneumoniae

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 64 лет, поступил в терапевтическое отделение стационара.

Жалобы

На кашель со слизисто-гнойной мокротой, учащённое сердцебиение и одышку при физической нагрузке, которую пациент оценивает на 7 баллов по шкале Борга ; повышение температуры тела максимально до 38°C , повышенное потоотделение, общую слабость и быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Курит с 16 лет по 20 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение последних 15-20 лет. К врачам не обращался, считал данный симптом «кашлем курильщика». В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. На протяжении последних 5-и лет стал отмечать изменение характера мокроты, которая по утрам стала отделяться в большем (по сравнению с предыдущими годами) количестве и приобрела «гнойный» характер. Примерно с этого же времени появилась и стала постепенно нарастать одышка при ходьбе, которая в последнее время возникает при ходьбе на 150 метров. + Настоящее ухудшение состояния пациент отметил неделю тому назад после переохлаждения: отмечалось повышение температуры тела максимально до 38°C , усиление кашля, количества отделяемой мокроты гнойного характера и усиление одышки. Врач, вызванный на дом сделал назначения - ампициллин в таблетках и ингаляции ДАИ «Беротек» для уменьшения одышки, которые пациент выполнял. Несмотря на проводимое лечение по истечении 5 дней состояние не улучшилось, несмотря на то, что пациент употреблял до 12 ингаляций беротека в сутки. В связи с неэффективностью проводимого лечения обратился в приемное отделение больницы по месту жительства, из которого был в этот же день госпитализирован в терапевтическое отделение стационара.

Анамнез жизни

В детстве рос и развивался соответственно возрасту. + Профессиональная деятельность в течение жизни: образование средне-специальное. Более 20 лет проработал на цементном заводе. В настоящее время – на пенсии. + Служба в армии: служил в ракетных войсках. + Вредные привычки: курит с 16 лет по 20 - 30 сигарет в сутки. Индекс курильщика 72 пачка/лет. + Жилищные условия: удовлетворительные, проживает в частном доме. + Аллергологическая анамнез: аллергические реакции на лекарства, пищевые продукты, пыль, пыльцу, эпидермальные аллергены отрицает. + Наследственность: отец умер в 68 лет ОНМК, страдал АГ; мать умерла в 92 года

Объективный статус

При осмотре состояние больного средней степени тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. Грудная клетка симметрична, расширена в передне-заднем направлении, эластичность ее снижена. Перкуторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых незвонких влажных

хрипов. ЧД 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости - правая граница на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по lin. parasternalis sinistra, левая граница по lin. medioclavicularis sinistra. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту, АД - 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, перкуторные размеры по Курлову 9{*}8{*}7 см. Периферических отеков нет.

В план обследования пациента необходимо включить

- {nbsp}S. viridans
- {nbsp}H.influenzae
- {nbsp}S. aureus
- {nbsp}C. pneumoniae

Результаты обследования

На основании полученных в результате проведенного обследования данных пациенту может быть поставлен диагноз:

- {nbsp}S. viridans
- {nbsp}H.influenzae
- {nbsp}S. aureus
- {nbsp}C. pneumoniae

Диагноз

Пациент поступил с больницу в связи с обострением ХОБЛ. Степень тяжести настоящего обострения ХОБЛ должна быть определена как

- крайне тяжёлая
- тяжёлая
- средняя
- лёгкая

В качестве бронходилатационной терапии пациенту показано назначение

- олодатерола
- фенотерола
- индакатерола
- формотерола

С целью купирования обострения было принято решение о назначении системных глюкокортикостероидов. Пациенту следует назначить системные глюкокортикостероиды на 5-7 дней в дозе + ____ + мг/сут

- 10-20
- 60-80
- 30-40
- 40-60

Усиление одышки и увеличение количества отделяемой мокроты, имеющие место у пациента в ходе настоящего обострения заболевания, являются основанием для назначения + _____ + терапии

- комбинированной антимикробной
- антифунгальной
- антибактериальной

- противовирусной

В качестве препарата выбора для проведения антимикробной химиотерапии пациенту следует назначить

- комбинированной антимикробной
- антифунгальной
- антибактериальной
- противовирусной

Дополнительная информация

Через 19 дней лечения в стационаре в состоянии пациента отмечается явная положительная динамика, которая состоит в нормализации температуры тела, уменьшении одышки и количества отделяемой мокроты практически до исходного уровня, которое бывает вне обострения ХОБЛ. SpO₂=96%.

В качестве базисной терапии ХОБЛ пациенту показано назначение комбинации

- аклидина бромид/умеклидиния бромид
- гликопиррония бромид/тиотропия бромид
- гликопиррония бромид/индакатерол
- олодатерол/индакатерол

Для решения вопроса о назначении пациенту ингаляционных глюкокортикостероидов в качестве базисной терапии в дополнении к комбинации гликопиррония бромида и индакатерол показано проведение исследования

- специфического IgE крови
- эозинофилии крови
- обратимости бронхиальной обструкции
- бронхиальной гиперреактивности

Основой немедикаментозного лечения этого пациента является

- лечебная физкультура
- отказ от курения
- дыхательная гимнастика
- психотерапия

При дифференциальной диагностике между Хронической обструктивной болезнью лёгких и Бронхиальной астмой наиболее информативным является

- постбронходилатационное значение ОФВ₁/ФЖЕЛ<0,7
- нормализация лёгочной функции в ответ на ИГКС
- обратимый характер бронхиальной обструкции
- снижение добронходилатационного значения ОФВ₁

Наиболее распространённой причиной развития нетяжёлых обострений у больных ХОБЛ является

- постбронходилатационное значение ОФВ₁/ФЖЕЛ<0,7
- нормализация лёгочной функции в ответ на ИГКС
- обратимый характер бронхиальной обструкции
- снижение добронходилатационного значения ОФВ₁

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 32 лет обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На повышение температуры тела до 38,5°C преимущественно в вечернее время, кашель в течение дня с отделением слизисто-гнойной мокроты до 200 мл/сут, потливость, одышку при бытовых нагрузках.

Анамнез заболевания

Родился недоношенным, на сроке 37 недель. В раннем неонатальном возрасте перенес пневмонию, находился на ИВЛ. Рос слабым, болезненным ребенком, состоял на учете у пульмонолога с диагнозом «хронической пневмонии», неоднократно консультировался фтизиатром, однако диагноз туберкулеза установлен не был. Часто получал санаторно-курортное лечение. С детства отмечает ежедневный кашель, в период простудных заболеваний - с отделением слизисто-гнойной мокроты до 100мл/сутки, субфебрилитет. Последние 3 года часто возникали периоды фебрильной температуры, отделение гнойной мокроты, выделение которой зависит от положения тела. Настоящее ухудшение 1 неделю назад в виде появления вышеперечисленных жалоб.

Анамнез жизни

Работает программистом. Профессиональных вредностей не имеет. Ведет малоподвижный образ жизни. + Курит около 15 лет по 10-15 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет + Наследственность: у отца много лет продуктивный кашель (не обследовался, курит). + Аллергологический анамнез – без особенностей (аллергические реакции на пищевые продукты, лекарственные средства, в т.ч. антибиотики – отрицает).

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение астеничное. Рост 178 см, вес 63 кг. Кожные покровы умеренно влажные, акроцианоз, цианоз губ. Изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек». Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 93 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: левая – на 1 см кнутри от левой срединноключичной линии, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины, верхняя – в 3 межреберье. Тоны сердца ясные, ритмичные. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 95 в мин. АД 100/70 мм рт. ст. ЧДД 24 в мин. Грудная клетка кифосколиотически деформирована, асимметричная: наблюдается отставание и западение левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии легких: в верхних отделах с обеих сторон звук с коробочным оттенком, в нижних отделах слева – притупление перкуторного звука. При аускультации легких: жесткое дыхание, участки средне-пузырчатых хрипов в зоне притупления, уменьшающихся после кашля. SpO2 94%. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, при поверхностной пальпации безболезненный. Печень 9 см x 8 см x 7 см при перкуссии, нижний край - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивая отрицательный. Стул, диурез в

норме. + Выполнена R-графия ОГП: уменьшение объема нижней доли слева, деформация легочного рисунка по крупноячеистому типу, кистовидные просветления. + Анализ крови: Нв – 136 г/л, лейкоц. – $9,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 38 мм/ч. Общий анализ мокроты: кол-во 20мл, характер слизисто-гнойный, л 30-40 в п.зр., миелин {plus} {plus}, пл. эпителий 10-20 в п.зр.

Ключевыми анамнестическими данными для постановки диагноза являются

- ежедневный кашель, в период простудных заболеваний - с отделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл/сутки
- консультации фтизиатром в анамнезе
- индекс курильщика около 8 пачек-лет
- отягощенная наследственность: у отца многолетний кашель, что может указывать на наследственное заболевание бронхов
- рецидивирующие эпизоды фебрильной лихорадки
- неоднократно перенесенные пневмонии в детстве затяжного течения, «хроническая пневмония»

К физикальным данным, помогающим в постановке диагноза, относятся

- отсутствие артериальной гипертензии
- мужской пол
- изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- аускультативная картина: среднепузырчатые влажные хрипы, выраженность которых меняется после покашливания
- дефицит веса

Основным инструментальным методом, подтверждающим основной диагноз, является

- отсутствие артериальной гипертензии
- мужской пол
- изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- аускультативная картина: среднепузырчатые влажные хрипы, выраженность которых меняется после покашливания
- дефицит веса

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым лабораторным методом диагностики в данной клинической ситуации является

- отсутствие артериальной гипертензии
- мужской пол
- изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- аускультативная картина: среднепузырчатые влажные хрипы, выраженность которых меняется после покашливания
- дефицит веса

Результаты лабораторного метода обследования

С учетом дебюта заболевания в детском возрасте пациенту показано проведение дифференциальной диагностики заболевания с

- хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ)
- саркоидозом
- идиопатическим легочным фиброзом
- муковисцидозом

Для исключения муковисцидоза пациенту показано проведение

- хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ)
- саркоидозом
- идиопатическим легочным фиброзом
- муковисцидозом

Результаты обследования

На основании полученных данных пациенту может быть установлен диагноз

- хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ)
- саркоидозом
- идиопатическим легочным фиброзом
- муковисцидозом

Диагноз

Основой терапии в данной клинической ситуации является применение

- антибиотикотерапии
- дорназы-альфа 2,5мг х 2р/д ингаляционно через небулайзер
- оксигенотерапии
- комбинации ингаляционных кортикостероидов и пролонгированных бета-адреномиметиков

Антибиотикотерапией выбора в данном случае будет назначение

- тетрациклина
- кларитромицина
- амоксициллина клавуланата
- амикацина

Хирургическое лечение в данном клиническом случае

- показано при отсутствии эффекта от антибактериальной терапии
- не показано
- показано в экстренном порядке
- показано в плановом порядке

В качестве немедикаментозных методов лечения больному, наряду с отказом от курения, следует рекомендовать

- кинезиотерапию
- иглорефлексотерапию
- оксигенотерапию
- диетотерапию

Кинезиотерапия при бронхоэктатической болезни включает

- кинезиотерапию
- иглорефлексотерапию
- оксигенотерапию
- диетотерапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 27 лет обратилась к врачу-пульмонологу по направлению врача-терапевта-участкового.

Жалобы

На повышение Т тела до 37,5°C преимущественно в вечернее время, кашель в течение дня с отделением слизисто-гнойной мокроты до 200 мл/сут, потливость.

Анамнез заболевания

В раннем детстве неоднократно переносила пневмонии с затяжным течением. С детства ежедневный кашель, в период простудных заболеваний - с отделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл/сут, субфебрилитет. Последние 3 года часто возникали периоды фебрильной температуры, отделение гнойной мокроты, выделение которой зависит от положения тела. Настоящее ухудшение 1 неделю назад: после переохлаждения появились вышеперечисленные жалобы. Обратилась к терапевту. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки выявлены изменения в виде значительного усиления и деформации легочного рисунка с обеих сторон. Назначена антибактериальная терапия амоксициллином-клавулатом 1000 мг два раза в сутки по поводу обострения хронического бронхита. В связи с сохранением кашля с обильной гнойной мокротой пациентка направлена на консультацию к пульмонологу.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: отрицает; * курит 2 года по 1-2 сигареты в день; * профессиональных вредностей не имеет; * онкологический анамнез отрицает; * наследственность: у отца много лет продуктивный кашель (не обследовался, курит более 30 лет по 1 пачке в день)

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура 37,4°C. Положение активное. ИМТ 19 кг/м². Кожные покровы влажные, бледные, акроцианоз. Слизистые цианотичные. Изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек». Периферические лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Отеков нет. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая – на 1 см кнутри от левой срединноключичной линии, правая – на 2 см латеральнее правого края грудины, верхняя – в 3 межреберье. Тоны сердца ясные, ритмичные. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 95 в мин. АД 110/70 мм рт. ст. ЧДД 22 в мин. Грудная клетка расширена, асимметричная: наблюдается отставание и западение левой половины грудной клетки при дыхании. Наблюдается близкий к горизонтальному ход ребер. При перкуссии легких: в верхних отделах с обеих сторон звук с коробочным оттенком, в нижних отделах слева – притупление перкуторного звука. При аускультации легких: жесткое дыхание, участки средне-пузырчатых хрипов в зоне притупления, уменьшающихся после кашля. SpO₂ ~ 94%. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, при поверхностной пальпации безболезненный. Печень 9 см x 8 см x 7 см при перкуссии, нижний край - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивая отрицательный. Стул, диурез в норме. + При анализе представленных рентгенограмм ОГП: уменьшение объема нижней доли слева, деформация легочного рисунка по крупноочаистому типу, кистовидные просветления. + Анализ крови: Нв – 136

г/л, лейкоц. – $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ – 38 мм/ч. Общий анализ мокроты: кол-во 20мл, характер слизисто-гнойный, л 30-40 в п.зр., миелин ++, пл. эпителий менее 10 в п.зр.

Наиболее важными данными для постановки диагноза, выявленными при расспросе пациентки являются

- фактор курения в анамнезе
- появление слизисто-гнойной мокроты в период простудных заболеваний
- длительные эпизоды повышения температуры тела
- ежедневный кашель, в период простудных заболеваний - с отделением слизисто-гнойной мокроты до 100 и более мл/сут
- отягощенная наследственность: у отца многолетний кашель, что может указывать на наследственное заболевание бронхов
- неоднократно перенесенные в детстве пневмонии затяжного течения

Наиболее важными данными для постановки диагноза, выявленными при объективном обследовании пациентки являются

- изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- отсутствие увеличенных лимфатических лимфоузлов
- снижение индекса массы тела (ИМТ) менее 25 кг/м^2
- склонность к тахикардии
- притупленно-коробочный звук при перкуссии легких
- деформированная грудная клетка

Основным инструментальным методом подтверждающим основной диагноз является

- изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- отсутствие увеличенных лимфатических лимфоузлов
- снижение индекса массы тела (ИМТ) менее 25 кг/м^2
- склонность к тахикардии
- притупленно-коробочный звук при перкуссии легких
- деформированная грудная клетка

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым для исключения муковисцидоза лабораторным методом исследования в данной клинической ситуации является

- изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- отсутствие увеличенных лимфатических лимфоузлов
- снижение индекса массы тела (ИМТ) менее 25 кг/м^2
- склонность к тахикардии
- притупленно-коробочный звук при перкуссии легких
- деформированная грудная клетка

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для назначения терапии дополнительным лабораторным методом исследования в данной клинической ситуации является

- изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- отсутствие увеличенных лимфатических лимфоузлов
- снижение индекса массы тела (ИМТ) менее 25 кг/м^2
- склонность к тахикардии
- притупленно-коробочный звук при перкуссии легких

- деформированная грудная клетка

Результаты лабораторного метода обследования

На основании полученных данных может быть установлен диагноз

- изменения ногтевых фаланг по типу «барабанных палочек»
- отсутствие увеличенных лимфатических лимфоузлов
- снижение индекса массы тела (ИМТ) менее 25 кг/м^2
- склонность к тахикардии
- притупленно-коробочный звук при перкуссии легких
- деформированная грудная клетка

Диагноз

Рекомендованной схемой антибиотикотерапии в данной клинической ситуации является применение

- амоксициллина клавуланат внутривенно, полимиксина ингаляционно
- ванкомицина и гентамицина внутривенно
- цефтриаксона внутримышечно и тетрациклин перорально
- цефтазидима с тобрамицином внутривенно

В дополнение к антибактериальной терапии для улучшения санации бронхиального дерева показано назначение

- антигистаминных препаратов
- муколитиков
- ингаляционных кортикостероидов
- противокашлевых средств

Хирургическое лечение в данной клинической ситуации

- не показано
- показано в плановом порядке
- показано при отсутствии эффекта от антибактериальной терапии
- показано в экстренном порядке

Наиболее вероятным осложнением со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентки является развитие

- инфекционного эндокардита трикуспидального клапана
- рестриктивной кардиомиопатии
- синегнойного миокардита
- хронического легочного сердца

Для диагностики данного сердечно-сосудистого осложнения пациентке рекомендовано проведение

- биопсии миокарда
- трансторакальной эхокардиографии
- посева крови на стерильность
- суточного мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ) по Холтеру

Диагноз первичной цилиарной дискинезии (синдром Картагенера) у данной пациентки был исключен на основании

- биопсии миокарда
- трансторакальной эхокардиографии
- посева крови на стерильность
- суточного мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ) по Холтеру

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Ю. 37 лет направлена на госпитализацию в терапевтический стационар врачом общей практики.

Жалобы

На приступообразный кашель с вязкой, плохо отделяемой, желтоватого цвета мокротой, повышение температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, головную боль, выраженную слабость, повышенную потливость, больше в ночное время, одышку при незначительной физической нагрузке (перемещение в пределах квартиры), снижение аппетита.

Анамнез заболевания

* Заболела остро 2 дня назад, когда после сильного переохлаждения (за городом сломалась машина) повысилась температура до $37,5^{\circ}\text{C}$. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно (обильное питье, аскорбиновая кислота, парацетамол) * Однако к концу вторых суток присоединился приступообразный малопродуктивный кашель, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость, потеря аппетита.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально * Профессия: преподаватель * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции (ветряная оспа, корь); хронические заболевания отрицает, ОРВИ 2-3 раза в течение года * Наследственность не отягощена. * Гинекологический анамнез: Менархе с 13 лет. Б-2, Р-2.

Гинекологических заболеваний нет. * Вредные привычки отрицает. *

Аллергоанамнез: сыпь на применение некоторых косметических средств.

Непереносимость лекарственных средств, в том числе антибиотиков, отрицает.

* Социально-бытовые условия удовлетворительные. Поживает в 2х комнатной квартире с мужем и двумя сыновьями 12 и 15 лет. Остальные члены семьи здоровы.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 67 кг, рост 167 см. Температура $38,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы гиперемированы, горячие на ощупь. Видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Справа над верхней долей притупление перкуторного звука, над этой же областью на фоне ослабленного дыхания выслушиваются звонкие влажные хрипы. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 105/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. Стул, диурез в норме.

На основании вышеперечисленных жалоб, анамнестических данных и результатов физикального обследования у больной можно предположить

- острый бронхит

- грипп
- хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ), обострение
- внебольничную пневмонию

Обязательными для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- острый бронхит
- грипп
- хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ), обострение
- внебольничную пневмонию

Результаты инструментальных методов обследования

Обязательным лабораторным методом диагностики в данном случае является

- острый бронхит
- грипп
- хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ), обострение
- внебольничную пневмонию

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данной пациентке можно выставить диагноз

- острый бронхит
- грипп
- хроническую обструктивную болезнь лёгких (ХОБЛ), обострение
- внебольничную пневмонию

Диагноз

Универсальной скрининговой шкалой для определения степени тяжести заболевания и оценке прогноза амбулаторных и госпитализированных пациентов является шкала

- _{nbsp}PORT_
- _mMRC_
- _{nbsp}CURB/CRB-65_
- _{nbsp}SMART-COP/SMART-CO_

Пневмония у данной пациентки с наибольшей вероятностью вызвана

- _{nbsp}Enterobacterales_
- _{nbsp}S. pneumoniae_
- _{nbsp}P. aeruginosa_
- _{nbsp}S. aureus_

У данной пациентки факторы риска развития пневмонии, вызванной полирезистентными возбудителями

- отсутствуют
- это пол и возраст
- это самостоятельное лечение в амбулаторных условиях и развитие пневмонии на фоне ОРВИ
- это самостоятельное лечение в амбулаторных условиях и позднее обращение за медицинской помощью

Данной пациентке предпочтительно начать антибактериальную терапию форме + _____ + введения препаратов

- перорального
- ингаляционного
- парентерального
- внутривенного инфузионного введения

Выбор препаратов для стартовой антибиотикотерапии данной пациентке следует осуществлять с учетом

- степени выраженности воспалительного синдрома по результатам клинического анализа крови
- факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей и профиль антибактериальной резистентности, эмпирически
- объема и локализации инфильтрата легочной ткани по результатам рентгенологического исследования
- антибиотикорезистентности возбудителя, выделенного в результате бактериологического исследования

Антибиотикотерапия у пациентки, госпитализированной с диагнозом внебольничной пневмонии, должна быть начата не позднее + ____ + часов от момента постановки диагноза

- 8
- 4
- 24
- 48

Антибиотиком выбора для данной пациентки может считаться

- тетрациклин
- ингибиторзащищенный пенициллин
- макролид
- респираторный фторхинолон

Тактика врача, если через 3 дня после назначения антибактериальной терапии, у пациента сохраняется повышение температуры до 38°C, кашель со слизисто-гнойной мокротой, сохраняется одышка до 22-24 в покое, с ЧДД, ЧСС 100 в мин; АД 100/55 мм рт. ст.; SpO₂ = 92%, заключается в

- тетрациклин
- ингибиторзащищенный пенициллин
- макролид
- респираторный фторхинолон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С. 27 лет вызвал на дом врача-терапевта участкового.

Жалобы

На приступообразный кашель с вязкой, плохо отделяемой, желто-зеленого цвета мокротой, повышение температуры до 38,2°C, слабость, повышенную потливость.

Анамнез заболевания

* Заболел остро 2 дня назад, когда после переохлаждения повысилась

температура до $37,5^{\circ}\text{C}$. К врачу не обращался, лечился самостоятельно: принимал аспирин, амброксол. * На вторые сутки присоединился приступообразный кашель, температура повысилась до фебрильных цифр, появилась выраженная слабость, потливость.

Анамнез жизни

* Росл и развивался нормально * Профессия: менеджер * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, ОРВИ 2-4 раза в течение года * Наследственность неотягощена. * Вредные привычки; курение в течение последних 9 лет до 10 сигарет в сутки. * Аллергоанамнез: в детстве отек Квинке на прием антибиотиков пенициллинового ряда.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 167 см. Температура 38°C . Кожные покровы и видимые слизистые розовые, горячие на ощупь, цианоза нет. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Справа ниже угла лопатки определяется притупление перкуторного звука, над этой же областью на фоне ослабленного дыхания выслушиваются звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальной поверхностью легких – перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 125/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

На основании вышеперечисленных жалоб, анамнестических данных и результатов физикального обследования врач-терапевт участковый может предположить

- острый бронхит
- туберкулез легких
- внебольничную пневмонию
- хронический бронхит, обострение

Обязательными инструментальными методами обследования в данном случае являются

- острый бронхит
- туберкулез легких
- внебольничную пневмонию
- хронический бронхит, обострение

Результаты инструментальных методов обследования

Обязательными лабораторными методами диагностики являются

- острый бронхит
- туберкулез легких
- внебольничную пневмонию
- хронический бронхит, обострение

Результаты лабораторных методов обследования

Для оценки прогноза и определения места лечения пациентки необходимо, в первую очередь, использовать шкалу

- острый бронхит
- туберкулез легких
- внебольничную пневмонию
- хронический бронхит, обострение

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования данной пациентке можно выставить диагноз

- острый бронхит
- туберкулез легких
- внебольничную пневмонию
- хронический бронхит, обострение

Диагноз

Наиболее вероятным этиологическим фактором пневмонии у данного пациента является

- *S. aureus*
- *P. aeruginosa*
- *S. pneumoniae*
- *E. coli*

Больному с таким течением пневмонии показано лечение в

- условиях отделения пульмонологии
- отделении интенсивной терапии
- условиях терапевтического отделения
- амбулаторных условиях

Целесообразным путем введения антибактериальной терапии амбулаторному пациенту является

- внутривенный капельный
- пероральный
- внутримышечный
- ингаляционный

Выбор препаратов для стартовой антибиотикотерапии следует осуществлять с учетом

- объема поражения легочной ткани по результатам рентгенологического исследования
- факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей и профиль антибактериальной резистентности
- показателя уровня лейкоцитов по данным общего анализа крови
- отклонений от нормы в биохимическом анализе крови (уровень мочевины, СРБ и пр.)

Для стартовой антибиотикотерапии данному пациенту следует назначить препарат из группы

- макролидов
- аминогликозидов
- пенициллинов
- респираторных фторхинолонов

Тактика врача, если через 3 дня после назначения антибактериальной терапии, у пациента сохраняется повышение температуры до 38, кашель со слизисто-гнойной мокротой, появились одышка с ЧДД до 22 в мин, ЧСС 100 в мин; АД 100/55 мм рт. ст. заключается в

- пересмотре лечения и оценке целесообразности госпитализации в многопрофильный стационар
- смене антибиотика и повторении клинического анализа крови
- в назначении дополнительных препаратов: иммуномодуляторов, НПВП
- госпитализации в отделение интенсивной терапии

Наиболее эффективным средством профилактики внебольничной пневмонии является

- пересмотре лечения и оценке целесообразности госпитализации в многопрофильный стационар
- смене антибиотика и повторении клинического анализа крови
- в назначении дополнительных препаратов: иммуномодуляторов, НПВП
- госпитализации в отделение интенсивной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К., 20 лет, учащийся колледжа, обратился к на прием с жалобами.

Жалобы

На сухой приступообразный кашель, повышение температуры до $37,8-38^{\circ}\text{C}$, головную боль, боли в мелких суставах, слабость.

Анамнез заболевания

* Заболел 4 дня назад, когда появилось першение в горле, осиплость голоса, заложенность носа, ломота в мелких суставах. Расценив свое состояние как ОРВИ, пациент самостоятельно начал прием противовирусных средств (свечи Виферон). На 2е сутки присоединился сухой кашель, температура повысилась до $37,4^{\circ}\text{C}$, в связи с чем начал прием жаропонижающих препаратов (парацетамол) и ингавирина. На 3-и сутки от начала заболевания кашель усилился, температура повысилась до $37,8-38^{\circ}\text{C}$, снижалась кратковременно, только после приема парацетамола, появилась слабость, потливость. * В последний месяц в студенческой группе отмечает несколько заболевших с подобными симптомами.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, ОРВИ 1-2 раза в течение года * Наследственность неотягощена. * Вредные привычки отрицает. * Аллергоанамнез: сыпь на витамин С.

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 80 кг, рост 182 см. Температура $37,8^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски, обычной влажности. Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – правильной формы. Над нижней долей левого легкого отмечается притупление перкуторного звука, там же на фоне ослабления дыхания выслушиваются единичные сухие жужжащие и звонкие влажные хрипы. Над остальной поверхностью легких - перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 87 в мин., АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий,

безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. Суставы не деформированы, мягкие ткани над ними не гиперемированы, не отечны.

На основании вышеперечисленных жалоб, анамнестических данных и результатов физикального обследования можно предположить

- острый бронхит
- грипп
- внебольничную пневмонию
- туберкулез легких

Обязательными инструментальными методами диагностики в данном случае являются

- острый бронхит
- грипп
- внебольничную пневмонию
- туберкулез легких

Результаты инструментальных методов обследования

Из лабораторных методов диагностики пациенту в обязательном порядке следует выполнить

- острый бронхит
- грипп
- внебольничную пневмонию
- туберкулез легких

Результаты лабораторных методов обследования

Для оценки прогноза и определения места лечения пациента необходимо использовать шкалу

- острый бронхит
- грипп
- внебольничную пневмонию
- туберкулез легких

Результаты обследования

На основании результатов обследования данному пациенту можно выставить диагноз

- острый бронхит
- грипп
- внебольничную пневмонию
- туберкулез легких

Диагноз

С учетом эпидемиологического анамнеза и особенностей клинической картины в качестве возбудителя пневмония у пациента следует заподозрить

- *K. pneumoniae*
- *P. aeruginosa*
- *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*
- *B. pertussis*

Для уточнения этиологического фактора пневмонии в данной клинической ситуации необходимо провести

- бактериологическое исследование венозной крови
- определение ДНК возбудителя методом ПЦР в реальном времени
- выделение чистой культуры возбудителя из мокроты
- микроскопию мокроты, окрашенной по Граму

С учетом степени тяжести пневмонии пациент должен получать лечение в

- условиях терапевтического отделения
- амбулаторных условиях
- отделении интенсивной терапии
- условиях отделения пульмонологии

Выбор препарата для стартовой антибактериальной терапии пациенту следует проводить с учетом

- выраженности интоксикационно-воспалительного синдрома (высота лихорадки, уровень лейкоцитоза и СОЭ по данным клинического анализа крови)
- факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей и профиль антибактериальной резистентности
- данных об антибиотикочувствительности возбудителя, полученных в результате бактериологического исследования
- степени дыхательной недостаточности по результатам пульсоксиметрии

Антибиотиком выбора для лечения данного пациента является препарат из группы

- макролидов
- ингибиторозащищённых пенициллинов
- респираторных фторхинолонов
- аминопенициллинов

Предпочтительным путем введения антибиотика у больного является

- внутривенный капельный
- ингаляционный
- внутримышечный
- пероральный

Назначение препаратов с муколитическим действием при внебольничной пневмонии

- внутривенный капельный
- ингаляционный
- внутримышечный
- пероральный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина Ф., 34 года, обратился в приемное отделение стационара.

Жалобы

На кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, повышение температуры тела до 38°C , заложенность в грудной клетке, общую слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2-х дней, когда появился кашель, повышение

температуры тела до фебрильных цифр, общая слабость. Принимал жаропонижающие без эффекта. В связи с сохранением симптомов, появлением желто-зеленой мокроты, ухудшением общего самочувствия самостоятельно обратился в стационар.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает; * курит около 1 пачки сигарет в день в течение 5 лет, алкоголем не злоупотребляет; * работает прорабом на стройке; * аллергологический анамнез не отягощен; * наследственный анамнез не отягощен; * проживает с семьей в благоустроенной квартире.

Объективный статус

Состояние пациента относительно удовлетворительное. Нормостеник. Рост 176 см, вес 78 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Температура тела 37,7^oC. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 96 в минуту. Перкуторно: притупление звука ниже угла лопатки справа, над остальными отделами - легочный звук. Аускультативно: дыхание везикулярное, справа над S9-10 выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 17 в мин. SpO₂ ~ 97%.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- внутривенный капельный
- ингаляционный
- внутримышечный
- пероральный

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- внутривенный капельный
- ингаляционный
- внутримышечный
- пероральный

Результаты инструментальных методов обследования

С учетом полученных данных пациенту можно выставить клинический диагноз

- внутривенный капельный
- ингаляционный
- внутримышечный
- пероральный

Диагноз

С целью оценки прогноза у пациентов внебольничной пневмонией рекомендуется использовать

- шкалу _mMRC_
- тест _CAT_
- шкалу _SCORE_
- шкалу _CURB/CRB-65_

Препаратом выбора у госпитализированных пациентов с нетяжелой внебольничной пневмонией без сопутствующих заболеваний, не принимавших за последние 3 месяца АБП ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска является

- кларитромицин
- амоксициллин/клавуланат
- ципрофлоксацин внутрь
- левофлоксацин

Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у госпитализированных пациентов должна начинаться с + _____ + лекарственных форм

- ингаляционных
- сублингвальных
- парентеральных
- пероральных

К критериям эффективности антибактериальной терапии относятся снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов ВП, в первую очередь одышки, в течение + _____ + после начала лечения

- 4 часов
- 7 суток
- 48-72 часов
- 24 часа

Клиническими критериями достаточности антибактериальной терапии являются отсутствие интоксикационного синдрома; отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией), частота дыхания < 20 /мин (у пациентов без хронической ДН), а также

- стойкое снижение температуры тела $< 37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 час
- показатели $\text{SpO}_2 > 95\%$
- исчезновение влажных хрипов при аускультации
- стойкая нормализация температуры тела

Лабораторными критериями достаточности антибактериальной терапии являются

- снижение СОЭ < 15 мм/ч
- количество лейкоцитов в крови $< 12 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $< 70\%$, юных форм $< 5\%$
- количество лейкоцитов в крови $< 15 \times 10^9/\text{л}$, исчезновение токсигенной зернистости нейтрофилов
- количество лейкоцитов в крови $< 10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $< 80\%$, юных форм $< 6\%$

Показанием к пролонгированию антибактериальной терапии свыше 7 суток может стать сохранение

- лихорадки выше $37,5^{\circ}\text{C}$
- усиления легочного рисунка при контрольной рентгенографии
- кашля
- хрипов при аускультации

Наиболее эффективными средствами профилактики внебольничной пневмонии в настоящее время является (-ются)

- сбалансированное питание
- пневмококковые и гриппозные вакцины

- регулярный прием витаминных комплексов
- избегание переохлаждений

В случае обнаружения на рентгенограмме органов грудной полости у больного с подозрением на пневмонию изменений, нетипичных для пневмонии, пациенту следует рекомендовать проведение

- сбалансированное питание
- пневмококковые и гриппозные вакцины
- регулярный прием витаминных комплексов
- избегание переохлаждений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина В., 55 лет, обратился в поликлинику на прием к врачу – терапевту.

Жалобы

На кашель со слизистой мокротой, одышку при ходьбе по ровной местности, субфебрилитет, общую слабость.

Анамнез заболевания

В течение последних 10 лет беспокоит кашель, преимущественно в ночное время, с небольшим количеством светлой слизистой мокроты. В последний год появилась одышка при ходьбе, усилился кашель. Ухудшение состояния в течение 3-х дней, стала повышаться температура тела, усилились кашель, одышка, увеличилось количество мокроты. Ухудшение связывает с переохлаждением.

Анамнез жизни

* Профессия: водитель * Перенесенные заболевания и операции: отрицает. * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курит с 25 лет по 1-1,5 пачки в день (ИК>25 пачек/лет) * Аллергологический анамнез: неотягощен * Социально-бытовые условия удовлетворительные, _ проживает с семьей в благоустроенной квартире

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Умеренный акроцианоз. Зев светло-розовой окраски, миндалины не увеличены. Температура тела 37,0°C. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, громкие. Пульс 90 ударов/мин. АД – 135/80 мм рт. ст. ЧДД – 18 в минуту. Грудная клетка нормостенического типа. При перкуссии ясный легочный звук над всей поверхностью легких. Аускультативно – выслушиваются единичные сухие хрипы на выдохе. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. Дизурических расстройств нет.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются

- сбалансированное питание
- пневмококковые и гриппозные вакцины

- регулярный прием витаминных комплексов
- избегание переохлаждений

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования являются

- сбалансированное питание
- пневмококковые и гриппозные вакцины
- регулярный прием витаминных комплексов
- избегание переохлаждений

Результаты лабораторных методов обследования

Помимо бронхоэктазии и туберкулеза дифференциальную диагностику следует проводить с

- острым бронхитом
- инфекционным эндокардитом
- бронхиальной астмой
- внебольничной пневмонией

Для определения группы риска обострений при хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) помимо оценки выраженности клинических проявлений рекомендуется использовать

- указания на отягощенную наследственность по заболеваниям легких
- данные аллергологического анамнеза
- оценку частоты обострений за год
- наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы

Для оценки выраженности клинических проявлений у пациентов ХОБЛ рекомендуется использовать

- тест CAT (COPD Assessment Test)
- тест АСТ
- опросник госпиталя Святого Георга
- шкалу Борга

С учетом полученных данных обследования пациенту можно выставить клинический диагноз

- тест CAT (COPD Assessment Test)
- тест АСТ
- опросник госпиталя Святого Георга
- шкалу Борга

Диагноз

Основной целью лечения пациента является

- стабильное улучшение показателей функции внешнего дыхания
- устранение симптомов и улучшение качества жизни
- устранение симптомов ХОБЛ с последующим отказом от медикаментозной и прежде всего ингаляционной терапии
- устранение симптомов ХОБЛ с дальнейшим переходом на нефармакологические методы лечения

У пациента при оценке шкалы mMRC – 3 балла, по САТ-тесту - 11 баллов, следовательно, объем базисной терапии включает назначение

- короткодействующих β 2-агонистов (КДБА) по требованию
- длительнодействующих антихолинергических средств (ДДАХ) в сочетании с длительнодействующими β 2-агонистами (ДДБА)
- длительнодействующих β 2-агонистов (ДДБА) в сочетании с ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС)
- ингибиторов фосфодиэстеразы 4 типа

Показанием для госпитализации в стационар пациента с обострением ХОБЛ является

- отказ от базисной терапии, появление кашля
- наличие признаков легкого обострения
- субфебрилитет, $\text{SaO}_2 \sim 95\%$
- снижение $\text{SaO}_2 < 90\%$ (или падение на 4% и более от исходной)

В период обострения заболевания данному пациенту следует назначить

- рофлумаил
- препараты эуфиллина (аминофиллина) внутрь
- ингибиторы рецепторов лейкотриенов
- фиксированную комбинацию короткодействующих β 2-агонистов (КДБА) и короткодействующих антихолинергетиков (КДАХ)

Наиболее эффективным мероприятием, уменьшающим прогрессирование ХОБЛ является

- отказ от курения
- проведение интенсивных физических тренировок
- высококалорийная диета
- закаливание, (ежедневное обливание холодной водой)

Для профилактики обострений ХОБЛ рекомендуется

- отказ от курения
- проведение интенсивных физических тренировок
- высококалорийная диета
- закаливание, (ежедневное обливание холодной водой)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет, обратился в офис врача общей практики. Работает на заводе по производству цемента.

Жалобы

На периодический сухой кашель с отделением скудной слизистой мокроты, одышку экспираторного характера при подъеме выше 2 этажа, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Работает на заводе по производству цемента на протяжении 15 лет. 5 лет назад отметил появление регулярного кашля, периодически с отделением скудной слизистой мокроты утром. Последний год - повышенная утомляемость, похудание. Последние 2 мес. кашель стал беспокоить чаще, появилась одышка при обычной физической нагрузке.

Анамнез жизни

* Хронические и онкологические заболевания отрицает; * не курит, алкоголем

не злоупотребляет; * контакт с инфекционными больными отрицает; * наследственность неотягощена; * профессиональный анамнез: 15 лет работает на предприятии по производству цемента.

Объективный статус

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить

- отказ от курения
- проведение интенсивных физических тренировок
- высококалорийная диета
- закаливание, (ежедневное обливание холодной водой)

Результаты обследования

Для оценки функциональной способности легких необходимо выполнить

- отказ от курения
- проведение интенсивных физических тренировок
- высококалорийная диета
- закаливание, (ежедневное обливание холодной водой)

Результаты обследования

Для морфологической верификации диагноза показано проведение

- хирургической биопсии легкого с видеоторакоскопическим ассистированием
- позитронно-эмиссионной томографии с компьютерной томографией
- чрезбронхиальной биопсии легкого с гистологическим исследованием биоптата
- бронхоальвеолярного лаважа с цитологическим исследованием жидкости

Данные анамнеза, результаты проведенного обследования пациента позволяют говорить о диагнозе

- хирургической биопсии легкого с видеоторакоскопическим ассистированием
- позитронно-эмиссионной томографии с компьютерной томографией
- чрезбронхиальной биопсии легкого с гистологическим исследованием биоптата
- бронхоальвеолярного лаважа с цитологическим исследованием жидкости

Диагноз

Достоверным критерием для постановки диагноза в данном клиническом случае является наличие

- характерных изменений на рентгенограмме органов грудной полости (ОГП) и компьютерной томографии (КТ) ОГП
- обструктивных нарушений по данным спирометрии
- рестриктивных нарушений по данным бодиплетизмографии
- макрофагальных гранул, выявленных при морфологическом исследовании биоптата легочной ткани

В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- интерстициальным заболеванием легких (ИЗЛ): идиопатическом легочном фиброзе
- эозинофильный гранулематоз с полиангиитом
- бронхиолитом, ассоциированным с интерстициальным заболеванием легких (ИЗЛ)
- туберкулезом легкого

При установлении диагноза пневмокониоза необходимо (-ма)

- организация врачебного консилиума с участием фтизиатра, пульмонолога и торакального хирурга

- проведение обследования в условиях центра профпатологии
- проведение обследования в условиях пульмонологического отделения 3-го уровня
- проведение обследования в условиях торакального хирургического отделения

Определение программы лечения и мероприятий по легочной реабилитации пациента должно выполняться в условиях

- амбулаторного приема центра профессиональных заболеваний
- дневного стационара поликлиники
- стационара профпатологического центра
- пульмонологического отделения 2-го уровня

Для решения вопроса о проведении оксигенотерапии необходимо провести исследование

- NO выдыхаемого воздуха
- содержания лактата в периферической крови
- газового состава венозной крови
- сатурации крови кислородом

Для замедления снижения функции легких больным пневмокониозом с прогрессирующим легочным фиброзом рекомендуется применение

- пентоксифиллина
- азитромицина
- азатиоприна
- нинтеданиба

Длительная кислородотерапия больным пневмокониозом показана при снижении сатурации кислорода ниже +__+ % в покое, парциального напряжения кислорода артериальной крови до +____+ мм рт. ст. и ниже

- 92; 72
- 80; 50
- 90; 70
- 88; 55

Под социальной реабилитацией пациентов с пневмокониозами подразумевают

- 92; 72
- 80; 50
- 90; 70
- 88; 55

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась к врачу общей практики.

Жалобы

* на приступы затрудненного дыхания, удушья до 2-3 раза в сутки, в том числе по ночам, сопровождающиеся сухими, свистящими хрипами, выраженную одышку при физической нагрузке (ходьба на 100 м); * на периодический кашель со скудной мокротой, вязкой консистенции; * на сухость во рту, жажду; * на общую слабость, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Страдает бронхиальной астмой длительное время (около 30 лет). Впервые

приступ возник на фоне ОРВИ, когда появились удушье, чувство заложенности в груди. Был установлен диагноз «Бронхиальная астма». Получает базисную терапию - ингаляции комбинированного препарата будесонид 80 мкг + формотерол 4,5 мкг по 1 ингаляции 2 раза в сутки. Несмотря на постоянное лечение, лёгкие приступы удушья возникают 1-2 раза в месяц, пациентка быстро купирует их самостоятельно ингаляциями сальбутамола или беродуала. Обострение заболевания до 2-х раз в год при смене метеорологических условий, цветении трав. Ухудшение состояния отмечает в последние две недели. Усилилась одышка, возросла потребность в бронходилататорах короткого действия В последние 3-4 месяца отмечает появление сухости во рту, жажды, немотивированной слабости.

Анамнез жизни

* Работает учительницей математики в школе. * Перенесенные заболевания: нет. * Оперативных вмешательств не было. Гемотрансфузионный анамнез не отягощен. * Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, контакт с инфекционными заболеваниями отрицает, выезд за пределы региона за последние 6 месяцев, употребление сырой воды, укусы клещей отрицает. * Гинекологический анамнез: беременностей - 3, родов - 3, абортов - 0, выкидышей - 0. Менопауза с 50 лет. * Аллергологический анамнез: выявлена сенсibilизация к пыльце трав- сезонное усиление респираторных симптомов * Наследственность – мать страдала бронхиальной астмой. * Вредные привычки отрицает. * Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Объективный статус

Рост - 165 см, вес – 85 кг. ИМТ – $31,2 \text{ кг/м}^2$, SpO_2 - 90%, t тела – $36,6^\circ\text{C}$. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы физиологической окраски. Влажность нормальная. Тургор не снижен. Высыпаний нет. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Костно-мышечная система не изменена. Грудная клетка бочкообразная. Легкие: аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям. Перкуторно звук коробочный. ЧДД - 22 в минуту. Сердце: аускультативно тоны ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, перкуторно границы относительной сердечной тупости не изменены. АД – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 92 в минуту. Ps – 92 в минуту. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не напряжен, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не увеличена, при пальпации безболезненна, перкуторно размеры 4x6 см. Почки не пальпируются. Периферические отеки не определяются. Стул: самостоятельный, оформленный, регулярный, патологических примесей нет. Диурез адекватный.

Пациентке показано лабораторное обследование включающее

- 92; 72
- 80; 50
- 90; 70
- 88; 55

Результаты обследования

Инструментальное обследование, необходимое пациентке должно включать

- 92; 72
- 80; 50
- 90; 70
- 88; 55

Результаты обследования

На основании проведённого пациентке обследования основной диагноз может быть диагностирована

- 92; 72
- 80; 50
- 90; 70
- 88; 55

Диагноз

Тяжесть течения бронхиальной астмы у пациентки соответствует

+ _____ + степени

- крайне тяжёлой
- лёгкой
- средней
- тяжёлой

Фаза течения бронхиальной астмы у пациентки на момент обращения за медицинской помощью соответствует

- тяжёлому обострению
- жизнеугрожающей астме
- лёгкому обострению
- астме, близкой к фатальной

Сопутствующим заболеванием, диагностированным в ходе обследования у пациентки, является

- сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина HbA1c < 7,5%. Ожирение 2 степени
- сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина HbA1c < 6,5%. Ожирение 1 степени
- сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина HbA1c < 7,0%. Ожирение 1 степени
- сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень гликированного гемоглобина HbA1c < 6,0%. Ожирение 2 степени

Оптимальной терапией лёгкого обострения бронхиальной астмы у пациентки будет назначение

- длительнодействующих антихолинергических средств и ингаляционных глюкокортикостероидов
- короткодействующих бета2-агонистов и системных глюкокортикостероидов
- короткодействующих бета2-агонистов и ингаляционных глюкокортикостероидов
- длительнодействующих бета2-агонистов и ингаляционных глюкокортикостероидов

При лечении настоящего обострения у пациентки предпочтение следует отдать + _____ + способу доставки лекарственных средств

- ингаляционному (дозированный аэрозольный ингалятор)

- ингаляционному (через небулайзер)
- пероральному
- внутривенному

В качестве медикаментозного лечения сахарного диабета II типа пациентке следует назначить

- дапаглифлозин
- метформин
- гликлазид МВ
- инсулин короткого действия

Мониторировать эффективность сахароснижающей терапии по уровню HbA1c пациентке следует с интервалом + _____ + месяц (-а;-ев)

- 6
- 1
- 3
- 8

Противопоказанием для проведения перорального глюкозотолерантного теста является

- наличие хронической болезни почек
- острое заболевание
- приём ивабрадина
- дефицит массы тела

Показанием для проведения теста на выявление бронхиальной гиперреактивности является

- наличие хронической болезни почек
- острое заболевание
- приём ивабрадина
- дефицит массы тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 58 лет обратился к врачу терапевту.

Жалобы

На кашель с трудноотделяемой мокротой жёлто-зелёного цвета, повышение температуры тела до 39,2°C, общую слабость и сонливость.

Анамнез заболевания

Всегда считал себя абсолютно здоровым человеком, во взрослом возрасте за медицинской помощью никогда не обращался. Ухудшение состояния отметил 7 дней назад, когда появилась слабость, сонливость, повышение температуры тела до 37,4°C. Принимал парацетамол с кратковременным эффектом. На следующий день присоединился кашель с отделением слизистой мокроты, в связи с чем начал принимать «грудной сбор». На протяжении всех последующих дней состояние продолжало прогрессивно ухудшаться – нарастали слабость и сонливость, максимальная температура стала достигать 39,2°C и сопровождаться выраженным ознобом, мокрота приобрела гнойный характер. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни

* Фермер. Проживает в частном доме. * Перенесенные заболевания: отрицает, за медицинской помощью не обращался. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, контакты с инфекционными больными отрицает. * Аллергологический анамнез: не отягощен. * Наследственность: не отягощена. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Температура тела=38,7°C. Телосложение гиперстеническое. Вес=114 кг, рост=178 см, ИМТ=35,9 кг/м². Кожные покровы чистые, физиологической окраски, горячие, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Отеков нет. Грудная клетка не деформирована. Аускультативно дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах левого легкого, где выслушиваются влажные хрипы. Шума трения плевры нет. Перкуторно границы сердца не увеличены. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. АД 130/100 мм рт. ст. ЧСС 88 уд. в мин. Живот мягкий безболезненный. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Стул и диурез без особенностей.

В план лабораторного обследования пациента следует включить

- наличие хронической болезни почек
- острое заболевание
- приём ивабрадина
- дефицит массы тела

Результаты обследования

В план инструментального обследования пациента следует включить

- наличие хронической болезни почек
- острое заболевание
- приём ивабрадина
- дефицит массы тела

Результаты обследования

На основании результатов проведённого обследования пациенту следует диагностировать

- наличие хронической болезни почек
- острое заболевание
- приём ивабрадина
- дефицит массы тела

Диагноз

Диагностированную у пациента пневмонию следует классифицировать как

- внебольничную
- иммунодефицитную
- атипичную
- нозокомиальную

По течению выявленная у пациента пневмония должна быть расценена как

- тяжёлая
- осложнённая

- медленно разрешающаяся
- нетяжёлая

Для выбора дальнейшего места лечения и для оценки прогноза пациента следует использовать шкалу

- _CIRS_
- _ECOG_
- _DAS-28_
- _CRB-65_

Счёт по шкале CRB-65 оказался равным нулю, однако, в связи с плохим самочувствием и длительностью течения заболевания принято решение о госпитализации больного в стационар терапевтического профиля. В качестве антибактериальной терапии пациенту показано назначить

- эритромицин
- ампициллин
- амикацин
- доксициклин

Оценить эффективность назначенной антибактериальной терапии у пациента следует через + _____ + суток/сутки от момента начала терапии

- 2-3
- 4-5
- 1
- 6-7

В качестве лабораторного маркера оценки эффективности проводимой терапии показано использовать

- 2-3
- 4-5
- 1
- 6-7

Дополнительная информация

К окончанию вторых суток лечения у пациента нормализовалась температура тела, значительно улучшилось самочувствие, уменьшился кашель и количество отделяемой мокроты, в связи с чем проводимая антибактериальная терапия была расценена как адекватная.

Ориентировочная длительность лечения ампициллином будет составлять + _____ + суток

- 14
- 7
- 10
- 5

Начать проведение низкпоточной оксигенотерапии больным внебольничной пневмонией показано при $SpO_2 < +$ _____ + %

- 75
- 88
- 95
- 90

К факторам риска инфицирования _P. aeruginosa_ у больного внебольничной пневмонией относится наличие

- 75
- 88
- 95
- 90

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами.

Жалобы

На сухой кашель с трудноотделяемой мокротой, слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,5°C сопровождающееся ознобом.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3х дней после того, как длительное время находилась на открытом воздухе (каталась на горных лыжах), заболела остро, появился озноб, общая слабость, температура повысилась до 38,5°C. На 3 день после начала болезни появилась трудноотделяемая мокрота. В связи с отсутствием улучшения пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
* профессиональных вредностей не имела; * аллергическая реакция на ампициллин в анамнезе в виде эритематозной сыпи на коже рук и груди *
наследственность: неотягощена

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 158 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы физиологической окраски, обычной влажности. Периферические узлы не увеличены, отеков нет. Дыхание поверхностное, ЧДД 17 в 1 мин.

Определяется усиление голосового дрожания и бронхофонии в левой подключичной области. При сравнительной перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука в левой подключичной области, в I межреберье слева. При аускультации над местом притупления выслушивается крепитация. SpO₂=97%. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет. Пульс 93 уд. в 1 мин, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не нарушены.

Для оценки прогноза заболевания и выбора места дальнейшего лечения пациентки следует использовать шкалу

- _CRB-65_
- _DAS-28_
- _PESI_
- _MELD_

Счёт по шкале CRB-65 для пациентки составил 0 баллов, в связи с чем врачом было принято решение о дальнейшем ведении пациентки в амбулаторных условиях. Лабораторное обследование, показанное больной должно включать проведение

- _CRB-65_

- _DAS-28_
- _PESI_
- _MELD_

Результаты обследования

В список инструментальных диагностических исследований, проведение которых показано пациентке следует включить

- _CRB-65_
- _DAS-28_
- _PESI_
- _MELD_

Результаты обследования

По результатам проведённого обследования пациентке следует сформулировать диагноз

- _CRB-65_
- _DAS-28_
- _PESI_
- _MELD_

Диагноз

Диагностированную у пациентки пневмонию следует расценивать как

- внебольничную
- внутрибольничную
- иммунодефицитную
- аспирационную

По клиническому течению диагностированную у пациентки пневмонию следует вести как

- тяжёлую
- нетяжёлую
- лёгкую
- крайне тяжёлую

Показанием для назначения парацетамола в качестве жаропонижающего препарата является температура $> + \underline{\hspace{1cm}} ^\circ\text{C}$

- 38,5
- 37,5
- 40,5
- 39,5

Для антибактериальной терапии пациентке показано назначение + + лекарственных форм

- пероральных
- ингаляционных
- внутривенных
- внутримышечных

В качестве стартовой антимикробной терапии пациентке следует назначить

- кларитромицин
- эртапенем

- цефтриаксон
- амоксициллин

Контроль эффективности проводимой терапии должен быть проведен через
+ _____ + (в часах)

- 12-24
- 24-36
- 48-72
- 72-96

Течение внебольничной пневмонии может осложняться развитием

- неаллергической бронхиальной астмы
- хронической обструктивной болезни лёгких
- хронической дыхательной недостаточности
- острой дыхательной недостаточности

Показанием для начала низкопоточной оксигенотерапии должно быть появление у пациента с внебольничной пневмонией $SpO_2 <$

+ _____ + %

- неаллергической бронхиальной астмы
- хронической обструктивной болезни лёгких
- хронической дыхательной недостаточности
- острой дыхательной недостаточности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет вызвала врача общей практики на дом.

Жалобы

На сухой кашель, накануне повышение температуры тела до $39,0^{\circ}\text{C}$, головную боль, слабость, сильное потоотделение по ночью.

Анамнез заболевания

Заболела внезапно, отмечались повышение температуры до $39,0^{\circ}\text{C}$, боли в мышцах, слабость, сухой кашель. За несколько дней до начала болезни отмечала появление слабости, познабливания и головной боли. Принимала жаропонижающие препараты с положительным эффектом. Вызвала врача на дом на второй день заболевания.

Анамнез жизни

* Росла и развивалась нормально. Хронических заболеваний нет. Полгода назад лечение пульпита, по поводу которого принимала ципрофлоксацин. Работает учительницей младших классов в школе. * Аллергологический анамнез не отягощен. * Наследственность: у матери гипертоническая болезнь. * Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Эпидемиологический анамнез: в последний месяц никуда не выезжала, туберкулез и гепатит отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела $38,3^{\circ}\text{C}$.

Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Умеренная гиперемия зева. Носовое дыхание не затруднено.

Периферических отеков нет. Частота дыхания 22 в минуту. При перкуссии

легких — притупление перкуторного звука слева в нижних отделах. При аускультации - дыхание везикулярное, умеренное количество звонких влажных мелкопузырчатых хрипов в подлопаточной области слева. Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений 93 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Согласно шкале CRB-65 дальнейшее лечение пациентки может проводиться в

- терапевтическом отделении
- режиме дневного стационара
- амбулаторных условиях
- отделении интенсивной терапии и реанимации

В план обследования пациентки следует включить

- терапевтическом отделении
- режиме дневного стационара
- амбулаторных условиях
- отделении интенсивной терапии и реанимации

Результаты обследования

Инструментальное диагностическое обследование пациентки должно включать

- терапевтическом отделении
- режиме дневного стационара
- амбулаторных условиях
- отделении интенсивной терапии и реанимации

Результаты обследования

У больной диагностирована

- терапевтическом отделении
- режиме дневного стационара
- амбулаторных условиях
- отделении интенсивной терапии и реанимации

Диагноз

Установление возбудителя внебольничной пневмонии у данной пациентки

- должно ограничиться двукратным посевом мокроты
- требует определения в моче антигенов _Streptococcus oralis, Streptococcus salivaris, Streptococcus pneumoniae_
- требует исследования мочи на антигены _S. Pneumoniae_ и _L. pneumophila_
- не требуется, поскольку не влияет на выбор стартовой терапии

В данном клиническом случае при выборе эмпирической антибактериальной терапии в амбулаторных условиях следует учитывать

- наличие хронических сопутствующих заболеваний
- степень гипертермии и её ответ на использование жаропонижающих препаратов
- возраст пациента
- длительность течения настоящего заболевания

При выборе антибактериального препарата для лечения внебольничной пневмонии у пациентки в амбулаторных условиях следует учитывать наличие его + _____ + лекарственной формы

- внутривенной
- ингаляционной
- пероральной
- внутримышечной

Стартовую терапию пациентки следует начать с назначения

- амоксициллина
- доксициклина
- азитромицина
- моксифлоксацина

Контроль эффективности проводимой антибактериальной терапии следует провести через + _____ + часа/часов от момента её начала

- 72-96
- 12-24
- 48-72
- 24-48

Выделение из мокроты больного внебольничной пневмонией + _____ + свидетельствует о её контаминации этим микроорганизмом

- _H. influenzae_
- _S. pneumoniae_
- _S. aureus_
- _S. epidermidis_

Пациентам с внебольничной пневмонией начинать проведение низкпоточной оксигенотерапии следует при $SpO_2 < +$ _____ +%

- 92
- 94
- 90
- 88

При лечении тяжёлой внебольничной пневмонии у пациентов без сопутствующих хронических заболеваний лёгких значения SpO_2 следует «держаться» в интервале + _____ +%

- 92
- 94
- 90
- 88

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С., 52 лет, водитель троллейбуса. Доставлена в приемное отделение бригадой скорой помощи.

Жалобы

На выраженную общую слабость, потливость, отсутствие аппетита, повышение

температуры до 39,8°C, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе и кашле, одышку в покое.

Анамнез заболевания

Заболела остро 5 дней назад, когда после переохлаждения (попала под дождь) появился озноб, повысилась температура тела до 39,3°C, стала беспокоить одышка, два дня назад появились боли в грудной клетке, кашель с отделением ржавой мокроты. Лечилась дома самостоятельно, принимала ингавирин, аспирин, аскорил, амоксициллин. В связи с усилением одышки вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

Курит 1/2 пачки сигарет в день в течение 30 лет, алкоголь употребляет редко, по большим праздникам. Аллергологический анамнез отягощен: на мед и его продукты - крапивница. Наследственность по легочной патологии не отягощена. За пределы области за последний год не выезжала. Контакт с инфекционными больными отрицает. Туберкулез, гемотрансфузии, вирусные гепатиты отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, около 5 лет гипертоническая болезнь 2 степени (адаптирована к АД 150/80 мм рт. ст.), регулярно принимает эналаприл и индапамид.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Пациентка сонлива. Лежит с приподнятым головным концом. Кожные покровы чистые, правая щека гиперемирована, герпетические высыпания на губах, цианоз носогубного треугольника. Температура тела – 39,0°C. Число дыханий 28 в минуту. При осмотре: правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. При перкуссии: справа ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, над зоной притупления - голосовое дрожание усилено, при аускультации - дыхание бронхиальное, выслушивается крепитация в нижних отделах справа, на ограниченном участке - шум трения плевры. SpO₂ ~ 88 %. Пульс 110 в минуту, слабый. АД 80/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову: 9х8х7 см. Стул, диурез без особенностей.

Для постановки диагноза пациентке необходимо выполнить лабораторное обследование, включающее

- 92
- 94
- 90
- 88

Результаты обследования

Для постановки диагноза пациентке необходимо выполнить инструментальное обследование, включающее

- 92
- 94
- 90
- 88

Результаты обследования

Для уточнения прогноза и места лечения пациентки на начальном диагностическом этапе используют шкалу

- _CRB-65/ CURB-65_
- Глазго
- _IDSA/ATS_
- _SMART-COP_

С учетом тяжести состояния в обследование пациентки необходимо включить

- _CRB-65/ CURB-65_
- Глазго
- _IDSA/ATS_
- _SMART-COP_

Результаты обследования

Так как в данном случае выявлено наличие + _____ +, пациентке показано исследование газов артериальной крови

- повышения СРБ
- снижения $SpO_2 < 90\%$
- обширной инфильтрации легочной ткани при рентгенографии
- сопутствующих заболеваний

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- повышения СРБ
- снижения $SpO_2 < 90\%$
- обширной инфильтрации легочной ткани при рентгенографии
- сопутствующих заболеваний

Диагноз

Антибактериальная терапия в данном случае должна быть начата в течение + _____ + часа/часов

- 12
- 6
- 8
- 1

В данной клинической ситуации для стартовой терапии предпочтительно назначить _____ в/в

- ванкомицин
- цефтаролин
- амикацин
- ципрофлоксацин

Оценка эффективности и безопасности антибактериальной терапии после начала лечения проводится через + _____ + часа/часов

- 6-12
- 12-24
- 3-6
- 48-72

Снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома у пациентки через 48-72 часа являются критериями

- отмены антибактериальной терапии пневмонии
- неэффективности антибактериальной терапии пневмонии
- ротации антибактериальной терапии пневмонии
- эффективности антибактериальной терапии

В данной клинической ситуации пациентке кислородная поддержка

- не нужна
- необходима, методом стандартной (низкопоточной) оксигенотерапии
- необходима, методом ИВЛ
- необходима, методом высокопоточной оксигенотерапии

Наиболее эффективным средством профилактики ВП является

- не нужна
- необходима, методом стандартной (низкопоточной) оксигенотерапии
- необходима, методом ИВЛ
- необходима, методом высокопоточной оксигенотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет, обратился в офис врача общей практики. Работает на заводе по производству цемента.

Жалобы

На периодический сухой кашель с отделением скудной слизистой мокроты, одышку экспираторного характера при подъеме выше 2 этажа, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Работает на заводе по производству цемента на протяжении 15 лет. 5 лет назад отметил появление регулярного кашля, периодически с отделением скудной слизистой мокроты утром. Последний год - повышенная утомляемость, похудание. Последние 2 мес. кашель стал беспокоить чаще, появилась одышка при обычной физической нагрузке.

Анамнез жизни

* хронические и онкологические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * контакт с инфекционными больными отрицает * наследственность не отягощена * профессиональный анамнез: 15 лет работает на предприятии по производству цемента

Объективный статус

Для уточнения природы изменений в легких необходимо выполнить

- не нужна
- необходима, методом стандартной (низкопоточной) оксигенотерапии
- необходима, методом ИВЛ
- необходима, методом высокопоточной оксигенотерапии

Результаты обследования

Для оценки функциональной способности легких необходимо выполнить

- не нужна

- необходима, методом стандартной (низкопоточной) оксигенотерапии
- необходима, методом ИВЛ
- необходима, методом высокопоточной оксигенотерапии

Результаты обследования

Для выявления и определения степени тяжести дыхательной недостаточности у данного пациента следует оценить

- значение DLco
- уровень NO в выдыхаемом воздухе
- результаты теста шестиминутной ходьбы
- данные пульсоксиметрии

Данные анамнеза, результаты проведенного обследования пациента позволяют говорить о диагнозе

- значение DLco
- уровень NO в выдыхаемом воздухе
- результаты теста шестиминутной ходьбы
- данные пульсоксиметрии

Диагноз

Достоверным критерием для постановки диагноза в данном клиническом случае является наличие

- макрофагальных гранулем, выявленных при морфологическом исследовании биоптата легочной ткани
- характерных изменений на рентгенограмме ОГП и КТ ОГП
- обструктивных нарушений по данным спирометрии
- рестриктивных нарушений по данным бодиплетизмографии

В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- ИЗЛ: идиопатическим легочным фиброзом
- эозинофильным гранулематозом с полиангиитом
- бронхиолитом, ассоциированным с ИЗЛ
- туберкулезом легкого

Данному пациенту в рамках проведения дифференциальной диагностики необходимо провести

- тест пролиферации лимфоцитов с бериллием
- определение наличия в крови антинейтрофильных цитоплазматических антител
- Диаскинтест
- определение наличия в крови антител к базальным мембранам клубочков

Определение программы лечения и мероприятий по легочной реабилитации пациента должно выполняться в условиях

- дневного стационара поликлиники
- амбулаторного приема центра профессиональных заболеваний
- пульмонологического отделения 2-го уровня
- стационара профпатологического центра

Для решения вопроса о проведении оксигенотерапии необходимо провести исследование

- содержания лактата в периферической крови
- газового состава венозной крови

- NO выдыхаемого воздуха
- сатурации крови кислородом

Для замедления снижения функции легких больным пневмокониозом с прогрессирующим легочным фиброзом рекомендуется применение

- азитромицина
- пентоксифиллина
- нинтеданиба
- азатиоприна

У больных пневмокониозами при снижении SpO₂ менее 90% для установления показаний к длительной кислородотерапии необходимо провести исследование

- газового состава артериальной крови
- кислотно-щелочного баланса и электролитов крови
- среднего давления в легочной артерии
- диффузионной способности легких

Под социальной реабилитацией пациентов с пневмокониозами подразумевают

- стационарное, амбулаторное, санаторно-курортное лечение и оздоровление в условиях профилактория
- бесплатное обучение или переобучение новой профессии
- временное и постоянное рациональное трудоустройство
- восстановление навыков самообслуживания, передвижения, обеспечение участия пациента в общественных взаимоотношениях и т.п