

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Башкина Ольга Александровна  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 25.03.2022 15:15:56  
Уникальный программный ключ:  
1a57153e3c98eeba4ce7044b06160950db96502574b662e7d17f188f5403b38b

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»  
Проректор по последипломному образованию  
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ  
Минздрава России  
д.м.н., профессор М.А. Шаповалова



«26» мая 2021 г.

## ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

### ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА

#### Базовая часть

Специальность: 31.08.45 – «Пульмонология»

Уровень образования: ординатура

Квалификация выпускника: врач-пульмонолог

Форма обучения: очная

Астрахань, 2021

Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО (уровень подготовки кадров высшей квалификации – программа ординатуры) по специальности 31.08.45 – «Пульмонология», приказом Минобрнауки РФ от 27 ноября 2015 г. № 1383 «Об утверждении положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования», Приказом Минобрнауки РФ 15 декабря 2017 г. № 1225 «О внесении изменений в положение о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденное приказом Минобрнауки РФ от 27 ноября 2015 г. № 1383», учебным планом по специальности 31.08.45 Пульмонология, утвержденный Ученым Советом ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России «27»    мая    2020 г., Протокол №9


Программа обсуждена и одобрена на заседании кафедры внутренних болезней педиатрического факультета от «12» 02 2021 г. Протокол № 149

Заведующая кафедрой  
д.м.н., профессор

\_\_\_\_\_ / подпись  / Полунина О.С.

СОГЛАСОВАНО:

Начальник отдела ординатуры

\_\_\_\_\_ / подпись  / Петреченкова В.Г.

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Общая характеристика, цель и задачи практики.....	4
2. Объем и структура практики.....	6
3. Место практики в структуре ОПОП.....	6
4. Перечень планируемых результатов при прохождении практики, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы.....	6
5. Содержание практики.....	10
6. Формы отчетности по практике.....	13
7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике.....	18
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение, необходимое для проведения практики .....	37
9. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики.....	39

## **1. Общая характеристика, цель и задачи практики**

Целью производственной практики по специальности 31.08.45 «Пульмонология» является углубление теоретических знаний и повышение практической подготовки выпускника медицинского ВУЗа; подготовки высококвалифицированного специалиста, владеющего углубленными современными теоретическими знаниями и объемом практических навыков.

### **Задачи базовой части практики первого года обучения:**

1. Владеть методикой сбора и анализа пульмонологического анамнеза.
2. Владеть методикой сбора и анализа аллергологического анамнеза.
3. Владеть методикой объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
4. Уметь формулировать диагноз
5. Владеть методикой проведения теста с физической нагрузкой.
6. Владеть методикой проведения спирометрии и оценки полученных результатов.
7. Владеть методикой проведения пикфлоуметрии и оценки дневника суточного мониторинга ПСВ.
8. Владеть техникой проведения пульсоксиметрии и оценки полученных результатов.
9. Владеть методикой оценки наличия и степени тяжести одышки (опросник, шкала Борга и др.).
10. Владеть методикой оценки выраженности и степени тяжести кашля (шкала ВАШ и др.).
11. Владеть методикой оценки наличия и выраженности экспекторации, кровохарканья, кровотечения.
12. Уметь оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством.
13. Уметь составлять план обследования больного с использованием современных лабораторных и инструментальных методов исследования.
14. Уметь интерпретировать результаты исследований: лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.
15. Уметь назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия.
16. Уметь подбирать индивидуальные аэрозольгенераторы и обучать больного их использованию.
17. Уметь оценивать эффективность назначаемой терапии.

### **Задачи базовой части практики второго года обучения:**

1. Уметь получать исчерпывающую информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях; требующих неотложной помощи или интенсивной терапии.
2. Уметь оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать необходимую срочную помощь.
3. Уметь составлять план обследования больного с использованием современных лабораторных и инструментальных методов исследования.
4. Уметь интерпретировать результаты исследований: лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.
5. Уметь проводить необходимые инструментальные исследования (спирографию, медикаментозные бронходилатационные пробы; пикфлоуметрию и научить больного ее проведению; нагрузочные пробы (с 6-ти минутной ходьбой, велоэргометрию и др.).
6. Уметь проводить дифференциальную диагностику, обосновывать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного.

7. Уметь организовывать неотложную помощь в экстренных случаях.
8. Уметь определять показания для госпитализации и организовывать её.
9. Уметь определять показания и противопоказания к хирургическому лечению и тактику ведения больного в послеоперационном периоде.
10. Уметь назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия.
11. Уметь диагностировать и оказывать помощь при следующих неотложных состояниях (астматическом статусе; тромбоэмболии легочных артерий; спонтанном пневмотораксе; гидротораксе; легочных кровотечениях; пороках митрального и аортального клапанов; острой сердечной недостаточности; септическом эндокардите; гипертоническом кризе, инсульте, инфаркте миокарда; тромбозе глубоких вен; прободной язве желудка и 12-перстной кишки).
12. Уметь диагностировать и оказывать помощь при инфекционных и вирусных заболеваниях и заболеваниях верхних дыхательных путей (гриппе и ОРВИ; инфекциях желудочно-кишечного тракта (дизентерии сальмонеллезе, ботулизме и др.); сыпном и брюшном тифах, паратифах; карантинных инфекциях (чума, холера, сибирская язва и др.); ринитах, синуситах; заболеваниях гортани и глотки; ангинах).
13. Уметь четко и кратко доложить историю болезни при докладе на обходе, клиническом разборе, клинико-анатомической конференции и т.д.;
14. Владеть принципами и методами формирования здорового образа жизни.
15. Уметь определять вопросы трудоспособности больного (временной или стойкой), перевод на другую работу.
16. Уметь проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения, диспансеризацию легочных больных.

## 2. Объем и структура практики

Трудоемкость практики (базовая часть): 66 з.е., общая 75 з.е.

Продолжительность практики: 2376 академических часов

Вид практики: производственная (клиническая)

Способ проведения: стационарная, выездная

Форма проведения: дискретно

Место проведения практики: ГБУЗ АО «Александро- Мариинская областная клиническая больница» (Договор безвозмездного пользования №2 от 20.09.2010г. ); ГБУЗ АО «Городская клиническая больница №2 имени братьев Губиных» (Договор об организации практической подготовки обучающихся №43 от 13.08.2019)

## 3. Место практики в структуре программы ординатуры

Производственная (клиническая) практика, базовая реализуется в базовой части Блока 2 «Практики» программы ординатуры по специальности 31.08.45 «Пульмонология», очной формы обучения.

## 4. Перечень планируемых результатов при прохождении практик, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате прохождения базовой части практики ординатор должен освоить следующие компетенции:

Таблица 1. Перечень компетенций, закрепленных за практикой

№	Код компетенции	Содержание компетенции

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

\* Практика проводится в следующих формах:

а) непрерывно - путем выделения в календарном учебном графике непрерывного периода учебного времени для проведения всех видов практик, предусмотренных ОПОП ВО;

б) дискретно: по видам практик - путем выделения в календарном учебном графике непрерывного периода учебного времени для проведения каждого вида (совокупности видов) практики;

по периодам проведения практик - путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

Возможно сочетание дискретного проведения практик по их видам и по периодам их проведения.

## Результаты обучения

Таблица 2. Результаты обучения

Коды компетенции	Наименование компетенции	Структурные элементы компетенции (в результате освоения дисциплины обучающийся должен знать, уметь, владеть)
1	2	3
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общие вопросы организации пульмонологической помощи в стране. Работу амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, организацию работы скорой пульмонологической помощи;</li> <li>- основы диспансерного наблюдения при различных заболеваниях органов дыхания;</li> <li>- формы и методы санитарно-просветительной работы.</li> </ul> <p>Уметь: осуществлять мероприятия первичной и вторичной профилактики болезней дыхательной системы.</p> <p>Владеть: методами первичной и вторичной профилактики и реабилитации больных.</p>
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов учреждений здравоохранения, врачебно-трудовую экспертизу при заболеваниях органов дыхания;</li> <li>- основы диспансерного наблюдения при различных заболеваниях органов дыхания;</li> <li>- формы и методы санитарно-просветительной работы.</li> </ul>

		<p>Уметь: осуществлять профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию здоровых и больных хроническими заболеваниями дыхательной системы.</p>
		<p>Владеть: методами первичной и вторичной профилактики, реабилитации больных.</p>
ПК-3	<p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- особо опасные инфекции, способы их распространения, клинические проявления;</li> <li>- клинические проявления радиационного поражения организма;</li> <li>- возможные повреждения организма в условиях чрезвычайных ситуаций;</li> <li>- клинические проявления обморожения, ожогов, гипоксии, травм, утопления.</li> </ul>
		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оказывать первую помощь при радиационном поражении, особо опасных инфекциях, обморожениях, ожогах, травмах, продолжительной гипоксии, утоплении.</li> </ul>
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками организации противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций;</li> <li>- навыками организации защиты населения в условиях стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций.</li> </ul>
ПК-4	<p>Готовность к применению социально-гигиенических методов сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- физические и лабораторные параметры, характеризующие состояние здоровья взрослого населения и подростков;</li> <li>- методики сбора информации о показателях здоровья населения различных возрастных групп (опросники, антропометрические исследования);</li> <li>- методы статистической обработки данных.</li> </ul>
		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести опрос населения с использованием опросников;</li> <li>- осуществить антропометрию;</li> <li>- обработать полученные результаты при помощи программ медицинской статистики.</li> </ul>



		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- способностью анализировать и систематизировать полученную информацию о показателях здоровья населения.</li> </ul>
ПК-5	<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- причины и патогенетические механизмы развития острых и хронических болезней органов дыхания, сущность функциональных и морфологических процессов, их клинические проявления у пациентов разных возрастных групп;</li> <li>- основы иммунологии, аллергологии и клинической генетики применительно к болезням системы дыхания.</li> </ul>
		<p>Уметь: провести всестороннее клиническое обследование больного, верифицировать диагноз.</p>
		<p>Владеть: методами диагностики патологии органов дыхания.</p>
ПК-6	<p>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании пульмонологической медицинской помощи.</p>	<p>Знать: принципы ведения пациентов в общей врачебной практике (семейной медицине).</p>
		<p>Уметь: составлять план ведения пациента</p>
		<p>Владеть: навыками ведения пациента, составления плана ведения и наблюдения.</p>
ПК-7	<p>Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.</p>	<p>Знать: принципы оказания неотложной помощи и реанимационного пособия.</p>
		<p>Уметь: оказывать неотложную медицинскую помощь и реанимационное пособие</p>
		<p>Владеть: навыками оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия</p>
ПК-8	<p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;</li> <li>- природные лечебные факторы, воздействующие на организм в условиях санаторно-курортного лечения;</li> <li>- показания и противопоказания к медикаментозной и немедикаментозной терапии на санаторно-курортном этапе реабилитации.</li> </ul>

		<p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- назначать лечение пациентам в условиях санаторно-курортной реабилитации</li> </ul>
		<p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- способностью оценивать эффективность санаторно-курортного этапа реабилитации</li> </ul>
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные критерии здорового образа жизни и методы его формирования;</li> <li>- основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний;</li> <li>- формы и методы санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинского персонала;</li> <li>- роль позитивного медицинского поведения в сохранении и повышении уровня здоровья населения.</li> </ul>
		<p>Уметь: проводить санитарно-гигиеническое просвещение среди пациентов (их родственников, законных представителей) и медицинского персонала.</p>
		<p>Владеть: навыками проведения санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинского персонала.</p>

## 5. Содержание практики

### 5.1. Ориентировочный тематический план практических занятий

№	Виды профессиональной деятельности ординатора	Место проведения	Продолжительность	Формируемые профессиональные компетенции	Форма контроля
---	---	------------------	-------------------	--	----------------

5.2.

Первый год обучения  
Стационар

1	Основные методы лабораторно-инструментальных, функциональных исследований в диагностике пульмонологических заболеваний	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница. Отделение «Пульмонологии».	7 недель	ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	зачет
2	Курация больных под руководством преподавателя, ведение медицинской документации	ГБУЗ АО ГКБ 2 имени братьев Губиных. Отделение «Терапия 2»	7 недель	ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Зачет
3	Курация больных под руководством преподавателя, ведение медицинской документации	ГБУЗД АО ГКБ 2 имени братьев Губиных. Отделение «Терапия 2»	7 недель	ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Зачет
4	Лечебная и диагностическая работа (прием больных под руководством преподавателя), ведение медицинской документации	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница.	7 недель	ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Зачет

Второй год обучения  
Стационар

1	Курация больных под руководством преподавателя, ведение медицинской документации	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница. Отделение «Пульмонологии»	7 недель	ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Зачет
---	--	---	----------	--	-------

2	Курация больных под руководством преподавателя, ведение медицинской документации	отделение	7 недель	ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Зачет
---	--	-----------	----------	--	-------

#### Поликлиника

1	Лечебная и диагностическая работа (прием больных под руководством преподавателя), ведение медицинской документации.	ГБУЗ АО «Городская поликлиника 8» им.Н.И.Пирогова кабинет пульмонолога.	Учебных часов	ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	зачет
2	Лечебная и диагностическая работа (прием больных под руководством преподавателя), ведение медицинской документации	ГБУЗ АО «Городская поликлиника 8» им.Н.И.Пирогова кабинет пульмонолога	Учебных часов	ПК-1,ПК-2,ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9	Зачет

### 5.2. Перечень практических навыков, осваиваемых ординатором при прохождении практики

Врач-специалист пульмонолог должен владеть следующими практическими навыками:

- осмотра больного;
- пальпации;
- перкуссии;
- аускультации;
- проведения спирометрии и оценки полученных результатов;
- проведения измерений пикфлоуметрии;
- проведения пульсоксиметрии;
- проведения проб с физической нагрузкой (6-ти минутная шаговая проба, велоэргометрия и т.д.);
- работы со шкалой Борга, опросником Малера и др. при оценке наличия и степени тяжести одышки;
- работы со шкалой ВАШ, опросниками и др. оценки выраженности и степени тяжести кашля;
- проведения небулайзерной терапии при бронхиальной астме и ХОБЛ;
- проведения ингаляционной терапии с помощью различных аэрозольгенераторов при бронхиальной астме и ХОБЛ;
- оказания неотложной помощи при острых аллергических реакциях (анафилактический шок, тяжелое обострение астмы, острая крапивница, ангиоотек и др.);
- правильной оценки результатов специальных методов обследования

(ультразвуковые, рентгенологические, магнитно-резонансной и компьютерной томографии);

- проведения позиционного дренажа бронхов;
- катетеризации бронхов через рот и нос с введением лекарственных средств в бронхи;
- введения лекарственных средств в бронхи гортанным шприцом;
- бронхоскопии;
- сбора мокроты для бактериологического и цитологического исследования;
- взятия мазков со слизистой оболочки глотки и носа для вирусологического исследования;
- работы с кислородными приборами;
- проведения малопроточной кислородной терапии;
- проведения вспомогательной и искусственной вентиляции легких;
- работы с электроотсосом;
- венепункции;
- определения группы крови и переливание крови;
- регистрации и интерпретации ЭКГ;
- использования операционных систем и приложений при работе с компьютером.

Обучающиеся в период прохождения практики соблюдают правила внутреннего трудового распорядка, соблюдают требования охраны труда и пожарной безопасности, выполняют индивидуальные задания, предусмотренные программой практики.

**Практика для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов** проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

## **6. Формы отчетности по практике**

### **6.1. Текущий контроль**

Текущий контроль прохождения практики производится руководителем практики в следующих формах:

- фиксация посещения (заполняется журнал посещения);
- индивидуальные задания для ординаторов.

Типовые индивидуальные задания для ординаторов в период прохождения базовой части практики

1 Воспалительный процесс в бронхах 1-2 порядка непосредственно не распространяется на

паренхиму легкого

А) из-за наличия фиброзно-хрящевого слоя

Б) из-за их внелегочной локализации

В) из-за тесной анатомо-функциональной их связи с паренхимой легкого

2 Одноклеточные слизистые железы (бокаловидные клетки) отсутствуют в стенке

бронхов

А) 1-3-го порядка

Б) 1-6-го порядка

В) 7-го (10) порядка и более мелких порядков

3 Ацинус дренируется

А) бронхом 12-го порядка

Б) мембранным бронхом

В) терминальной бронхиолой

Г) респираторной бронхиолой

4 Многоклеточные серозно-слизистые железы имеются в стенке бронхов

А) 1-3-го порядка

Б) 1-6-го (9-го) порядка

В) 7-го (10-го) порядка

5 Слизь выводится из дыхательных путей в ротоглотку с помощью

А) кашлевого толчка

Б) дыхательных движений воздуха

В) перистальтики бронха

Г) движений ресничек мерцательного эпителия

6 Ингибиторами протеолитических ферментов бронхиального секрета, предохраняющими

опорный аппарат стенки бронха и легкого от разрушения являются

А) интерлейкин

Б) альфа-1-антитрипсин и альфа-1-антихимопсин

В) простагландины

7 Parietalный листок плевры выполняет все следующие функции, кроме

А) секреции жидкости

Б) резорбции воды и кристаллов

В) резорбция белковых продуктов

8 Висцеральный листок плевры выполняет все следующие функции, кроме

А) участие в эластической тяге легкого

Б) резорбции воды и кристаллоидов

В) резорбция белковых продуктов

Г) барьера

9 Газообмен в легком осуществляется

А) в паренхиме легкого

Б) в дольке легкого

В) в ацинусе легкого

10 В слизи дыхательных путей преобладают иммуноглобулины

А) класса А

Б) класса E

В) класса G

Г) класса M

11 Важнейшей функцией верхних отделов воздухоносных путей является

А) проведение воздуха

Б) кондиционирование воздуха (согревание, увлажнение, очищение)

В) распределение воздуха

12 Важнейшей функцией нижних отделов дыхательных путей (bronхов 7-10-го порядка и более

мелких) является

А) проведение воздуха

Б) кондиционирование воздуха (согревание, увлажнение, очищение)

В) распределение воздуха

13 Сурфактант в альвеоле синтезируют

А) альвеолоциты 1-го порядка

Б) альвеолоциты 2-го порядка

В) клетки Клара

14 Плевральные листки выполняют следующие функции, кроме

А) барьера

Б) поддержания капиллярного слоя жидкости в плевральной щели

В) участие в эластической тяге легкого

Г) обеспечение равномерной вентиляции паренхимы легкого

Д) обеспечение равномерного кровотока в системе бронхиальных артерий

15 Основными видами нарушения функции внешнего дыхания являются все перечисленные, кроме

А) вентиляционных

Б) диффузных

В) перфузионных

Г) нарушение транспорта O<sub>2</sub> и CO<sub>2</sub>

16. Больной 48 лет жалуется на интенсивные боли и припухлость в лучезапястных, пястно-фаланговых суставах, усиливающиеся ночью и в утренние часы, утреннюю скованность, повышение температуры до 38,6 0С, ощущение тяжести в правой половине грудной клетки при дыхании. Отмечаются симметричное поражение суставов кистей, отклонение кистей в локтевую сторону, в области локтевых суставов обнаружены узелки, плотные на ощупь, размерами 0,5-0,8 см. При рентгенографии суставов кистей отмечаются сужение суставных щелей, единичные узурсы суставных поверхностей. При рентгенографии органов грудной клетки определяется жидкость в правой плевральной полости до уровня 6 ребра. Какова наиболее вероятная причина появления плеврального выпота?

А. Пневмония, осложнившаяся экссудативным плевритом

Б. Экссудативный плеврит при ревматоидном артрите

В. Гидроторакс при сердечной недостаточности

Г. Экссудативный плеврит при ТЭЛА

Д. Экссудативный плеврит опухолевой этиологии

17. На чем базируется основная диагностика пневмококковых инфекций:

А. На бактериоскопии

Б. Бактериологии

В. Серологическая диагностика

Г. Иммунологическая диагностика

18. Очагом туберкулезной инфекции является:

а) больной туберкулезом, выделяющий МБТ

б) жилище больного туберкулезом

в) домашнее животное, выделяющее МБТ

г) верно А и В

д) все ответы верны

19. У мужчины пожилого возраста на улице внезапно появились боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею и левую руку, а также одышка. При осмотре: одышка, дыхание поверхностное, синюшность кожных покровов и слизистых, тахикардия, аритмия; левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании; при перкуссии - коробочный звук над левой половиной грудной клетки, сердечный толчок смещён вправо; дыхание на левой половине грудной клетки ослаблено. Симптомкомплекс, позволяющий с уверенностью установить спонтанный пневмоторакс - это

А) боли в левой половине грудной клетки, одышка, тахикардия

Б) тахикардия, одышка, смещение сердечного толчка вправо

В) боли в левой половине грудной клетки, ослабленное дыхание, тахикардия

Г) смещение сердечного толчка вправо, ослабленное дыхание над левой половиной грудной клетки, коробочный оттенок звука слева.

20. В отделение поступил больной К., 34 лет, преподаватель. Жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, на повышение температуры до 37,90С, на кашель с небольшим отделением «ржавой» мокроты, на боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием. При осмотре отмечаются диффузный цианоз, герпес. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Число дыхательных движений – 36 в мин.

**КАКОВА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА DYSPNOE?**

Уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнение)

Снижение эластичности легких вследствие эмфиземы

Спазм мелких бронхов

Механическое препятствие в верхних дыхательных путях (горлань)

Механическое препятствие в области трахеи или крупного бронха

21. В отделение поступил больной Г., 70 лет, пенсионер. Жалобы на выраженную одышку в покое. Отмечается значительный диффузный цианоз. Дыхание шумное,



слышимое на расстоянии. Затруднен вдох и выдох. Дыхание стридорозное.

КАКОВА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА DYSPNOE?

Уменьшение дыхательной поверхности легких (долевое воспалительное уплотнение)

Снижение эластичности легких вследствие эмфиземы

Спазм мелких бронхов

Механическое препятствие в верхних дыхательных путях (гортань)

Механическое препятствие в области трахеи или крупного бронха

22. Больная Р., 68 лет доставлена в клинику с жалобами на кровотечение изо рта. Больная сидит в постели, беспокойна. Отмечается бледность кожных покровов. С кашлем отделяется умеренное количество алой пенистой крови. Реакция кровянистых выделений щелочная.

КАКОЙ СИМПТОМ ИМЕЕТСЯ У БОЛЬНОЙ?

Haemathemesis

Haemorrhagia

Haemoptoe

## 6.2. Дневник практики

В течение всей практики обучающимся заполняется и регулярно ведется дневник практики. В дневнике ординатор отражает основные виды работы. По итогам прохождения практики обучающийся представляет дневник руководителю практики.

## 6.3. Отчет по практике

Конечным этапом прохождения практики является написание отчета о практике. Отчет о практике включает в себя порядок и сроки прохождения практики, описание выполненных конкретных видов работы, индивидуальных заданий.

## 6.4. Промежуточная аттестация

По окончании каждого этапа практики проводится промежуточная аттестация в форме:

- собеседование по дневнику практики;
- проверка практических навыков.

Проверка практических навыков проводится по *ситуационным задачам\** фонда оценочных средств.

*\*составитель программы практики прописывает форму промежуточной аттестации, предусмотренную кафедрой (это может быть тестирование, ситуационные задачи, собеседование по практическим вопросам, и.т.д.)*

В случае получения положительной оценки за собеседование, ординатор получает зачет и допускается к следующему этапу практики.

Неудовлетворительные результаты промежуточной аттестации по практике или непрохождение промежуточной аттестации по практике при отсутствии уважительных причин признаются академической задолженностью.

## **7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике**

### Типовые контрольные задания для проведения промежуточной аттестации

*Далее приводятся примеры задач, тестов или контрольных вопросов для проведения промежуточной аттестации.*

**ЗАДАЧА № 1.** Больной А., 52 года, шахтер, обратился к врачу с жалобами на кашель периодический в течение дня, с мокротой желтого цвета в небольшом количестве, чаще по утрам, отходящей с трудом, одышку с затруднением выдоха при значительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза: в течение 15-ти лет работал в шахте и, связывая кашель с условиями труда и курением, не лечился. Кашель сопровождался выделением небольшого количества светлой мокроты. 5 лет назад появился утренний кашель изменился цвет мокроты - она стала слизисто-гнойной, появилась склонность к простудным заболеваниям. Лечился домашними средствами. Настоящее ухудшение в течение 3-х дней, когда после охлаждения появились вышеуказанные жалобы. Принимал аспирин без эффекта. Госпитализирован. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Серый диффузный цианоз, неинтенсивный. Кожные покровы теплые, повышенной влажности. Отеков нет. ЧД 24 в мин. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании, несколько удлинен выдох. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Голосовое дрожание проводится равномерно. Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание и рассеянные гудящие и жужжащие хрипы. Границы относительной тупости сердца не смещены. При аускультации сердца: ритм правильный, тоны приглушены, соотношение тонов не нарушено, ЧСС 88 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень, почки не пальпируются. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 140 г/л., Эр. –  $4,5 \times 10^{12}$ /л., ЦП – 1,0. Лейк. -  $9,8 \times 10^9$ /л; э – 1%, п/я – 7%, с/я – 78%, л – 13%, м – 1%; СОЭ – 28 мм/час.
2. ОАМ: прозрачная, отн. плотность – 1,020; лейкоц. – 1-2 в п.зр.
3. Анализ мокроты общий: цвет желтый, консистенция слизистая, лейкоц. 15-20 в п.зр, эпителий 2-5 в п.зр.
4. Рентгенография ОГК: перибронхитический пневмосклероз, эмфизема, изменений со стороны сердца нет.
5. Данные спирометрия: ЖЕЛ – 90%, ОФВ1 – 72%, ОФВ1/ЖЕЛ – 68%.

### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления утреннего кашля.
4. Объясните механизм возникновения сухих хрипов.
5. Оцените недостающие в задаче данные перкуссии легких.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Оцените показатели спирометрии.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.
9. Нуждается ли пациент в диспансерном наблюдении? Предложите алгоритм диспансерного наблюдения.

### ЗАДАЧА №3.

Больной С., 35 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на повышение температуры до 39<sup>о</sup>, боли в грудной клетке при дыхании, смешанную одышку, сухой кашель, общую слабость, снижение аппетита. Из анамнеза заболевания: после переохлаждения два дня назад появился озноб, недомогание, слабость, поднялась температура до 39<sup>о</sup>, стали беспокоить боли в грудной клетке справа при дыхании и сухой кашель, появилась смешанная одышка при разговоре. Самостоятельно принимал аспирин, парацетамол, ампиокс. В связи с отсутствием улучшения бригадой скорой медицинской помощи доставлен в дежурную клинику. Объективно: Состояние тяжелое. Больной возбужден. Лихорадочный блеск глаз, румянец на правой щеке, температура тела 38,7<sup>о</sup>, кожные покровы светло-розового цвета, горячие, повышенной влажности. Крылья носа участвуют в акте дыхания. Грудная клетка безболезненна при пальпации, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки симметричны. ЧД 28 в мин. В подлопаточной и подмышечной областях справа выявлено усиление голосового дрожания и притупленно-тимпанический звук. Пульс мягкий, слабого наполнения, АД 85/60 мм. рт. ст. Тоны сердца учащены до 112 в мин., соотношение тонов над верхушкой, основанием мечевидного отростка и легочной артерией правильное, ослаблен II тон над аортой. Живот мягкий, безболезнен, в дыхании участвует, кишечник безболезнен, печень и селезенка не увеличены, область почек безболезненна. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв - 130 г/л, эр.- 4,8 x10<sup>12</sup>/л, тромб. - 200 x10<sup>9</sup>/л, лейкоц. – 15,8 x10<sup>9</sup>/л, п – 8%, с – 78%, л – 12%, м – 1%, б – 1%, СОЭ – 28 мм/.

2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность 1,018; белок-отр., сахар – отр., лейкоциты и эпителий ед. в п.зр., соли – оксалаты в небольшом количестве, бактерии (+).

3. Рентгенография ОГК: определяется инфильтрация в нижнем легочном поле с четкими контурами, в боковой проекции соответствует нижней доле, остальные отделы легких не изменены, средостение не расширено.

### ЗАДАНИЕ

1.Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий. 2.Сформулируйте предварительный диагноз. 3.Механизм образования болевого синдрома в данном случае. 4.Механизм образования синдрома уплотнения легочной ткани. 5.Что можно выявить при аускультации легких в подлопаточной и правой подмышечной областях? 6.Оцените данные общего анализа крови. 7.Какие параклинические исследования необходимо провести? 8.Обоснуйте уточненный диагноз. 9.Нуждаются ли пациенты после острых заболеваний дыхательной системы в диспансеризации? Если да, то в каком объеме?

**ЗАДАЧА №4.** Больной З., 65 лет, пенсионер, жалуется на кашель, с отхождением светло-желтой мокроты до 200-300 мл в сутки, преимущественно по утрам, полным ртом, смешанную одышку в покое, слабость, недомогание, повышение температуры до 38,7°С. Из анамнеза заболевания: бронхит с детства, кашель, чаще сухой, постепенно усиливался, около 20 лет назад начала отходить мокрота, количество которой увеличивалось, достигая 200-300 мл/сут., в последние годы появилась смешанная одышка. Лечился в стационаре, эффект непродолжительный. Настоящее ухудшение в течение недели, когда после переохлаждения, усилилась одышка, увеличилось количество желтой мокроты, поднялась температура. Объективно: Состояние средней степени тяжести, больной истощен, теплый серый цианоз, ногти в виде часовых стеклышек, пальцы в виде барабанных палочек, пастозность голеней, грудная клетка бочкообразной формы, равномерно участвует в дыхании. ЧД 28 в мин. Дыхание жесткое, хрипы жужжащие, а в подлопаточных областях с обеих сторон – влажные, звучные среднепузырчатые. Тоны сердца приглушены, 100 в мин, I тон у основания мечевидного отростка ослаблен, здесь же систолический шум. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, печень безболезненная, на 3 см выступает из-под края реберной дуги, край округлый, поверхность ровная. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 110 г/л, эр. –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9; лейкоц. –  $10,4 \times 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я – 78%, л – 13%, м – 1%, СОЭ – 28 мм/час.
2. Билирубин общий – 19,5 мкмоль/л, прямой – 4,1 мкмоль/л, не прямой – 15,4 мкмоль/л; креатинин – 0,13 ммоль/л, общий белок 60 г/л, сахар крови 4,6 ммоль/л.
3. Спирометрия: ОФВ1 50%, индекс Тиффно 65%.
4. Бронхография.

#### ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм влажных хрипов и отхождения большого количества мокроты по утрам.
4. Объясните механизм ослабления I тона и систолического шума у основания мечевидного отростка, механизм гепатомегалии и пастозности голеней.
5. Оцените недостающие в задаче данные: перкуссия легких, границы относительной сердечной тупости, анализ мокроты.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Оцените данные бронхографии.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.
9. Какой алгоритм диспансерного наблюдения следует предложить пациенту?

#### ЗАДАЧА №5.

Больной С., 28 лет, обратился с жалобами на кашель с отхождением мокроты зеленоватого цвета в умеренном количестве, без запаха, одышку с затруднением выдоха при физической нагрузке, проходящую в покое, повышение температуры до 38,0оС, головные боли, общую слабость, недомогание. Из анамнеза заболевания: ухудшение состояния постепенное с появления слабости, учащения кашля, мокрота вместо серой стала зеленой, температура поднялась до 38,0оС. На следующий день появилась экспираторная одышка, лечился самостоятельно жаропонижающими средствами, температура временно снизилась, но в последние два дня вновь повысилась, усилилась одышка с затруднением выдоха, кашель приобрел постоянный характер, самочувствие ухудшилось. Из анамнеза жизни: работает водителем, курит в течение 8 лет по 0,5 пачки сигарет в день. Объективно: Состояние средней

степени тяжести. Кожные покровы повышенной влажности, горячие, грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Дыхание смешанное, средней глубины. ЧД-23 в мин. Голосовое дрожание проводится симметрично с обеих сторон, над легкими при перкуссии легочный звук, дыхание жесткое, с большим количеством жужжащих хрипов. Тоны сердца прослушиваются плохо, учащены до 100 в мин., соотношение тонов правильное. АД-120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нв – 135 г/л, эр. –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $13,0 \times 10^9$ /л, э – 1%, п/я – 4%, с/я – 75%, л – 18%, м – 2%, СОЭ 18 мм/час. 2. ОАМ: цвет желтый, отн.плотность 1,025; кислая, белок – отр., лейкоц. – 0-1 в п.зр., эр – ед. в п.зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр. 3. Общий анализ мокроты: слизисто-гнионая, вязкая, сгустки фибрина, лейкоц. 25-30 в п/зр., эп. – 10-15 в п.зр. 4. Рентгенография ОГК: очаговых и инфильтративных изменений нет, синусы свободны, изменений со стороны сердца нет.

#### ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм образования кашля?
4. Оцените ОАК.
5. Оцените данные рентгенографии ОГК?
6. Оцените общий анализ мокроты.
7. Определите Индекс курильщика.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.
9. Нуждается ли пациент в диспансерном наблюдении? Если да, предложите алгоритм диспансерного наблюдения.

**ЗАДАЧА №6.** Мужчина 56 лет, обратился с жалобами на одышку, с затруднением выдоха, возникающую при физической нагрузке, кашель с отхождением мокроты желтого цвета в небольшом количестве, слабость, повышение температуры до 37,4С. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом в течение 20 лет. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно в домашних условиях. Настоящее ухудшение около недели, когда стал отмечать ознобы, усиление кашля с мокротой желтого цвета, появилась одышка при обычной физической

нагрузке. Из анамнеза жизни: шахтерский стаж 15 лет, курит по 1,5 пачки папирос в день в течение 30 лет. Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Диффузный розовый цианоз, нормальная влажность кожи. Грудная клетка бочкообразной формы. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. ЧД 25 в мин. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон. При перкуссии - коробочный звук, нижние границы легких смещены вниз. В легких дыхание жесткое, над всеми легочными полями свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при глубоком дыхании. Бронхофония не усилена. Тоны сердца приглушены, правильного ритма и соотношения, частотой 88 в мин. АД 135/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезнен. Размеры печени по Курлову 987см. Симптом поколачивания отрицательный. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 135 г/л, эр. –  $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $12,0 \times 10^9$ /л; э – 1%, п/я – 5%, с/я – 79%; л – 14%, м – 1%, СОЭ 12 мм/час.
2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность 1,020; белок – отр., ацетон – отр., лейкоц. – 0-1 в п.зр., эр – ед. в п.зр.
3. Рентгенография ОГК: расширение межреберных промежутков, повышенная воздушность легочной ткани, усиление легочного рисунка, опущение диафрагмы, границы сердца не смещены.
4. АЛТ – 0,34 ммоль/л, АСТ – 0,36 ммоль/л, общий белок - 70 г/л, глюкоза - 4,7 ммоль/л.
5. Спирометрия: ОФВ1-70%, ОФВ1/ФЖЕЛ-60%.

## ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните наличие лейкоцитоза в крови.
4. Механизм возникновения одышки.
5. Определите индекс курильщика.
6. Оцените результаты пневмотахометрии.
7. Оцените ОАМ.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

9. Нуждается ли пациент в диспансерном наблюдении? Предложите алгоритм диспансерного наблюдения.

### ЗАДАЧА №7.

Больная С., 25 лет поступила в приемное отделение с жалобами на выраженную одышку с затруднением выдоха, доходящую до удушья, плохо купируемую приемом сальбутамола. Из анамнеза заболевания: считает себя больной около 2-х лет, когда стала отмечать появление одышки с затруднением выдоха во время прогулок, особенно весной, кашля с небольшим количеством вязкой мокроты. Обратилась в поликлинику, было проведено обследование и установлен диагноз, назначен сальбутамол. В последние месяцы приступы одышки возникали с частотой 2-3 в месяц. Настоящее ухудшение возникло во время прогулки по парку, прием 4 ингаляций сальбутамола не оказал должного эффекта, вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в стационар. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное: сидит, опираясь на руки. Кожные покровы светлорозового цвета, повышенной влажности. Грудная клетка симметричная, выдох удлинен. ЧД 22 в мин. Голосовое дрожание проводится равномерно с обеих сторон, над легкими легочный звук с коробочным оттенком. В легких дыхание везикулярное с удлиненным выдохом, по всем легочным полям свистящие хрипы. Тоны сердца правильного ритма и соотношения, частотой 100 в мин. АД-120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 125 г/л, эр. –  $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $8,0 \times 10^9$ /л, э – 10%, п/я – 2%, с/я – 65%, л – 18%, м – 3%, б – 2, СОЭ 10 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность 1,020; белок – отр., лейкоц. – 0-1 в п.зр., эр – ед. в п.зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п.зр.
3. Общий анализ мокроты: слизистая, вязкая, эозинофилы – 3-4 в п.зр., эп. – большое количество, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена.
4. Рентгенография ОГК: очаговых и инфильтративных изменений нет, корни легких слегка расширены, синусы свободны. Сердце без особенностей.
5. ЭКГ: ритм синусовый, частотой 108 в мин., эл. ось сердца расположена нормально.



## ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Механизм образования бронхиальной обструкции. 4. Оцените показатели ЭКГ. 5. Оцените общий анализ мокроты. 6. Оцените ОАМ. 7. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.

8. Обоснуйте уточненный диагноз. 9. Какой алгоритм диспансерного наблюдения следует предложить пациентке?

## ЗАДАЧА №8.

Больная Б., 37 лет, предъявляет жалобы на ознобы, повышение температуры тела до 39°C, кашель с отхождением желто-зеленой мокроты с неприятным запахом до 200 мл/сут, смешанную одышку при физической нагрузке легкой степени, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больной более 30 лет, когда впервые появился кашель с небольшим количеством мокроты, иногда отмечала ознобы, повышение температуры, в стационарах лежала в среднем один раз в год. Последние десять лет при ухудшении состояния, появлении ознобов, кашля лечилась самостоятельно. В течение последнего года увеличилось количество мокроты, она стала почти постоянно желтоватого цвета, появился неприятный запах и появилась смешанная одышка. Две недели назад участился кашель, появились ознобы, повышение температуры, усилилась одышка. При R-логическом исследовании выявлено усиление легочного рисунка с картиной «сотового» легкого слева. Из анамнеза жизни: перенесла коклюш в возрасте пяти лет. Объективно: Состояние тяжелое. Больная выглядит старше своего возраста, умеренно выраженный диффузный цианоз, кожные покровы теплые, повышенной влажности, ногти пальцев рук имеют вид «часовых стекол», ногтевые фаланги в виде «барабанных палочек». ЧД – 30 в 1 мин. Левая половина грудной клетки несколько уменьшена в размерах, слегка отстает при дыхании. Дыхание жесткое, несколько ослаблено слева в подлопаточной области, жужжащие хрипы с обеих сторон, средне-пузырчатые - слева в подлопаточной области. АД 125/80 мм рт. ст. Определяется и верхушечный и сердечный толчок. Правая граница относительной тупости сердца на 3 см. правее грудины, тоны сердца учащены до 124 в 1 минуту, ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка, там же систолический шум, проводящийся вправо. Живот безболезнен. Печень на 2 см ниже реберной дуги, плотная, край закруглен. Данные дополнительных методов исследования:

1. Общий анализ мокроты: гнойная, желтого цвета, запах зловонный, слегка кислая, лейкоциты 10-18 в п.зр., эпителий плоский 2-3 в п.зр.

2. ЭКГ: признаки перегрузки правых отделов сердца.

## ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Механизм образования интоксикационного синдрома. 4. Механизм образования синдрома дыхательной недостаточности.

5. Какие признаки ЭКГ характерны для перегрузки правых отделов сердца?

6. Оцените данные общего анализа мокроты. 7. Какие параклинические исследования необходимо провести? 8. Обоснуйте уточненный диагноз. 9. Какой алгоритм диспансерного наблюдения следует предложить пациенту?

### **ЗАДАЧА №9.**

Больная А., 43 лет, предъявляет жалобы на кашель с отхождением утром кровянистой мокроты полным ртом, с неприятным запахом, колющие боли при дыхании слева, смешанную одышку, общую слабость. Из анамнеза заболевания: считает себя больной около недели, когда после переохлаждения появились боли в левой половине грудной клетки, озноб, повышение температуры до 37,8°C, кашель вначале сухой, через день появилась мокрота в небольшом количестве светлая. При осмотре в отделении состояние средней степени тяжести, отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания слева в III межреберном промежутке, там же укорочение легочного звука и смешанное дыхание, усиление бронхофонии. При R-графии ОГК выявлено округлое затемнение в III-IV межреберном промежутке слева над междолевой бороздой. Назначенное лечение было малоэффективно. Постепенно самочувствие больной ухудшалось, стали беспокоить головные боли, присоединилась тошнота. Последнюю ночь больная плохо спала, в пять часов утра, внезапно, после кратковременного кашля, появилась кровянистая мокрота полным ртом с неприятным запахом. К десяти часам дня самочувствие больной улучшилось, температура снизилась, тошнота исчезла, боли в грудной клетке также уменьшились, одышка не беспокоит. Объективно: Состояние средней степени тяжести. Больная предпочитает положение на левом боку. Брюшной тип дыхания. ЧД – 24 в мин. Левая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. В III межреберье слева голосовое дрожание усилено, там же приглушено-тимпанический звук, дыхание бронхиальное, прослушиваются средне- и крупнопузырчатые звучные хрипы, бронхофония усилена. Над остальными областями легких легочный звук, дыхание везикулярное. Тоны сердца учащены до 112 в 1 минуту, правильного соотношения. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: Нб - 130 г/л, эр. –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , лейкоц. –  $20 \times 10^9/л$ , миелоциты – 2%, п – 8%, с – 82%, л – 8%, токсическая зернистость нейтрофилов(++); СОЭ – 38 мм/час. 2. Рентгенография ОГК (см. ниже).

### **ЗАДАНИЕ**

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Механизм появления боли в грудной клетке? 4. Причина улучшения состояния больной? 5. Опишите R-графию ОГК. 6. Оцените данные общего анализа крови. 7. Какие параклинические исследования необходимо провести? 8. Обоснуйте уточненный диагноз. 9. Нуждаются ли пациент в диспансеризации? Если да, то в каком объеме?

### **ЗАДАЧА № 10.**

Больной А., 62 лет, обратился к участковому врачу по поводу усилившегося кашля с трудно отходящей прозрачной мокротой в небольшом количестве, без запаха, сердцебиения, одышки с затруднением выдоха, появления отеков на ногах к концу рабочего дня, слабости, снижения трудоспособности. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом в течении 25-ти лет, Лечился амбулаторно и в стационаре, в последние годы отмечал уменьшение эффекта от лечения. Вне обострения заболевания регулярно пользовался сальбутамолом. Последний месяц появились сердцебиения, тупые боли в правом подреберье, отеки ног. Из анамнеза жизни: курит с 12 лет в среднем по 1 пачке папирос в день, работает сварщиком. Объективно: При осмотре состояние средней степени тяжести. Диффузный цианоз, умеренно выраженный, отеки стоп, голеней. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура, Частота дыхания 22 в 1 минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, обе половины симметрично слабо участвуют в акте дыхания, голосовое дрожание несколько ослаблено, симметрично проводится с обеих сторон, легочной звук с небольшим коробочным оттенком, дыхание жесткое, рассеянные свистящие и жужжащие хрипы с обеих сторон. Выявлено набухание шейных вен и положительный венозный пульс. Верхушечный толчок по средне-ключичной линии, ослаблен. Эпигастральная пульсация усиливается на вдохе. Тоны сердца приглушены, правильного ритма, ослаблен I тон над основанием мечевидного отростка, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 98 в 1 мин. Живот мягкий, печень плотная, выступает из-под реберной дуги на 3 см, нижний край ее закруглен. Данные дополнительных методов исследования:

1. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 в 1 мин., блокада правой ножки пучка Гиса, признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка.

2. ФВД: ОФВ1 –30%, индекс Тиффно –50%.

3. ОАК: Нб – 155 г/л, эр. -  $6,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц.  $7,0 \times 10^9$ /л, э – 1%, п – 5%, с 80%, л – 14%, СОЭ 15 мм/час.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм появления положительного венного пульса.
4. Объясните механизм изменения печени при данном заболевании.
5. Какие изменения ЭКГ характерны для гипертрофии правого предсердия?
6. Оцените данные ФВД.
7. Посчитайте индекс курильщика.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.
9. Опишите алгоритм диспансерного наблюдения за данным пациентом.

### **ЗАДАЧА №11.**

К., 35 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на приступ удушья, кашель с отхождением небольшого количества вязкой мокроты, резкую слабость. Из анамнеза заболевания: первые приступы удушья стали возникать после перенесенного острого бронхита пять лет назад. Приступам предшествовал короткий эпизод сухого кашля, с отхождением в конце приступа тягучей слизистой мокроты в небольшом количестве. После подбора лекарственных препаратов научился самостоятельно справляться с приступами. Регулярно принимает бронхолитическую терапию. Настоящее ухудшение возникло при переохлаждении во время прогулки по улице, повторное применение ингаляторов приступ одышки не сняло, была вызвана бригада скорой помощи. Объективно: Состояние тяжелое. Больной сидит с наклоном тела вперед, опираясь на руки. Разговаривает отдельными фразами, возбужден. Кожные покровы повышенной влажности с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразной формы, слабо участвует в акте дыхания. В акте дыхания участвуют мышцы плечевого пояса и брюшного пресса. Дыхание шумное, свистящее, ЧД-18 в мин. При перкуссии над всеми легочными полями коробочный звук. В легких дыхание жесткое, по всем легочным полям свистящие хрипы. Набухание шейных вен. Ритм сердечной деятельности учащен, тоны резко ослаблены, соотношение тонов правильное. ЧСС-110 в мин. АД-110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову 9x8x7 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв – 135 г/л, эр. –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $8,0 \times 10^9$ /л, э – 12%, п/я – 2%, с/я – 68%, л – 18%, м – 0%, СОЭ 12 мм/час.
2. Общий анализ мокроты: слизистая, без запаха, эозинофилы -12-20 в п.зр., эп. - большое количество, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена.

3. Спирометрия после купирования приступа: ОФВ1- 50% от исходного, проба Тиффно -65%, проба с беродуалом положительная.

### ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Оцените данные ОАК.
4. Механизм возникновения бронхиальной обструкции.
5. Оцените общий анализ мокроты.
6. О чем свидетельствует положительная проба с беродуалом?
7. Какие дополнительные лабораторные методы исследования необходимы для постановки достоверного диагноза.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.
9. Нуждается ли пациент после выздоровления в диспансерном наблюдении? Предложите алгоритм диспансерного наблюдения.

**ЗАДАЧА 12.** Больной Д., 25 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры до 38,30С градусов, кашель с мокротой шоколадного цвета и с запахом горелого мяса, смешанную одышку. Из анамнеза заболевания: Болен в течении 6-ти дней. После переохлаждения появился озноб, недомогание, слабость, повысилась температура до 39<sup>0</sup>С, появились боли в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе. Больной принимал аспирин, парацетамол, ампиокс. Несмотря на проводимое лечение состояние ухудшалось, температура поднялась до 400С, усилился сухой кашель, стало трудно дышать. Бригадой скорой медицинской помощи больной доставлен в дежурное терапевтическое отделение. Сегодня с утра появился кашель с большим количеством (более 300 мл) мокроты, после отхождения мокроты больному стало легче.

Объективно: При осмотре состояние тяжелое. Больной возбужден. Крылья носа участвуют в акте дыхания, лихорадочный блеск глаз, температура тела 38,7<sup>0</sup>С, кожные покровы светло-розового цвета, при разговоре появляется смешанная одышка, правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧД 28 в 1 минуту. Справа между среднеключичной и передней подмышечной линиями во II и III межреберных промежутках голосовое дрожание усилено, определяется притупленно-тимпанический звук, при аускультации выслушиваются звучные среднепузырчатые хрипы. Над остальными областями грудной клетки легочный звук при пер-

куссии, дыхание везикулярной, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца учащены до 112 в 1 минуту, ослаблен II тон над аортой. АД 90/60 мм. рт. ст. Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Hb – 142 г/л, эг –  $5,2 \times 10^{12}$ /л, Ц.П. – 1,0; лейкоц. –  $12,0 \times 10^9$  /л, э - 2%, п/я - 9%, с/я - 70%, л - 18%, м - 1%, СОЭ – 50 мм/час.
2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность - 1019, белок – 0,033 г/л, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эп. - 1-2 в п. зр.
3. Фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 55%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 8%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  – 19%, СРБ - 8,2 мг/л (N=1-6 мг/л), глюкоза 5,2 ммоль/л, АСТ - 12 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм появления кашля с мокротой?
4. Назовите основной дыхательный шум над областью патологии у больного.
5. Сделайте заключение по общему анализу крови.
6. Что, вероятнее всего, можно выявить при R-графии ОГК?
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.
9. Нуждаются ли пациенты после острых заболеваний дыхательной системы в диспансеризации? Если да, то в каком объёме?

**ЗАДАЧА №13.** Больная В., 19 лет, студентка, доставлена в приемный покой бригадой «скорой помощи». У больной впервые в жизни возник приступ удушья. Врачом «скорой помощи» дома сделана в/в инъекция 2,4% раствора эуфиллина в дозе 10 ml, однако у больной сохранялось затрудненное дыхание, особенно на выдохе, и сухой непродуктивный кашель.

Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком. В связи с тем, что в детстве у больной отмечались аллергические реакции

и в виде кожной сыпи при контакте с животными — кошка, собака, лошадь реакция в виде вазомоторного ринита на пыль, больная наблюдалась у аллерголога. Для выявления аллергии проводились аллергические пробы. С возрастом интенсивность аллергических проявлений при контакте с аллергеном уменьшилась, и больная перестала наблюдаться у врачей, не лечилась; 3 месяца назад больная устроилась на новую работу администратором в косметический салон. Через месяц у больной появился сухой кашель, который стал постоянным и постепенно усиливался. Накануне возникновения приступа удушья больная была в гостях, где держат собаку. Вечером, после возвращения домой, усилился кашель, появилось затрудненное дыхание, одышка. В течение ночи указанные симптомы усилились, появилось чувство нехватки воздуха, чувство неполного выдоха из-за удушья. Больная вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована. Семейный анамнез: у отца больной — бронхиальная астма мать здорова.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы чистые, влажные, незначительный акроцианоз. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации грудная клетка безболезненна; ЧД — 26 уд/мин. При сравнительной перкуссии — ясли легочный звук с коробочным оттенком. При топографической перкуссии верхняя граница легких спереди на 5 см выше ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка, ширина полей Кренига — 8 см, нижняя граница легких справа — по окологрудной линии V межреберье, по среднеключичной линии VI ребро, по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка; слева — по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии  $\pm 2,5$  см, по среднеключичной и по лопаточной линиям  $\pm 2$  см. При аускультации легких — выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, не разлитой. Границы относительной тупости сердца: правая 1 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс — 90 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 120/80 мм рт. ст.

Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания; при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической пальпации

по Образцову-Стражеско-Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуг гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 10 x 9 x 8 см. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: НЬ — 130 г/л, лейкоциты — 7800, эозинофилы — 10%. Палочкоядерные нейтрофилы — 3%, сегментоядерные нейтрофилы — 65%, лимфоциты — 20%, моноциты — 2%, СОЭ — 5 мм/ч.

Рентгенография органов грудной полости: Легочные поля прозрачны, повышенной воздушности, корни структурны. Очаговых и инфильтративных теней в легких нет. Диафрагма подвижна. Синусы свободны.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Каковы механизмы приступа удушья при бронхиальной астме?
3. Составьте план обследования больной.
4. Перечислите признаки, характерные для данной формы бронхиальной астмы.
5. Какие препараты уменьшают способность к дегрануляции тучных клеток?
6. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению пациентки.

**ЗАДАЧА №14.** Больной М., 40 лет, слесарь, поступил в клинику с жалобами на кашель с выделением мокроты желтоватого цвета с прожилками крови, боли при дыхании в левой половине грудной клетки, на одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 39,4 °С, общую слабость, головную боль, ломоту в мышцах, сердцебиение, снижение аппетита.

Заболел остро вчера днем, когда после переохлаждения появились вышеуказанные жалобы. Принимал аспирин для снижения температуры. В связи с высокой температурой, выраженной слабостью и болями в грудной клетке решил госпитализироваться.

Перенесенные заболевания: детские инфекции (корь, ветряная оспа), ОРВИ, хронический гастрит. Больной курит до 1 пачки в день, алкоголь употребляет 2—3 в месяц. Семейный анамнез: у матери — ИБС; у отца — хронический гастрит, хронический панкреатит; брат и сестра здоровы. Аллергологический анамнез не отягощен.



При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 38,9 °С. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, цианоз губ. Грудная клетка конической формы. Больной щадит левую половину грудной клетки, она отстает при дыхании. ЧД — до 28 уд/мин. При пальпации грудная клетка эластичная, отмечается болезненность при пальпации V—VI межреберных промежутков слева. Слева в нижних отделах — умеренное усиление голосового дрожания. При сравнительной перкуссии справа звук ясный, легочный, а слева, на ограниченном участке ниже угла лопатки, по средней и задней подмышечным линиям выявлено укорочение перкуторного звука.

При топографической перкуссии верхняя граница легких спереди на 4 см выше ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка, ширина полей Кренига — 9 см, нижняя граница легких справа — по окологрудной линии V межреберье, по среднеключичной линии VI ребро, по передней подмышечной линии VII ребро, по средней подмышечной линии VIII ребро, по задней подмышечной линии IX ребро, по лопаточной линии X ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XI грудного позвонка; слева — по передней подмышечной линии VI ребро, по средней подмышечной линии VII ребро, по задней подмышечной линии VIII ребро, по лопаточной линии IX ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток X грудного позвонка. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии справа ± 3 см, слева ± 1 см, по Среднеключичной и лопаточной линиям справа ± 2 см, слева ± 1 см. При аускультации легких: над участком укорочения перкуторного звука — бронхиальное дыхание, крепитация *indux*, над остальными участками легких дыхание везикулярное с жестким оттенком. Бронхофония усилена слева в зоне укорочения перкуторного звука.

Область сердца и крупных сосудов не изменена.

Границы относительной тупости сердца: правая на 2,5 см вправо от правого края грудины, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, верхняя на уровне нижнего края III ребра. При аускультации сердца: I тон ослаблен на верхушке, акцент II тона на легочной артерии, ритм Сердечных сокращений правильный. Пульс ритмичный, частый (*pulsus frequens*), до 115 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 100/70 мм рт. ст.

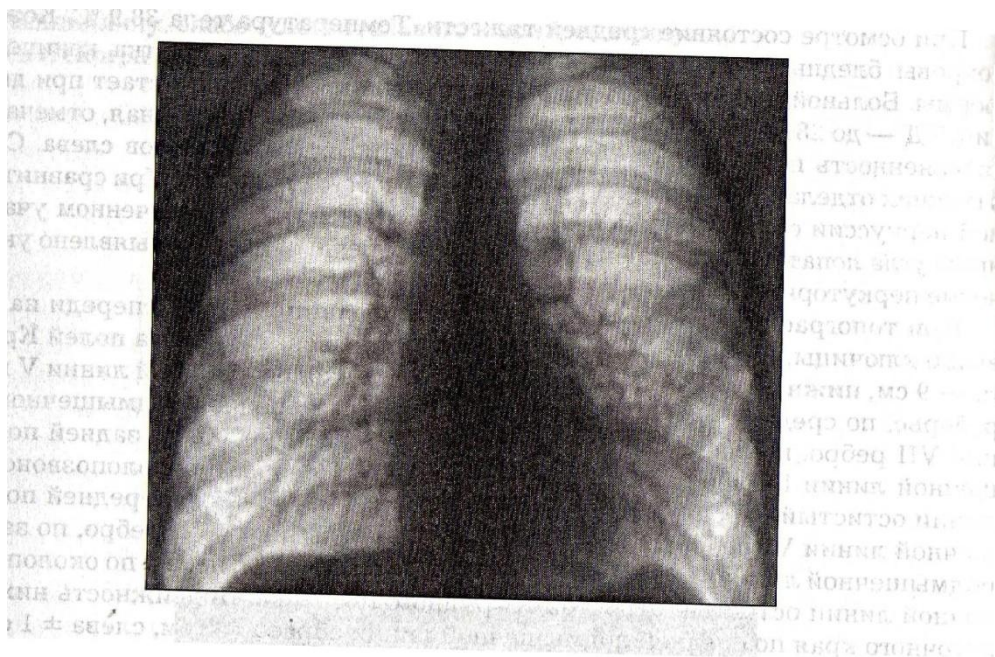
Живот обычной формы. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической скользящей пальпации по Образцову—Стражеско—Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной кишки нормальных размеров, безболезненные.

Размеры печени по Курлову — 10x9x8 см. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Селезенка не увеличена.

Анализ крови: НЬ — 155 г/л, лейкоциты — 20,0 тыс/л, палочкоядерные нейтрофилы — 10%, сегментоядерные нейтрофилы — 68%, эозинофилы — 1%, лимфоциты — 12%, моноциты — 9%, СОЭ — 37 мм/ч.

Анализ мокроты — слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты — 30—45 в поле зрения, эритроциты — 10—15 в поле зрения, альвеолярные макрофаги и эпителиальные клетки — единичные в поле зрения. В посеве мокроты выделен гемолитический плазмокоагулирующий стафилококк.

Рентгенография органов грудной полости:



Вопросы к задаче

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Перечислите факторы, способствующие развитию указанного заболевания.
3. Перечислите основные клинические синдромы, характерные для данного заболевания.
4. Принципы антибактериальной терапии при описанном заболевании.
5. Перечислите критерии оценки эффективности антибактериальной терапии.
6. Нуждаются ли пациенты после острых заболеваний дыхательной системы в диспансеризации? Если да, то в каком объёме?

**ЗАДАЧА №15.** Больной П., 31 год, поступил с жалобами на затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, приступы удушья, которые провоцируются резкими

запахами, холодным воздухом, сопровождаются слышимыми на расстоянии хрипами и заканчиваются выделением небольшого количества вязкой мокроты.

В течение двух суток перед поступлением в стационар, приступы удушья не прекращались, несмотря на принятые меры. При этом отмечался кашель с трудно отхаркивающейся мокротой, стекловидной, появляющейся в конце приступа. Последние сутки больной неоднократно вызывал «скорую помощь», но приступы удушья врачам СП не удавалось купировать. Больной был доставлен в клинику. Пациент отмечает, что болен с 12 лет. С 17 до 19 лет приступов не было. Однако в 19 лет приступы возобновились, в связи с этим был демобилизован из армии. Приступы повторяются в течение 7 лет. Больной лечился в поликлинике, состояние было удовлетворительным, приступы удушья были редко. В течение последнего месяца приступы удушья участились, больной это связывает с перенесенным нервным расстройством. Больной родился в Костроме, рос болезненным ребенком. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, воспаление легких 4 раза. Работает инженером, профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери больного экзема, у сестры — крапивница.

При поступлении состояние тяжелое, положение вынужденное, сидит согнувшись, опираясь на локти, резко выраженная одышка смешанного характера с преобладанием экспираторной фазы. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Кожные покровы бледные, выраженный цианоз слизистых оболочек губ и ногтевых фаланг. Грудная клетка бочкообразная с расширенными межреберными промежутками. Голосовое дрожание ослаблено одинаково над симметричными участками легких. Число дыханий — 32 в мин. При сравнительной перкуссии легких коробочный перкуторный звук. При топографической перкуссии верхняя граница легких спереди на 7 см выше ключицы, сзади на уровне IV шейного позвонка, ширина полей Кренига — 11 см, нижняя граница легких справа — по окологрудинной линии VI межреберье, по среднеключичной линии IV ребро, по передней подмышечной линии VIII ребро, по средней подмышечной линии IX ребро, по задней подмышечной линии X ребро, по лопаточной линии XI ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XII грудного позвонка; слева — по передней подмышечной линии VIII ребро, по средней подмышечной линии IX ребро, по задней подмышечной линии X ребро, по лопаточной линии XI ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток XII грудного позвонка. Подвижность нижнего легочного края по средней подмышечной линии  $\pm 2$  см, по среднеключичной и по лопаточной линиям  $\pm 1$  см. При аускультации легких выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, масса сухих, рассеянных, свистящих хрипов, слышимых на расстоянии.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Границы относительной сердечной тупости не определяются из-за эмфиземы. Тоны сердца приглушены, акцент II

тона над легочной артерией. Пульс ритмичный, 120 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 120/80 мм рт. ст.

Живот активно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой методической пальпации по Образцову—Стражеско—Василенко сигмовидная, слепая кишка, восходящая, поперечная и нисходящая части ободочной КИШКИ нормальных размеров, безболезненные. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову — 10 x 9 x 8 см. Селезенка не увеличена.

Кровь при поступлении: НЬ — 140 г/л, лейкоциты —  $7,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 10%, сегментоядерные — 53%, лимфоциты — 24%, моноциты — 13%, СОЭ — 10 мм/ч. В анализе мочи патологии не найдено. В мокроте большое количество лейкоцитов, эритроцитов — 3—8 в поле зрения, выявлены спирали Куршмана, кристаллы Шарко—Лейдена и эозинофилы в большом количестве. Рентгеноскопия органов грудной клетки показала: легочные поля чистые, легочная ткань эмфизематозна, экскурсия нижнего легочного края ограничена. На длинном сосудистом пучке малых размеров сердце, резко усилена его пульсация. Исследование ФВД не проводилось из-за тяжести состояния пациента.

1. Сформулируйте клинический диагноз заболевания.
2. Что означает понятие «гипоксия»?
3. Укажите ее типы и перечислите компенсаторные механизмы гипоксии.
4. Какие изменения лабораторных и инструментальных данных характерны для описанного заболевания?
5. Перечислите основные принципы и лекарственные препараты для лечения заболевания у данного больного.
6. Приведите алгоритм для дальнейшего диспансерного наблюдения пациента.

**Критерии оценивания промежуточной аттестации:**

Оценка «отлично» выставляется в случае, если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Оценка «хорошо» выставляется в случае, если ординатор:

1. дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и

дополнительные вопросы;

2. ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;
3. имеются незначительные упущения в ответах.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае, если ординатор:

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

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае, если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

## **8. Учебно-методическое и информационное обеспечение, необходимое для проведения практики**

Основная литература

1. Пульмонология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 800 с. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437872.html>
2. Рациональная фармакотерапия антимикробными лекарственными средствами в схемах и таблицах : учеб.-метод. пособие по клинич. фармакологии / ФГБАОУ ВО Рос. ун-т Дружбы народов Издательство: М. : РУДН, 2014, -76 с
3. Патология органов дыхания : атлас / Е. А. Коган, Г. Г. Кругликов, В. С. Пауков [и др.]; ред. В. С. Пауков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 268 с
4. Скипский И. М. Профилактика заболеваний органов дыхания : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, ГБОУ ВПО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015, 56 с

Дополнительная литература

1. Пульмонология: национальное руководство / ред. А. Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2009. - 960 с. - (Серия "Национальные руководства")
2. Аллергология и иммунология: национальное руководство / ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2009. - 656 с. - (Серия "Национальные руководства")
3. Клиническая фармакология и фармакотерапия : руководство / Ю.Б. Белоусов. - 3-е изд., испр. и доп. - Б.м. : МИА, 2010. - 866 с.
4. Клиническая фармакология лекарственных средств, применяемых для скорой помощи при приступе бронхиальной астмы и астматическом статусе : учеб. пособие / И. Г. Ильяшевич ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Каф. терапии и клинич. Фармакологии СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014, 29 с
5. Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни лёгких в общей врачебной практике : учеб. пособие / М. А. Похазникова ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ГБОУ ВПО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, Каф. семейн. Медицины ; Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, СПб., 2014, 45с :
6. Внебольничная пневмония: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике : учебное пособие / В. А. Казанцев, А. В. Рысев СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2014, 40с
7. Интерстициальные заболевания легких : руководство для врачей / А. С. Агишев ; ред. М. М. Илькович, А. Н. Кокосов. - СПб : Нордмедиздат, 2005. - 560 с.

8. Клиническая онкопульмонология / А. Х. Трахтенберг. - 2000.
9. Лёгочная гипертензия : ТЭЛА - современные принципы диагностики и лечения : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО Сев-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016, 51 : табл.
10. Плеврит: учебное пособие / П. А. Сусла, П. В. Панфилов Издательство: СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2013, -36 с.
11. Национальные клинические рекомендации [www.femb.ru](http://www.femb.ru):

Электронные ресурсы:

Пульмонология - <http://www.pulmonology.ru>

Федеральная электронная медицинская библиотека - [www.femb.ru](http://www.femb.ru)

ЭБС «Консультант студента» - <http://www.studmedlib.ru/>

ЭМБ «Консультант врача» - <http://www.rosmedlib.ru/>

Пульмонология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 800 с. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437872.html>

Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких : учебно-методическое пособие / О.Ю. Чижова ; ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Б.м., 2014, : 28с.
2. Хроническая обструктивная болезнь легких: учебно-методическое пособие / О. Ю. Чижова, Е.А. Семенова, Е. Ю. Павлова, И. Г. Бакулин. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2018. — 48 с.
3. Казанцев В. А. Внебольничная пневмония: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике: учебное пособие / В. А. Казанцев, А. В. Рысев. — 2-е изд., стер. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2017. — 40 с.
4. Скипский И. М. Профилактика заболеваний органов дыхания : учеб.-метод. пособие / М-во здравоохранения Рос. Федерации, ГБОУ ВПО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015, 56 с
5. Интерстициальные и диссеминированные заболевания легких : учеб.-метод. пособие / И. А. Умарова, А. И. Горелов, И. В. Константинова ; М-во здравоохранения Рос. Федерации, ФГБОУ ВО Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И. И. Мечникова, Каф. госпитал. терапии и кардиологии им. М. С. Кушаковского. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2018. - 64 с.

## **9. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики**

- Аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения:
- Ситуационные задачи, результаты лабораторных анализов, рентгенограммы, ЭКГ в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;