

ческого диагноза, когда пневмония является основным диагнозом.

Формулирование клинического диагноза должно быть основано на основных принципах и правилах построения диагноза, включая рубрику основного и сопутствующего заболевания, а также всех видов осложнений основного заболевания, исходя из классификационных схем нозологий МКБ IX.

В статье приведено мнение автора на принципы формулировки пульмонологического диагноза, однако не следует понимать ее содержание как некую инструкцию. Процесс написания диагноза динамичен и во многом зависит от творчества конкретного врача и уровня знаний относительно той или иной нозологической единицы на настоящий момент. Основной целью статьи явилось приглашение широкого круга пульмонологов к обмену мнением относительно формулировки диагноза при патологии легких, что в дальнейшем может привести к выработке определенной договоренности по каждой нозологической единице при написании клинического и патологоанатомического диагнозов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Оформление патологоанатомического диагноза.— М., 1984.
2. Автандилов Г.Г. Проблемы патогенеза и дифференциальной патологоанатомической диагностики болезней в аспектах морфометрии.— М.: Медицина, 1984.
3. Автандилов Г.Г. Основы патологоанатомической практики.— М., 1994.
4. Автандилов Г.Г., Райнова Л.В., Преображенская Т.М. Основные требования к составлению патологоанатомического диагноза и оформлению свидетельства о смерти.— М., 1987.
5. Биопсийно-секционный курс: Учебно метод. указания для практических и самостоятельных работ студентов лечебного факультета / Под ред. О.Д. Мишнева.— М., 1995.
6. Диссеминированные процессы в легких / Под ред. Н.В. Путова.— М.: Медицина, 1984.
7. Патологоанатомическая диагностика и трактовка основных форм туберкулеза: Метод. рекомендации.— М., 1993.
8. Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти. 9-й пересмотр ВОЗ (МКБ-9) Т.2.— М., 1980.
9. Саркисов Д.С. Избранные лекции по курсу общей патологии. Некоторые вопросы современного учения о болезни.— М.: НИО "Квартет", 1993.— Вып.3.— С.99—123.
10. Серов В.В. О содержании основных клинических понятий — синдром, нозологическая форма, групповое понятие болезни // Арх. пат.— 1996.— № 3.— С.6—9.
11. Смольянский А.В., Автандилов Г.Г., Уранова Е.В. Принципы составления патологоанатомического диагноза.— М.: ЦОЛИУВ, 1977.
12. Соловьева И.П. Классификация туберкулеза и типовые признаки его основных клинико-анатомических форм // Пульмонология.— 1993.— № 3.— С.86—92.
13. Струков А.И., Соловьева И.П. Морфология туберкулеза в современных условиях.— М.: Медицина, 1976.
14. Харченко В.П., Кузьмин И.В. Рак легкого: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1994.
15. Mountain C.F., Zukeman I.M., Hammer S.P. et al. Lung cancer classification // J. Surg. Oncol.— 1987.— Vol.35 — P.147—156.

Поступила 22.06.96.

Самооценка профессиональной подготовки врача-пульмонолога

Кафедра клинической гематологии и интенсивной терапии; кафедра клинической иммунологии и аллергологии факультета послевузовского профессионального образования ММА им.И.М.Сеченова

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 57

50-летний больной, длительно злоупотреблявший алкоголем, доставлен в стационар в тяжелом состоянии: лихорадка до 39°C, спутанность сознания, одышка до 35 в мин, кашель с отделением гнойной мокроты. При рентгенологическом исследовании выявлено гомогенное затемнение верхней доли правого легкого с подчеркнутой междолевой бороздой, вогнутой кверху. В мокроте большое количество нейтрофильных лейкоцитов, грамнегативные палочки. Наиболее оптимальным антимикробным препаратом в данной ситуации является:

- А. Бензилпенициллин
- Б. Ампициллин

- В. Амоксицилин
- Г. Гентамицин
- Д. Карбенициллин

№ 58

45-летний больной, курильщик, обратился с жалобами на длительный малопродуктивный кашель, преимущественно в ночные часы. Противокашлевые препараты малоэффективны. В прошлом заболевания легких не отмечал. В течение нескольких лет страдает артериальной гипертонией, по поводу которой получает капотен в суточной дозе 75 мг. При предыдущем обращении к врачу в связи с предполагающейся левожелудочковой недостаточностью был дополнительно

назначен фуросемид в суточной дозе 40 мг. При осмотре патологических изменений не выявлено. АД 150/95 мм рт.ст. Рентгенологически увеличение размеров сердца, эхокардиографически — гипертрофия левого желудочка при нормальном сердечном выбросе, ОФВ₁ — 70% от должного. Какое положение относительно дальнейшего ведения больного правильно?

- А. Провести цитологическое исследование БАЛЖ
- Б. Провести исследование ФВД с провокационными пробами (обзидан, ацетилхолин)
- В. Увеличить дозу фуросемида
- Г. Отменить фуросемид
- Д. Отменить капотен

№ 59

У 65-летнего больного, жалующегося на слабость, одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой, при рентгенологическом исследовании диагностирована пневмония в нижней доле левого легкого. В течение последнего года дважды перенес пневмонию с затяжным течением. Нв — 90 г/л, л — $5,0 \times 10^9$ /л без изменения в формуле, тромбоциты 90×10^9 /л, СОЭ 65 мм/час. С целью исключения иммунодефицита проведено иммунологическое исследование, при котором выявлено резкое повышение концентрации IgG (5800 мг%) при снижении уровней IgA и IgM. Обсуждаются различные диагностические гипотезы. Какой из методов исследования необходимо выполнить в первую очередь?

- А. Бронхоскопия с исследованием БАЛЖ, полученной из левого нижнедолевого бронха.
- Б. Исследование крови на наличие туберкулезного антигена.
- В. Исследование мокроты на наличие *Chlamidia pneumoniae*.
- Г. Исследование в крови титров антител к ДНК и ревматоидного фактора.
- Д. Исследование пунктата костного мозга.

№ 60

30-летней больной по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии амбулаторно назначен пеницил-

лин. На фоне лечения отмечено некоторое улучшение (снижение температуры), однако через неделю появилась одышка, кровохарканье, перебои в сердце, отеки нижних конечностей. При осмотре — одышка, тахикардия, экстрасистолия, ритм галопа, набухание шейных вен. Рентгенологически — увеличение размеров сердца со слабой пульсацией. При дальнейшем исследовании у больной с наибольшей вероятностью может быть обнаружено:

- А. Наличие БК в БАЛЖ
- Б. Вегетации на аортальном клапане, по данным эхокардиографии
- В. Зубец Q в III и aVF отведениях
- Г. Сужение просвета правого нижнедолевого бронха при томографическом исследовании
- Д. Наличие LE-клеток в крови.

№ 61

55-летний больной с наличием в анамнезе артериальной гипертонии, приступов стенокардии обратился с жалобами на одышку. При обследовании выявлены влажные хрипы в нижних отделах легких, нарушение бронхиальной проходимости (ОФВ₁ составляет 70% от должн.), показатели диффузионной способности в пределах нормы. Обсуждаются диагностические концепции. Какое (какие) утверждение правильно?

1. У больного отсутствует застойная сердечная недостаточность;
2. Наиболее вероятно наличие эмфиземы легких;
3. Обструктивные нарушения дыхания являются следствием застоя в легких;
4. Наличие влажных хрипов свидетельствует против обструктивного заболевания легких.

Выберите правильный ответ из предлагаемых ниже:

- А. 1, 2, 4
- Б. 2, 3
- В. 1, 4
- Г. 3
- Д. 1, 2, 3, 4

Ответы к ситуационным задачам
см. на странице 95.