

73. Lowhagen O. // Eur. J. Respir. Dis.— 1984.— Suppl.136.— P.33—40.
74. Maklem P.T. // Am. Rev. Respir. Dis.— 1986.— Vol.134, № 4.— P.812—815.
75. McFadden E.R., Newton-Hoves G., Pride N.B. // J. Clin. Invest.— 1970.— Vol.49, № 4.— P.749—790.
76. Orehek J., Gairard H., Smith A.P. et al. // Am. Rev. Respir. Dis.— 1977.— Vol.115, № 6.— P.937—943.
77. Orehek J., Gayraud P., Grimaud Ch. et al. // J. Allergy Clin. Immunol.— 1975.— Vol.55, № 3.— P.164—169.
78. Orehek J. // Eur. J. Respir. Dis.— 1982.— Vol.63.— P.1—4.
79. Orehek J. // Respiration.— 1984.— Suppl.1.— P.1—4.
80. Orehek J., Grimaud Ch. // Bordeaux Med.— 1977.— Vol.10, № 28.— P.1969—1970.
81. Parker C.W. // Clinical Immunology.— Philadelphia: W.B.Saunders, 1980.— Vol.11.— P.1372—1438.
82. Ramsdale E., Morris M., Hargreave M.D. // Chest.— 1984.— Vol.85, № 6.— P.235.
83. Ramsdell J.W., Nachtwey F.J., Mosker K.M. // Am. Rev. Respir. Dis.— 1982.— Vol.126, № 5.— P.829—832.
84. Ramsdale E.H., Morris M.M., Roberts R.S., Hargreave F.E. // Z. Erkr. Atm.— 1984.— Bd 163, № 2.— S.162—165.
85. Rott Z., Kis S., Hammer S., Nagy G. // Pneumol. Hung.— 1984.— Vol.37, № 6.— P.269—274.
86. Rubinfeld D.R., Pain M.C.F. // Am. Rev. Respir. Dis.— 1977.— Vol.115, № 2.— P.381—387.
87. Simonsson B.G. // Eur. J. Respir. Dis.— 1980.— Suppl.108.— P.21—28.
88. Simonsson B.G. // Ibid.— 1984.— Suppl.136.— P.17—24.
89. Siapke J. // Z. Ges. Inn. Med.— 1988.— Bd 43, № 12.— S.313—319.
90. Siapke J. // Z. Arztl. Fortbild.— 1988.— Bd 43, № 15.— S.699—701.
91. Spector S.L., Waudgaard C.H., Farr R.S. // J. Allergy Clin. Immunol.— 1979.— Vol.64, № 6.— Pt 1.— P.500—506.
92. Stark J.E., Collins J.V. // Br. J. Dis. Chest.— 1977.— Vol.71, № 4.— P.225—244.
93. Sterk P.J., Bell E.H. // Eur. Respir. J.— 1988.— Vol.1, № 5.— P.476—479.
94. Tattersfield A.E., Leaver D.G., Pride N.B. // J. Appl. Physiol.— 1973.— Vol.35, № 5.— P.613—619.
95. Taylor R.G., Joyce H., Gross E. et al. // Thorax.— 1985.— Vol.40, № 1.— P.9—16.
96. Ukena D., Subreht G.W. // Med. Klin.— 1988.— Bd 83, № 4.— S.142—148.
97. Vondra V., Mazekova H. // Stud. Pneumol. Cech.— 1982.— Vol.42, № 5.— P.304—308.
98. Wagner V. // Prax. Klin. Pneumol.— 1988.— Bd 42, № 7.— S.469—472.
99. Zowhahen O. // Eur. J. Respir. Dis.— 1982.— Suppl.117.— P.85.
100. Zimmerman I., Marek W., Islam M.S. // Prax. Klin. Pneumol.— 1988.— Bd 42, № 7.— S.498—501.

Поступила 15.06.93.

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

Одним из ответственных этапов в практической деятельности врача является принятие решения в различных клинических ситуациях, каждая из которых представляет собой задачу со многими неизвестными.

Оптимальное решение этих задач зависит от умения врача выявлять и правильно интерпретировать различные синдромы, определять направление диагностического поиска и выбирать адекватный метод лечения с учетом специфики конкретной ситуации.

С настоящего номера журнала начинается публикация ситуационных задач, предназначенных для усовершенствования навыков и умений, необходимых для повышения как специальной, так и общеклинической подготовки врача пульмонолога.

Каждая из задач имеет только один правильный ответ. В этом же номере журнала приводятся правильные ответы с краткими комментариями и соответствующей информацией, что делает данные задачи не только контролирующими, но и обучающими.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

При каком заболевании наиболее эффективно проведение бронхоскопического лаважа с лечебной целью:

- А. Бронхиальная астма с высоким уровнем IgE в крови
- Б. Хронический гнойный бронхит при синдроме Картагенера
- В. Прогрессирующая эмфизема легких при дефиците ингибитора α -1-антитрипсина
- Г. Экзогенный фиброзирующий альвеолит табаководов
- Д. Бронхолегочный аспергиллез

№ 2

Диагностическая плевральная пункция может быть наиболее целесообразна в одной из следующих ситуаций при наличии плеврального выпота:

- А. 20-летний больной с протеинурией (3,3%), гипопропротеинемией (5,4 г/л), артериальной гипертензией, периферическими отеками, двусторонним плевральным выпотом
- Б. 52-летний больной с одышкой, непродуктивным кашлем, анемией, с наличием жидкости в левой плевральной области до III ребра

В. 36-летняя больная с лихорадкой, устойчивой к антибиотикам, артралгиями, лейко- и тромбоцитопенией, двусторонним плевральным выпотом до IV ребра

Г. 66-летний больной с мерцательной тахикардией, большими размерами сердца при рентгеноскопии, увеличением печени, двусторонним плевральным выпотом

Д. 50-летняя больная с одышкой, сонливостью, нормохромной анемией, брадикардией, плотными отеками нижних конечностей

№ 3

В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение всех методов кроме:

А. Инфузии раствора нитроглицерина

Б. Блокаторы кальцевых каналов

В. Сердечные гликозиды

Г. Антагонисты альдостерона

Д. Кровопускания с последующим введением реополиглюкина

№ 4

Плевральный выпот может выявляться при всех нижеперечисленных заболеваниях, кроме:

А. Деструктивный панкреатит

Б. Цирроз печени с портальной гипертензией

В. Поддиафрагмальный абсцесс

Г. Дивертикулез тонкого кишечника

Д. Опухоль яичников

№ 5

В какой из нижеследующих ситуаций бронхоскопия может иметь решающее диагностическое значение?

А. 35-летняя больная с лихорадкой, панцитопенией, синдромом Рейно, небольшим плевральным выпотом

Б. 72-летняя больная с мерцательной тахикардией, рубцовыми изменениями на ЭКГ, кровохарканьем, немогогенным затемнением в нижней доле слева

В. 60-летний больной с одышкой, непродуктивным кашлем, ателектазом верхней доли справа

Г. 42-летняя больная с длительным кашлевым анамнезом, гнойной мокротой, деформацией и перестройкой легочного рисунка, преимущественно в нижних отделах с обеих сторон

Д. 57-летний больной с округлой тенью в верхней доле левого легкого, выявленной при флюорографическом исследовании

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

№ 1

Б. Основным патогенетическим механизмом хронического бронхита при синдроме Картагенера является нарушение эвакуации бронхиального содержимого вследствие наследственной патологии реснитчатого аппарата (цилиарная дискинезия), что приводит к застою бронхиального секрета с последующим его инфицированием. В связи с этим важным компонентом комплексной терапии этих больных являются мероприятия, направленные на улучшение

№ 6

Выраженность туберкулиновых проб отражает:

А. Наличие активного туберкулезного процесса

Б. Циркуляцию микобактерий туберкулеза в крови

В. Гиперчувствительность немедленного типа на туберкулезную инфекцию

Г. Состояние реакций клеточного иммунитета

Д. Состояние реакций гуморального иммунитета

№ 7

У 50-летней больной с наличием в анамнезе туберкулеза легких (лечение в течение двух лет, снята с диспансерного учета 5 лет тому назад) появились лихорадка, кашель с небольшим количеством мокроты, одышка. Рентгенологически на фоне посттуберкулезного пневмосклероза верхней доли левого легкого — участки немогогенного затемнения. Проводится дифференциальный диагноз между туберкулезным процессом и пневмонией неспецифического характера. До получения данных дополнительного обследования наиболее целесообразно назначение:

А. Цефазолин (кефзол)

Б. Рифампицин

В. Гентамицин

Г. Фтивазид в сочетании с рифампицином

Д. Фтивазид в сочетании с цефазолином

№ 8

У 42-летнего больного с хроническим алкоголизмом диагностирована абсцедирующая пневмония (в мокроте стафилококк). Объективно: геморрагии на коже, ЧСС 100/мин, ЧД 28/мин, температура 38,8°C, Нб 90 г/л, л 17,6·10⁹/л, сдвиг влево, СОЭ 50 мм/час, тромбоциты 95·10⁹/л. Наряду с антибактериальной терапией (оксациллин, цефуроксим) обсуждается характер дополнительных методов.

Какой из методов лечения будет недостаточно эффективным и, следовательно, нецелесообразен в данной ситуации?

А. Трансфузии свежзамороженной плазмы

Б. Инфузии гепарина

В. Плазмаферез

Г. Препараты железа парентерально

Д. Препараты иммуноглобулинов в/в

№ 2

Б. Диагностический поиск при плевральном выпоте у больного без признаков сердечной недостаточности, поражения других органов и систем, инфекционно-воспалительного процесса должен начинаться с диагностической плевральной пункции. Результаты исследования плеврального выпота (экссудат,

транссудат) позволят определить направление дальнейшего диагностического поиска (бронхогенный рак, туберкулез, мезотелиома и др.).

№ 3

В. Сердечные гликозиды в лечении декомпенсированного легочного сердца обычно мало эффективны и могут усугублять легочную гипертензию вследствие усиления контрактильной функции правого желудочка. Кроме того, у данной категории пациентов нередко развивается гликозидная интоксикация (блокады, желудочковая экстрасистолия), развитию которой способствует гипоксия, вторичный альдостеронизм, применение диуретиков. Применение сердечных гликозидов у больных с декомпенсированным легочным сердцем может быть оправдано лишь при сопутствующей левожелудочковой недостаточности (кардиосклероз, артериальная гипертензия).

№ 4

Г. При всех остальных ситуациях возможно возникновение плеврального выпота. При панкреатите происходит проникновение протеаз панкреатического сока в плевральную полость лимфогенно или *per continuitatem* с развитием асептического воспаления. У больных циррозом печени с наличием асцита проникновение жидкости в плевральную полость (обычно в правую) происходит через растянутые поры диафрагмы. При поддиафрагмальном абсцессе возникает реактивный плеврит, а при опухоли яичников наличие плеврального выпота может быть следствием синдрома Мейгса (доброкачественная опухоль яичников или матки с асцитом и плевритом) либо метастатического поражения плевры при раке яичников.

№ 5

В. Развитие ателектаза наиболее часто обусловлено наличием обтурации бронха вследствие различных

причин (опухоль, инородное тело, бронхолитиаз и др.). Верификация причины ателектаза требует проведения диагностической бронхоскопии.

№ 6

Г. Реакция на внутрикожное введение туберкулина является проявлением гиперчувствительности замедленного типа. Выраженность туберкулиновых проб определяется функциональным состоянием Т-лимфоцитов. Так, отрицательные туберкулиновые пробы у инфицированных лиц свидетельствуют о депрессии клеточного звена иммунитета. В то же время наличие резко положительных туберкулиновых проб указывает на высокую функциональную активность сенсibilизированных Т-лимфоцитов и не позволяет судить об активности туберкулезного процесса.

№ 7

А. При наличии трудности дифференциальной диагностики туберкулеза и неспецифических пневмоний и необходимости проведения безотлагательной антибактериальной терапии последняя должна начинаться с назначения антибиотиков широкого спектра, не обладающих туберкулостатическим эффектом. При адекватно выбранном препарате клинический эффект наступает через 2—3 дня, что свидетельствует в пользу неспецифического легочного воспаления.

№ 8

Г. Применение препаратов железа у больных анемией, развившейся на фоне нагноительного заболевания легких, не обосновано, т.к. анемический синдром в этих случаях связан не с дефицитом железа в организме, а с его перераспределением в клетки макрофагальной системы и накоплением в резервах. Дополнительное введение железа в этой ситуации будет усугублять его депонирование.