

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

Продолжаем публикацию ситуационных задач, предназначенных для усовершенствования навыков
и умений для повышения специальной и общеклинической подготовки врача—пульмонолога. Публикация
данной рубрики начата в журнале "Пульмонология" № 2 1994 г.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 9

В лечении больного двусторонней стафилококковой
пневмонией с множественными очагами деструкции,
наряду с адекватной антибактериальной терапией,
важное патогенетическое значение имеют все методы,
кроме:

- А. Трансфузий свежесмороженной плазмы
- Б. Парентерального введения глюкокортикоидов
- В. Внутривенного вливания препаратов иммуноглобулинов
- Г. Инфузий гепарина
- Д. Плазмафереза

№ 10

С целью уменьшения легочной гипертензии у больного,
длительно страдающего инфекционно-зависимой
бронхиальной астмой, могут использоваться все препара-
ты, кроме:

- А. Изосорбида динитрата
- Б. Нифедипина
- В. Пропранолаола
- Г. Каптоприла
- Д. Эуфиллина

№ 11

Наиболее частым возбудителем госпитальной пнев-
монии у пожилых больных является:

- А. Клебсиелла
- Б. Хламидия
- В. Микоплазма
- Г. Пневмококк
- Д. Вирус простого герпеса

№ 12

У 52-летнего больного хроническим гнойно-обструк-
тивным бронхитом в фазе обострения, с эмфиземой
легких, хронической дыхательной недостаточностью

после соответствующего обследования врач назначает
лечение

- А. Антибиотики цефалоспоринового ряда в/м
- Б. Ингаляции трипсина
- В. Препарат полимикробной вакцины — Бронхомунал внутрь
- Г. Ацетилцистеин внутрь
- Д. Ингаляции контрикала

Назначение какого из препаратов нежелательно
ввиду возможности прогрессирования эмфиземы и
дыхательной недостаточности?

№ 13

В какой из ситуаций наиболее вероятна этиологичес-
кая роль анаэробной инфекции в развитии пневмонии.

- А. Острое нарушение мозгового кровообращения со
стволовыми расстройствами
- Б. Медикаментозный агранулоцитоз после приема амидопирина
- В. ВИЧ-инфекция с развитием СПИДа
- Г. Хронический пиелонефрит у больного с эпицистостомой
на фоне сахарного диабета
- Д. Хронический гнойно-обструктивный бронхит у больного
муковисцидозом

№ 14

У 42-летнего больного внезапно появились боли в
грудной клетке при дыхании, влажный кашель, лихо-
радка до 39,0С, озноб. Рентгенологически выявлена
пневмоническая инфильтрация нижней доли правого
легкого. При микроскопии окрашенных по Граму маз-
ков мокроты выявлено преобладание клеток плоского
многослойного эпителия и незначительное количество
грамположительных кокков и грамотрицательных
палочек. Какое решение является оптимальным.

- А. Назначить пенициллин
- Б. Назначить эритромицин
- В. Назначить антибиотик в соответствии с данными микро-
скопии новой порции мокроты
- Г. Воздержаться от лечения до получения результатов посева
мокроты на микрофлору с определением ее чувствительности
к антибиотикам

Д. Назначить комбинацию антибиотиков, перекрывающих грамположительную и грамотрицательную флору

№ 15

57-летний больной, курильщик, обратился с жалобами на кашель, кровохарканье, осиплость голоса. Объективно: утолщение концевых фаланг в виде "барабанных палочек", увеличение шейных лимфоузлов справа. Рентгенологически ателектаз верхней доли правого легкого. При бронхоскопии выявлена опухоль (гистологически — овсяноклеточный рак легкого). Какой из имеющихся признаков можно расценить как паранеопластический?

- А. Кровохарканье
- Б. Дисфония

- В. Ателектаз верхней доли
- Г. Утолщение концевых фаланг пальцев
- Д. Увеличение шейных лимфоузлов

№ 16

Наиболее надежным из нижеперечисленных признаков увеличения (гипертрофии) правого желудочка у больных хроническим обструктивным бронхитом и эмфиземой легкого является:

- А. Увеличение правой границы сердца при перкуссии
- Б. Пульсация в эпигастриальной области
- В. Пульсация в третьем межреберье слева
- Г. Набухание шейных вен на выдохе
- Д. Глубокий зубец S во II и III стандартных отведениях

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

№ 9

- Б. Применение глюкокортикоидов у больных с нагноительными заболеваниями легких, в частности, стафилококковой деструкцией нецелесообразно ввиду риска прогрессирования процесса вследствие иммуносупрессивного действия глюкокортикоидов. Обязательным является введение в комплексную терапию этих больных иммунокорригирующих методов (свежезамороженная плазма, препараты иммуноглобулинов). С учетом облигатного развития ДВС-синдрома у данной категории пациентов показано применение гепарина в сочетании с трансфузиями плазмы и плазмаферезом.

№ 10

- В. Применение пропранолола, относящегося к неселективным блокаторам β -адренергических рецепторов, у больных бронхиальной астмой противопоказано. Остальные препараты, снижающие давление в легочной артерии, не оказывают влияния на бронхиальную проходимость.

№ 11.

- А. Среди приведенных возбудителей госпитальной пневмонии, особенно у больных пожилого возраста, наиболее частым является клебсиелла (палочка Фридендлера). Факторами риска развития заболевания являются сахарный диабет, хронический алкоголизм, хронические заболевания печени и др.

№ 12

- Б. Основным патогенетическим механизмом развития и прогрессирования эмфиземы при хроническом бронхите является нарушение соотношения в системе протеазы—антипротеазы в пользу преобладания протеаз. Последние усиленно высвобождаются из нейтрофилов и альвеолярных макрофагов при обострении хронического воспалительного процесса в респираторном тракте. В связи с этим применение

протеолитических ферментов, в частности трипсина, может усилить процесс протеолиза эластических структур легкого, особенно при одновременном снижении антипротеазной защиты (инфекция, поллютанты, наследственный дефицит альфа-1-антитрипсина и др.).

В целях предупреждения прогрессирования эмфиземы легких необходимо своевременное купирование обострений хронического бронхита с использованием адекватных антибиотиков, муколитических препаратов (например, ацетилцистеин) и иммуностимулирующих средств (бронхомунал). В то же время для подавления активности протеаз патогенетически обосновано включение в комплексную терапию ингибиторов протеолитических ферментов (контрикал и др.).

№ 13

- А. Развитие пневмонии, вызванной анаэробной инфекцией, обычно наблюдается при аспирации анаэробной флоры ротоглотки (аспирационные пневмонии). Повышенный риск аспирации отмечается у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, особенно при развитии стволовых расстройств, поражении мышц глотки (дифтерия, полимиозит), наличии назогастрального зонда у послеоперационных больных, эпилепсии, хроническом алкоголизме и др. Пневмонии у больных с инфекциями мочевыводящих путей, медикаментозным агранулоцитозом наиболее часто вызываются грамотрицательной флорой (*Klebsiella*, *E.coli*, *Proteus*), при муковисцидозе — *Pseudomonas aeruginosae*, а при СПИДе наиболее частым возбудителем пневмонии является *Pneumovistis carinii*, цитомегаловирус.

№ 14

- В. Экспресс-метод окраски мазка мокроты по Граму с последующей микроскопией позволяет оперативно

решить вопрос выбора антибиотика. Преобладание клеток плоского эпителия в исследуемом образце при отсутствии клеточных элементов респираторного тракта (альвеолярные макрофаги, нейтрофилы и др.) свидетельствует о том, что данный материал получен не из нижних отделов дыхательных путей, а в основном представляет собой содержимое ротоглотки (слюна). В связи с этим данные микроскопии не являются информативными для выбора антибиотика. Основными критериями отличия мокроты от содержимого ротоглотки являются: количество нейтрофилов более 25 на 100 клеток, количество эпителиальных клеток менее 25 на 100, преобладание какого-либо микроорганизма одного морфологического типа.

№ 15

Г. Паранеопластическими синдромами обозначаются клинико-лабораторные признаки, возникающие у больных со злокачественными опухолями и непосредственно не связанные с локальными проявлениями первичного роста или метастазами опухоли (синдром Кушинга при бронхогенном раке, мигрирующий тромбофлебит при раке поджелудочной железы и др.). Одним из характерных паранеопластических проявлений при раке легкого является гипертрофическая остеоартропатия, клинически проявляющаяся утолщением концевых фаланг пальцев кистей и стоп ("барабанные палочки"). Паранеопластическую остеоартропатию необходимо дифференцировать с синдромом "барабан-

ных палочек" у больных с гипоксией различного генеза (врожденные пороки сердца, хроническая дыхательная недостаточность). Остальные признаки у данного пациента являются локальными проявлениями первичного опухолевого очага (кровохарканье, дисфония, ателектаз) или обусловлены метастатическим процессом (увеличение шейных лимфоузлов).

№ 16

Б. Диагностика гипертрофии правого желудочка у больных ХОЗЛ нередко является трудной задачей и базируется главным образом на данных ЭКГ и эхокардиографического исследований. При гипертрофии правого желудочка происходит позиционное изменение положения сердца в грудной клетке (смещение правого желудочка вниз и кпереди), в связи с чем может наблюдаться пульсация в эпигастральной области. Необходимо иметь в виду, что данный признак иногда может встречаться при эмфиземе легких без гипертрофии правого желудочка из-за низкого стояния диафрагмы. Увеличение правой границы сердца при перкуссии и пульсация в третьем межреберье слева от грудины у больных с наличием эмфиземы имеют малое диагностическое значение. Глубокий зубец S во II и III стандартных отведениях является признаком резкого отклонения электрической оси сердца влево, что обычно наблюдается при патологии левого желудочка.

Уважаемые читатели!

Напоминаем Вам, что подписаться на журнал "Пульмонология" можно в любом почтовом отделении. Наше издание включено и в дальнейшем будет вноситься в каталог периодических изданий.

Индекс журнала 73322.

Подписная компания на I полугодие 1995 года началась 1 сентября 1994 г. Надеемся и в дальнейшем видеть Вас среди наших подписчиков.

С уважением
редакция журнала "Пульмонология"