

матеоадаптации, особенности реабилитации при сочетанной кардиореспираторной патологии, применение респираторной терапии в санаторной практике, особенности легочной патологии и ее лечение у раненых и обожженных. Большое внимание он уделяет реабилитации больных ишемической болезнью, в частности применению методов бальнеотерапии, оптимизации их физических тренировок.

Лев Михайлович — автор около 400 научных работ, в том числе 7 монографий. 23 его ученика защитили кандидатские и 5 — докторские диссертации, им подготовлено 5 заведующих кафедрами. Л.М.Клячкин выступал с докладами на Всесоюзных и Всероссийских съездах терапевтов, на всех четырех Национальных конгрессах пульмонологов, на многих конференциях, заседаниях научных обществ. В разное время ему довелось быть членом правлений Всесоюзного и Всероссийского научных обществ терапевтов, президиума правления Всесоюзного научного общества физиоте-

рапевтов и курортологов, председателем Саратовского областного общества терапевтов, членом редколлегий журнала “Вопросы курортологии, физиотерапии, лечебной физической культуры”. В настоящее время он состоит членом президиума правления Всесоюзного научного общества пульмонологов, редколлегий журнала “Пульмонология”, Проблемной комиссии МЗ РФ по пульмонологии, членом двух специализированных ученых Советов. Первый номер журнала “Пульмонология” за 1994 г. — тематический, посвященный реабилитации в пульмонологии, — вышел по инициативе и под редакторским контролем Льва Михайловича.

Л.М.Клячкин награжден орденами “Знак почета” и Отечественной войны II ст. и 20 медалями, в том числе “За боевые заслуги”.

Свой юбилей Лев Михайлович встречает полным творческих сил, энергии и замыслов.

Редакция журнала “Пульмонология”.

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

№ 22

Основным патогенетическим механизмом развития клинических проявлений при синдроме Зиверта-Картагенера являются:

- А. Нарушение цилиарной активности мерцательного эпителия
- Б. Продукция густой слизи бронхиальными железами
- В. Нарушение фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов
- Г. Дефицит ингибитора протеазной активности бронхиального секрета
- Д. Дефицит IgA в бронхиальном содержимом

№ 23

У 34-летней больной, доставленной в стационар с приступом удушья, при анализе крови выявлено увеличение количества эозинофилов до 52%. По данным анамнеза в течение нескольких месяцев отмечается затрудненное дыхание с развитием приступов удушья. Проводимое лечение ингаляциями беротека и препаратами теофиллина малоэффективно.

Наиболее вероятно, что бронхообструктивный синдром может быть проявлением одного из следующих заболеваний:

- А. Идиопатический фиброзирующий альвеолит
- Б. Узелковый артериит
- В. Карциноидный синдром
- Г. Системная склеродермия
- Д. Пневмоцистная пневмония

№ 24

В какой клинической ситуации наличие одышки позволяет предположить идиопатический фиброзирующий альвеолит?

- А. Острое развитие лихорадки до 39°C, малопродуктивный кашель, одышка, участок бронхиального дыхания в правой подлопаточной области
- Б. Длительный (в течение нескольких лет) кашель с отделением гнойной мокроты, цианоз, одышка при незначительной нагрузке

В. Нарастающая одышка (в течение нескольких месяцев) у больной с синдромом Рейно, непродуктивный кашель, цианоз, утолщение концевых фаланг пальцев

Г. Внезапно возникшая одышка у больного с длительным кашлевым анамнезом, ослабление дыхания справа, цианоз

Д. Внезапно возникшая одышка у больного с сердечной недостаточностью на фоне постинфарктного кардиосклероза и появлением зубца Q в III и зубца S в I стандартных отведениях

№ 25

Диагноз муковисцидоза может быть обоснованно заподозрен, если у 17-летнего больного с наличием бронхоэктазов дополнительно выявляют:

А. Декстрокардию

Б. Рецидивирующую крапивницу

В. Наличие нейтрального жира в кале

Г. Артериальную гипертонию

Д. Снижение уровня IgA в сыворотке

№ 26

В лечении 74-летнего больного с хроническим обструктивным бронхитом, предъявляющего жалобы на затруднение при мочеиспускании (при обследовании выявлено увеличение предстательной железы), могут быть использованы все препараты, кроме:

А. Атровент

Б. Сальбутамол

В. Фенотерол

Г. Теопэк

Д. Дитэк

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

№ 22

А. В основе синдрома Зиверта-Картагенера лежит наследственный дефект ультраструктуры ресничек мерцательного эпителия (первичная цилиарная дискинезия), что приводит к нарушению мукоцилиарного клиренса с развитием хронического бронхита и бронхоэктазов.

Классическим проявлением синдрома является триада, включающая: а) обратное расположение внутренних органов (*situs viscerum inversus*), б) риносинусит, в) бронхоэктазии.

Обратное расположение внутренних органов не является обязательным признаком данного синдрома. В норме ротация зародышевой трубки обусловлена функцией мерцательного эпителия. У больных с первичной цилиарной дискинезией ротация происходит случайным образом и поэтому в половине случаев наблюдается нормальное расположение внутренних органов, а в половине — обратное.

№ 23

Б. Приступы удушья могут быть одним из проявлений узелкового артериита, нередко являясь дебютом данного заболевания (астматический вариант узелкового артериита). Данный вариант чаще наблюдается у женщин, характеризуется гиперэозинофилией и резистентностью к противоастматической терапии. У ряда больных в течение длительного времени бронхообструктивный синдром может быть единственным проявлением заболевания, а такие системные проявления, как лихорадка, полинейропатия, артериальная гипертензия и др., присоединяются позже (через несколько месяцев или даже лет). При идиопатическом фиброзирующем альвеолите и системной склеродермии также возможно повышение количества эозинофилов в крови, однако не достигающее таких высоких цифр.

В основе карциноидного синдрома лежит повышенная продукция серотонина клетками определенного

типа опухолей, что обычно не сопровождается эозинофилией.

При пневмоцистной пневмонии, являющейся маркером тяжелого иммунодефицитного состояния, повышение количества эозинофилов также не характерно.

№ 24

В. Наличие нарастающей одышки неясного происхождения дает основание заподозрить идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА). Последний рассматривается как самостоятельная нозологическая форма среди фиброзирующих альвеолитов, характеризующихся прогрессирующей одышкой, рентгенологически выявляемыми диффузными изменениями в легких, нарушениями ФВД, преимущественно рестриктивного типа. Наряду с ИФА к группе фиброзирующих альвеолитов относятся экзогенный фиброзирующий альвеолит (легкое фермера), токсический фиброзирующий альвеолит (амиодароновое легкое, воздействие гербицидов) и легочные фиброзы при некоторых системных заболеваниях (склеродермия, ХАГ и др.).

Частота ИФА составляет 40—60% среди всех диффузных легочных фиброзов. В основе неуклонно прогрессирующей одышки при ИФА лежит развитие альвеоларно-капиллярного блока, связанного с утолщением межальвеоларных перегородок, облитерацией альвеол и капилляров. Почти у половины больных ИФА могут наблюдаться внелегочные проявления (артралгии, синдром Рейно, лихорадка). Типичным признаком ИФА является изменение ногтевых фаланг с формированием (нередко довольно быстро) симптома “барабанных палочек” и “часовых стекол” (пальцы Гиппократов).

№ 25

В. Муковисцидоз представляет собой наследственное заболевание, в основе которого лежит продукция

дефектного белка, регулирующего мембранную проницаемость ионов хлора. Вследствие этого наблюдается нарушение секреторной функции мукозных и серозных желез со сгущением секретов различных экзокринных желез с развитием закупорки и эктазии выводных протоков. Нарушение функции бронхиальных желез лежит в основе развития у больных муковисцидозом хронического гнойного бронхита с формированием бронхоэктазов. Закупорка выводных панкреатических протоков ведет к развитию кистозного фиброза поджелудочной железы, проявляющегося признаками внешнесекреторной недостаточности, нередко с развитием синдрома недостаточного всасывания. Одним из характерных лабораторных признаков внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы является наличие нейтрального жира в кале.

Остальные признаки не характерны для муковисцидоза, особенно артериальная гипертензия,

поскольку при данном заболевании вследствие потери ионов хлора и натрия наблюдается тенденция к гипотонии.

№ 26

А. Атровент (ипратропиум бромид) является эффективным М-холинолитическим препаратом, использующимся при лечении больных хроническими обструктивными заболеваниями легких. Наиболее целесообразно применение данного препарата у больных пожилого возраста. Однако ввиду его атропиноподобного действия препарат следует использовать с осторожностью у больных с аденомой предстательной железы из-за риска усиления задержки мочи. Препараты теофиллина пролонгированного действия (теопэк и др.), β_2 -адреномиметики (сальбутамол, фенотерол), а также комбинированный препарат дитэк, содержащий фенотерол и интал, не оказывают подобного побочного эффекта.

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 1995 год началась 1 сентября 1994 г. Надеемся, и в дальнейшем видеть Вас среди наших подписчиков.

С уважением
редакция журнала "Пульмонология"