



**ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

**Методическая разработка
для преподавателя на тему:**

Силикоз. Диагностика. Принципы лечения.

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры.

Составители разработки: доц. Крифариди А.С.

Владикавказ 2015 г.

Тема занятия: «Силикоз. Диагностика. Принципы лечения».

Место проведения занятия: учебная комната, терапевтическое и пульмонологическое отделения.

Актуальность темы

Заболевания лёгких, причиной которых является длительное вдыхание пыли, имели место уже в древние времена. Об этом свидетельствуют такие находки, как пневмокониотические изменения у египетских мумий. О развитии профессиональных заболеваний лёгких у горняков и каменотёсов писали Парацельс (1567г.), Рамадини (1700г.). В России первые упоминания о неблагоприятном воздействии рудничной пыли на лёгкие принадлежат М.В. Ломоносову (1763г.).

Промышленная пыль — рассеянные в воздухе частицы твердого вещества, образовавшиеся при выполнении различных производственных процессов. Это разновидность аэрозолей — сложных аэродисперсных систем, дисперсионной средой которых является газ или смесь газов (в случае промышленных аэрозолей — воздух рабочей зоны), а дисперсионной фазой — взвешенные в нем частицы.

В различных отраслях промышленности и сельском хозяйстве многие производственные процессы связаны с образованием пыли: горнорудная, угледобывающая промышленность, металлургические, металлообрабатывающие предприятия, производство строительных материалов, текстильные предприятия, электросварочные работы, обработка сельскохозяйственных продуктов /зерна, хлопка, льна др./.

Цель и задачи занятия: углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков диагностики, дифференциальной диагностики, современных лабораторно-инструментальных методов исследования, формулировки клинического диагноза и выбора оптимальной тактики лечения профессиональных заболеваний, в частности силикозов.

Перечень учебных и практических навыков, необходимых для усвоения по данной теме:

1. Знать определение силикозов
2. Знать этиологические факторы развития силикозов.
3. Ознакомиться с бронхоскопией.
4. Уметь интерпретировать данные бронхоскопии.
5. Знать рентгенологические признаки силикозов.
6. Знать и уметь определять объем дополнительных методов исследования и давать им оценку в плане дифференциального диагноза.
7. Уметь составлять индивидуальный план лечения.
8. Классификация заболеваний лёгких в зависимости от вида воздействующей пыли
9. Знать классификацию силикозов и уметь ею пользоваться.
10. Знать перечень, механизм действия и правила выписки лекарственными препаратами, используемых для лечения силикозов.
11. Знать курорты, показания и противопоказания к ним у больных с силикозами.
12. Уметь разрабатывать индивидуальные меры профилактики больным силикозами.
13. Уметь прогнозировать течение заболевания.
14. Знать принципы ВТЭ при силикозах.

Оснащение занятия:

Технические средства: мультимедийный проектор, слайды, пикфлоуметр
нормативно-правовые документы

Таблицы:

Строение бронхиального дерева.

Классификация силикозов.

Дифференциальная диагностика силикозов от других заболеваний.

План обследования.

Принципы лечения.

Лабораторные анализы:

Общий анализ крови, общий анализ мокроты, анализ мокроты на опухолевые клетки, посев мокроты, анализ промывных вод бронхов.

Инструментальные исследования:

Спирограммы, рентгенограммы, ЭКГ, ЭхоКГ, томограммы, тематические больные с пневмокониозами.

**План и организационная структура занятия
«Силикоз. Диагностика. Принципы лечения».**

№ п/п	Этапы занятия	Время в мин.	Уровень усвоения	Место проведения занятия	Оснащение занятие
1	Организационные мероприятия	5	II	Уч. комната	Журнал, методичка
2	Контроль исходного уровня знаний	15	II	Уч. комната	Тестовые вопросы и задачи
3	Клинический разбор больных (2-3 человека)	60	III	Палата	Больные, истории болезни
4	Анализ полученных данных (выделение синдромов, выявление ведущего синдрома и круга заболеваний).	20	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
5	Дифференциальный диагноз	30	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
6	Предварительный диагноз	5	III	Уч. комната	Таблицы, слайды, истории болезни
7	Анализ лабораторных и инструментальных методов исследования	15	III	Уч. комната	Истории болезни, анализы
8	Клинический диагноз	5	III	Уч. комната	Таблицы, истории болезни
9	Тактика врача при выявленных заболеваниях	10	III	Уч. комната	Таблицы, истории болезни
10	Общие принципы лечения	20	III	Уч. комната	Таблицы, истории болезни
11	Контроль конечного уровня усвоения материала	15	-	Уч. комната	Тестовые вопросы, задачи
12	Задание на дом	5	-	Уч. комната	Список литературы, контрольные вопросы по теме, тематические больные.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ «Силикоз. Диагностика. Принципы лечения».



Рекомендации к проведению занятия

I. Подготовительный этап.

Перед занятием ассистент подбирает несколько больных с силикозами, и распределяет их для курации.

На занятии преподаватель знакомит аспирантов с целями, задачами, планом занятия, после чего контролирует исходный уровень знания по теме занятия путем устного тестового контроля. Преподаватель активно участвует в разборе темы, обращая особое внимание на сложные и непонятные вопросы. Кроме того, преподаватель контролирует готовность к занятию /больной, наглядные пособия, ТСО, рефераты и т.д./.

II. Основной этап.

На занятии кураторы докладывают курируемых больных. Осмотр осуществляют все аспиранты. В палате формулируются синдромы, выделяется ведущий синдром и по нему определяется круг заболеваний для диф.диагноза. Дальнейшее занятие проводится в учебной комнате /диф. диагноз, постановка предварительного диагноза. Второй этап диф. диагноза: обследование и оценка полученных данных в соответствии с принятой классификацией. Затем заслушиваются доклады по принципам лечения, разбирается лечение курируемых больных с обсуждением ошибок. Всем больным проводится ВТЭ, разрабатывается план реабилитации.

Аспиранты курируют больных по 2 человека, результаты оцениваются преподавателем, который анализирует допущенные ошибки. При разборе лечения /на семинаре/ обратить внимание аспирантов на механизм действия лекарственных препаратов, тактику их назначения в зависимости от формы бронхита и этиологического фактора. Кроме того, разобрать все другие виды лечения и показания к ним.

Этапы диагноза.

На основании анамнеза болезни и жизни, объективного синдрома разбираемого больного, выявляются симптомы и синдромы, характеризующие нозологическую обособленность пневмокониозов.

III. Заключительный этап.

В конце занятия преподаватель проверяет уровень усвоения материала по теме путем решения каждым аспирантом ситуационной задачи и дает оценку полученным знаниям. Неусвоенные вопросы объясняет или рекомендует литературу для детального ознакомления. Дает задание по следующей теме.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний.

1. Строение и функция органов дыхания.
2. Защитные механизмы аппарата внешнего дыхания (кондиционирование, очищение воздуха, мукоцилиарный клиренс, роль бронхоспазма в защите легких, клеточные механизмы защиты респираторной части – альвеолярные макрофаги).
3. Понятие о вентиляционной дыхательной недостаточности.
4. Дать определение силикозам.
5. Осветите вопросы патогенеза силикозов,
6. Современная классификация силикозов,
7. Диагностика и дифференциальная диагностика
8. Какие профессиональные факторы риска силикозов Вам знакомы?
9. Назовите патоморфологические признаки силикозов, какие функциональные нарушения при этом развиваются?
- 10.Профилактика силикозов.
- 11.Принципы лечения.
- 12.Осветите вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации больных.
- 13.Укажите риск развития силикозов в различных сферах экономики.

Приложение №2.
Задачи для контроля исходного уровня усвоения учебного материала
(II уровень)

1. При обострении ХОБЛ ведущими становятся симптомы:
 - а) удушье экспираторного характера;
 - б) удушье инспираторного характера;
 - в) постоянная, прогрессирующая одышка экспираторного характера;
 - г) постоянная, прогрессирующая одышка смешанного характера.

2. Наиболее типичный кашель при ХОБЛ:
 - а) с отхождением мокроты полным ртом, наиболее интенсивный в дневные часы;
 - б) с отхождением мокроты полным ртом, наиболее интенсивный в вечерние часы;
 - в) с отхождением мокроты полным ртом, наиболее интенсивный в ночные часы;
 - г) надсадный малопродуктивный, наиболее интенсивный в утренние часы.

3. Значимый фактор риска для возникновения ХОБЛ:
 - а) алкоголизм;
 - б) курение;
 - в) ожирение;
 - г) гиподинамия.

4. Внешний фактор, способствующий прогрессированию ХОБЛ:
 - а) повышенная вибрация;
 - б) запыленность;
 - в) повышенная температура окружающей среды;
 - г) работа в условиях высокогорья.

5. Форма грудной клетки при эмфиземе легких:
 - а) цилиндрическая;
 - б) астеническая;
 - в) рахитическая;
 - г) бочкообразная.

6. Характерный перкуторный признак эмфиземы легких:
 - а) легочный звук;
 - б) укороченный звук;
 - в) бедренная тупость;
 - г) коробочный звук.

7. Тип дыхания при ХОБЛ:
 - а) бронхиальное;
 - б) амфорическое;
 - в) жесткое;
 - г) ослабленное везикулярное.

8. Дыхательные шумы при ХОБЛ:
- а) влажные крупнопузырчатые хрипы;
 - б) крепитация;
 - в) шум трения плевры;
 - г) свистящие (музыкальные) хрипы.
9. Рентгенологический признак эмфиземы легких:
- а) гомогенная инфильтрация;
 - б) повышенная прозрачность легочной ткани;
 - в) негомогенная инфильтрация;
 - г) облаковидные инфильтраты.
10. Аускультативный признак пневмосклероза:
- а) крепитация;
 - б) бронхиальное дыхание;
 - в) жужжащие хрипы;
 - г) "трескучие" хрипы.
11. Способ выявления хронической дыхательной недостаточности:
- а) ЭКГ;
 - б) эхокардиоскопия;
 - в) спирография;
 - г) рентгенография.
12. Признак дыхательной недостаточности по обструктивному типу:
- а) нормальная жизненная емкость легких;
 - б) увеличение минутного объема дыхания;
 - в) нормальные показатели объема форсированного выдоха;
 - г) снижение показателей скорости воздуха.
13. Признак дыхательной недостаточности по рестриктивному типу:
- а) нормальный показатель скорости движения воздушной струи;
 - б) снижение жизненной емкости легких;
 - в) нормальные показатели форсированного выдоха;
 - г) увеличение минутного объема дыхания.
14. Отделы сердца, которые гипертрофируются при легочном сердце:
- а) левый желудочек и правое предсердие;
 - б) левый желудочек и левое предсердие;
 - в) правый желудочек и левое предсердие;
 - г) правый желудочек и правое предсердие.
15. Основное исследование для выявления легочного сердца:
- а) бронхоскопия;
 - б) ЭКГ;
 - в) рентгенография грудной клетки;
 - г) спирометрия.
16. Особенности кожных покровов при легочном сердце:
- а) бледные конечности;
 - б) холодные на ощупь конечности;

- в) синюшные и холодные на ощупь конечности;
- г) синюшные и теплые на ощупь конечности.

17. Аускультативный признак легочной гипертензии:

- а) акцент II тона на аорте;
- б) "хлопающий" I тон на верхушке;
- в) щелчок открытия митрального клапана;
- г) акцент II тона на легочной артерии.

18. Клинический признак декомпенсированного легочного сердца:

- а) шум трения плевры;
- б) отеки на ногах и увеличение печени;
- в) шум трения перикарда;
- г) отеки лица.

19. Назовите оптимальный способ введения бронхолитиков при ХОБЛ:

- а) внутримышечно;
- б) подкожно;
- в) ингаляционно;
- г) перорально.

20. Патогенетическое средство лечения ХОБЛ:

- а) аспирин;
- б) амброксол;
- в) ампицилин;
- г) атенолол.

21. Назовите адреномиметик, обладающий наибольшей селективностью к β_2 -адренорецепторам бронхов:

- а) адреналин;
- б) изадрин;
- в) мезатон;
- г) фенотерол.

22. Мужчину, 33 лет, около 3 лет в утренние часы беспокоит кашель с легко отделяемой светлой мокротой, периодически отмечается субфебрилитет. Больной курит в течение 10 лет. Наиболее вероятный диагноз:

- а) бронхиальная астма;
- б) бронхоэктатическая болезнь;
- в) периферический рак легкого;
- г) митральный порок сердца;
- д) ХОБЛ.

23. Для уменьшения лёгочной гипертензии у больных, страдающих ХОБЛ, можно применять всё, кроме:

- а) обзидана;

- б) капотена;
- в) нитронга;
- г) эуфиллина;
- д) коринфара.

24. В лечении больного с декомпенсированным лёгочным сердцем применяются все препараты, кроме:

- а) эуфиллина;
- б) фуросемида;
- в) неомицина;
- г) сердечных гликозидов;
- д) периферических вазодилататоров.

25. Больной, 42 лет, поступил в клинику с обострением хронического бронхита. При спирографии - ЧД - 20 в минуту, ЖЕЛ - 90%, ОФВ, -64% от должных, индекс Тиффно - 40%. Оцените характер вентиляционных нарушений:

- а) отсутствие нарушений;
- б) рестриктивный тип;
- в) обструктивный тип;
- г) смешанный с преобладанием рестриктивных сдвигов;
- д) смешанный с преобладанием обструктивных нарушений.

26. Что верно в отношении острого бронхита:

- а) обычно имеет вирусную природу;
- б) всем больным показано рентгенологическое исследование;
- в) лечение проводят в стационаре;
- г) все перечисленное верно; д) все перечисленное неверно.

27. Что верно в отношении ХОБЛ:

- а) нормальные значения параметров легочной вентиляции при повторном обследовании исключают данный диагноз;
- б) бронхографию проводят только при подозрении на бронхоэктазы;
- в) необходима дифференциальная диагностика с бронхиальной астмой;
- г) все перечисленное верно;
- д) все перечисленное неверно.

28. В каких случаях показана госпитализация при обострении ХОБЛ:

- а) во всех случаях;
- б) при большом количестве мокроты;
- в) при неэффективности амбулаторного лечения;
- г) у больных старше 55 лет;
- д) при наличии эмфиземы легких.

29. Больная М., 32 лет. Жалобы на одышку при физической нагрузке, кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до 37,7°. Заболела после переохлаждения. Состояние удовлетворительное. В лёгких - дыхание с удлинённым выдохом, сухие свистящие хрипы на выдохе. Дистантные хрипы. В общем анализе крови -

палочкоядерный сдвиг (п-6%, с-60%), СОЭ-18 мм/час. При рентгенографии грудной клетки - усиление лёгочного рисунка в базальных отделах. Какой диагноз можно поставить больной:

- а) атопическая бронхиальная астма;
- б) инфекционно-зависимая бронхиальная астма;
- в) необструктивный бронхит;
- г) обструктивный бронхит;
- д) очаговая пневмония.

30. Больной В., 54 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель со слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры до 37,8°. Из анамнеза известно, что больной длительное время курит. В течение 10 лет отмечает кашель с мокротой в утренние часы, одышку при физической нагрузке. Состояние средней тяжести, ЧД -28 в 1 минуту. В лёгких - ослабленное везикулярное дыхание с жестковатым оттенком, сухие рассеянные хрипы. При рентгенографии грудной клетки - повышенная прозрачность легочной ткани, усиление лёгочного рисунка с обеих сторон и его деформация в нижних отделах по сетчатому типу. Какой диагноз можно поставить данному больному:

- а) хронический необструктивный бронхит;
- б) ХОБЛ;
- в) инфекционно-зависимая бронхиальная астма;
- г) пневмония;
- д) бронхоэктатическая болезнь.

31. ХОБЛ следует лечить антибиотиками:

- а) в осенне-зимний период;
- б) длительно;
- в) антибиотики не показаны;
- г) при выделении гнойной мокроты;
- д) при появлении кровохарканья.

32. Критерий тяжести ХОБЛ:

- а) наличие сухих хрипов при аускультации;
- б) показатели функции внешнего дыхания;
- в) данные бронхографии;
- г) рентгенологическая картина;
- д) данные ЭКГ.

33. При лечении ХОБЛ бронходилататорами наиболее оптимальным препаратом является:

- а) эфедрин;
- б) эуспиран;
- в) ипратропия бромид;
- г) астмопент;
- д) сальбутамол.

34. Основная цель при лечении ХОБЛ:

- а) уменьшение скорости прогрессирования процесса;
- б) полное излечение больного;
- в) обратное развитие анатомических изменений в бронхах;
- г) обратное развитие эмфиземы;
- д) подготовка к хирургическому лечению.

35. Больного, 60 лет, беспокоит одышка при физической нагрузке. При осмотре - грудная клетка бочкообразная, перкуторно - коробочный звук, дыхание ослабленное, везикулярное. Печеночная тупость смещена вниз. Наиболее вероятная причина выявленных изменений:

- а) гидропневмоторакс;
- б) пневмофиброз;
- в) эмфизема легких;
- г) хронический необструктивный бронхит;
- д) туберкулез легких

36. Назначение какого препарата нежелательно у пациента с обострением ХОБЛ при наличии гнойной мокроты, эмфиземы легких, дыхательной недостаточности:

- а) кларитромицина;
- б) бромгексина;
- в) ингаляций трипсина;
- г) ипратропия бромиды;
- д) ацетилцистеина.

37. Степень обструкции воздухоносных путей коррелирует с:

- а) интенсивностью кашля;
- б) интенсивностью дыхательных шумов над легкими и сухих хрипов;
- в) количеством выделяемой мокроты;
- г) данными спирографии.

38. Укажите необратимые компоненты бронхиальной обструкции:

- а) спазм бронхов;
- б) воспалительный отек в слизистой оболочке бронхов;
- в) нарушение функции мукоцилиарного аппарата бронхов;
- г) стеноз и облитерация просвета бронхов, а также экспираторный их коллапс.

Эталонные ответы на задачи к приложению № 2

1-в	9-б	17- г	25-в	33-г
2-г	10-г	18-б	26-а	34-а
3-б	11-в	19-в	27-д	35-в
4-б	12-г	20-б	28-в	36-в
5-г	13-б	21-г	29-в	37-б.г
6-г	14-г	22-д	30-б	38-г
7-в	15-б	23-а	31-г	
8-г	16-г	24-в	32-б	

Контроль конечного уровня знаний Ситуационные задачи.

ЗАДАЧА 1

Больной Р., 48 лет, шофер, обратился к участковому врачу с жалобами на кашель с выделением гнойной мокроты, повышение температуры тела до 37,5°C, потливость, головная боль, общая слабость. Кашель беспокоит в течение 20 лет, сначала сухой, затем с небольшим количеством гнойной мокроты, объем которой постепенно увеличивался. Не лечился. Последние 5 лет, преимущественно весной и осенью (после охлаждения), кроме усиления кашля стала повышаться температура тела до 37,2°C. Настоящее ухудшение в течение 2 недель, когда после охлаждения усилился кашель с отхождением гнойной мокроты, повысилась температура до 37,5°C. Обратился к врачу в поликлинике. Вредные привычки - курит с 20 лет по 1-1,5 пачке сигарет в день. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько цианотичны, повышенной влажности. Грудная клетка расширена в переднезаднем направлении. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне ослабленного дыхания выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы, выдох удлинён. Со стороны других органов и систем без особенностей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Основная задача по лечению заболевания.

ЗАДАЧА 2

Больной О., 59 лет, пенсионер. Поступил в терапевтическое отделение с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, переходе из теплого помещения в холодное, кашель со слизисто-гнойной мокротой до 0,5 стакана в сутки, общую слабость, потливость, беспокойный сон из-за кашля, повышение температуры тела до 37,4°C. Кашель беспокоит с 18 лет. До 40-летнего возраста кашель был неинтенсивным с небольшим количеством слизистой мокроты. Не лечился, связывал заболевание с курением. Однако за последние годы самочувствие ухудшилось: усилился кашель, увеличилось количество выделяемой мокроты, характер ее стал слизисто-гнойным. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы повышенной влажности. Одышка (ЧДД - 24 в минуту) преимущественно экспираторного характера. Грудная клетка бочкообразная. Экскурсия нижнего края ограничена до 3-4 см и опущена на 3 см. Бронхофония и голосовое дрожание одинаковые с обеих сторон. По всем легочным полям выслушиваются везикулярное дыхание, сухие свистящие и жужжащие хрипы. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой срединно-ключичной линии, тоны сердца глухие, ритм сердца правильный. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Тактика ведения пациента.

ЗАДАЧА 3

Больной Д., 20 лет, студент, вызвал врача на дом. Жалобы: на боли в грудной клетке при дыхании и кашле, кашель со слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры тела до 39,5°C с ознобом, резкую общую слабость, головную боль. Заболел остро. После принятия ванны лег спать у открытого окна. Проснулся от озноба. Утром повысилась температура до 40°C, появились сухой кашель, боль в грудной клетке справа, общая слабость. Объективно: при осмотре определяются гиперемия щек, более выраженная справа, акроцианоз, herpes labialis.

Дыхание поверхностное - 32 в минуту. При осмотре грудная клетка справа отстает при дыхании. При перкуссии легких отмечается притупление перкуторного звука справа под углом лопатки, в подмышечной области и спереди от 4-го ребра и ниже, дыхание в этой области ослаблено. Аускультативно над местом притупления выслушиваются бронхиальное дыхание и влажные звучные мелкопузырчатые хрипы. Голосовое дрожание и бронхофония усилены. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца глуховатые, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией. АД -95/65 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем патологии нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Тактика действия врача.
3. Как проводить антибактериальную терапию.

ЗАДАЧА 4

Больная А., 47 лет, учитель французского языка, обратилась в поликлинику с жалобами на возникновение приступов удушья ночью с появлением кашля и выделением слизистой мокроты в небольшом количестве. Во время приступов больная садится на край кровати, ставит горчичники на переднюю поверхность грудной клетки, иногда выходит на улицу или подходит к открытой форточке. Приступы продолжаются 30-40 минут и исчезают.

Заболела 4 года назад, когда весной впервые появились чихание, насморк, слезотечение, зуд в области глаз, чувство саднения за грудиной. По совету врача (соседки) принимала димедрол, тавегил, глазные капли. Самочувствие улучшилось, но подобное состояние беспокоило на протяжении месяца. В последующем ежегодно весной все симптомы заболевания повторялись. В текущем году, наряду с указанными симптомами, однажды ночью проснулась от приступа удушья, сопровождавшегося надсадным кашлем с выделением слизистой вязкой мокроты. В легких, по словам больной, "все свистело". Подобные приступы повторялись каждую ночь. Для купирования приступов принимала теофедрин, эуфиллин, ставила горчичники на область грудной клетки. К утру все явления исчезали. Последний приступ был накануне. Наследственность неотягощена. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Патологических изменений со стороны внутренних органов при осмотре нет. Имеют место заложенность носа и гиперемия глаз.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Наметьте план лечения.

ЗАДАЧА 5

Больной 55 лет, жалобы на одышку с затрудненным выдохом, кашель с мокротой желто-зеленого цвета, потливость, познабливание, отеки голеней. Курит с 18 лет по 1 пачке в день. Около 25 лет в холодное время года беспокоит кашель с мокротой, около 20 лет - одышка с затрудненным выдохом. Самочувствие ухудшилось неделю назад после переохлаждения. Объективно: состояние средней тяжести, диффузный цианоз с сероватым оттенком. Голени отечны. В эпигастрии определяется пульсация. Правая граница сердца в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на легочном стволе. Пульс 110 в мин, ритмичный. Грудная клетка бочкообразной формы. ЧД - 25 в мин. При аускультации дыхание ослаблено, по всем полям сухие свистящие хрипы. Печень на 3 см выходит из-под края реберной дуги. Симптом Плеша положительный. ОАК: эр. $5,5 \times 10^{12}/л$, Нб 165 г/л, Лц $9,5 \times 10^9/л$, СОЭ 20 мм/ч. ЭКГ: гипертрофия правых отделов сердца.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответы на задачи для контроля конечного уровня усвоения учебного материала.

ЗАДАЧА 1

1. Диагноз. ХОБЛ, преимущественно бронхетический тип, обострение, среднетяжелое течение. Хронический гнойный бронхит, фаза обострения. ДН II степень.
2. План обследования: 1) клинический анализ крови; 2) электрофорез белков сыворотки крови для выявления дефицита α_1 -антитрипсина; 3) общий анализ мокроты, посев мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам; 4) исследование мокроты на БК и атипические клетки; 5) исследование функции внешнего дыхания: спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия.
3. Основная задача – предотвращение прогрессирования заболевания.

ЗАДАЧА 2

1. Диагноз. ХОБЛ, фаза обострения, тяжелое течение. Хронический гнойный бронхит в фазе обострения, эмфизема легких. Осложнение: ДН III ст.
2. План обследования: 1) клинический анализ крови; 2) электрофорез белков сыворотки крови для выявления дефицита α_1 -антитрипсина; 3) общий анализ мокроты, посев мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам; 4) исследование мокроты на БК и атипические клетки; 5) исследование функции внешнего дыхания: спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия.
3. Тактика ведения пациента: ступенчатое увеличение объема терапии, зависящая от тяжести заболевания (ингаляционные бронходилататоры «по требованию»; дополнительно к бронхолитической терапии ингаляция ГКС). Симбикорт значительно снижает потребность в короткодействующих β_2 -агонистов, чем формотерол и предотвращает обострение ХОБЛ.

ЗАДАЧА 3

1. Диагноз. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония.
2. Тактика действия врача. Немедленная госпитализация в стационар.
3. Адекватное и своевременное начало антибактериальной терапии является необходимым условием эффективного лечения антибиотиками. Начать лечение немедленно без ожидания результатов бактериоскопии и посева мокроты. Предпочтительны цефалоспорины III поколения или респираторные фторхинолоны.

ЗАДАЧА 4

1. Диагноз. БА, экзогенная форма, средней степени тяжести, фаза обострения. Аллергический ринит, конъюнктивит.
2. План обследования: 1) общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ; 2) кожные пробы с неинфекционными аллергенами; 3) иммунологическое исследование: определение уровня общего и специфического Ig E; 4) исследование мокроты на спирали Куршмана, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена; 5) исследование функции внешнего дыхания: спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия.
3. Схема лечения: 1) исключение контактов с бытовыми и другими аллергенами, гипоаллергенная диета; 2) купирование приступов: а) внутривенное струйное введение эуфиллина - 2,4% раствора на 10 мл; б) ингаляция салбутамола или беротека по 1 - 2 дозе не более 4 раз в день; 3) купирование обострения заболевания: преднизолон внутрь по 30 мг/сут с последующим быстрым снижением дозы до полной отмены; 4) базисная терапия: а) интал по 1 -

2 ингаляции 2-4 раза в сутки; б) внутрь препарат теофиллина пролонгированного действия (теопек или теодур) по 1 таблетке 2 раза в день.

ЗАДАЧА 5

1. Диагноз. ХОБЛ, фаза обострения, эмфизема легких, пневмосклероз. Осложнение: ДН III ст., декомпенсированное легочное сердце, НII Б ст..
2. Схема лечения: 1) антибиотикотерапия: внутрь сумамед (азитромицин) по 500 мг/сут в течение 3 дней; 2) ингаляционное применение беротека + ипратропиума бромид; 3) внутрь препарат теофиллина пролонгированного действия (теопек) по 1 таблетке 2 раза в день; 4) для уменьшения легочной гипертензии - нитросорбид внутрь по 10 мг 4 раза в день; 5) внутрь верошпирон по 25 мг 4 раза в день, фуросемид по 40 мг утром 3 раза в неделю; 6) бромгексин по 8 мг внутрь 3 раза в день.

Список литературы.

1. Артамонова В.Г., Шаталов Н.Н. Профессиональные болезни. М., 1996. - 415с.
2. Измеров Н.Ф., Каспаров А.А. Медицина труда. Введение в специальность. М.. "Медицина", 2002. - 392.
3. Гигиенические критерии оценки и классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса //Руководство Р 2.2 755.- 90. – М.- 1999.
4. Актуальные проблемы медицины труда //Сборник трудов института медицины труда РАМН под редакцией Н.Ф. Измерова. – М. – 2001. – 322С.
5. Профессиональные болезни: учебник / Косарев В.В., Бабанов С.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 368 с.
6. Профессиональный риск для здоровья работников. (Руководство) / под ред. Н.Ф. Измерова и Э.И. Денисова. – М.; Тровант, 2003. – 448с.
7. Профессиональные заболевания. Руководство для врачей в 2-х томах. под ред. Измерова Н.Ф., М., 1996. - 336с.
8. Профессиональные заболевания: Учебное пособие.- Алма-Ата: Мектеп, 1989. – 288 с.
9. Профессиональные заболевания: диагностика, лечение, профилактика: Справочник / Н.А. Скепьян, Т.В. Барановская, Л.К. Першай; под ред. Н.А. Скепьяна. – Мн.: Беларусь, 2003. 336 с.: ил.
- 10.Руководство по профессиональным болезням. Под редакцией Н.Ф. Измерова.
- 11.Российская энциклопедия по медицине труда / Главный редактор Н.Ф. Измеров. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 656 с.
- 12.Справочник по медико - социальной экспертизе и реабилитации. Под ред. Коробова М.В., Помникова В.Г., СПб: "Гиппократ", 2005. - 856с.
- 13.Временные критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве и профессиональных заболеваний. //Приложение № 1.- М.- 2001.
14. Журнал «Медицина труда и промышленная экология».