

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:  
Проректор по последипломному  
образованию  
Багрий А. Э.  
«01» июня 2023



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ  
31.08.45 ПУЛЬМОЛОГИЯ**

1.	Нормальная и патологическая анатомия и физиология органов дыхания и средостения.
2.	Основы физиологии дыхания и газообмена в лёгких, механизмы иммунологической и неиммунологической защиты дыхательной системы, негазообменные функции лёгких.
3.	Факторы риска возникновения заболеваний органов дыхания.
4.	Причины возникновения патологических процессов в лёгких, их механизмы развития, клинические проявления. значение наследственности.
5.	Клинические функциональные, лабораторные, радиологические, эндоскопические, ультразвуковые и другие методы исследования лёгких.
6.	Основы бактериологической, вирусологической диагностики.
7.	Основы гистологического и цитологического исследования.
8.	Основы общей иммунологии.
9.	Основы иммунологии лёгких. Механизмы аллергических реакций и их роль в патогенезе заболеваний лёгких.
10.	Основы фармакотерапии в клинике внутренних болезней.
11.	Бронхиальная астма. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина в зависимости от степени тяжести и уровней контроля. Лабораторно-инструментальная диагностика. Основные направления лечения (пошаговый ступенчатый подход). Осложнения бронхиальной астмы (астматический статус). Первичная и вторичная профилактика.
12.	Хронические обструктивные заболевания легких. Этиология. Значение курения, инфекции, охлаждения, профессиональных и эндогенных факторов, наследственной предрасположенности. Патогенез. Патоморфология. Классификация. Клиническая картина в зависимости от стадии заболевания и степени функциональных нарушений, фенотипа ХОЗЛ. Течение и осложнения. Диагностические критерии заболевания. Дифференцированное лечение в зависимости от стадии, тяжести заболевания. Осложнения заболевания. Первичная и вторичная профилактика.

13.	Хронический бронхит. Этиология и патогенез. Классификация по патогенезу, функциональной характеристике, клинико-лабораторной характеристике, по фазе течения болезни. Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Лабораторно-инструментальная диагностика. Течение и осложнения. Диагностические критерии. Дифференцированное лечение в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Первичная и вторичная профилактика.
14.	Идиопатический легочной фиброз. Определение болезни и классификация. Этиология и патогенез. Клинические проявления основных морфологических вариантов заболевания. Роль лабораторно-инструментальных методов в диагностике легочного фиброза. Лечение. Осложнения.
15.	Саркоидоз. Этиология и патогенез. Классификация саркоидоза. Клинические проявления. Диагностика. Основные принципы лечения – немедикаментозные и медикаментозные средства. Первичная и вторичная профилактика.
16.	Пневмонии. Классификация пневмоний. Патогенез. Значение иммунного статуса организма. Клиническая картина. Лабораторно-инструментальная диагностика. Клиническое значение анализа мокроты, клинического анализа крови, рентгенологического исследования. Осложнения. Принципы лечения пневмоний, этиотропная терапия.
17.	Плевриты. Патофизиологические и морфологические особенности плевральной реакции при разнообразных поражениях плевры, дифференциальные критерии транссудата и экссудата. Классификация плевритов. Основные клинические признаки плевритов. Лабораторно-инструментальные обследования. Основные принципы лечения. Осложнения заболевания. Первичная и вторичная профилактика.
18.	Инфекционно-деструктивные заболевания легких. Определение. Этиология. Патогенез деструкции легочной ткани. Классификация инфекционно-деструктивных заболеваний легких. Особенности клинической картины при абсцессе и гангрене легкого. Роль лабораторно-инструментального обследования больного. Основные принципы лечения. Осложнения. Первичная и вторичная профилактика.
19.	Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Определение. Факторы риска тромбоэмболических осложнений. Этиология и патогенез ТЭЛА. Основные синдромы. Варианты течения. Диагностика. Лечение.
20.	Поражение лёгких при туберкулёзе и других специфических заболеваниях бактериальной этиологии. Основные диагностические исследования при туберкулёзе лёгких.
21.	Онкологические заболевания органов дыхания.
22.	Диетотерапия при заболеваниях лёгких.
23.	Основы физиотерапии: барокамера, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.
24.	Основы лечебной физкультуры.
25.	Показания для хирургического лечения болезней органов дыхания.

## ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. У больного, 28 лет, отмечают заложенность носа, приступы экспираторного удушья в ночное время 1-2 раза в неделю. Заболел после острой респираторной вирусной инфекции, которую самостоятельно лечил ацетилсалициловой кислотой. В анализах крови и мокроты определяется эозинофилия. У больного можно заподозрить?
  - A. Аллергическую бронхиальную астму
  - B. Бронхиальную астму физического усилия
  - C. Аспириновую астму
  - D. Экзогенный аллергический альвеолит
  - E. Эозинофильный инфильтрат легких

2. 18-летняя девушка, мать которой страдает аллергическим дерматитом, отмечает возникновение экспираторного удушья после употребления в пищу семечек подсолнуха и подсолнечного масла. В августе у больной появились чихание, насморк, возникли частые приступы удушья, которые прекратились в конце сентября. Какие исследования необходимы для выявления этиологии приступов удушья?
- A. Скарификационные пробы с аллергенами пыльцы деревьев
  - B. Скарификационные пробы с пылью луговых трав
  - C. Скарификационные пробы с пылью трав сорняков
  - D. Определение в крови общего IgE
  - E. Определение специфического IgE к пищевым аллергенам
3. Женщина, 36 лет, страдает поллинозом в течение 7 лет. Последние 2 года в августе-сентябре (период цветения амброзии) пациентка отмечает 2-3 приступа удушья, которые купируются 2 ингаляциями «сальбутамола». Объективно: температура - 36,5°C, ЧД - 18/мин, ЧСС - 78 в мин, АД - 115/70 мм рт.ст. Над легкими - везикулярное дыхание. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Применение какого препарата позволит наиболее эффективно предупредить возникновение приступов удушья?
- A. Антигистаминных I поколения
  - B. Ингаляции фенотерола
  - C. Ингаляции гиотропиум бромида
  - D. Ингаляционных кортикостероидов
  - E. Прием теофиллина
4. Больная Д., 29 лет, предъявляет жалобы на кашель с мокротой, повышение температуры тела до 38,2°C, одышку, общую слабость. Заболела остро 3 дня назад после переохлаждения. При объективном исследовании правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии укорочение перкуторного звука в нижне-боковых отделах правой половины грудной клетки. Аускультативно везикулярное дыхание с крепитацией в зоне укорочения перкуторного звука. Каков на Ваш взгляд предварительный диагноз?
- A. Абсцесс нижней доли правого легкого
  - B. Инфаркт-пневмония нижней доли правого легкого
  - C. Госпитальная пневмония нижней доли правого легкого
  - D. Негоспитальная пневмония нижней доли правого легкого
  - E. Инфильтративный туберкулез
5. Шахтер, 50 лет, жалуется на экспираторную одышку, которая усиливается при физической нагрузке, кашель (чаще утром) с небольшим количеством гнойной мокроты. Болеет около 6 лет. Курит на протяжении 12 лет. Объективно: температура тела 36,7 ° C, ЧД - 22/мин, ЧСС - 84 в I мин, АД - 140/85 мм рт. ст. Гиперстеник. Цианоз губ. Над легкими - рассеянные сухие хрипы. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?
- A. ЭКГ
  - B. Спирометрия с пробой
  - C. Пиклофлуометрия
  - D. Рентгенография органов грудной клетки
  - E. Анализ мокроты

## ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

### Ситуационное задание 1

Больная К., 28 лет, поступила с жалобами на кашель с отделением мокроты слизисто-гнойного характера, периодически с примесью крови. Количество мокроты до 200 мл в сутки. Больше утром или при перемене положения тела. Повышение температуры до 37,3<sup>0</sup>-37,4<sup>0</sup>С. Также беспокоит одышка при умеренной физической нагрузке, общая слабость, снижение аппетита, трудоспособности.

Анамнез заболевания. Считает себя больной с детства, после частых пневмоний, бронхитов вначале беспокоил кашель, в осенне-зимний период, периодически со слизисто-гнойной мокротой. Последние годы появился периодический субфебрилитет. Со слов больной состояние ухудшилось после перенесённой 3 недели назад пневмонии. Лечение, проводимое амбулаторно, оказалось малоэффективным. В связи с этим и появившейся примесью крови в мокроте осмотрена онкологом – онкопатологии не выявлено. Рекомендована госпитализация в пульмонологическое отделение для обследования и лечения.

Анамнез жизни. ТБС, вен. заболевания, ВИЧ, отрицательны, гепатитом не болела. В детстве болела коклюшем, частыми пневмониями, ангиной, ХОЗЛ.

Объективно. Состояние больной относительно удовлетворительное. Положение в постели активное. Питание снижено. Кожа и видимые слизистые бледные, умеренный цианоз губ. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. При осмотре концевые фаланги пальцев рук в виде «барабанных палочек», ногти напоминают «часовые стёкла». Грудная клетка расширена в нижне-боковых отделах. При перкуссии лёгочный звук с коробочным оттенком, в нижне-боковых отделах с обеих сторон укорочен до перкуSSIONного звука. ЧДД 24 в минуту. Границы сердца: правая на 0,5 см вправо от края грудины, верхняя – 3е ребро, левая – на 0,5 см от срединно-ключичной линии влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 86 уд/мин. АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Печень у края реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Данные дополнительного обследования:

Общий анализ крови: ЭР –  $3,8 \cdot 10^{12}$ , НВ – 128, цв, п – 0,9, л –  $10 \cdot 10^{12}$ , СОЭ – 25 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес 1020, сахар, белок не обн., Л – 4 – 5 в п/зр, эр – 1 в п/зр.

Общий анализ мокроты: Л – ½ в поле зрения, эр. 10 – 18 в п/зр. Слизистый эпителий в большом количестве. Посев мокроты: высеян золотистый стафилококк в концентрации  $10^6$ . Чувствителен к азитромицину.

Протеинограмма: Белок крови 65%, альбумины снижены, глобулины повышены за счёт альфа – 2 и гамма. Острофазовые реакции: СРБ ++.

Коагулограмма: Уровень фибриногена умеренно снижен.

Рентген лёгких: легочной рисунок на всём протяжении усилен, в нижне-боковых отделах ослаблен. Межрёберные промежутки сужены. В нижне-боковых отделах легочной рисунок деформирован.

Бронхография: выявлены цилиндрические бронхоэктазы в нижне-боковых отделах обоих лёгких. Справа в V, VI сегментах, слева – VI, VII.

ЭКГ – ритм синусовый, правильный с частотой сердечных сокращений 76 в минуту.

Спирография: Дыхательная недостаточность 2 степени по рестриктивному типу.

### Вопросы:

1. Сформулируйте окончательный клинический диагноз.
2. Обоснуйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения, включая режим и диету по М.И. Певзнеру.

### **Ситуационное задание 2**

2. Пациент Г., 20 лет, предъявляет жалобы на повышение T тела до 37,3С, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, общую слабость.

Анамнез заболевания: Считает себя больным около 5 дней, когда после переохлаждения появились жалобы на общую слабость. Через 2 дня начал отмечать повышение температуры до субфебрильных цифр, кашель. В связи с вышеперечисленными жалобами обратился к семейному врачу.

Анамнез жизни: Студент. Не курит. На диспансерном учете по поводу хронических заболеваний не состоит.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Перкуторно над легкими легочной звук. Аскультативно в легких дыхание везикулярное, ослабленно в нижне-боковых отделах слева, там же локально выслушиваются сухие хрипы. ЧДД – 16 в минуту. Границы относительной тупости сердца не смещены. Деятельность сердца ритмичная, тоны ясные. ЧСС – 83 в минуту, АД – 115/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги. Селезенка и почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Стул и диурез не нарушены (со слов пациента).

Данные дополнительного обследования:

Рентгенография органов грудной клетки: Грудная клетка не изменена. В нижней доле левого легкого визуализируется затемнение за счет воспалительной инфильтрации. В других отделах легких патологических теней нет. Корни легких структурные. Диафрагма обычно расположена, синусы свободные. Сердце без изменений.

Спирометрия: Вентиляционная способность легких не нарушена.

Общеклинический анализ крови – Нв-140г/л, Эр-4,2x10<sup>12</sup>, Тр 287x10<sup>9</sup>, Л-9,8x10<sup>9</sup>, СОЭ-16мм/ч, п-5%, с-59%, э-1%, л-33%, м-2%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте окончательный клинический диагноз.
2. Обоснуйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагностику.
5. Составьте план лечения, включая режим и диету по М.И. Певзнеру.

### **Ситуационное задание 3**

Пациент К., 18 лет, предъявляет жалобы на приступы удушья не чаще 1 раза в неделю, одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, кашель с отхождением мокроты слизистого характера.

Анамнез заболевания: Считает себя больным на протяжении 8 лет. Заболевание носит сезонный характер. Ежегодно с конца августа до середины октября отмечает слезотечение, заложенность носа, приступы удушья. В остальное время вышеуказанные жалобы не возникали. Ухудшение состояния отметил около 2-х недель назад, когда появилась одышка, стали возникать приступы удушья.

Анамнез жизни: Курит 1 пачка/сутки на протяжении 3 лет. Состоит на учете у аллерголога с диагнозом: Сезонный аллергический риноконъюнктивит.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. SpO<sub>2</sub> 95%. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Перкуторно над легкими легочной звук. Аскультативно в легких дыхание везикулярное, рассеянные сухие свистящие хрипы в небольшом количестве. Выдох удлиннен. ЧДД – 18 в минуту. Границы относительной тупости сердца не смещены. Деятельность сердца ритмичная, тоны ясные. ЧСС – 79 в минуту, АД – 110/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги. Селезенка и почки не пальпируются. Периферических отеков нет.

Данные дополнительного обследования:

Рентгенография органов грудной клетки: Грудная клетка не изменена. Очаговых и инфильтративных теней нет. Корни легких структурные. Диафрагма обычно расположена, синусы свободные. Сердце без изменений.

Спирометрия: – ОФВ<sub>1</sub>-75% Признаки бронхиальной обструкции. После пробы с сальбутамолом, прирост ОФВ<sub>1</sub> составляет 30 %.

Пикфлоуметрия: Суточный разброс пиковой скорости выдоха – 18%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте окончательный клинический диагноз.
2. Обоснуйте клинический диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагностику.
5. Составьте план лечения

Зав. кафедрой факультетской терапии  
им. А. Я. Губергрица



Н. Е. Моногорова