

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Пропедевтика внутренних болезней
Специальность	31.05.02 Педиатрия
Форма обучения	Очная

Тема 4. Пневмонии. Плевриты

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»:

Разработаны

Доцентом

Доцентом

Александрова С.Б.

Малыхин Ф.Т.

Обсуждены на заседании кафедры

«Пропедевтики внутренних болезней»,

зав. кафедрой,

профессор

В.В.

Павленко

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия 2025 года набора очной формы обучения 28.05.25 (протокол №10)

Руководитель ОПОП ВО,

декан факультета

Климов Л.Я.

Методические указания по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. **Цель.** Подробный разбор очаговой и крупозной пневмоний (жалобы, история заболевания, физикальное обследование и лабораторно-инструментальное обследование больного).

Выявление особенностей течения и данных объективного обследования у больных с пневмонией. Обсуждение основных принципов лечения и наиболее часто встречающихся осложнений при этом заболевании.

Теоретический разбор данной темы занятия подкрепляется самостоятельной курацией студентами больных с пневмониями, с дальнейшей оценкой жалоб больного, общего осмотра, осмотра и пальпации грудной клетки, перкуссии и аускультации легких, просмотром рентгеновских снимков органов грудной клетки, анализов крови и мокроты. Разбор этиологии и предрасполагающих факторов в развитии пневмоний.

Закрепление у студентов знаний и практических навыков по системе органов дыхания. В результате изучения учебных вопросов занятия Вы должны знать понятие и классификацию пневмоний; клиническую картину очаговой и крупозной пневмонии, основные принципы лечения пневмоний. Владеть физикальными методами обследования больного (общим осмотром больного, осмотром грудной клетки, пальпацией грудной клетки, перкуссией грудной клетки, аускультацией легких). Нормативами основных показателей анализов крови, мокроты, а так же основами рентгенологических изменений при заболеваниях органов грудной полости, составлением предварительного диагноза, плана обследования и принципов лечения пневмоний.

2. Учебные вопросы:

1. Жалобы, их особенности при пневмониях и плевритах.
2. Анамнез больных с заболеваниями легких, общий осмотр больного (форма грудной клетки, наличие одышки, «барабанных палочек»).
3. Изменение голосового дрожания при пальпации, особенности перкуторного звука при инфильтрации легочной ткани,

изменения дыхания (характерного для пневмоний и плевритов), наличие патологических дыхательных шумов

4. Лабораторные исследования мокроты и плеврального содержимого.

4. Теоретическая часть.

Пневмония – острое инфекционное заболевание нижних отделов дыхательных путей с вовлечением паренхимы, интерстициальной ткани и сосудистой системы лёгких.

Классификация пневмоний по Н.С. Молчанову (1965г.)

I. По этиологии пневмонии разделяют на:

- 1) бактериальные;
- 2) вирусные;
- 3) микоплазменные;
- 4) смешанные (бактериально-вирусные, бактериально-микоплазменные);
- 5) грибковые;
- 6) риккетсиозные;
- 7) орнитозные;
- 8) неустановленной этиологии.

II. По патогенезу пневмонии разделяют:

- 1) первичные (возникающие и протекающие как самостоятельные заболевания);
- 2) вторичные (осложняющие течение других заболеваний) – это гипостатические, послеоперационные, аспирационные, травматические, инфаркт – пневмонии и др.

III. По клинко - морфологической характеристике выделяют:

1. Паренхиматозную пневмонию:
 - а) крупозную;
 - б) очаговую.
2. Интерстициальную пневмонию

IV. По локализации пневмонии разделяют на:

1. Одностороннюю (левостороннюю, правостороннюю)

- а) тотальную
 - б) долевою
 - в) сегментарную
 - г) субдольковую
 - д) центральную, прикорневую
2. Двустороннюю

V. По степени тяжести выделяют:

1. Пневмонию нетяжелого течения
2. Пневмонию тяжелого течения
3. Пневмонию крайне тяжелого течения

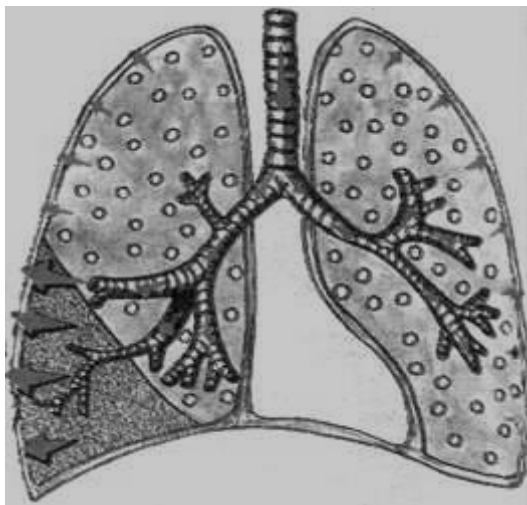
Учитывается температура тела S^0 , ЧДД, АД, интоксикация, цианоз, наличие и характер осложнений, показатели общего анализа крови (лейкоцитоз, СОЭ), биохимия крови (СРБ, фибриноген), переносимость и эффективность лечения.

В настоящее время общепринята следующая классификация пневмоний:

1. *Внебольничные пневмонии.* К ним относятся как типичные, так и атипичные пневмонии (хламидийная, микоплазменная, легионелёзная).
2. *Внутрибольничные пневмонии* (госпитальные, нозокомиальные)
Пневмонии, которые возникают через 2-е и более суток пребывания в стационаре при отсутствии клинико-рентгенологических признаков поражения лёгких при госпитализации.
3. *Аспирационные пневмонии.* Возникают у больных при алкогольном опьянении, при нарушении глотания, остром нарушении мозгового кровообращения, эпилепсии, коматозном состоянии.
4. *Пневмонии у лиц с иммунодефицитом.* Наиболее характерны для лиц страдающих алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ - инфицированных, больных с различными опухолевыми

заболеваниями, получающими химиотерапию, иммунодепрессивную терапию.

КРУПОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ (*pneumonia cruposa*)



В литературе часто используются синонимы этой формы пневмонии:

1) альвеолярная (отмечается преимущественно поражение альвеолярной ткани)

2) фибринозная (отмечается высокое содержание фибрина в экссудате, в связи с резким нарушением проницаемости сосудов)

3) долевая, сегментарная

(воспалительный процесс охватывает сегмент, либо целую долю легкого)

4) плевропневмония (почти всегда в процесс воспаления вовлекается плевра)

5) пневмококковая (чаще всего вызывается пневмококками преимущественно I и III типа)

Обычно крупозной пневмонией заболевают люди, ослабленные тяжёлыми заболеваниями сердца, почек, желудочно-кишечного тракта, перенесенными операциями, травмами.

Предрасполагающими к развитию заболевания факторами являются изменения местного и общего иммунитета, переохлаждения, нарушения мукоцилиарного клиренса, недостаточная фагоцитарная

активность альвеолярных макрофагов, нейтрофилов, раздражения дыхательных путей пылью, газами.

Патоморфологически выделяют 3 стадии в течении крупозной пневмонии:

1. Стадия прилива. Характеризуется резким полнокровием легочной ткани, в альвеолах воспалительной доли лёгкого размножаются микробы. Процесс распространяется путём растекания, постепенно увеличивая площадь поражения лёгких. Лёгочная ткань уплотнена, но ещё содержит некоторое количество воздуха. Эта стадия продолжается от 12 часов до 3-х суток.

2. Стадия гепатизации или опеченения. В эту стадию фибриноген в альвеолах свёртывается, и участок лёгкого превращается в плотную, безвоздушную ткань, несколько напоминающую по структуре печень. Выделяют стадию красного опеченения, когда в воспалительном экссудате кроме фибрина обнаруживается большое количество эритроцитов, и стадию серого опеченения, при которой наблюдается распад эритроцитов и выход в альвеолы большого количества лейкоцитов.

Продолжительность стадии красного опеченения 1-3 суток, серого опеченения 2-6 суток.

3. Стадия разрешения пневмонии. В эту стадию содержимое альвеол становится жидким, всасывается лимфатической системой и выделяется через бронхи с мокротой. Происходит восстановление нормальной структуры лёгочной ткани. Лёгочная ткань уплотнена, но уже содержит некоторое количество воздуха. Продолжительность этой стадии различная.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

В течение крупозной пневмонии выделяют три стадии:

- 1) стадия начала болезни;
- 2) стадия разгара болезни;
- 3) стадия разрешения болезни.

Стадия начала болезни

Заболевание начинается внезапно, среди полного здоровья и проявляется гиперергической реакцией макроорганизма на возбудителя.

Жалобы: на повышение температуры тела от субфебрильной до чрезмерно высокой, боль в грудной клетке, кашель сухой, либо с отделением «ржавой мокроты». Кроме этого больной может предъявлять жалобы, связанные с синдромом интоксикации: головную боль, головокружение, сердцебиение, общую утомляемость, слабость, снижение работоспособности, плохой аппетит.

Патоморфология: лёгочная ткань уплотнена, но ещё содержит некоторое количество воздуха.

Данные физикального обследования больного

Общий осмотр: румянец на щеках, более выраженный на стороне поражения, акроцианоз области носогубного треугольника, герпетические высыпания на крыльях носа, губах, блеск глаз, кожные покровы влажные, гиперемированные.

Осмотр грудной клетки: некоторое отставание “больной” половины грудной клетки при дыхании, тахипноэ.

Пальпация: болезненность в поражённой половине грудной клетки (т.к. в процесс вовлекается плевра), голосовое дрожание несколько усилено (т.к. лёгочная ткань уплотнена, но ещё содержит небольшое количество воздуха).

Перкуссия: притупление перкуторного звука (из-за уплотнения лёгочной ткани) с тимпаническим оттенком (из-за содержания воздуха в альвеолах).

Аускультация: над зоной воспаления выслушивается ослабленное везикулярное дыхание с бронхиальным оттенком (уплотнение ткани лёгкого), начальная крепитация (crepitatione indurata), возможен шум трения плевры.

Бронхофония несколько усилена.

Данные лабораторно - инструментальных методов исследования

Исследование крови: умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (вплоть до юных форм и даже миелоцитов), анэозинофилия, ускоренная СОЭ.

Исследование мокроты: мокрота слизисто-гнойная, «ржавая», содержит много лейкоцитов, изменённых эритроцитов.

Рентгенография лёгких: усиление лёгочного рисунка.

Стадия разгара болезни

Патоморфология: лёгочная ткань плотная, безвоздушная.

Жалобы: боль в грудной клетке, кашель с отделением слизисто-гношной, «ржавой» мокроты, одышку, повышение температуры тела, нарастают симптомы интоксикации, появляются либо нарастают явления легочно-сердечной недостаточности.

Общий осмотр: сохраняется гиперемия лица на стороне поражения, акроцианоз области носогубного треугольника, герпетические высыпания на губах, крыльях носа.

Осмотр грудной клетки: отставание при дыхании соответствующей половины грудной клетки, тахипноэ.

Пальпация: болезненность в поражённой половине грудной клетки, голосовое дрожание значительно усилено (плотная лёгочная ткань лучше проводит голосовое дрожание на поверхность грудной клетки).

Перкуссия: перкуторный звук тупой (лёгочная ткань плотная, безвоздушная).

Аускультация: выслушивается бронхиальное дыхание, исчезает крепитация (альвеолы полностью заполнены воспалительным экссудатом), сохраняется шум трения плевры.

Бронхофония значительно усилена.

Данные лабораторно - инструментальных методов исследования

Исследование крови: выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, ускоренная СОЭ.

Исследование мокроты: мокрота слизисто-гношная, «ржавая», содержит много лейкоцитов, разрушенных эритроцитов.

Рентгенография лёгких: гомогенное затемнение лёгочной ткани, охватывающее сегмент или долю лёгкого.

Стадия разрешения пневмонии

Жалобы: меньше беспокоит боль в грудной клетке, кашель с мокротой, нормализуется температура тела, исчезают симптомы интоксикации.

Патоморфология: экссудат постепенно рассасывается, в альвеолы вновь начинает поступать воздух. Лёгочная ткань уплотнена, но уже содержит некоторое количество воздуха.

Данные физикального обследования больного

Общий осмотр: акроцианоз области носогубного треугольника, кожные покровы повышенной влажности.

Осмотр грудной клетки: некоторое отставание поражённой половины грудной клетки при дыхании.

Пальпация: голосовое дрожание несколько усилено (лёгочная ткань уплотнена, но уже содержит небольшое количество воздуха).

Перкуссия: притупление перкуторного звука, часто с тимпаническим оттенком.

Аускультация: над зоной воспаления выслушивается ослабленное везикулярное дыхание с бронхиальным оттенком, крепитация разрешения (*crepitatio redux*), возможен шум трения плевры.

Бронхофония несколько усилена.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследования

Исследование крови: лейкоциты, СОЭ могут быть в пределах нормы.

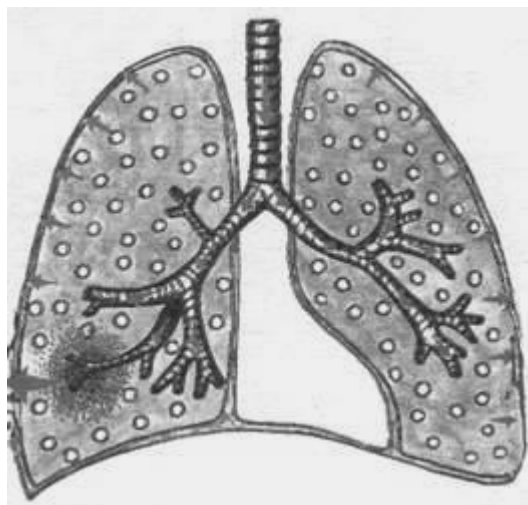
Исследование мокроты: мокрота слизистая, содержит большое количество макрофагов, детрит, представленный разрушенными лейкоцитами.

Рентгенография лёгких: рассасывание зоны инфильтрации с постепенным восстановлением прозрачности лёгочной ткани.

ОЧАГОВАЯ ПНЕВМОНИЯ (*pneumonia fokalis*)

Эта форма пневмонии, как и крупозная имеет ряд синонимов:

- 1) бронхопневмония (чаще всего воспалительный процесс переходит со слизистой оболочки бронхов).
- 2) дольковая (процесс воспаления охватывает одну, либо несколько долек);
- 3) катаральная (с учётом экссудата)



Патоморфология: очаги воспаления различной величины, иногда сливающиеся друг с другом и захватывающие большую часть доли. Экссудат содержит большое количество лейкоцитов и склонен к организации, приводящей к облитерации бронхиол и запустеванию соответствующих участков лёгких. Лёгочная ткань уплотнена, но содержит некоторое количество воздуха.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ

- 1) *мелкоочаговая, очаговая* (воспалительный процесс занимает не более одного сегмента лёгочной ткани)
- 2) *крупноочаговая* (воспалительный процесс занимает 1\2 долю лёгкого)
- 3) *сливная* (воспалительный процесс занимает более половины доли лёгкого).

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ПНЕВМОНИИ

Если для крупозной пневмонии характерна гиперергическая реакция макроорганизма на возбудителя, то для очаговой пневмонии – это гипо - или нормергическая реакция организма на возбудителя.

Начало заболевания постепенное, на фоне ухудшения дренажной функции бронхов при простудных заболеваниях и снижении общей сопротивляемости организма инфекции. В отличие от крупозной, для очаговой пневмонии не характерна стадийность течения заболевания.

Клиника очаговой пневмонии зависит от возраста, сопутствующих заболеваний больного, от возбудителя и от распространённости воспалительного процесса в лёгочной ткани.

Жалобы: на кашель со слизистой, слизисто-гнойной мокротой, повышение температуры тела до субфебрильной или умеренно высокой, умеренную одышку, при поверхностно расположенном крупном очаге боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле, глубоком дыхании. Высокая температура тела, синдром интоксикации могут быть при крупноочаговой и сливной пневмонии.

Данные физикального обследования больного

При глубоком расположении очага воспаления и его небольших размерах данные объективного исследования больного не отличаются от таковых при остром бронхите.

Общий осмотр: нет изменений

Осмотр грудной клетки: некоторое отставание поражённой половины грудной клетки при дыхании будет наблюдаться при сливной и крупноочаговой пневмонии

Пальпация: грудная клетка чаще безболезненная, эластичная, голосовое дрожание при крупноочаговой пневмонии усилено.

Перкуссия: притупление перкуторного звука при крупном пневмоническом очаге.

Аускультация: жёсткое или бронховезикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые звучные или сухие хрипы, локализованные на определённом участке, бронхофония несколько усилена.

При сливной пневмонии дыхание бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы или крепитация, бронхофония усилена.

Данные лабораторно - инструментальных методов исследования

Рентгенография лёгких: очаги воспалительной инфильтрации лёгочной ткани чередуются с участками нормальной ткани лёгкого, возможно усиление лёгочного рисунка в поражённом воспалением сегменте. Рентгенологические признаки очаговой пневмонии отсутствуют.

Исследование крови: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Исследование мокроты: мокрота слизистая, слизисто-гнойная, содержит небольшое количество лейкоцитов, клеток цилиндрического эпителия.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ

1. Сердечно-сосудистая система: острая левожелудочковая недостаточность, коллапс, миокардит, бактериальный эндокардит, перикардит, отёк лёгких, острое лёгочное сердце

2. Система органов дыхания: острая дыхательная недостаточность, пневмосклероз, метапневмонический, парапневмонический плеврит, абсцесс лёгкого, эмпиема плевры, ателектаз лёгкого
3. Нервная система – острый психоз, менингит, энцефалит.
4. Другие органы и системы – инфекционно-токсический шок, инфекционно-токсическая почка, сепсис, ДВС-синдром, синусит, отит и др.

Перечисленные выше осложнения наиболее характерны для крупозной пневмонии, менее для очаговой. В то же время при очаговой пневмонии чаще формируется затяжное течение заболевания.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ

1. Режим постельный, диета молочно-растительная, обильное питьё при отсутствии явлений сердечной недостаточности (отвар шиповника, чай с малиной, фруктовые соки, настой или отвар липы).
2. Антибактериальная терапия. Выбор антибактериального препарата, доза, кратность, способ и продолжительность введения зависят от вида возбудителя, тяжести течения пневмонии, возраста больного. Оптимально выбор проводится в соответствии с результатами исследования чувствительности микрофлоры мокроты к антибактериальным препаратам.
3. Дезинтоксикационная терапия (5% глюкоза, реамберин, реополиглюкин, физиологический раствор хлорида натрия)
4. Противовоспалительная терапия (аспирин, нимесулид)
5. Бронхорасширяющие, отхаркивающие препараты при необходимости (беродуал, атровент, бромгексин, лазолван, флуимуцил)
6. Сердечно-сосудистые средства при тяжёлой пневмонии и у лиц пожилого и старческого возраста
7. Иммуностимуляторы и адаптогены (бронхомунал)

Плевриты

Плеврит (pleuritis; Плевра +-itis) - это воспаление плевры, сопровождающееся образованием экссудата различного характера в плевральной полости. Как правило, плеврит не является самостоятельной нозологической формой, а осложняет течение патологических процессов в области легких, грудной стенки, диафрагмы, органов средостения и поддиафрагмального пространства или представляет собой проявление некоторых системных заболеваний.

Классификация. По этиологии различают инфекционные и асептические плевриты. Инфекционные плевриты подразделяют в зависимости от вида вызвавших их возбудителей (например, стафилококковый, пневмококковый, туберкулезный), асептические — в зависимости от характера основного заболевания, проявлением или осложнением которого они являются (например, ревматический, карциноматозный). По течению выделяют острые, подострые и хронические плевриты, по распространенности — диффузные (жидкость свободно растекается в плевральной полости) и осумкованные (жидкость скапливается в ограниченном участке плевральной полости, что обусловлено анатомическими особенностями или наличием плевральных спаек). Осумкованные плевриты в зависимости от локализации экссудата делят на верхушечные (апикальные), пристеночные (паракостальные), диафрагмальные (базальные), медиастинальные, междолевые (интерлобарные).

По характеру экссудата плевриты могут быть фибринозными, серозными, серозно-фибринозными, гнойными, гнилостными, геморрагическими и хилезными. В клинической практике фибринозный плеврит, характеризующийся образованием фибринозного налета на поверхности плевры, называют сухим, а остальные виды плевритов, при которых в плевральной полости скапливается экссудат в виде свободной жидкости, — выпотными, или экссудативными. По особенностям клеточного состава лейкоцитов в плевральной жидкости серозные плевриты

подразделяют на лимфоцитарные, нейтрофильные и эозинофильные.

Причины

Заболевание возникает в результате образования фиброзного налета на поверхности плевры (сухой плеврит) или выпота внутри нее (экссудативный плеврит). Причины возникновения плеврита:

грибковые инфекции (кандидоз);

бактериальные инфекции (пневмококки, стафилококки);

вирусные инфекции;

бруцеллез, сифилис, тиф;

поражения соединительной ткани (ревматизм, васкулит, красная волчанка);

травмы грудной клетки;

операции на грудной клетке;

злокачественные образования (рак молочной железы, легкого).

Плевриты у детей чаще всего возникают в результате осложнения пневмонии.

Симптомы

Характерная для плеврита клиническая картина симптомов:

колющие боли в грудной клетке, усиливающиеся в момент движения, чихания, кашля;

приступы сухого кашля;

отхаркивание кровью (при наличии рака легкого);

тяжесть в боку;

появление одышки;

повышенная потливость;

снижение аппетита;

озноб;

учащение дыхания;

тахикардия.

Диагностика

Чтобы определить, как лечить плеврит, врач-пульмонолог может назначить проведение ряда анализов и исследований:

общий анализ крови;

рентгенография органов грудной полости;

компьютерная томография легких;
магнитно-резонансная томография легких;
ультразвуковое исследование плевральной полости;
плевральная пункция с последующими исследованиями
полученной жидкости – общий анализ и бактериологическое
исследование;
биопсия плевры.

Лечение

Лечение плеврита включает в себя:
антибиотики;
нестероидные противовоспалительные препараты;
глюкокортикостероиды;
дренирование выпота (при экссудативном плеврите);
декортикация легкого;
тугая повязка на грудную клетку;
дыхательные упражнения.

Осложнения

дыхательная недостаточность;
сердечная недостаточность;
образование плевральных спаек;
плевросклероз.

Группы риска

люди, имеющие заболевания легких;
люди, страдающие сахарным диабетом;
люди с ВИЧ-инфекцией;
люди, перенесшие пересадку внутренних органов.

Профилактика:

своевременно лечить заболевания легких;
ограничить потребление соли;
повышать защитные свойства организма (закаливание, физические
упражнения);
ограничить контакты с вредными газами, пылью, химическими
веществами.

4. Практическая часть

Задание 1. Курация больных терапевтического отделения.

Задание 2. Написание кураторских листов.

Задание 3. Чтение и трактовка результатов лабораторно-инструментальных исследований.

4. Вопросы для собеседования

1. Дайте определение острой пневмонии.
2. Какие классификации пневмоний вы знаете?
3. Назовите все синонимы крупозной пневмонии и дайте им объяснения?
4. Сколько стадий с учётом патоморфологии выделяют в течении крупозной пневмонии?
5. Назовите предрасполагающие факторы в развитии пневмоний.
6. Какие жалобы предъявляет больной с крупозной пневмонией в стадию начала заболевания?
7. Что можно обнаружить при общем осмотре у больного с крупозной пневмонией?
8. Назовите отличительные особенности пальпации, перкуссии в I, III и во II стадию крупозной пневмонии.
9. Назовите главный аускультативный признак пневмонии и дайте ему объяснение.
10. Какая мокрота наиболее характерна для крупозной пневмонии и почему?
11. Как будет изменяться общий анализ крови у больных с крупозной пневмонией?
12. Какая рентгенологическая картина характерна для I и III стадии крупозной пневмонии?
13. Перечислите синонимы очаговой пневмонии.
14. Какую классификацию очаговой пневмонии вы знаете?
15. Каковы клинические проявления очаговой пневмонии?
16. Какие осложнения наиболее характерны для пневмоний?
17. Назовите отличительные особенности течения крупозной и очаговой пневмоний.
18. Перечислите основные принципы лечения пневмоний.

6. Тестовые задания

1. Какой перкуторный звук появляется при начальной стадии воспаления?
 - А) Абсолютно тупой (бедренный)
 - Б) Ясный легочной
 - В) Тимпанический
 - Г) Притупление с тимпаническим оттенком
 - Д) Коробочный
2. Укажите основной рентгенологический признак крупозной пневмонии:
 - А) Гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту
 - Б) Очаговые тени
 - В) Диффузное увеличение прозрачности
 - Г) Округлая тень с горизонтальным уровнем
3. Какое состояние не может быть осложнением крупозной пневмонии:
 - А) Респираторный дистресс-синдром взрослых
 - Б) ТЭЛА
 - В) Абсцесс
 - Г) Инфекционно-токсический шок
4. Крупозную пневмонию чаще всего вызывают:
 - А) Микоплазмы
 - Б) Хламидии
 - В) Сальмонеллы
 - Г) Пневмококки
 - Д) Синегнойная палочка
5. В какую стадию крупозной пневмонию не выслушивается крепитация:

- А) В стадию прилива
- Б) В стадию красного опеченения
- В) В стадию разрешения
- Г) В стадию начала заболевания

6. Острым деструктивным процессам в легких является:

- А) Гнойный бронхит
- Б) Менингит
- В) Абсцесс
- Г) Пневмоторакс
- Д) Инфаркт

7. Укажите синонимы плевропневмонии:

- А) Лобулярная пневмония
- Б) Бронхопневмония
- В) Крупозная пневмония
- Г) Дольковая пневмония
- Д) Межуточная пневмония

8. Для пневмонии в отличие от застойных явлений в легких характерны следующие признаки кроме:

- А) Боль при дыхании в грудной клетке
- Б) Звучная крепитация
- В) Шум трения плевры
- Г) Тупой перкуторный звук соответственно доле или сегменту
- Д) Незвучная крепитация в нижнезадних отделах

9. Пневмония – острое:

- А) Воспаление бронхиол
- Б) Воспаление соединительной ткани легких
- В) Эксудативное воспаление легочной паренхимы
- Г) Спадение доли легкого вследствие компрессии жидкостью
- Д) Воспаление листков плевры

10. Какой основной дыхательный шум наиболее часто выслушивается при долевым воспалительном уплотнении в стадию опеченения?
- А) Ослабленное везикулярное дыхание
 - Б) Амфорическое дыхание
 - В) Бронхиальное дыхание
 - Г) Жесткое дыхание
 - Д) Смешанное бронховезикулярное дыхание
11. Укажите, что наиболее характерно для долевого пневмонии?
- А) Острое начало заболевания с ознобом, повышением температуры тела
 - Б) Плевральные боли
 - В) Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
 - Г) Отсутствие дыхательных шумов
 - Д) Крепитация
12. Укажите признак, не соответствующий крупозной пневмонии в фазе опеченения:
- А) отстаивание одной половины грудной клетки при дыхании
 - Б) крепитация
 - В) притупление соответственно доле
 - Г) усиленная бронхофония
 - Д) бронхиальное дыхание в зоне притупления
13. При пневмонии поражается все перечисленное, кроме:
- А) Крупных бронхов
 - Б) Дыхательных бронхиол
 - В) Альвеол
 - Г) Интерстиция легких
14. Кто чаще всего страдает нозокомиальной пневмонией?

- А) Пациенты, страдающие бронхиальной астмой
- Б) Пациенты, находящиеся в отделении реанимации на искусственной вентиляции легких
- В) Пациенты, перенесшие острую респираторную вирусную инфекцию
- Г) Пациенты молодого возраста курильщики

15. В какую стадию крупозной пневмонии выслушивается крепитация:

- А) В стадию начала заболевания и в стадию разрешения
- Б) В стадию разгара заболевания
- В) Только в стадию опеченения
- Г) В стадию формирования абсцесса легкого

Ответы на тестовые задания:

- 1-Г
- 2-А
- 3-Б
- 4-Г
- 5-Б
- 6-В
- 7-В
- 8-Д
- 9-В
- 10-В
- 11-Д
- 12-Б
- 13-А
- 14-Б
- 15-А

8. Рекомендуемая литература:

Основная

1. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Текст] : учеб. для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 848с.

2. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб. для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 848с.- Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421321.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>

3. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб. для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 848с.- Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>

Дополнительная

1. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : учеб. пособие / А.В. Струтынский [и др.]. - 8-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с.

2. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шулина. – М.: МИА, 2006. – 256 с.

8.2. Электронные образовательные ресурсы (базы данных, справочные и поисковые системы, Интернет ресурсы).

- поиск в Интернете по ключевым словам, поисковые системы Яндекс, Поиск Mail.ru, Спутник, Нигма, Рамблер и др.