**ФЕДЕРАЛЬНОЕ Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшеГО образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

УТВЕРЖДАЮ

зав.каф.поликлинической

терапии с курсом ИДПО

 д.м.н., профессор Волевач Л.В.

«30» ноября 2016 г.

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: лечебное дело

Очно-заочное отделение

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­2 Курс: 6

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕНА ТЕМУ:**

**«Бронхиальная астма в практике терапевта поликлиники»**

Методические указания

для студентов

Уфа – 2016 г.

Тема практического занятия:«Бронхиальная астма в практике терапевта поликлиники» в соответствии с ФГОС ВО (2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2016г. ректором Павловым В.Н.

Авторы: проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова, асс. Шуваева Л.Г.

Рецензенты: д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Утверждено на заседании кафедры « 30» ноября 2016 г. протокол № 4

**«Бронхиальная астма в практике терапевта поликлиники»**

**1.Тема и ее актуальность.** Неуклонный рост заболеваемости, инвалидности и смертности при бронхиальной астме (БА) обуславливают актуальность ранней диагностики, врачебно-трудовой экспертизы, первичной, вторичной и третичной профилактики при данной патологии.

В современных условиях увеличивается число факторов риска нарушения функции внешнего дыхания, определяющих клинический и трудовой прогноз, тактику лечебно- профилактических мероприятий у больных с предастмой и бронхиальной астмой в условиях поликлиники. Опыт отечественной и зарубежной медицины убедительно показывает клинико-экономическую эффективность образовательных программ в профилактике заболевания, ее прогрессирования и развития осложнений. Международный консенсус по диагностике и ведению больных бронхиальной астмы позволяет улучшить раннюю диагностику, выбрать оптимальные дозы базисной и поддерживающей, симптоматической терапии, рационально сотрудничать медперсоналу с пациентами, обучить приемам самоконтроля за течением заболевания и улучшить качество жизни.

**2. Цель занятия**: овладение навыками выявления факторов риска, диагностики, экспертизы трудоспособности, реабилитации больных хроническим бронхитом в условиях поликлиники, использования санаторно-курортного лечения, умения проводить первичную и вторичную профилактику, разработать программу занятий астма-школы.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен уметь:**

**-**собрать анамнез, выявить факторы риска,

-обследовать пациента по органам и системам,

-назначить необходимый объем исследований,

-оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных исследований,

-сформулировать диагноз в соответствии с современными классификациями,

-назначить комплексное лечение,

-выявить критерии нетрудоспособности,

-определить тактику ведения больного (госпитализация, стационар на дому, дневной стационар, санаторно-курортное лечение),

-назначить первичные и вторичные профилактические мероприятия.

-составить тематику занятий с пациентами в астма-школе.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен знать:**

-анатомо-физиологические особенности бронхолегочной системы в возрастном аспекте,

-методику исследования органов дыхания,

-интерпретацию показателей внешнего дыхания (ФВД), рентгенограммы, электрокардиограммы, анализов крови, мокроты, мочи,

-современные классификации ХБ,

-принципы врачебно-трудовой экспертизы,

-принципы реабилитации больных,

- принципы этиотропной, патогенетической, бронхолитической, немедикаментозной терапии при хроническом бронхите,

- образовательные программы и обучающие пульмо-школы для пациентов.

**Для формирования профессиональных компетенций студент должен владеть:**

- методами общеклинического обследования**,**

- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,

- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза,

- основами ведения медицинской документации,

- основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

**3. Необходимые базисные знания и умения:**

1. этиологические факторы БА;
2. основные механизмы патогенеза БА;
3. классификация БА;
4. клинические проявления различных форм БА;
5. лабораторно-инструментальные исследования;
6. принципы реабилитации при БА;

4. **Вид занятия**: практическое занятие

5. **Продолжительность:** 6 академических часов

6. **Оснащение**: таблицы, пневмотахометр, схемы, набор спирограмм, ЭКГ, рентгенограммы, анализы крови и мокроты, медицинские карты амбулаторных больных и др.

7. **Содержание занятия**.

7.1 Тестовый контроль исходного уровня знаний:

Задание для самоконтроля

Задание (тесты) 1

Задание (тесты) 2

Задание (тесты) 3

Типовые задачи.

7.2. Разбор с преподавателем узловых вопросов, необходимых для освоения темы занятия.

7.3. Демонстрация преподавателем методики практических приёмов по данной теме.

7.4. Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя

7.5. Контроль конечного уровня усвоения темы.

**Тесты контроля исходного уровня знаний**

**выберите один или несколько вариантов ответа**

1. Какой показатель характеризует бронхиальную обструкцию:  
1. диффузионная способность по СО;

2. остаточный объем

3. максимальная вентиляция легких (МВЛ)

4. проба Тиффно

5. ЖЕЛ

2. При астматическом статусе 1 стадии проводится лечение, кроме:  
1. эуфиллина

2. ингаляционные стероиды

3. преднизолон или гидрокортизон внутривенно

4. коррекция ацидоза

3. Какое из перечисленных веществ является потенциальным фактором риска при раз­витии бронхиальной астмы:

1. пыль хрома

2. пыль диоксида кремния

3. пыль графита

4. домашняя пыль

4. Какую коррекцию следует провести у больного БА, получающего 20 мг преднизолона при отсутствии приступов удушья при появлении болей в эпигастрия, изжоги, кислой отрыжки:

1. срочно отменить преднизолон

2. вдвое уменьшить суточную дозу преднизолона

3. назначить М-холинолитики, антациды,

4. заменять преднизолон бекотидом

5. назначить предннзолон парентерально

5. В происхождении приступов БА могут иметь значение факторы, кроме:  
1. аллергия немедленного типа

2. активация адренэргических рецепторов

3. физическое усилие

4. прием медикаментов

5. химические раздражающие вещества

6. 62-летний больной БА отмечает боли за грудиной стенокардитического характера и перебои в работе сердца. Какой нз препаратов противопоказан:

1. кетотифен

2. обзидан

3. нитросорбит

4. сустак

5. изоптнн

7. У больного БА в сочетании с ГБ какой препарат предпочтительнее для коррекции артериальной гипертензии:

1. тразикор

2. коринфар

3. раунатин

4. каптоприл

8. Какие из перечисленных показателей преимущественно снижаются при БА:

1. форсированная ЖЕЛ

2. максимальная вентиляция легких

3. мощность вдоха

4. мощность выдоха

9. Для каких заболеваний характерен обратимый характер синдрома бронхиальной обструкции:

1. хронический обструктивный бронхит

2. бронхиальная астма

3. сердечнвя астма

4. обструктивная эмфизема легких

10. Какие противовоспалительные препараты являются основными для лечения бронхиальной астмы:

1. антибиотики

2. глюкокортикостероиды

3. недокромил натрия

4. теофиллин

**Типовая задача.**

1. Больной 30 лет, рабочий, предъявляет жалобы на приступы затрудненного дыхания,  
 преимущественно выдоха до 3 раз в неделю, редкие ночные приступы, купирует при-  
ступы удушья ингаляциями беротека по 2 вдоха 3 раза вдень. Последние 3 дня отмеча­ет ухудшение состояния: слабость, потливость, надсадный кашель без мокроты, за­трудненный выдох в ночные часы.

В анамнезе частые ОРЗ, хронический гайморит, непереносимость цитрусовых. Брон­хиальная астма установлена 3 года назад после стационарного лечения. Объективно; пониженного питания, кожные покровы влажные; Над легкими коробочный звук, при | выслушивании - разнокалиберные, различной звучности сухие и влажные хрипы, выдох удлинен. Тоны сердца приглушены, акцент П тона над легочной артерией, пульс 1 удовлетворительных свойств, 86 в минуту. АД 130/90 мм рт ст, Живот мягкий, безбо­лезненный. Пневмотахометрия выдох/вдох < 1. В анализе крови умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, ускорение СОЭ.

1 .Оформить диагноз.

2. Назначить необходимые исследования.

3.Оказать неотложную помощь.

**УИРС по данной теме**:

1.Скрининговые методы выявления факторов риска бронхиальной астмы

2.Критерии временной и стойкой утраты трудоспособности.

3. Принципы первичной, вторичной профилактики БА

4.Современные принципы ведения больных бронхиальной астмой.

5.Немедикаментозные методы реабилитации при бронхиальной астме.

6. Санаторно-курортное лечение больных БА.

7.Организация работы астма-школы в поликлинике.

**Тестовый контроль конечного уровня знаний**

**Выберите дин или несколько вариантов ответа**

1. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

1. сахарного диабета

2. пневмонии

3. бронхиальной астмы

4. легочного протеиноза

5. туберкулеза

2. ОБРАТИМОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ;

1. результатами спирографии с применением бета 2-адреностимуляторов н холинолитиков,

2. устранением признаков обострения заболевания,

3. приростом ОФВ1более 15% после ингаляции бронхолитика

З. НАИБОЛЕЕ УДОБНЫМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ МЕТОДОМ ВВЕДЕНИЯ БРОНХОДИЛАТИРУЮЩИХ СРЕДСТВ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ПОДОБРАТЬ ОПТИМАЛЬНУЮ ДОЗИРОВКУ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. парентеральный

2. пероральный

3.ингаляционный

4. ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОМ ВВЕДЕНИИ БРОНХОСПАЗМОЛИТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ БАЛЛОНЧИК ИНГАЛЯТО­РА ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ:

1. непосредственно у открытого рта больного

2. на расстоянии 3-4 см от рта больного

3. на расстоянии 10-12 см от рта больного

\_

5. СРЕДИ ХОЛИНОЛИТИКОВ ЭФФЕКТИВНЕЕ ВСЕГО УСТРАНЯЕТ БРОНХОСПАЗМ, ВОЗДЕЙСТВУЯ НА РЕЦЕПТОРЫ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА, И ВЫЗЫВАЕТ НАИМЕНЬШЕЕ ЧИСЛО ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ:

1. атропин

2. ипратропиум бромид

3. платифиллин

4. метацин

5. пропантелин бромид

6. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ КОРТИКОСТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ЯВЛЯ­ЕТСЯ:

1. тяжелое клиническое течение

2. неэффективность лечения симпатомиметиками

3. непереносимость бронхоспазмолитических средств

4. рекомендации GINA

7. НА КАКОЙ СРОК ЕДИНОЛИЧНО МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ДОКУМЕНТ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНОМУ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ:

1. до 3 дней

2. до 7 дней

3. до 10 дней

4. до 15 дней

5. до 30 дней

6. до восстановле­ния трудоспособности или направления на МСЭК

8. НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ДОКУМЕНТ О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБ­НОСТИ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ КОМИССИЯ (КЭК):   
1. до 30 дней

2. до 4 месяцев

3. до 10 месяцев

9. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ИНГАЛЯЦИЙ БЕТА -2- АДРЕНОМИМЕТИКОВ ДО 3 РАЗ В СУТКИ СЛЕДУЕТ:

1. увеличить дозу препарата и частоту ингаляций

2. заменить на пролонгированные формы

3. использовать интал в ингаляциях

4. использовать глюкокортикоиды в ингаляциях

10. БОЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ С ЧАСТЫМИ ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ ПРО­СИТ ЗАПОЛНИТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНУЮ КАРТУ В Г. СОЧИ:

1. санаторно-курортное лечение показано в летнее время

2. не показано

3. показано за исключением летнего времени

4. показано в любое время года

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

Больная С. 26 лет, учительница, вызвала врача на дом с жалобами на ощущение «стеснения в груди», затрудненное дыхание (особенно затруднен выдох), кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой. Больной себя считает около 7 лет, развитие заболевания связывает с хроническим бронхитом. Приступы удушья возникают чаше ночью, к утру. Раньше приступы удушья снимались ингаляцией беротека, в последнее время они участились, сделались более продолжительными и купируются инъекциями эуфиллина. Ухудшение состояния отмечает после перенесенной ОРВИ.

Объективно: вид больной испуганный. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание затрудненное, с участием вспомогательных мышц, сопровождается слышными на расстоянии свистящими хрипами. Число дыханий - 24-26 в минуту. Грудная клетка бочкообразной формы, над легкими перкуторно-коробочный звук. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов на фоне ослабленного дыхания. Пульс учащен, малого напряжения. АД-100/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены вправо на 1-1,5 см, тоны приглушены, тахикардия, акцент второго тона над легочной артерией. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. – 3,8 · 1012/л; Нв – 132 г/л, Л. – 7,8 · 109/л; Э. – 12%, п – 4%, с. – 36%, л. – 42%, м. – 6%, СОЭ – 15 мм/час.

Мокрота слизистая, тягучего характера, при микроскопии определяется спирали Куршмана и кристаллы Шарко-Лейдена, единичные лейкоциты.

R – графия грудной клетки: повышенная прозрачность легочной ткани, усиление легочного рисунка.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз больной.
2. Назначьте лечебные средства для купирования приступа удушья.
3. Какое лечение можно рекомендовать в межприступном периоде?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Назовите нарушения функции внешнего дыхания, характерные для данного заболевания.
6. При каких заболеваниях могут развиться подобные симптомы?
7. Какие иммунологические и неиммунологические механизмы участвуют в развитии заболевании?
8. Какие осложнения могут угрожать больной?
9. Санаторно-курортное лечение.

**Задача № 2**

Больной Н., 57 лет, маляр, обратился в поликлинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой, одышку при малейшей физической нагрузке, слабость, субфебрильную температуру.

Болен много лет, часто лечится у терапевта по поводу ОРВИ, обострения хронического ринита. На протяжении последних лет отмечает ухудшение состояния: усиление кашля, слабости, понижение работоспособности, усиление одышки при небольшой физической нагрузке.

В анамнезе: длительный стаж работы, связанной с частыми переохлаждениями, вдыханием лако-красочных запахов.

Объективно: состояние больного тяжелое, диффузный цианоз лица и туловища. Грудная клетка бочкообразной формы. Число дыханий 26 в минуту. при перкуссии над легкими коробочный звук. Дыхательная подвижность нижних краев легких по средне подмышечной линии ±2см. Аускультативно – ослабленное дыхание с удлиненным выдохом, сухие свистящие и жужжащие хрипы в нижних отделах, разнокалиберные влажные хрипы. Пульс 96 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/65 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см с закругленным болезненным плотным краем. Голени пастозны.

Данные лабораторных исследований:

Анализ крови: Эр. 5,3 1012/л, Нв – 170 г/л, Цв.пок. – 1,0; Лейкоциты – 8,7 109/л, Э – 6%, П – 3%, С – 70%, Лимф. -19%, мон. – 2%, СОЭ – 28 мм час.

Анализ мочи: Уд.вес – 1020, белок – отриц.

Рентгенография грудной клетки: низкое стояние диафрагмы со значительным ограничением подвижности. на всем протяжении обоих легких значительно усилен легочный рисунок. Местами перибронхиальная инфильтрация. В 1 косом положении выступает конус легочный артерии.

Анализ мокроты: гнойная, микроскопически – большое количество лейкоцитов, слизи.

ЭКГ: Правый тип. Полувертикальная электрическая позиция сердца, амплитуда зубца Р во II, III и AVF до 2,5 мм, форма остроконечная.

1. Выделите ведущий синдром из имеющихся симптомов.
2. При каких заболеваниях могут развиваться подобные состояния?
3. Какие дополнительные обследования необходимы для дифференциальной диагностики?
4. Дайте оценку показателям лабораторно-инструментальных исследований проведенных больному.
5. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
6. Назовите основные этиологические факторы.
7. Перечислите осложнения данного заболевания.
8. Назначьте лечение.
9. Санаторно-курортное лечение.

**Задача № 3**

Больная 38 лет обратилась с жалобами на приступ удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой, ухудшение наступило после ремонта квартиры на запахи краски. С детства отмечает частые бронхиты, обострения в весенне - осенний период года. На протяжении последних 2 лет удушья с затрудненным выдохом возникают в ночное время, купируются ингаляциями сальбутамола до 4 раз в сутки. На стационарном лечении не находилась, обращалась к терапевту, который назначил ингаляции сальбутамола.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура – 37,60. Больная пониженного питания, кожные покровы бледные, влажные. Лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка обычной формы, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД – 20 в минуту. При перкуссии над легкими коробочный звук, при аускультации выслушивается жесткое дыхание с удлиненным выдохом, множественные сухие дискантовые хрипы. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Пульс – 90 в минуту. АД – 140/90 мм рт.ст. Язык умеренно обложен налетом, больше справа. Живот несколько напряжен, умеренная болезненность в правом подреберье.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Отмечается гипертонус и умеренная болезненность паравертебральных точек шейного и грудного отделов позвоночника справа.

Стул и диурез не нарушены.

Функция внешнего дыхания: ОВФ1 – 65%Д, ЖЕЛ -71%Д, МВЛ – 58%Д

1. Перечислите признаки бронхиальной обструкции у больной
2. Какая форма бронхиальной астмы у больной, определите степень тяжести заболевания, сформулируйте диагноз
3. Как объяснить подъем АД во время приступа удушья?
4. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза и установления степени функциональных нарушений?
5. Определить трудоспособность больной.
6. Назначить лечение: а) медикаментозное, б) немедикаментозное, в) санаторно-курортное лечение.

**Задача № 4**

Больной 43 лет, повар, курит с 14 лет. Обратился в поликлинику с жалобами на температуру 37,6 0 Ухудшение состояния после переохлаждения.

В течение 4 лет беспокоит надсадный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты, не приносящий облегчения, отдышка при нагрузке. Перенесенные заболевания: хронический бронхит, хронический панкреатит, остеохондроз позвоночника. Аллергию отрицает.

При объективно обследовании состояние средней тяжести. Питания повышенного, вес 92 кг, рост 176 см. кожные покровы обычной окраски, влажные. Лимфатические узлы пальпируются в подмышечной области справа, мягкие эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающей тканью. При осмотре грудная клетка бочкообразной формы, надключичные пространства выбухают. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. Перкуторно над легкими определяется коробочный звук. Дыхание жесткое с удлиненным выдохом, в боковых отделах дискантовые хрипы, усиливающиеся при форсированном выдохе. Пульсация в эпигастрии. Границы сердца: правая по правому краю грудины, левая на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. Пульс 96 в минуту, напряженный. АД 160/90 мм рт.ст. язык влажный обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах за счет подкожного слоя жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Выявляется умеренная болезненность паравертебральных точек в нижнегрудных и поясничной областях. Стул, диурез не нарушены.

При функциональном исследовании ФВД выявлено снижение ОФВ1, МОС75, МОС50, МОС25. Анализ крови: лейкоциты – 9х109/л, Нв - 110г/л, СОЭ - 20 мм/час.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.
2. Интерпретируйте показатели ФВД.
3. Назначьте необходимые исследования для подтверждения диагноза и установления степени функциональных нарушений со стороны органов дыхания и сердца.
4. Проведите экспертизу трудоспособности, определите вид нетрудоспособности, ориентировочные сроки нетрудоспособности, проведите рациональное трудоустройство.
5. Определите тактику лечения, показания для госпитализации
6. Назначить комплексное лечение: медикаментозное, диетотерапия, ЛФК, фитотерапия.

**Задача № 5**

Больной 38 лет, водитель дальних перевозок, обратился в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, потливость, кашель с отделением гнойной мокроты, одышку при ходьбе.

В течение 4 лет отмечает кашель и его усиление в осенне-зимний период с отделение слизисто-гнойной мокроты, субфебрилитет. В анамнезе частые обострения бронхита, получал стационарное лечение 2 года назад, выписан с улучшениями. Курит 20 лет, последние 3 месяца пытается бросить курить. Отмечает аллергию к тетрациклину, пенициллину.

При объективном исследовании состояние средней тяжести. Температура 37,40. Питания повышенного, вес 96 кг, рост 172 см. Кожные покровы с цианотичным оттенком, кисти рук теплые. При осмотре грудная клетка бочкообразной формы, межреберные промежутки расширены, ограничение подвижности нижних краев легких. При пальпации голосовое дрожание ослаблено, при перкуссии над легкими – коробочный звук. Выслушивается жесткое дыхание с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. Границы сердца расширены вправо. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс 94 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Язык обложен у корня налетом, живот мягкий, умеренная болезненность в правом подреберье, печень выступает на 2 см ниже реберной дуги.

Показатели функции внешнего дыхания: мощность выдоха 2,6 л/сек, мощность вдоха 3,1 л/сек, ОФВ1- 62% от должных величин, ЖЕЛ – 72 % от должных величин, МВЛ-58 % от должных величин. ОАК: лейкоциты – 10х109/л, Нв - 120 г/л, СОЭ - 18 мм\час.

1. Сформулируйте клинико-функциональный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза и степени функциональных нарушений.
3. Проведите экспертизу трудоспособности, сроки временной нетрудоспособности.
4. Назначить комплексное лечение: медикаментозное, немедикаментозное, санаторно-курортное лечение.
5. Определить группу диспансерного наблюдения и план лечебно-профилактических мероприятий.

**Задача № 6**

Больной 20 лет, студент, предъявляет жалобы на периодические приступы экспираторного удушья с кашлем и ощущением хрипов и свиста в груди. Болен 2 года. Приступы возникают чаще ночью и приходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Лекарства не принимал. В весеннее время с детства страдает аллергическим ринитом. Курит по 1,5 пачки в день. У матери бронхиальная астма.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной влажности. Лимфатические узлы не пальпируются. Достаточного питания: вес 76 кг, рост 181 см. При осмотре грудная клетка цилиндрической формы, межреберные промежутки равномерные. Пальпаторно: голосовое дрожание не изменено. При перкуссии над легкими – легочный звук, подвижность нижних краев легких 3-5 см. Над легкими выслушивается ославленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны сердца ритмичные, ясные, пульс 76 уд/мин, АД 116/70 мм рт.ст. Язык обложен умеренно налетом. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул, мочеиспускание не нарушены.

При рентгенологическом исследовании органов дыхания патологии не обнаружено. В анализе крови лейкоциты - 6,2x109/л, эозонофилов-6%, СОЭ - 16мм/час

1. Сформулировать диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Определить трудоспособность.
4. Выбрать тактику ведения пациента.
5. Назначить медикаментозное, немедикаментозное, санаторно-курортное лечение
6. Определить диспансерную группу наблюдения.
7. Составить план комплексных реабилитационных мероприятий.

**Задача № 7**

Больная 38 лет, библиотекарь, предъявляет жалобы на приступы удушья с затруд­ненным выдохом, кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физической нагрузке. С детства отмечает аллергию на отдельные продукты питания: апельсины, сухое молоко, шоколад. Последние 5 лет в весеннее время года в период цветения деревьев отмечает за­ложенность носа. Получала противорецидивное лечение у аллерголога. Гормональное лече­ние получала в капельнице при стационарном лечении 2 года назад, выписана с рекомендациями приема преднизолона по 5 мг 2 раза в день с постепенным снижением дозы гормона. Больная прекратила прием преднизолона самостоятельно. После относительного периода благополучия вновь ухудшилось состояние в последние 3 месяца. Вызывала на дом врача скорой помощи по поводу приступа удушья. Для купирования приступа удушья использо­вали инъекцию эуфиллина, в настоящее время больная продолжает ингаляции беротека до 3 раз в сутки.

Объективно: состояние средней тяжести. Питания достаточного. Температура тела 37,6°.Грудная клетка бочкообразной формы. Частота дыхания - 20 вминуту. Над легкими перкуторно коробочный звук. Выслушивается жесткое дыхание с удлиненным выдохом, над всей поверхностью легких сухие дискантовые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент второго тона над легочной артерией. Пульс - 90 в минуту. АД 140/90 мм.рт. ст. Язык влажный, у корня обложен налетом, живот мягкий, безболезненный. Поколачивание по по­ясничной области болезненности не вызывает. Стул, диурез не нарушены.

На обзорной рентгенограмме: повышенная прозрачность легочных полей, корни рас­ширены, тяжистые с неровными контурами. Уплощение купола диафрагмы справа.

1. Сформулировать клинико-функциональный диагноз.
2. Назначить необходимые исследования для подтверждения диагноза и установления сте­пени функциональных нарушений.
3. Определить трудоспособность, показания для госпитализации
4. Назначить медикаментозное, немедикаментозное, санаторно-курортное лечение.
5. Определить лечебную тактику.
6. Определить группу диспансерного наблюдения, составить план противорецидивного профилактического лечения.

**Задача № 8**

Больной 52 лет, грузчик, предъявляет жалобы па одышку в покое, кашель с выделением значительного количества гнойной мокроты, слабость, утомляемость. Много лет курит и кашляет с периодическими обострениями в связи с простудой. Последние 3 года отмечаeт постепенно усиливающуюся одышку, около *2* месяцев тому назад появились отеки на голенях.

Часто употребляет алкоголь.

Объективно: пониженного питания. Цианоз губ, акроцианоз, кисти теплые. На коже туловища и передней поверхности живота выраженная сеть подкожных вен. Грудная клетка бочкообразной формы, малоподвижна, при перкуссии звук с коробочным оттенком, легких опущены на 1 ребро. Дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, сухие хрипы при вы­дохе. Шейные вены в лежачем положении больного набухают. Имеется пульсация в эпигастральной области. Пульс 110 и минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Печень на 3 см ниже реберной дуги, край плотный, малоболезненный. Отечность голеней. Отмечает запоры. кал с кровью, частое мочеиспускание.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Какие исследования необходимы при подтверждении диагноза?

3. Тактика ведения больного. Определите, показания для госпитализации.

4. Провести экспертизу трудоспособности.

5.Определите показания для направления больного па МСЭК.

**Задача № 9**

Больная, 46 лет, страдает 15 лет БА, принимает преднизолон 10 мг, в течение последних 5 лет приступы учащаются, усиливаются при простудных заболеваниях. Неделю назад на фоне ОРВИ с явлениями ларинготрахеита, появились приступы удушья, купировала беротеком. Со вчерашнего дня одышка усилилась, воспользовалась ингалятором бо­лее 3 раз. Объективно: состояние тяжелое. ЧД 28 в минуту. Диффузный теплый цианоз. Положение вынужденное. Дыхание громкое, со свистом. Набухание шейных вен на выдохе. Грудная клетка в инспираторном по­ложении, участвуют вспомогательные дыхательные мышцы. Нижние гра­ницы легких: по средней подмышечной линии - IX ребро, по лопаточной -XI. Перкуторно - коробочный звук. При аускультации - резко удлинен вы­дох, выслушивается незначительное количество незвучных сухих хрипов. Тоны сердца приглушены, акцент П тона над легочной артерией. Живот безболезненный, печень выступает на 2 см ниже реберной дуги. Пастозность голеней.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. Тактика ведения больного. Определите, показания для госпитализации.

4. Провести экспертизу трудоспособности.

5.Определите показания для направления больного на МСЭК.

6. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

7. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?

***Место проведения самоподготовки***: читальный зал, тематическая учебная комната для СРС, палаты больных ДС, кабинет терапевта, кабинеты функциональной диагностики, ИРТ, фитотерапия, ЛФК

***Учебно-исследовательская работа студентов***

1. Скрининговые методы выявления факторов риска бронхиальной астмы.
2. Основные положения международного консенсуса по БА
3. Критерии временной и стойкой утраты трудоспособности.
4. Принципы первичной, вторичной профилактики БА
5. Современные принципы ведения больных бронхиальной астмой.
6. Немедикаментозные методы реабилитации при бронхиальной астме.
7. Санаторно-курортное лечение больных БА.
8. Организация работы астма-школы в поликлинике.

Ответы к тестам исходного и конечного уровней знаний

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Исходный кровень | Конечный уровень |
| №№ |
| 1 | 4 | 1.2 |
| 2 | 2 | 2. 3 |
| 3. | 1 | 3, 3 |
| 4 | 4 | 4.2 |
| 5. ■- | 4 | 5.2 |
| 6. | 2 | б. 4 |
| 7. | 2 | 7. 3 |
| 8. | 2,3,5 | 8.3 |
| 9. | 3 | 9.3,4 |
| 10. | 4 | 10.2 |

**Ответы к ситуационным задачам**

**Ответы к задаче № 1**

1. Бронхиальная астма, эндогенная (инфекционно-зависимая) форма, средней тяжести (Ш ступень), стадия обострения. Приступ удушья. Осл.: ДН II ст.
2. Бронхолитики (метилксантины, симпатомиметики)
3. Противовоспалительная базисная терапия стабилизаторами мембран тучных клеток (тайлед, интал). При неэффективности – ингаляционные глюкокортикоиды. Неспецифическая гипосенсибилизация под наблюдением аллерголога.
4. Спирография, анализ крови на выявление специфических IgE, консультации аллерголога.
5. Нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу (снижение показателей пробы Вотчала-Тиффно, уменьшение пиковой скорости выдоха при пикфлоуметрии).
6. Бронхоспастический синдром при воспалительных заболеваниях органов дыхания.
7. Реакции гиперчувствительности замедленного типа, гиперактивность бронхов, адренергический дисбаланс.
8. Астматический статус, хроническое легочное сердце.
9. Санаторно-курортное лечение в Юматово.

**Ответы к задаче № 2**

1. Бронхообструктивный синдром.
2. Бронхиальная астма, хронический гнойный обструктивный бронхит.
3. Спирография, бронхоскопия.
4. ОАК – эритроцитоз, умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. R-графия – признаки хронического бронхита, ЭКГ – картина хронического легочного сердца.
5. Хронический гнойный обструктивный бронхит с бронхоспастическим синдромом, рецидивирующее течение, фаза обострения. Осл: Эмфизема легких. Пнвмосклероз. Хроническое легочное сердце, стадия декомпенсации, ДН П, НК II
6. Курение, переохлаждение, инфекция, неблагоприятные экологические факторы.
7. Эмфизема легких, хроническое легочное сердце, бронхоэктазы.
8. Антибактериальные, бронхолитические, отхаркивающие препараты, мочегонные, ингибиторы, АПФ, антагонисты кальция, общеукрепляющие и иммунокорригирующие средства.
9. Санаторно-курортное лечение в Юматово.

**Ответы к задаче № 3**

1. Признаки бронхиальной обструкции: приступы удушья с затрудненным выходом, кашель с трудноотделяемой мокротой, при объективном исследовании – над легкими жесткое дыхание с удлиненным выдохом, множественные хрипы, снижение показателей функции внешнего дыхания: ОФВ1 – 65%, МВЛ - 58% от должных величин.
2. Бронхиальная астма 1 стадия, инфекционно-зависимый вариант, средней тяжести течения, приступный период, осложнение ДН 1ст.
3. Повышение АД у больной БА обусловлено пульмогенной гипертензией.
4. Необходимые исследования: ЭКГ, автоматическая пневмотахометрия, анализ мокроты на кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, эозинофилы, общий анализ крови с лейкоформулой, обзорная рентгенография органов дыхания.
5. Лечение состоит из а) базисной противовоспалительной терапии (интал в ингаляции или кетотифен в таблетках, при неэффективности используются ингаляции глюкокортикоидов), б) бронхорасширяющих средств (симпатомиметики, комбинированные: дитек, беродуал), в) улучшающие отхождение мокроты (мукалтин, бромгексин, бронхолитин), г) лечебная физкультура, массаж грудной клетки и спины, д) занятия в астма-школе.
6. Санаторно-курортное лечение проводится вне обострения заболевания, используется климатические, бальнеологические факторы, микроклимат солевых шахт (Юматово, Южный берег Крыма, Солотвино)

**Ответы к задаче № 4**

1. Хронический обструктивный бронхит в фазе обострения. Эмфизема легких. Осложнение: дыхательная недостаточность II степени, легочно-сердечная недостаточность 1 степени. Сопутствующее заболевание : ожирение 1 степени.
2. Признаки бронхообструкции: отек и воспаление слизистой, гиперсекреция, бронхоспазм.
3. Необходимые исследования: ОАК с лейкоцитарной формулой, общий анализ мокроты, посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, ВК, атипичные клетки. Исследования ФВД с определением односекундного объема форсированного выдоха до и после пробы с бронхолитическими средствами, ЭКГ, ФЛГ. Консультации пульмонолога, по показаниям – бронхоскопия.
4. Больной временно нетрудоспособен, сроки временной нетрудоспособности 16-19 дней. Для уточнения диагноза и проведения лечения показана госпитализация в пульмонологическое отделение.
5. Комплексное лечение складывается из рекомендаций по образу жизни, отказу от курения. Медикаментозное лечение включает бронхолитические средства (атровент, беродуал, дитек, эуфиллин), средства разжижающие и улучшающие отхождение мокроты (бромгексин, мукалтин, бисольван), иммуномодулирующие действия (рибомунал, бронховаксом, корень солодки), снижающие давление в малом круге кровообращении (эринит, нифедипин, эуфиллин). Необходимо наблюдение в III группе диспансерного учета, продолжить противорецидивное лечение бронхорасширяющими, отхаркивающими средствами, занятия в пульмо-школе, лечебная гимнастика, вибрационный массаж грудной клетки. Санаторно-курортное лечение после выздоровления на местных курортах с использование климатических, бальнеологических факторов, кумысолечение (Юматово, Зеленая роща).

**Ответы к задаче № 5**

1. ХОБЛ, средней тяжести. Хронический гнойный обструктивный бронхит, в фазе обострения. Эмфизема легких. Осложнение: дыхательная недостаточность II степени. Пульмогенная артериальная гипертензия. Легочно-сердечная недостаточность 2 степени.
2. Необходимые исследования: ОАК с лейкоцитарной формулой, общий анализ мокроты, посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, ВК, атипичные клетки. Исследования ФВД с определением односекундного объема форсированного выдоха до и после пробы с бронхолитическими средствами, ЭКГ, ФЛГ. Консультации пульмонолога, фтизиатра, по показаниям – бронхоскопия, бронхография.
3. Больной временно нетрудоспособен, сроки временной нетрудоспособности 19-24 дней. Для уточнения диагноза и проведения лечения показана госпитализация в пульмонологическое отделение.
4. Комплексное лечение складывается из рекомендаций по образу жизни, отказу от курения. Медикаментозное лечение включает антибактериальную терапию препаратами с учетом результатов окраски мокроты по Грамму и чувствительности к антибиотикам, бронхолитические средства (атровент, беродуал, дитек, эуфиллин), средства разжижающие и улучшающие отхождение мокроты (бромгексин, мукалтин, бисольван), иммуномодулирующего действия (рибомунал, бронховаксом, корень солодки), снижающие давление в малом круге кровообращении(эринит, нифедипин, эуфиллин).
5. Необходима реабилитация в III группе диспансерного наблюдения, продолжить противорецидивное лечение бронхорасширающими, отхаркивающими средствами, занятия в пульмо-школе, лечебная гимнастика, вибрационный массаж грудной клетки.
6. Санаторно-курортное лечение показано при достижении фазы ремиссии заболевания с использование климатических, бальнеологических факторов, кумысолечение (Юматово, Зеленая роща).

**Ответ к задаче № 6**

1. Бронхиальная астма 1 стадия, атонический вариант, легкое течение, фаза обострения, приступныйпериод. Осложнение: Дыхательная недостаточность 1ст.  
   Сопутствующее заболевание - аллергический ринит.
2. Необходимые исследования: OAK с лейкоцитарной формулой, анализ мокроты общий, на эозинофилы. кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. Исследование функции внешнего дыхания с фармакологическими пробами. Исследование мукоцилиарного клиренса. ФЛГ, ЭКГ. Консультация аллерголога. Аллергические пробы на домашнюю пыль, пыльцу растений.
3. Больной временно нетрудоспособен только в приступном периоде. Сроки временной нетрудоспособности 3-5 дней.
4. Необходимо наблюдение и лечение у терапевта и аллерголога. Лечение включает а) противовоспалительные средства (интал, кетотифен), б) лечение при приступе удушья - симпатомиметики в ингаляциях (беротек, сальбутамол, дитэк), в) немедикаментозное лечение складывается из санации очагов инфекции, занятий лечебной физкультурой, процедур галотерапии, физиотерапевтические методы включают ультразвуковые инга­ляции симпатомиметических средств, индуктотермию грудной клетки и надпочечников. Специфическая гипосенсибилизация осуществляется в аллергологическом кабинете под наблюдением аллерголога, в) санаторно-курортное лечение показано вне обострения за­болевания с применением климатических, бальнеологических курортных факторов, а также спелео-, кумысотерапия (Юматово, Южный берег Крыма, Зеленая Роща, Солотвино, Нахичевань).

**Ответы к задаче № 7**

1. Бронхиальная астма 1 стадия, инфекционно-зависимый вариант средней тяжести течение, гормонозависимая форма, фаза обострения, приступный период. Осложнение: Дыхатель­ная недостаточность 1ст. Сопутствующее заболевание - хронический обструктивный бронхит.

2. Необходимые исследования: OAK с лейкоцитарной формулой, анализ мокроты общий, на эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. Исследование функции внешнего дыхания с фармакологическими пробами. Исследование мукоцилиарного клиренса, ФЛГ. ЭКГ. Биохимический анализ крови (белок и фракции, СРП, сиаловые кислоты), иммуноглобулины, по показаниям - бронхоскопия.

3. Больная временно нетрудоспособна. Сроки временной нетрудоспособности 14-16 дней. Для уточнения диагноза и подбора адекватной гормональной терапии показано стацио­нарное лечение.

4. Комплексное лечение включает:

а) Противовоспалительные средства (интал, глюкокортикоиды)

б) бронхорасширяющие (беротек, эуфиллин)

в) улучшающие отхождение мокроты (бронхолитин, мукалтин, бромгексин)

Немедикаментозные методы:

а) фитотерапия (корень солодки, девясила, трава чабреца)

б) ЛФК, массаж грудной клетки

в) галотерапия

г) электрофорез грудной клетки с эуфиллином

д) диетотерапия

Санаторно-курортное лечение вне обострения заболевания с применением климатических, бальнеологических курортных факторов, а также спелео-, кумысотерапия (Юматово, Юж­ный берег Крыма, Зеленая Роща, Солотвино, Нахичевань)

5.Диспансерное наблюдение в Д III группе

План лечебно-профилактических мероприятий предусматривает осмотр терапевтом до 4-х раз в год. консультация аллерголога, пульмонолога, контрольные обследования ФВД, OAK, ЭКГ. Отказ от курения, санация очагов инфекции, занятия в пульмо-астма-школе, противорецидивное и профилактическое лечение. Санаторно-курортное лечение (Юматово,  
Южный берег Крыма, Солотвино)

**Ответы к задаче № 8**

1. ХОБЛ, тяжелое течение. Хронический гнойно- обструктивный бронхит, непрерывно-рецидивирующее течение. Осложнение: ДН III степени. ЛСН II ст. Хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации.  
Сопутствующее заболевание: Цирроз печени смешанной этиологии, портальная гипертензия.

2. Необходимые исследования; определение функции внешнего дыхания, ФЖЕЛ1 до и после пробы с бронхорасширяюшими препаратами, ЭКГ - установление признаков гипер­трофии правых отделов сердца, гемоглобин и эритроциты периферической крови, анализ мокроты на микрофлору. БК, атипичные клетки. Биохимические показатели крови (белок и белковые фракции, билирубин, холестерин, креатинин, печеночные пробы), УЗИ органов брюшной полости.

1. Необходима госпитализация больного в стационар для обследования и лечения.
2. Больной нетрудоспособен на период стационарного лечения. Имеются также признаки стойкой утраты трудоспособности. Нарастающая дыхательная недостаточность и легочно-сердечная недостаточность служат показанием для направления на МСЖ.
3. Оформляются следующие документы при направлении на медико-социальную эксперт­ную комиссию; направление на МСЭК, амбулаторная карта с соответствующими записями терапевта и других специалистов. КЭК, паспорт, страховой полис.

**Ответы к задаче № 9**

1. ХОБЛ, легкое течение. Бронхиальная астма, эндогенная форма, ступень Ш. Осложнение: ДН П степени. ЛСН I ст. Хроническое легочное сердце в стадии субкомпенсации.

2. Необходимые исследования; определение функции внешнего дыхания, ФЖЕЛ1 до и после пробы с бронхорасширяюшими препаратами, ЭКГ - установление признаков гипер­трофии правых отделов сердца, гемоглобин и эритроциты периферической крови, анализ мокроты на микрофлору. БК, атипичные клетки. Биохимические показатели крови (белок и белковые фракции, билирубин, холестерин, креатинин, печеночные пробы), УЗИ органов брюшной полости.

1. Необходима госпитализация больного в стационар для обследования и лечения.
2. Больной нетрудоспособен на период стационарного лечения. Имеются также признаки стойкой утраты трудоспособности. Нарастающая дыхательная недостаточность и легочно-сердечная недостаточность служат показанием для направления на МСЖ.
3. Оформляются следующие документы при направлении на медико-социальную эксперт­ную комиссию; направление на МСЭК, амбулаторная карта с соответствующими записями терапевта и других специалистов. КЭК, паспорт, страховой полис, копия трудовой книжки.

**ЛИТЕРАТУРА**

**Основная:**

1.Поликлиническая терапия: учебник / Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-640с.

2.Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.

3.Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

4. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов. А. Я. Крюкова [и др.]. Уфа, 2015. <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib618.pdf>.

http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib619.pdf

**Дополнительная:**

1.Поликлиническая терапия. Учебник для студентов медвузов, рек. УМО мед. и фармац. Вузов РФ./А.Я. Крюковой А.Я. и др.; под ред. А.Я. Крюковой; МЗ и соц.развития РФ. Башк. Гос. Мед. ун-т. – Уфа: Гилем. 2009. -325 с.

2.Бронхиальная астма: методические рекомендации [для врачей терапевтов и пульмонологов, врачей общей практики, курсантов ИПО и студентов старших курсов мед. ВУЗов]/ МЗ РБ, ГОУ ВПО БГМУ; авт.-сост. Т. И. Веревкина [и др.]. - Уфа: ГОУ ВПО "Башгосмедуниверситет Росздрава", 2011. - 26 с.

3.Многоликая бронхиальная астма: диагностика, лечение и профилактика: монография/ под ред.: Г. Б. Федосеева, В. И. Трофимова, М. А. Петровой. - СПб.: Нормедиздат, 2011. - 343 с.

4.Особенности медикаментозной терапии неотложных состояний при бронхиальной астме у беременных женщин и детей: монография/ Ф. С. Зарудий [и др.]; ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет МЗ и социального развития РФ". - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, 2012. - 124 с.

5.Пропедевтика внутренних болезней. Пульмонология: учебное пособие, рек. МО и науки РФ, ГОУ ВПО "Московская мед. акад. им. И. М. Сеченова" для студ. учреждений высш. проф. образования, обучающихся по спец. 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплине "Пропедевтика внутренних болезней"/ В. Т. Ивашкин, О. М. Драпкина. - М.: Гэотар Медиа, 2011. - 176 с.

6.Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях: научное издание/ С. В. Апресян, под ред. проф. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., пераб. и доп.. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2015. – 535 с.

7.Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. «Лечебное дело»/ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015 - 2015Ч. 1: учебное пособие/ сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - 2015. - 82 с.

8.Пульмонология в поликлинической практике: учебное пособие для студентов / Сост. А.Я. Крюкова, Р.С. Низамутдинова. Е.А. Никитина, О.А Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова; под ред. проф. А.Я. Крюковой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. -154 с.

9.Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.)/ Пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. — М.: Российское респираторное общество, 2015. — 148 с.