

№ ОРД-ПУЛЬМ-21

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

Кафедра фтизиопульмонологии

УТВЕРЖДЕНО
Протоколом заседания
Центрального
координационного учебно -
методического совета
от «05» февраля 2021 г. №3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

«Государственная итоговая аттестация»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.45 «Пульмонология» утвержденной 26.02.2021 г

для ординаторов 1года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.45 «Пульмонология»

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «27» января 2021 г., протокол № 6.

Заведующий кафедрой

ученая степень д.м.н



Б.М.Малиев

г. Владикавказ 2021 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - перечень контрольных вопросов
 - эталоны тестовых заданий
 - эталон билета для проведения ГИА

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

РЕЦЕНЗИЯ

на фонд оценочных средств к рабочей программе «**Государственная итоговая аттестация**»

Фонд оценочных средств составлен на кафедре фтизиопульмонологии на основании рабочей и типовой программ учебной дисциплины и соответствуют требованиям Федерального государственного стандарта ординатуры. Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета и скреплен печатью факультета подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий ситуационные задачи а также ответы к ним. Тесты и задачи позволяют адекватно оценить уровень практической подготовки ординаторов к рабочей программе «**Государственная итоговая аттестация**» Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания варианты тестовых заданий шаблоны ответов. Все задания соответствуют образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности «Пульмонология» и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины (модуля) достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов для зачета достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же документа в одной академической группе в один день. Билеты для зачета выполнены на бланках единого образца по стандартной форме на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя 2 вопроса, 1 задача. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в билетах распределена равномерно. Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом фонд оценочных средств к рабочей программе «**Государственная итоговая аттестация**» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по специальности «Пульмонология» может быть рекомендован к использованию для проведения зачета на Факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры ординатуры и дополнительного профессионального образования у ординато

Рецензент:

Заведующий кафедрой
внутренних болезней №2
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России


М.М. Теблов



20 ____

Паспорт фонда оценочных средств

к рабочей программе «Государственная итоговая аттестация» - основной профессиональной образовательной программы – программы ординатуры специальности 31.08.45 «Пульмонология»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1.	Общая пульмонология	УК-1;УК-2;УК-3; ПК-1; ПК-2;ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, практические навыки, собеседование.
2.	Частная пульмонология	УК-1;УК-2;УК-3; ПК-1; ПК-2;ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, практические навыки, собеседование.
3.	Дифференциальная диагностика легочных синдромов	УК-1;УК-2;УК-3; ПК-1; ПК-2;ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, практические навыки, собеседование.
4.	Неотложные состояния в пульмонологии	УК-1;УК-2;УК-3; ПК-1; ПК-2;ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, практические навыки, собеседование.
5.	Фтизиатрия для пульмонологов	УК-1;УК-2;УК-3; ПК-1; ПК-2;ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12;	тестовый контроль, банк ситуационных задач, практические навыки, собеседование.

Вопросы для проведения Государственной итоговой аттестации

1. Современные методы обследования при заболеваниях легких.
2. Морфология и физиология дыхательной системы: анатомическое и гистологическое строение трахеи, бронхов, легких, плевры.
3. Защитные механизмы дыхательных путей.
4. Респираторная функция легких. Современные методы оценки респираторной функции легких.
5. Особенности сбора анамнеза и физического обследования пульмонологических больных.
6. Эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания. Бронхоальвеолярный лаваж.
7. Секреторная функция легких. Мукоцилиарный клиренс и его изменения при заболеваниях легких.
8. Иммунологические реакции в органах дыхания. Система местного иммунитета бронхо - легочного аппарата. Оценка иммунологического статуса больных с заболеваниями органов дыхания.
9. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания. Основные методы рентгенологического обследования. Основные рентгенологические синдромы (инфильтрат, округлая тень, очаговая тень, диссеминация).
10. Этиологическая диагностика заболеваний органов дыхания. Основные принципы бактериологической, вирусологической, серологической диагностики.
11. Дыхательная недостаточность. Классификация дыхательной недостаточности, патогенетические механизмы.
12. Организация специализированной пульмонологической помощи.
13. Основные методы лечения больных с заболеваниями органов дыхания.
14. Классификация заболеваний и патологических состояний бронхолегочной системы.
15. Эпидемиология неспецифических заболеваний легких.
16. Пороки развития трахеи, бронхов и легких: аплазия и гипоплазия.
17. Наследственно обусловленные заболевания органов дыхания: Основные диагностические критерии. Принципы терапии и профилактики.
18. Острый бронхит. Диагностика, принципы лечения и профилактики.
19. Острые и хронические бронхиты. Этиология и патогенез. Значение курения, инфекции, охлаждения, профессиональных и экологических факторов, местной системы бронхопульмональной защиты.
20. Хроническая обструктивная болезнь легких. Патогенез. Факторы риска. Классификация. Принципы диагностики. Критерии диагноза. Лечение: этиологическая, антибактериальная, муколитическая, иммуномодулирующая терапия.
21. Бронхоэктатическая болезнь. диагностические критерии.
22. Пневмония. Этиология.
23. Классификация пневмоний. Клиническая картина. Осложнения. Критерии тяжести течения. Принципы лечения.
24. Бронхиальная астма. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация
25. Клиническая симптоматика БА, диагностика аллергической и неаллергической астмы.
26. Эпидемиология БА в России.
27. Патогенез БА.
28. Диагностические критерии бронхиальной астмы и степени тяжести

- бронхиальной астмы. Роль аллергологического обследования. Пикфлоуметрия.
29. Астматический статус, предрасполагающие факторы. Варианты течения. Критерии диагноза и стадии течения. Лечение обострения бронхиальной астмы.
30. Роль триггеров в патогенезе БА.
31. БА аспириновая.
32. Атопическая БА. Профилактика, лечение.
33. Пути достижения контроля бронхиальной астмы у пациента
34. Базисная ступенчатая терапия БА с учетом степени тяжести и контроля заболевания.
35. Грибковые заболевания легких (пневмомикозы).
36. Паразитарные заболевания органов дыхания. Диагностика. Особенности течения.
37. Диссеминированные процессы легких: альвеолиты (идиопатический фиброзирующий альвеолит, экзогенный аллергический альвеолит, токсический фиброзирующий альвеолит).
38. Саркоидоз легких. Диагностика, лечение.
39. Гранулематоз Вегенера. Клиника, диагностика.
40. Гистиоцитоз Х.
41. Бронхоальвеолярный рак.
42. Карциноматозный лимфангоит.
43. Карциноматоз легких.
44. Идиопатический гемосидероз легких.
45. Синдром Гудпасчера.
46. Альвеолярный протеиноз.
47. Лейомиоматоз легких.
48. Тромбоэмболия легочной артерии. Клиника, диагностика.
49. Хроническое легочное сердце. Клиника, диагностика.
50. Рак и другие опухоли легких. Метастатическое поражение легких. Современные методы диагностики. Хирургический и консервативные методы лечения.
51. Амилоидоз легких.
52. Округлая тень в лёгком. Дифференциальная диагностика.
53. Полостные образования в легких. Дифференциальная диагностика.
54. Патология дыхания во сне. Синдром ночного апноэ.
55. Купирование приступа бронхиальной астмы. Ведение больных в астматическом статусе.
56. Ведение больных в анафилактическом шоке.
57. Реанимационные мероприятия при острой дыхательной недостаточности.
58. Ведение больных с тромбоэмболией легочной артерии.
59. Ведение больных с легочным кровотечением.
60. Ведение больных со спонтанным пневмотораксом.
61. Ведение больных с респираторным дистресс- синдромом.
62. Эпидемиология, патогенез различных форм легочного туберкулеза.
63. Работы врача-пульмонолога по раннему выявлению ранних проявлений туберкулеза.
64. Методы выявления и диагностики туберкулеза.
65. Обязательный диагностический минимум обследования больного при направлении в туберкулезный диспансер.
66. Работа пульмонолога в противотуберкулезных учреждениях.
67. Курение и заболевания лёгких.

68. Общие принципы профилактики бронхо- легочных заболеваний.
69. Муколитические препараты в лечении заболеваний легких.
70. Терапия ХОБЛ в соответствии с рекомендациями GOLD 2015 .
71. Критерии тяжести внебольничной пневмонии.
72. Неотложная помощь при лёгочном кровотечении.
73. Анафилактический шок.
74. Курение и заболевания лёгких.
75. Нозокомиальные пневмонии. Диагностика
76. Методы лечения нозокомиальной пневмонии.
77. Пневмокониозы. Силикоз, эпидемиология, диагностика.
78. Легочные кровотечения. Неотложная помощь
79. Плевриты. Классификация, диагностика, лечение.
80. Грибковые поражения легких.
81. Паразитарные поражения легких.
82. Респираторный дистресс- синдром.
83. Гипервентиляционный синдром. Дифференциальная диагностика.
84. ТЭЛА, диагностика, лечение.
85. Легочная гипертензия. Дифференциальная диагностика.
86. Беттолепсия. Дифференциальная диагностика.
87. Пневмоторакс. Классификация. Ведение больных с пневмотораксом.
88. Острая дыхательная недостаточность. Реанимационные мероприятия.
89. Отек легких. Реанимационные мероприятия при отеке легких.
100. Дифференциальная диагностика внебольничной пневмонии

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России

Кафедра фтизиопульмонологии

ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА №1

ЗАСЕДАНИЯ КАФЕДРЫ

от 27.01.2021 г.

Председатель: Зав. кафедрой проф. Б.М.Малиев

Секретарь: доц. О.З.Басиева

ПРИСУТСТВОВАЛИ:

Зав. кафедрой проф. Б.М.Малиев, доцент кафедры С.Б.Хетагурова, доцент О.З.Басиева, ассистент Н.В.Кобесов, ассистент В.В.Дзагоев.

4. СЛУШАЛИ: Об изменениях и дополнениях в основной образовательной программе ординатуры, а также рабочих программах и ФОС дисциплин по направлениям подготовки:

1) 31.08.45 Пульмонология

Основная образовательная программа ординатуры по специальности «Пульмонология»

Рабочая программа дисциплины «Пульмонология»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Саркоидоз»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Туберкулез детей и подростков» Фонд оценочных средств

2) 31.08.45 Пульмонология

Основная образовательная программа ординатуры по специальности «Пульмонология» Рабочая программа дисциплины «Пульмонология»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Функциональные методы исследования»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Аллергология и иммунология»

Фонд оценочных средств

ВЫСТУПИЛИ: зав. кафедрой проф. Б.М.Малиев, доц. С.Б.Хетагурова

РЕШИЛИ:

Внести изменения и дополнения в основной образовательной программе ординатуры, а также рабочих программах дисциплин по направлениям подготовки (Приложение №1 и №2 к протоколу заседания кафедры от 09.09.2020 г.):

1) 31.08.45 Пульмонология

Основная образовательная программа ординатуры по специальности «Пульмонология»

Рабочая программа дисциплины «Пульмонология»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Саркоидоз»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Туберкулез детей и подростков» Фонд оценочных средств

2) 31.08.45 Пульмонология

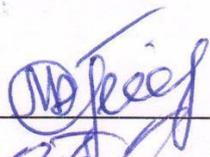
Основная образовательная программа ординатуры по специальности «Пульмонология»
Рабочая программа дисциплины «Пульмонология»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Функциональные методы исследования»

Рабочая программа факультативной дисциплины «Аллергология и иммунология»

Фонд оценочных средств

Председательствующий



Б.М.Малиев

Секретарь



О.З.Басиева

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 1

Больной М. 42 лет слесарь-сантехник. Курит около 30 лет злоупотребляет алкоголем. Обратился в поликлинику с жалобами на кашель с мокротой одышку при физической нагрузке общую слабость недомогание повышение температуры тела по вечерам до 37,68 °С.

Врач обследовавший больного поставил диагноз: хронический бронхит обострение и назначил противовоспалительное лечение отхаркивающие средства ингаляции. После проведенного лечения самочувствие больного улучшилось уменьшился кашель одышка почти исчезла нормализовалась температура тела. Сохранялась невыраженная общая слабость. Врач разрешил больному приступить к работе.

Через 2 месяца при очередном флюорографическом обследовании обнаружено обширное затемнение в области верхней доли правого легкого негетерогенное по структуре с участками просветления в нижних отделах правого легкого — множественные расположенные группами малоинтенсивные очаговые тени.

ВОПРОСЫ:

Усматриваете ли Вы ошибки участкового врача если да то какие?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании данных флюорографии?

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какова должна быть тактика участкового врача?

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

К какому специалисту на консультацию должен быть направлен данный больной?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России
Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования**

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 2

Больная П. 23 лет швея поступила в клинику с жалобами на общую слабость повышение температуры тела (в вечерние часы) до 38°C понижение аппетита похудание одышку при физической нагрузке сухой кашель. Больной себя считает около трех месяцев когда была на седьмом месяце беременности. Сначала появилась общая слабость субфебрильная температура тела затем присоединился сухой кашель. Лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита эффект незначительный. На второй день после родов повысилась температура тела до 38,6°C появилась одышка.

Анамнез жизни: в детстве перенесла скарлатину пневмонию. Муж здоров. Флюорографическое обследование не проходила более 4-х лет.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа чистая бледная умеренный акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены. АД 1 /60 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания перкуторно ясный легочной звук аускультативно в легких с обеих сторон везикулярное дыхание хрипов нет частота дыхания 36 в мин. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации.

Общий анализ мочи без патологических изменений.

Общий анализ крови: эритроциты $228 \times 10^{12}/л$ Нв – 86 г/л лейкоциты $115 \times 10^9/л$ э–0% п–5% с–65% л–18% м–12% СОЭ–24 мм/ч.

Рентгенологически: в легких на всем протяжении больше на верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаговые тени. Структура корней легких не изменена. Синусы свободны. Сердце без особенностей. В правом корне единичные мелкие кальцинаты. Произведено исследование мокроты на БК — в шести анализах методом флотации микобактерии не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

ВОПРОСЫ: Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для уточнения диагноза?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинико-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

Укажите какие рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз. Куда необходимо направить больную после установления диагноза? О чем говорит отрицательная проба Манту у данной больной? Лечение.

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 3

Больная Н. 39 лет домохозяйка. Жалобы на кашель с выделением скудной слизистой мокроты непостоянные боли в правой половине грудной клетки одышку при быстрой ходьбе.

Анамнез заболевания: указанные жалобы больную беспокоят на протяжении двух месяцев но к врачу не обращалась. Патологические изменения в области корней легких выявлены флюорографически при устройстве на работу.

Анамнез жизни: в детстве болела корью. Муж и дети здоровы. Предыдущее флюорографическое обследование год назад — без патологии.

Объективно: температура тела 36,6°C. Правильного телосложения повышенного питания. На коже голени — узловатая эритема. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 72 уд. в мин ритмичный. Тоны сердца ясные. АД 130/70 мм рт. ст. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание хрипов нет. Живот мягкий безболезненный печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: эритроциты $41 \times 10^{12}/л$ Нв—126 г/л лейкоциты $57 \times 10^9/л$ э—1% п—1% с—53% л—37% м—8% СОЭ—6 мм/ч. При исследовании мокроты микобактерии и опухолевые клетки не обнаружены. Проба Манту с 2 ТЕ — отрицательная.

На рентгенографии: легкие без очаговых и инфильтративных теней корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения диагноза?

Какие заболевания могут протекать со сходной симптоматикой?

О каком заболевании с большей вероятностью нужно думать на основании клинко-рентгенологических данных?

Обоснуйте Ваш диагноз.

Укажите какие клинко-рентгенологические симптомы помогли Вам правильно сформулировать диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику.

Где должна лечиться и наблюдаться в дальнейшем данная больная?

Тактика лечения.

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

***Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования***

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 4

Больной В. 35 лет зоотехник доставлен “Скорой помощью” в ЦРБ с жалобами на повышение температуры тела до 39°C одышку при незначительной физической нагрузке сухой кашель умеренные боли в грудной клетке справа общую слабость.

Из анамнеза: больным себя считает в течении пяти когда после простудного фактора повысилась температура тела появилась одышка постепенно нарастала. К врачу не обращался не лечился. При более тщательном сборе анамнеза выяснилось что больной около 2-х мес. назад начал постепенно худеть стал сильно уставать считал это последствиями возросшей нагрузки на работе.

Объективно: правильного телосложения пониженного питания кожа бледная грудная клетка обычной формы правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания тоны сердца ритмичные приглушены границы сердца в норме ЧСС 96 в мин АД 1 /70 мм рт. ст. Перкуторно слева легочной звук справа — притупление аускультативно в легких слева — везикулярное дыхание справа — ослабленное хрипов нет ЧД 20 в мин. Живот мягкий безболезненный печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови — эритроциты $45 \times 10^{12}/л$ Нв-121 г/л лейкоциты $99 \times 10^9/л$ э-1% п-40% с-6% л-18% м-11% СОЭ 31 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л общий билирубин 12 мкмоль/л сахар 40 ммоль/л.

Рентгенологически: слева легкое чистое справа с уровня II ребра до купола диафрагмы определяется интенсивное гомогенное затемнение неотделимое от тени утолщенной костальной плевры органы средостения смещены влево.

Дважды производились плевральные пункции удалено соответственно 28 мл и 4 мл соломенно-желтой прозрачной жидкости произведен анализ плеврального содержимого: белок 50 г/л цитоз умеренно-клеточный лимфоциты 96% нейтрофилы 4% микобактерии опухолевые клетки не обнаружены.

Проба Манту с 2 ТЕ — 4 мм в центре папулы — везикула.

ВОПРОСЫ:

- 1.Какой предварительный диагноз Вы поставили бы больному при поступлении в ЦРБ?
- 2.Правильно поступил ли врач дважды пропунктировав плевральную полость? Почему?
- 3.По данным анализов плеврального содержимого трансудат это или экссудат? Почему?
- 4.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения этиологии плеврита?
- 5.Между какими заболеваниями в первую очередь нужно проводить дифференциальную диагностику?
- 6.По клинико-рентгенологическим данным о какой этиологии процесса можно думать? Почему? Сформулируйте диагноз.
- 7.Какова дальнейшая тактика врача ЦРБ?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 5

Больной В. 36 лет. Жалобы на субфебрильную температуру слабость повышенную потливость особенно по ночам быструю утомляемость небольшой сухой кашель. Заболевание началось постепенно. Болен в течение месяца.

При обследовании общее состояние удовлетворительное. Астеничного телосложения. Температура тела 37,1°C. Кожные покровы чистые бледные румянец на щеках. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Зев чист. Имеются кариозные зубы. Грудная клетка цилиндрической формы. Перкуторно над легкими легочной звук незначительное притупление легочного звука над верхушкой справа. Дыхание в легких везикулярное справа в верхних отделах на фоне жесткого дыхания прослушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги эластичная безболезненная. Стул и мочеиспускание не изменены.

В гемограмме: Лейк. 91×10^9 /л эоз.–3% п/я–6% с/я–59% лимф.–18% мон.–14% СОЭ 24 мм/час.

Реакция Манту с 2 ТЕ — 9 мм. Посев мокроты на БК отр.

Рентгенологически: справа в С₂ на фоне размытого легочного рисунка полиморфные очаги диаметром 5–9 мм с нерезкими контурами выражена наклонность к слиянию очагов.

ВОПРОСЫ:

Ваш диагноз?

Какая тень на рентгенограмме называется очагом?

С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальную диагностику?

Является ли небациллярная мокрота основанием для исключения туберкулезного процесса?

В какой группе учета должен состоять данный больной?

Какое лечение будет назначено?

Сочетание каких препаратов наиболее эффективно?

Возможные исходы заболевания?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 6

Больная А 27 лет обратилась на консультацию к фтизиатру по поводу появления узловатой эритемы на коже в области голеностопного сустава общей слабости ночных потов похудания за последний год на 5–6 кг. Из анамнеза заболевания выявлено что ухудшение состояния отмечается после родов когда появились боли в крупных суставах субфебрильная температура до 37,7°C. Красновато-синюшные пятна на коже голеней. Больная обратилась к врачу-терапевту. Была обследована ОАК ОАМ биохимический анализ крови ревмо-фактор Р-графия коленных суставов. Выставлен диагноз: Ревматоидный артрит? Лечилась по поводу данного заболевания принимала Преднизолон коротким курсом. Состояние больной несколько стабилизировалось но беспокоили слабость потливость. Спустя 6 месяцев во время профосмотра на флюорографии органов грудной клетки выявлена мелкоочаговая диссеминация легких расширение тени корня легких с обеих сторон за счет увеличения лимфатических узлов бронхопульмональной группы. Проба Манту с 2 ТЕ отрицательная. По поводу чего больную направили на консультацию к фтизиатру.

ВОПРОСЫ:

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза у этой больной?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какие ошибки допущены при ведении больной?

Какова тактика лечения?

Нуждается ли больная в диспансерном учете и в какой группе?

Какие изменения на Р-грамме легких можно наблюдать при данном заболевании?

Характерное изменение в крови.

Почему у данной категории больных проба Манту чаще отрицательная?

Каков прогноз заболевания у данной больной?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 7

Больной С. заболел 1 мес. назад когда внезапно повысилась температура тела до 39°C появился озноб кашель с мокротой иногда с примесью крови боли в правом боку одышка. Был госпитализирован с диагнозом двухсторонняя пневмония в терапевтическую клинику.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Пониженного питания. Кожа чистая влажная. Дыхание бронхиальное ослаблено разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон более выраженные справа. Органы желудочно-кишечного тракта без особенностей температура тела — 38,3°C.

Гемограмма: Л-120x10⁹ г/л СОЭ—49 мм/час.

На обзорной рентгенограмме: справа в верхней доле инфильтрация легочной ткани множественные участки просветления. Слева в нижней доле инфильтрация участки просветления очаговые тени без четких контуров.

ВОПРОСЫ:

Где должен лечиться больной?

Чем объяснить участки просветления на обзорной рентгенограмме?

Необходимы ли дополнительные рентгенологические методы обследования?

Предварительный диагноз?

Какие осложнения возможны?

Какое лечение необходимо назначить?

Каков прогноз заболевания у данного больного?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 8

Больная Х. 19 лет не работает. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость быструю утомляемость сухой кашель. Два месяца назад роды при сроке 32 недели без осложнений. Незначительное недомогание почувствовала сразу после родов однако данное состояние расценивала как недомогание в послеродовом периоде между тем недомогание нарастало. Начато лечение амбулаторно в течение двух недель (неспецифическая антибактериальная терапия) без эффекта. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение. К этому моменту увеличивается слабость потливость повышается температура тела до 38,6°С в вечернее время утром нормальная. Кашель к этому моменту усиливается слабость нарастает появляется чувство разбитости появляется головная боль.

Объективно: температура тела 38,3°С. Больная правильного телосложения пониженного питания отмечается небольшой цианоз губ. Грудная клетка симметрична обе половины активно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы влажные периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии в нижних отделах справа притупление перкуторного звука. Аускультативно слева везикулярное дыхание справа в нижних отделах слегка ослабленное. Живот мягкий печень на 2 см выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Эр. 36×10^{12} г/л Нв-115 г/л э-3 п-9 л-14 м-11 Л- 91×10^9 г/л СОЭ – 29 мм/час. Общий анализ мочи без особенностей.

Рентгенологически: справа в С₁ С₂ С₆ массивная инфильтрация легочной ткани состоящая из сливных очагов.

В течение месяца больной с диагнозом крупозная пневмония проводилась неспецифическая антибактериальная терапия. Эффекта от лечения не отмечено. В тяжелом состоянии больная переведена в отделение реанимации где в течение 10 дней также проводилась интенсивная терапия и тоже без эффекта. Больная консультировалась онкологом. Опухолевый процесс в легком исключен.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

Интерпретируйте общий анализ крови.

Назовите сходные заболевания при которых могут наблюдаться сходные изменения

Предположительный диагноз?

Назначьте лечение.

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИИ

Ситуационная задача № 9

Больная М. 20 лет не работает. На 4 день после родов поднялась высокая температура до 39°C слабость одышка. Лечение антибиотиками широкого спектра действия к улучшению состояния не привело.

Объективно: больная правильного телосложения пониженного питания. Кожа чистая бледная губы с цианотическим оттенком. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 110 уд. в мин. ритмичный температура тела 39,4°C. Границы сердца в пределах нормы тоны сердца приглушены над верхушкой - нежный систолический шум. АД 110/60 мм рт. ст. Число дыхания 36 в минуту. Грудная клетка симметричная равномерно участвует в акте дыхания при перкуссии легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно с обеих сторон скудные рассеянные влажные и сухие хрипы. Живот мягкий нижний край печени на 2 см. ниже реберной дуги чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Эр. 328×10^{12} г/л Нв -106 г/л лейкоциты 115×10^9 г/л эоз.-0 п/я-5% с/я-65% лимф.-18% мон.-12% СОЭ 24 мм/ч. Анализ мочи без патологии. В мокроте МБТ не обнаружены. На рентгенограмме органов грудной полости по всем легочным полям равномерно мелкие очаговые тени по ходу сосудов. Синусы свободны.

ВОПРОСЫ:

Интерпретируйте анализ крови.

О каком заболевании можно думать?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику

Назначьте наиболее эффективную комбинацию препаратов

Исходы и возможные осложнения данного заболевания.

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

*Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и
дополнительного профессионального образования*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ситуационная задача № 10

Больной А. 43 года прибыл из мест заключения. При устройстве на работу обследован флюорографически. Выявлены изменения в легких: слева в верхней доле легкого группа очагов.

При обследовании жалоб не предъявляет. В анамнезе указаний на перенесенный туберкулез нет. В последние годы ежегодно обследовался флюорографически но ни разу на изменения в легких не указывалась.

При объективном обследовании: кожные покровы нормальной окраски подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Прощупываются подчелюстные и единичные подмышечные лимфатические узлы небольших размеров безболезненные подвижные плотные. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание ослабленное хрипы не выслушиваются.

Анализ крови: СОЭ 4 мм/час Нв-126 г/л лейкоцитов 46×10^9 /л э-2% п-2% с-63% л-26% мон.-7%.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: слева в области 1 и 2 сегментов легкого определяются полиморфные очаги на фоне ограниченного пневмосклероза интенсивные четко очерченные. Корни легких несколько уплотнены в левом - единичный петрификат размером до 1 см. Тень сердца не изменена.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л — папула 14 мм. В мокроте простой и люминесцентной микроскопией МБТ не выявлены.

ВОПРОСЫ:

Какой должна быть тактика терапевта?

О каком заболевании с большей вероятностью необходимо думать?

Каким должно быть обследование для подтверждения диагноза?

С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?

Где должен лечиться больной?

Какие исходы этого заболевания могут быть?

Зав. кафедрой д.м.н.

Б.М. Малиев

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 1

1. Не выполнен клинический минимум обследования на туберкулез.
2. Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада и обсеменения.
3. Общий анализ крови общий анализ мочи проба Манту исследование мокроты на БК бактериоскопическим методом трехкратно томография правого легкого бронхоскопия.
4. Провести клинический минимум обследования на туберкулез.
5. Затенение в верхней доле справа неомогенное по структуре с участками просветления очаги обсеменения в нижних отделах малоинтенсивные расположены группами.
6. Необходимо направить к фтизиатру.
7. Провести дифференциальный диагноз между инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада периферическим раком легких абсцедирующей пневмонией эозинофильным легочным инфильтратом.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 2

Милиарный туберкулез легких саркоидоз легких карциноматоз легких двусторонняя очаговая пневмония.

УЗИ органов брюшной полости осмотр гинекологом с целью исключения первичной опухоли фибробронхоскопия фиброгастроскопия.

Милиарный туберкулез легких БК (–).

Диагноз милиарного туберкулеза легких выставляется на основании: жалоб (слабость повышение температуры тела по вечерам понижение аппетита одышка при физической нагрузке сухой кашель) анамнеза (больна в течении 3 месяцев заболела во время беременности заболевание развивалось постепенно эффект от неспецифической терапии незначительный) объективного обследования (в легких везикулярное дыхание хрипов нет симптомы интоксикации (бледность кожи акроцианоз приглушенность тонов сердца тахикардия увеличение печени) лабораторных данных (умеренный лейкоцитоз с лимфопенией умеренное увеличение СОЭ) рентгенологического исследования (в легких на всем протяжении больше на верхушках по ходу сосудов множественные мелкие средней интенсивности очаги в правом корне мелкие единичные кальцинаты).

а) Саркоидоз легких чаще всего протекает мало- или бессимптомно отсутствуют симптомы интоксикации. Часто саркоидоз легких протекает совместно с саркоидозом внутригрудных лимфоузлов. Клинически проявляется синдромом Лефгрена.

б) Карциноматоз легких у молодых людей встречается редко при рентгенологическом обследовании верхушки легких чаще бывают чистыми нередко удается обнаружить первичную опухоль (чаще всего — опухоли желудка поджелудочной железы органов женской половой сферы)

в) Острая двусторонняя пневмония обычно начинается остро часто связана с простудным фактором клиническая картина развивается в течении нескольких дней при богатой рентгенологической симптоматике при пневмонии наблюдается и богатая аускультативная симптоматика рентгенологические изменения чаще всего наблюдаются в средних и нижних отделах очаги различных размеров неравномерные картина крови при пневмонии резко изменена (высокий лейкоцитоз сдвиг формулы влево большое увеличение СОЭ и т.д.).

6. Наличие кальцинатов в корне; очаги средней интенсивности мелкие расположены вдоль сосудов.

7. В противотуберкулезный диспансер.

8. Отрицательная проба Манту у больной туберкулезом отражает резко выраженную иммунологическую недостаточность.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 3

1. Фибробронхоскопия УЗИ органов брюшной полости.
2. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов туберкулез внутригрудных лимфоузлов лимфогранулематоз лимфосаркома центральный рак.
3. Саркоидоз внутригрудных лимфоузлов активная фаза.
4. На основании жалоб (кашель с выделением скудного количества мокроты одышке при быстрой ходьбе) анамнезе (выявлена флюорографически при устройстве на работу)

объективных данных (в легких везикулярное дыхание хрипов нет на коже голени — узловатая эритема) лабораторных данных (в пределах нормы отсутствие в мокроте опухолевых клеток и микобактерий) рентгенологического обследования ОГК (корни легких расширены бесструктурные за счет увеличенных лимфоузлов бронхопульмональной группы).

5. Малосимптомность течения заболевания наличие узловатой эритемы отсутствие изменений в гемограмме характерная рентгенологическая картина.
6. а) Для туберкулеза внутригрудных лимфоузлов характерно наличие признаков интоксикации изменения в гемограмме возможно обнаружение МБТ в мокроте (при наличии бронходулярного свища) рентгенологически чаще определяется одностороннее поражение положительная проба Манту.
б) Для лимфогранулематоза характерен выраженный интоксикационный синдром зуд кожи увеличение также периферических лимфоузлов выраженные изменения в гемограмме (значительный лейкоцитоз лимфопения эозинофилия).
в) При лимфосаркоме отмечается типичная клиническая симптоматика (одышка интенсивная боль в грудной клетке истощение) лимфосаркома быстро прогрессирует в гемограмме — выраженная анемия лимфопения увеличение СОЭ).
г) Центральный рак легкого встречается чаще у мужчин чаще в пожилом возрасте поражение наиболее часто одностороннее при цитологическом исследовании мокроты обнаруживаются опухолевые клетки решающим в диагностике является фибробронхоскопия с биопсией опухоли.
7. В противотуберкулезном диспансере.
8. До получения результатов посева на чувствительность к антибактериальным препаратам необходимо назначить стандартный режим лечения: изониазид в дозе 10 мг на 1 кг веса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 4

1. Экссудативный плеврит справа.
2. Правильно потому что жидкость из плевральной полости должна быть эвакуирована полностью с целью предотвращения нагноения и осумкования.
3. Экссудат так как количество белка плеврального содержимого более 50% от количества белка сыворотки крови.
4. ЭКГ фибробронхоскопия фиброгастроскопия УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
5. Между туберкулезным плевритом плевритом неспецифической этиологии мезотелиомой плевры метастатическим плевритом кардиогенным выпотом.
6. С наибольшей вероятностью можно думать об экссудативном плеврите справа туберкулезной этиологии в пользу данного диагноза говорит постепенное развитие заболевания характерные изменения в гемограмме лимфоцитарный цитоз плевральной жидкости гиперергическая проба Манту.
7. Консультация фтизиатра с последующим переводом больного для лечения в противотуберкулезный диспансер.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 5

1. Очаговый туберкулез С₂ правого легкого фаза инфильтрации. БК отр.
2. Рентгенологически округлая тень диаметром до 10–12 мм называется очагом.
3. Очаговый туберкулез в первую очередь дифференцируем с очаговой пневмонией.
4. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является основанием для исключения туберкулезного процесса.
5. Больной с активным туберкулезным процессом в легких должен состоять в I А группе диспансерного учета.
6. Три противотуберкулезных препарата в течение 6 месяцев.
7. Изониазид. Рифампицин. Стрептомицин.
8. При благоприятном течении заболевания и правильном лечении возможно рассасывание или уплотнение очага при неблагоприятном течении заболевания возможно прогрессирование процесса.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 6

1. Саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов и легких.

- 2.Р-графия органов дыхания.
- 3.Туберкулез легких рак легких пневмокониоз саркоидоз альвеолиты.
- 4.Врач-терапевт направил больную на рентгенографию легких.
- 5.Преднизолон антиоксиданты иммуномодуляторы.
- 6.VIII группа диспансерного учета в противотуберкулезном диспансере пожизненно.
- 7.Увеличение внутригрудных лимфоузлов расширение корней легких двухсторонняя мелкоочаговая диссеминация.
- 8.Общий анализ крови: лейкоцитоз лимфопения моноцитоз ускорение СОЭ до 20–40 мм/ч.
- 9.Проба Манту у данной категории больных чаще отрицательная ввиду иммунологической несостоятельности.
- 10.Саркоидоз — доброкачественное заболевание хорошо поддающееся лечению. Нет обострения рецидивы встречаются редко.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 7

- 1.В стационаре противотуберкулезного диспансера.
- 2.Наличием полостей распада.
- 3.Необходимо проведение томографического обследования.
- 4.Казеозная пневмония.
- 5.Кровотечение дыхательная сердечная недостаточность.
- 6.4 противотуберкулезных препарата 3–4 месяца: 2–3 препарата — в последующем. Общий курс непрерывного лечения не менее 15 года.
- 7.Прогноз: — развитие фиброзно-кавернозного туберкулеза
 - цирротического туберкулеза
 - больших остаточных изменений
 - летальный исход

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 8

- 1.При постановке диагноза туберкулез необходимо провести клинический минимум обследования на туберкулез: жалобы анамнез объективные исследования общий анализ крови общий анализ мочи мокроту на БК бактериоскопическим методом обзорную рентгенографию грудной клетки пробы Манту с 2 ТЕ.
- 2.Умеренный лейкоцитоз палочкоядерный сдвиг лейкоформулы влево лимфопения умеренное увеличение СОЭ.
- 3.Казеозная пневмония крупозная пневмония центральный рак легкого осложненный ателектазом абсцедирующая пневмония.
- 4.Инфильтративный туберкулез С₁С₂С₆ правого легкого.
- 5.Изониазид рифампицин стрептомицин.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 9

- 1.Снижение уровня гемоглобина лейкоцитоз сдвиг лейкоформулы влево моноцитоз увеличение СОЭ.
- 2.О миллиарном туберкулезе с острым течением.
- 3.Саркоидоз мелкоочаговая двусторонняя пневмония карциноматоз коллагенозы.
- 4.Изониазид рифампицин стрептомицин
- 5.При своевременной диагностике и лечении возможно полное излечение. Частым осложнением является туберкулезный менингит. Возможен летальный исход.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ № 10

- 1.Терапевт должен направить больного на консультацию в противотуберкулезный диспансер.
 - 2.С большей вероятностью необходимо думать об очаговом туберкулезе легких.
 - 3.ОАК проба Манту обзорная рентгенография прицельная рентгенография легких томография легких исследование мокроты на БК.
 - 4.Дифференциальную диагностику необходимо проводить с такими заболеваниями: бронхит начальные формы рака легких.
 - 5.Больной должен лечиться в стационаре противотуберкулезного диспансера.
- Исходы очагового туберкулеза: рассасывание уплотнение прогрессирование.

№ ОРД-ПУЛЬМ-21

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России**

Кафедра фтизиопульмонологии

Эталоны тестовых заданий

«Государственная итоговая аттестация»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.45 «Пульмонология» утвержденной 26.02.2021 г

для ординаторов 1 года обучения
уровень подготовки: кадры высшей квалификации
по специальности 31.08.45 «Пульмонология»

г. Владикавказ 2021 г.

Оглавление

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Страницы с__ по_____
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий, промежуточный		
1.	Общая пульмонология		
2.	Частная пульмонология		
3.	Дифференциальная диагностика легочных синдромов		
4.	Неотложные состояния в пульмонологии		
5.	Фтизиатрия для пульмонологов		

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Раздел 1. Общая пульмонология

1. Бронхи 1-2 порядка от других бронхиальных ветвей отличаются:
 - а) наличием фиброзно-хрящевого слоя
 - б) внелегочной их локализацией *
 - в) отсутствием фиброзно-хрящевого слоя и заменой его мышечным
 - г) внутрилегочной локализацией
2. Перфузия каких зон легких понижена?
 - а) нижних
 - б) латеральных
 - в) верхних *
 - г) медиальных
3. Иммунную систему составляют клетки:
 - а) лимфоциты
 - б) нейтрофилы
 - в) макрофаги
 - г) дендритные клетки селезенки
 - д) эпителиальные клетки селезенки
 - е) эпителиальные клетки тимуса и лимфатических узлов
 - ж) все перечисленные клетки *
4. Органом иммунной системы, в котором происходит созревание и дифференцировка Т-лимфоцитов, является:
 - а) костный мозг
 - б) вилочковая железа
 - в) селезенка *
 - г) лимфатические узлы
5. Основным органом дифференцировки и онтогенеза В-лимфоцитов является:
 - а) костный мозг *
 - б) селезенка
 - в) вилочковая железа
 - г) лимфатические узлы
6. Основным аускультативным симптомом фибринозного плеврита является:
 - а) отсутствие голосового дрожания
 - б) притупление перкуторного тона
 - в) локальное ослабление везикулярного дыхания
 - г) шум трения плевры *
 - д) шум трения перикарда
7. Синдром уплотнения легочной ткани характеризуется:
 - а) локальные изменения - притупление перкуторного тона, усиление голосового дрожания, жесткое дыхание с влажными мелкопузырчатые хрипы
 - б) локальные изменения - притупление перкуторного тона, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными мелкопузырчатые хрипы *

- в) локальные изменения - коробочный перкуторный тон, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными разнокалиберными хрипами
8. Цианоз появляется при P_{aO_2} :
- а) 80 мм. рт. ст.
 - б) 70 мм рт. ст.
 - в) 60 мм рт. ст.*
 - г) 50 мм рт. ст.
9. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:
- а) электролитов потовой жидкости
 - б) разности носовых потенциалов
 - в) молекулярно-генетическое исследование
 - г) все перечисленное*
10. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:
- а) дыхательный объем
 - б) остаточный объем легких
 - в) жизненная емкость легких*
 - г) общая емкость легких
 - д) функциональная остаточная емкость легких
11. Для диагностики обструктивного или рестриктивного вариантов нарушений механических свойств легких используются следующие методики:
- а) спирометрия
 - б) плетизмография*
 - в) исследование диффузионной способности легких
12. О наличие бронхоспазма свидетельствует прирост ОФВ1 от исходного после бронходилатационного теста более:
- а) 10%;
 - б) 5%;
 - в) 1%
 - г) 15%;
 - д) 12%*
13. Что составляет структуру общей емкости легких (ОЕЛ)?
- а) ЖЕЛ+ООЛ*
 - б) ООЛ+ДО
 - в) ВГО+ЖЕЛ
14. Какие изменения спирометрии характерны для II стадии ХОБЛ
- а) ОФВ1 более 80%
 - б) прирост ОФВ1 после бронхолитика более 20%
 - в) ОФВ1 менее 30%
 - г) проба Тиффно менее 70%, ОФВ1 от 50%до 80%*
 - д) проба Тиффно более 70%, ОФВ1 от 50%до 80%
15. Через сколько часов пребывания в стационаре развивается нозокомиальная пневмония:
- а) 24 ч
 - б) 1 ч
 - в) 48 ч*
 - г) 6-8 ч

16. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения:

- а) внебольничная
- б) крупозная*
- в) нозокомиальная
- г) аспирационная
- д) пневмония у лиц с иммунодефицитом

17. Какой антибиотик не относится к группе макролидов:

- а) кларитромицин
- б) азитромицин
- в) спирамицин
- г) гентамицин*

18. К пролонгированным формам метилксантинов относят только: а) теотард,*

- б) беродуал;
- в) нифекард;
- г) эуфиллин;
- д) симбикорт

19. Для лечения нозокомиальной пневмонии, развившейся в отделении общего профиля без факторов риска, являются:

- а) тетрациклины
- б) гликопептиды
- в) цефалоспорины 3 поколения*
- г) полусинтетические пенициллины
- д) макролиды;

20. Выберите антибактериальную терапию для нетяжелой внегоспитальной пневмонии у пациентов до 60 лет без сопутствующей патологии:

- а) современные тетрациклины
- б) цефалоспорины 3 поколения
- в) ванкомицин
- г) амоксициллин внутрь или макролиды внутрь*
- д) аминогликозиды

Раздел 2.

1. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:

- а) электролитов потовой жидкости
- б) разности носовых потенциалов
- в) молекулярно-генетическое исследование
- г) все перечисленное*

2. Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного?

- а) отсутствие противовирусных антител
- б) прирост антител*
- в) снижение уровня антител

3. Детский анамнез имеет значение для диагностики:

- а) бронхоэктатической болезни*
- б) абсцесса легкого
- в) саркоидоза

4. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких -

- а) нагноительный процесс в брюшной полости
- б) контаминация
- в) септическое

состояние г)

аспирация*

5. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения:

а) внебольничная

б) крупозная*

в) нозокомиальная

г) аспирационная

д) пневмония у лиц с иммунодефицитом

6. Типичным возбудителем внебольничной пневмонии является:

а) *S. pneumoniae**

б) *Haemophilus*

influenzae

Enterobacteriaceae

г) *Escherichia*

coli д) *Klebsiella*

spp

7. При каких профессиональных заболеваниях легких может развиваться коллагеноз?

а) Асбестоз

б) Пылевой

бронхит в)

Силикоз*

8. Наличие каких клинических признаков позволяет предположить диагноз системного васкулита:

а) полиорганное поражение

б) лихорадка неясного

генеза

в) выраженные лабораторные признаки активного воспалительного

процесса г) наличие кожных изменений

д) все перечисленное*

9. Основной причиной смерти при молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии является:

а) острая коронарная недостаточность, сопровождающаяся бронхоспазмом*

б) отек легких с обструкционной дыхательной недостаточностью и нарушением диффузии через альвеоло-капиллярную мембрану

в) инфаркт легкого с нарушением основной функции легочной ткани

Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии надо:

а) применять аспирин или фенилин, если нет противопоказаний*

10. б) своевременно использовать сердечные гликозиды

в) ограничить инфузии декстранов

Раздел 3.

1. При дифференциальной диагностике острых форм эмболии легочной артерии и инфаркта миокарда надо ориентироваться на следующие данные:

а) при инфаркте миокарда есть электрокардиологические признаки гипоксии миокарда, а при эмболии легочной артерии этих признаков нет

б) при фонокардиографическом исследовании для эмболии легочной артерии характерно укорочение систолы правого желудочка и опережение легочного компонента II тона, а при инфаркте миокарда – укорочение систолы левого желудочка и запаздывает аортальный компонент II тона

в) при инфаркте миокарда резко увеличивается трансаминаза крови, чего, как правило, не наблюдается при эмболии легочной артерии*

2. Транссудат образуется при всем, кроме а) сердечная недостаточность
б) нефротический синдром в) эмболия легочной артерии г) цирроз печени
д) карциноматоз плевры*
3. Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции? а) экспираторная*
б) инспираторная
в) смешанная.

4. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье?
а) Тромбоэмболия легочной артерии;
б) Бронхоэктатическая болезнь;
в) Рак легкого; г) Митральный стеноз;
д) Эмфизема легких.

Выберите правильную комбинацию:

- а) а, в;
б) б, в;
в) а, б, в;
г) а, в, г, д;
д) а, б, в, г*

5. Для какого заболевания характерно кровохарканье?

- б. а) Ангиолейомиоматоз легких*
б) Гистиоцитоз Х легких в) ИФА

7. При каком заболевании формируется обструктивный синдром? а) Идиопатический фиброзирующий альвеолит

- б) Плеврит
в) Гистиоцитоз Х легких*

8. Для какого заболевания характерна гиперсекреция слизистой бронхов? а) Альвеолярный протеиноз легких

- б) Бронхиолоальвеолярный рак*

9. При каких диффузных болезнях соединительной ткани чаще развивается синдром фиброзирующего альвеолита?

- а) системная красная волчанка б) системная склеродермия*

- в) узелковый периартериит

10. Клиническая картина бронхиальной астмы включает все, кроме: а) удушье

- б) кровохарканье*
в) свистящие хрипы в грудной клетке г) дистантные хрипы

- д) приступообразный сухой кашель

11. У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами. Остро повысилась температура до $40 \pm C$, появился озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сослуживец больного был госпитализирован с пневмонией. Какова наиболее вероятная причина пневмонии?

- а) клебсиелла б) легионелла*
 - в) микоплазма пневмонии
12. К компонентам «аспириновой триады» не относят:
- а) приступы удушья;
 - б) аллергический риноконъюнктивит*
 - в) полипозная риносинусопатия
 - г) непереносимость аспирина и других НПВП
13. Синуситы, бронхиты и бронхоэктазы возникают в связи с функциональной недостаточностью клеток мерцательного эпителия воздухоносных путей при синдроме:
- а) Мак-Леода
 - б) Картагенера-Зиверта*
 - в) Вильямса-Кемпбелла
14. Какое из перечисленных заболеваний возникает только у женщин?
15. а) Ангиолейомиоматоз легких*
- б) Гистиоцитоз Х легких
 - в) Альвеолярный протеиноз легких
16. Метод для диф. диагноза плеврита и гидроторакса)
- а) плевральная пункция*
 - б) рентгенов) УЗИ
17. Инспираторная одышка встречается при:
- а) Бронхиальная астма
 - б) Альвеолит*
 - в) С-м Чарж-Штресса
 - г) Острый бронхит
18. Сухой приступообразный Кашель характерен при:
- а) Бронхиальная астм легкого течения*
 - б) Гидроторакс
 - в) Абсцесс после прорыва содержимого в бронх
19. Гнойная мокрота «полным ртом» характерна при:
- а) Бронхоэктазах*
 - б) Бронхиальной астме в) ХОБЛ
20. Боль в грудной клетке при дыхании связана с:
- а) поражением плевры*
 - б) поражением бронхов в) поражением ЖКТ
 - г) поражением сердца
21. Округлая тень в легком может быть связана со всем кроме:
- а) Туберкулома
 - б) Абсцесс в) Опухоль г) ИФА*
- 20 При длительной субфебрильной температуре по вечерам нужно исключить)
- а) Туберкулез
 - б) Бронхоэктазы в) Опухоль
 - г) Все перечисленное*

Раздел 4.

1. При дифференциальной диагностике острых форм эмболии легочной артерии и инфаркта миокарда надо ориентироваться на следующие данные:

- а) при инфаркте миокарда есть электрокардиологические признаки гипоксии миокарда, а при эмболии легочной артерии этих признаков нет
- б) при фонокардиографическом исследовании для эмболии легочной артерии характерно укорочение систолы правого желудочка и опережение легочного компонента II тона, а при инфаркте миокарда – укорочение систолы левого желудочка и запаздывает аортальный компонент II тона
- в) при инфаркте миокарда резко увеличивается трансаминаза крови, чего, как правило, не наблюдается при эмболии легочной артерии*

1. Транссудат образуется при всем, кроме

- а) сердечная недостаточность
- б) нефротический синдром
- в) эмболия легочной артерии
- г) цирроз печени
- д) карциноматоз плевры*

2. Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции?

- а) экспираторная*
- б) инспираторная
- в) смешанная.

3. При каких заболеваниях наблюдается кровохарканье?

- а) Тромбоэмболия легочной артерии; б) Бронхоэктатическая болезнь; в) Рак легкого; г) Митральный стеноз; д) Эмфизема легких.

Выберите правильную комбинацию:

- а) а, в;
- б) б, в;
- в) а, б, в;
- г) а, в, г, д;
- д) а, б, в, г*

4. Для какого заболевания характерно кровохарканье?

- а) Ангиолейомиоматоз легких*
- б) Гистиоцитоз X легких
- в) ИФА

5. При каком заболевании формируется обструктивный синдром?

- а) Идиопатический фиброзирующий альвеолит
- б) Плеврит
- в) Гистиоцитоз X легких*

6. Для какого заболевания характерна гиперсекреция слизистой бронхов?

- а) Альвеолярный протеиноз легких
- б) Бронхиолоальвеолярный рак*

7. При каких диффузных болезнях соединительной ткани чаще развивается синдром фиброзирующего альвеолита?

- а) системная красная волчанка
- б) системная склеродермия*
- в) узелковый периартериит

8. Клиническая картина бронхиальной астмы включает все, кроме:

- а) удушье
- б) кровохарканье*
- в) свистящие хрипы в грудной клетке
- г) дистантные хрипы
- д) приступообразный сухой кашель

9. У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами. Остро повысилась температура до $40 \pm C$, появился озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной

клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сослуживец больного был госпитализирован с пневмонией. Какова наиболее вероятная причина пневмонии?

- а) клебсиелла
- б) легионелла*

в) микоплазма пневмонии

10. К компонентам «аспириновой триады» не относят:

- а) приступы удушья;
- б) аллергический риноконъюнктивит*
- в) полипозная риносинусопатия
- г) непереносимость аспирина и других НПВП

11. Синуситы, бронхиты и бронхоэктазы возникают в связи с функциональной недостаточностью клеток мерцательного эпителия воздухоносных путей при синдроме:

- а) Мак-Леода
- б) Картагенера-Зиверта*
- в) Вильямса-Кемпбелла

12. Какое из перечисленных заболеваний возникает только у женщин?

- а) Ангиолейомиоматоз легких*
- б) Гистиоцитоз Х легких
- в) Альвеолярный протеиноз легких

13. Метод для диф. диагноза плеврита и гидроторакса

- а) плевральная пункция*
- б) рентген
- в) УЗИ

14. Инспираторная одышка встречается при:

- а) Бронхиальная астма
- б) Альвеолит*
- в) С-м Чарж-Штресса
- г) Острый бронхит

15. Сухой приступообразный Кашель характерен при:

- а) Бронхиальная астм легкого течения*
- б) Гидроторакс
- в) Абсцесс после прорыва содержимого в бронх

16. Гнойная мокрота «полным ртом» характерна при:

- а) Бронхоэктазах*
- б) Бронхиальной астме
- в) ХОБЛ

17. Боль в грудной клетке при дыхании связана с:

- а) поражением плевры*
- б) поражением бронхов
- в) поражением ЖКТ
- г) поражением сердца

18. Округлая тень в легком может быть связана со всем кроме:

- а) Туберкулома
- б) Абсцесс
- в) Опухоль
- г) ИФА*

20 При длительной субфебрильной температуре по вечерам нужно исключить

- а) Туберкулез
- б) Бронхоэктазы
- в) Опухоль
- г) Все перечисленное*

Раздел 5.

1. Перфузия каких зон легких понижена?

- а) нижних

- б) латеральных
 - в) верхних *
 - г) медиальных
2. Иммунную систему составляют клетки:
- а) лимфоциты
 - б) нейтрофилы
 - в) макрофаги
 - г) дендритные клетки селезенки
 - д) эпителиальные клетки селезенки
 - е) эпителиальные клетки тимуса и лимфатических узлов
 - ж) все перечисленные клетки *
3. Органом иммунной системы, в котором происходит созревание и дифференцировка Т-лимфоцитов, является:
- г) медиальных
4. Иммунную систему составляют клетки:
- а) лимфоциты
 - б) нейтрофилы
 - в) макрофаги
 - г) дендритные клетки селезенки
 - д) эпителиальные клетки селезенки
 - е) эпителиальные клетки тимуса и лимфатических узлов
 - ж) все перечисленные клетки *
5. Органом иммунной системы, в котором происходит созревание и дифференцировка Т-лимфоцитов, является:
- а) костный мозг
 - б) вилочковая железа *
 - в) селезенка
 - г) лимфатические узлы
6. Основным аускультативным симптомом фибринозного плеврита является)
- отсутствие голосового дрожания
- б) притупление перкуторного тона
 - в) локальное ослабление везикулярного дыхания
 - г) шум трения плевры*
 - д) шум трения перикарда
7. Синдром уплотнения легочной ткани характеризуется:
- а) локальные изменения - притупление перкуторного тона, усиление голосового дрожания, жесткое дыхание с влажными мелкопузырчатые хрипы
 - б) локальные изменения - притупление перкуторного тона, ослабление голосового

дрожания, ослабление дыхания с влажными мелкопузырчатые хрипы*

в) локальные изменения - коробочный перкуторный тон, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с влажными разнокалиберными хрипами

8. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:

а) электролитов потовой жидкости

б) разности носовых потенциалов

в) молекулярно-генетическое исследование

г) все перечисленное*

9. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:

а) дыхательный объем

б) остаточный объем легких

в) жизненная емкость легких*

г) общая емкость легких

д) функциональная остаточная емкость легких

10. Для диагностики обструктивного или рестриктивного вариантов нарушений механических свойств легких используются следующие методики:

а) спирометрия

- б) плетизмография*
- в) исследование диффузионной способности легких

11. Какие изменения спирометрии характерны для II стадии ХОБЛа)

- ОФВ1 более 80%
- б) прирост ОФВ1 после бронхолитика более 20%
- в) ОФВ1 менее 30%
- г) проба Тиффно менее 70%, ОФВ1 от 50%до 80%*
- д) проба Тиффно более 70%, ОФВ1 от 50%до 80%

12. Через сколько часов пребывания в стационаре развивается нозокомиальная пневмония:

- а) 24 ч
- б) 1 ч
- в) 48 ч*
- г) 6-8 ч

13. Укажите пневмонию, которая не входит в современную классификацию по условиям возникновения:

- а) внебольничная
- б) крупозная*
- в) нозокомиальная
- г) аспирационная
- д) пневмония у лиц с иммунодефицитом

14. Какой антибиотик не относится к группе макролидов:

- а) кларитромицин
- б) азитромицин
- в) спирамицин
- г) гентамицин *

15. Для лечения нозокомальной пневмонии, развившейся в отделении общего профиля без факторов риска, являются:

- а) тетрациклины
- б) гликопептиды
- в) цефалоспорины 3 поколения*
- г) полусинтетические пенициллины

д) макролиды;

16. Выберите антибактериальную терапию для нетяжелой внегоспитальной пневмонии у пациентов до 60 лет без сопутствующей патологии:

а) современные тетрациклины

б) цефалоспорины 3 поколения.

в) ванкомицин

г) амоксициллин внутрь или макролиды внутрь*

д) аминогликозиды

17. Для диагностики муковисцидоза необходимо провести исследование:

а) электролитов потовой жидкости

б) разности носовых потенциалов

в) молекулярно-генетическое исследование

г) все перечисленное*

18. Что является классическим признаком острой вирусной инфекции по данным серологического обследования парных сывороток крови больного?

а) отсутствие противовирусных антител

б) прирост антител*

в) снижение уровня антител

19. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких -

а) нагноительный процесс в брюшной полости

б) контаминация

в) септическое состояние

г) аспирация*

20. Типичным возбудителем внебольничной пневмонии является:

а) *S.pneumoniae**

б) *Haemophilus influenza*

в) *Enterobacteriaceae*

г) *Escherichia coli*

д) *Klebsiella spp*

21. Оценить активность воспалительного процесса у больных БА позволяет все, за исключением:
- а) бронхоальвеолярного лаважа
 - б) спирографического исследования*
 - в) биопсии слизистой бронхов
 - г) цитологического исследования мокроты
22. Какое из нижеследующих исследований позволяет оценить степень тяжести течения астмы:
- а) клинический анализ крови
 - б) степень изменений ОФВ1*
 - в) рентгенография органов грудной клетки
 - г) анализ мокроты
23. Комбинированными препаратами для лечения БА и ХОБЛ являются:
- а) сальбутамол, сальметерол, формотерол.
 - б) будесонид, фликсотид,
 - в) Спирива, атровент
 - г) Симбикорт, серетид, фостер*
24. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:
- а) неэффективности препаратов кромогликата и недокромила натрия
 - б) легком персистирующем течении (II ступень терапии)
 - в) средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии)
 - г)тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии)
 - д) все перечисленное*
25. При каком заболевании ведущим симптомом является одышка?
- а) Идиопатический фиброзирующий альвеолит*
 - б) Саркоидоз легких
 - в) Остеохондропатия легких
26. Применение какого метода лечения наиболее целесообразно при саркоидозе I стадии?
- а) выжидательная тактика*
 - б) ингаляционные кортикостероиды

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

27. При каких профессиональных заболеваниях развивается коллагеноз? а)

Асбестоз

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Факультет подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры и до-

б) Пылевой бронхит **длительного профессионального образования**

в) Силикоз*

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

28. Наличие каких клинических признаков позволяет предположить диагноз системного

Направление подготовки ординатура

Итоговая (государственная итоговая) аттестация III этап – собеседование

а) полиорганное поражение

б) лихорадка неясного генеза

в) выраженные лабораторные признаки активного воспалительного процесса

г) наличие кожных изменений

д) все перечисленное*

29. Основной причиной смерти при молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии является:

а) острая коронарная недостаточность, сопровождающаяся бронхоспазмом*

б) отек легких с обструкционной дыхательной недостаточностью и нарушением диффузии через альвеоло-капиллярную мембрану

в) инфаркт легкого с нарушением основной функции легочной ткани

30. Рутинный способ диагностики плеврита:

а) рентгенограмма грудной клетки*

б) МРТ грудной клетки

в) цитология мокроты

31. Каков характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции?

а) экспираторная*

б) инспираторная

в) смешанная.

32. Инспираторная одышка встречается при:

а) Бронхиальная астма

б) Альвеолит*